

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

35. Jahrgang / Juni 2005

2.05

3 EDITORIAL

KONGRESSBEITRAG

- 4 55. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG 2005
- 4 Gruppenprophylaxe in Bayern: Schwerpunkte, aktuelle Daten, Perspektiven
- 6 Sind Parodontitis und Karies primär ein Problem der häuslichen Mundhygiene?

NACHVERÖFFENTLICHUNG

- 8 Identifikation von Risikofaktoren im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchungen

BERICHTE

- 13 Team Zahngesundheit des Landkreises Osnabrück erhielt Qualitätspreis
- 14 Kinderzahnpaste-Erwachsenenzahnpaste – suum cuique? Teil II

AKTUELLES

- 7 „Karies als Infektionskrankheit“
- 15 20 Jahre Aktion zahnfreundlich e.V.
- 15 Zahngesundheitserziehung 2005 – Ganz nah bei den Kindern®
- 16 Fruchtzwerge sind und bleiben Süßigkeit – Traubenfruchtsüße nicht wertvoller als Kristallzucker
- 16 „Count calories, not carbs!“
- 17 10. Kongress Armut und Gesundheit „Neue Bewegungen für Gesundheit! Netzwerke und Strukturen für gesunde Lebenswelten“
- 17 Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

BUCHBESPRECHUNG

- 18 Publizist Friedrich Römer blickt auf 30 Jahre DGK zurück
- 19 Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt

VERBAND

- 12 Silbernes Ehrenzeichen für Dr. Gudrun Rojas
- 12 50 Jahre BZÖG

20 IMPRESSUM



Bild: Lydia Maras Klasse 2a

BZÖG

**ANZEIGE
GABA
KOMMT
NEU!**



Dr. Uwe Niekusch

„Investition in die Zukunft!“

Besser hätte das Thema des diesjährigen Kongresses der Ärzte und Zahnärzte im ÖGD in Bamberg nicht lauten können. Vorsorge wird immer wichtiger, gewinnt immer mehr an Bedeutung. Vorbeugen ist besser als Heilen – und ein Gewinn an Lebensqualität! Die Zahnmedizin hat für den Bereich der Kinder und Jugendlichen vorexerziert, wie man es machen kann: Über 85 % Kariesrückgang in Deutschland seit den 70er Jahren bei den 8-9-Jährigen. Prophylaxe vor Reparatur. Möglich wurde dies durch Einführung von Gruppen- und Individualprophylaxe. Fast 400 regionale Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit sind an diesem Erfolg beteiligt. So wirkt Prävention, so funktioniert Synergie. Effektiv und effizient! Im Sinne der Kinder, im Sinne der Versicherten, aber auch im Sinne des Staates. Diese Fakten sollte sich jeder vor Augen führen, der die weitere Verlagerung zahnärztlicher Aufgaben des ÖGD auf niedergelassene Zahnärzte fordert.

Dass der Weg zu gesunden Zähnen nicht immer ganz gradlinig ist, verdeutlichte Bamberg mit interessanten Vorträgen und überaus lebhaften Diskussionen. So mancher Widerspruch muss noch geklärt werden: Fissurenversiegelung bringt etwas, jedoch nicht für jeden. Gruppenprophylaxe wirkt, für Risikogruppen aber nicht ausreichend. Hoch wirksam gegen Karies ist Zähneputzen, allerdings nur wenig effektiv im Kampf gegen Parodontalerkrankungen. Gibt es wirklich einen Zusammenhang zwischen Parodontalerkrankungen und Allgemeingesundheit? Was ist Ursache, was ist Wirkung? Nur einige Beispiele aus einem großen Reigen von Referaten.

Unbestritten noch zu wenig wirksam ist die zahnmedizinische Betreuung in Alten- und Pflegeheimen. Dabei wird bis zum Jahr 2050 jeder zweite Bundesbürger über 50 Jahre und mehr als jeder Dritte 60 Jahre oder älter sein. Aus der früheren Alterspyramide wird ein Pilz mit dünner Basis und breitem Hut. Parallel zur demografischen Veränderung steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen und die Notwendigkeit einer systematischen zahnmedizinischen Betreuung. Schon mit geringem Aufwand kann die mundbezogene Lebensqualität entscheidend verbessert werden. Vorausgesetzt, man erkennt den Bedarf. Und hier klemmt es. Zahnproblemen wird von Pflegern wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Schäden werden nicht oder zu spät erkannt. Daher lautete das Fazit eines Vortrags: „Vor Ort müssen in Gesprächen aller Verantwortlichen neue Wege gefunden werden, um die zahnärztliche Situation der alten Menschen im Pflegeheim zu verbessern. Das Gesundheitsamt und die regionalen Arbeitsgemeinschaften könnten dabei eine Vernetzungsfunktion übernehmen.“¹

Bamberg zeigte: Trotz hervorragender Erfolge gibt es noch genügend Defizite, die aufgearbeitet werden müssen. Wir können also mit Zuversicht nach vorn blicken. Setzen wir fort, was in der Gruppenprophylaxe seinen Ursprung hatte: Geeignete Konzepte zur Verbesserung der Mundgesundheit in Kooperation mit allen an der Zahngesundheit Beteiligten. „Es gibt noch viel zu tun, packen wir's gemeinsam an.“

Dann ist Investition in den ÖGD auch Investition in die Zukunft!

Dr. Uwe Niekusch

¹ Zur gleichen Feststellung kommen Nitschke et al. in ihrem Beitrag „Versorgung immobiler pflegebedürftiger Patienten – eine Befragung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ (Dtsch Zahnärztl Z 60, 292 – 297 (2005)).

55. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG 2005



Die Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes luden in diesem Jahr vom 14. bis 16. April zu ihrem traditionellen Jahreskongress in die Weltkulturerbestadt Bamberg ein.

Der erste Vorsitzende des BVÖGD, Dr. Klaus Walter, führte zur Eröffnungsveranstaltung in die Thematik „ÖGD – Investition in die Zukunft“ ein. Dabei stellt die demografische Entwicklung in Deutschland eine große Herausforderung für den ÖGD dar. Dr. Walter forderte ein Umdenken dahingehend, dass Kinder sich nicht als Armutsfaktor auswirken oder als Last und Karrierebremse gesehen werden. Als weitere Schwerpunkte für den ÖGD nannte er das Präventionsgesetz und den Umgestaltungprozess in den Verwaltungsstrukturen in ganz Deutschland. Dabei warnte er vor den Gefahren sinkender Standards, wenn ein Aufgabenzuwachs für die kommunale Ebene mit Personalabbau einher geht.

Nach der Kongresseröffnung durch den 1. Vorsitzenden des BZÖG, Herrn Dr. Michael Schäfer, begann das wissenschaftliche Programm. Kurzfassungen der Vorträge können Sie in dieser und den nächsten Ausgaben unserer Zeitschrift nachlesen.

Eingestimmt wurde das Auditorium mit Ausführungen zur bayrischen Umsetzung der Gruppenprophylaxe. Im Vordergrund stehen hier Aktionen und nicht die flächendeckende aufsuchende Betreuung im Setting Kindergarten und Schule. Das vom Gesetzgeber vorgesehene Maßnahmenpaket des § 21 SGB V wird so im Freistaat Bayern nur in Teilaspekten realisiert.

gha

Gruppenprophylaxe in Bayern: Schwerpunkte, aktuelle Daten, Perspektiven

H. Michel

Die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V. blickt auf 22 Jahre gruppenprophylaktische Arbeit zurück. Die Aktion „Löwenzahn“ für Grundschüler und die Aktion „See-Löwe“ für Kindergartenkinder stellen das Bindeglied zwischen Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe dar. Da im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Bayern keine Untersuchungen durchgeführt werden, motivieren beide Aktionen zu zahnärztlichen Befunderhebungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte, zu notwendigen Behandlungen und systematischen individualprophylaktischen Maßnahmen.

Aktion Löwenzahn

Die Aktion Löwenzahn ruft zum regelmäßigen, halbjährlichen Zahnarztbesuch für alle Kinder der bayerischen Grund- und Förderschulen auf und erleichtert das Erlernen der Eigenverantwortung für die Gesundheit der eigenen Zähne. Die Adressaten der Aktion sind die Grundschüler, deren Eltern, Lehrer, die Schulleiter sowie alle Zahnärzte in Bayern. Ein großes Ziel der Aktion ist die Festigung des Verständnisses aller Aktionsbeteiligten für den Prophylaxegrundsatz „Vorbeugen ist besser als Heilen“. Die Aktion Löwenzahn fördert den regelmäßigen Zahnarztbesuch, motiviert und begleitet Kinder, setzt Anreize für ein Engagement in Klassen und Schulen und informiert alle Betroffenen von den Eltern bis zu den Zahnärzten. Zu Beginn jedes Schuljahres erhalten alle bayerischen Grund- und Förderschulen ein Paket mit dem Aktionsmaterial. Das Paket enthält für jede Grundschulklasse einen Materialsatz. Die Klassenleiter verteilen an alle Kinder Elternbriefe. Der Brief enthält ein Schreiben von „Dentulus“ an die Kinder und die Eltern sowie zwei Löwenkarten. Der Zahnarzt stempelt jeweils eine Löwenkarte nach der Kontrolluntersuchung. Die abgestempelten Löwenkarten nehmen die Kinder mit in die Schule. Im Klassen-

zimmer hängt ein großer Sammelkalender. Durch einen Schlitz im Löwenmaul können die Kinder den Löwen „Dentulus“ mit den abgestempelten Karten füttern. Für jede eingeworfene Löwenkarte erhalten die Kinder einen Aufkleber. Der Aufkleberbogen zeigt stets den Füllstand des Sammelkalenders an. Am Ende des Schuljahres leeren die Klassenleiter die Sammelkalender und die Sekretariate sammeln die Ergebnisse der Klassen und melden die Summe der gesammelten Löwenkarten und die Gesamtzahl der Schüler an die LAGZ. Die im Verhältnis zwischen gesammelten Karten und Schülerzahl erfolgreichsten Schulen erhalten Geldpreise. Ab einer Rücklaufquote von 100 % erhalten die Schulen garantiert eine Prämie. Maximal sind 200 % möglich, das heißt, jedes Grundschulkind war zweimal im Jahr beim Zahnarzt. Insgesamt werden jährlich über 50 000 Euro Preisgelder ausbezahlt. Im vergangenen Schuljahr 2003/04 wurden 359 Geldpreise an Grundschulen vergeben. 20 Schulen von insgesamt 1935 teilnehmenden Schulen erreichten das Spitzenergebnis von 200 % Rücklaufquote. 210 Schulen erreichten eine Rücklaufquote von 100 %. Informationen zur Aktion und Ergebnisinformationen erhalten Schulen (Schulleiter, Sekretariate, Klassenleiter), Elternbeiräte, Schülämter, Schulabteilungen der Bezirksregierungen, Bayerisches Kultusministerium, Träger der LAGZ sowie Presse und Medien. In Bayern ist die Aktion Löwenzahn an den Schulen mittlerweile eine feste Institution.

Aktion Seelöwe

Die Aktion Seelöwe richtet sich an Kinder in Kindergärten. Die Aktionsziele sind die Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt als selbstverständliche Gewohnheit für alle Kinder im Kindergarten, um den eigenverantwortlichen Umgang mit Körper und Gesundheit zu erlernen. Die Aktion möchte die Kindergärten bei der ganzheitlichen Gesundheitserziehung unterstützen. Die Aktion Seelöwe ist abgestimmt mit den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege und den kommunalen Spitzenverbänden in Bayern und wird vom bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz mit 200 000 Euro gefördert. Der Versand der Aktionsmaterialien an alle bayerischen Kinder-

gärten erfolgt zu Beginn des Kindergartenjahres. Im Rahmen der Aktion Seelöwe werden rund 380 000 Kinder, deren Eltern und das pädagogische Fachpersonal in rund 5900 Kindergärten erreicht. Es werden Informationsschreiben an alle Elternbeiräte der bayerischen Kindergärten und Informationsschreiben mit Aufklebern an alle bayerischen Zahnärzte verschickt. Der Versand von Materialnachlieferungen ist während der gesamten Laufzeit des Projektes gesichert, eine Aktions-Hotline steht für Fragen zur Verfügung. Zu Beginn des Kindergartenjahres erhalten alle Kindergärten ein Aktionspaket mit folgendem Inhalt: Ein Kuvert für die Kindergartenleitung mit Informationsbrief, Wandkalender mit Aktions-Antwortkarte, Kopiervorlage der Übersetzung des Elternbriefes in fünf Sprachen. Die Gruppenleitung erhält ein Kuvert mit einem Informationsbrief, einem Sammelposter sowie Spiel- und Arbeitsmaterial. Jede Gruppe erhält ein Bündel Elternbriefe mit je zwei Aufklebern. Die Gruppenleitung hängt das Sammelposter im Gruppenzimmer auf und verteilt an jedes Kind einen „Goldie“-Brief mit zwei Aufklebern. Der rechte Abschnitt der Briefkarten enthält Informationen für Kinder und Eltern über das Aktionsziel und den Aktionsablauf und „Goldie“-Sticker. Der linke Abschnitt der Briefkarten enthält Aufkleber, die bei den halbjährlichen Kontrolluntersuchungen beim Zahnarztbesuch abgestempelt werden. Das Kind klebt den abgestempelten Aufkleber im Kindergarten auf einen farblich markierten Platzhalter und malt ein Zahnbürstenfeld in der entsprechenden Farbe an. Wenn alle Kinder beim Zahnarzt waren, balanciert der Seelöwe Goldie am Ende der Aktion eine bunte Zahnbürste. Die Gruppenleitung zählt am Ende des Kindergartenjahres die Anzahl der abgestempelten Aufkleber und meldet mit der Aktions-Antwortkarte der LAGZ sein Aktionsergebnis: Anzahl der Kinder und Anzahl der abgestempelten Aufkleber. Zur Unterstützung der pädagogischen Arbeit erhalten die Kindergärten jährlich wechselnde, auf einander abgestimmte Spiel- und Arbeitsmaterialien. Im Aktionsstartjahr 2002/03 gab es ein „Goldie“-Singspiel mit CD, Notenblatt und Spielbeschreibung zum Anhören, Mitsingen, Spielen und Tanzen. Im Aktionsjahr 2003/04 gab es ein Goldie-Buch mit Spiel- und

Bastelblatt. Das „Goldie“-Buch ist ein Sachbuch mit spielerischen Elementen zum Vorlesen, Erklären, Aufgaben lösen und Basteln. Alle Kindergärten erhalten vor dem Meldezeitraum ein Erinnerungsschreiben. Die Ergebnismeldungen werden erfasst und ausgewertet. Im Aktionsjahr 2003/04 haben 420 Kindergärten ein Preisgeld gewonnen. 30 Kindergärten als Hauptgewinner, mit der maximalen Rücklaufquote von 200 Prozent, erhielten ein Preisgeld von 100 Euro und eine Ausflugsfahrt in den Tierpark Hellabrunn in München. 392 Kindergärten mit einer Rücklaufquote zwischen 100 und 200 Prozent erhielten Geldpreise. Fünf weitere Tierparkfahrten wurden unter allen teilnehmenden Kindergärten, unabhängig vom Ergebnis, ausgelost. Ergebnis-Informationen zur Aktion Seelöwe erhalten grundsätzlich alle Kindergärten, Kindergartenräterverbände, Bayerische Staatsministerien, Bezirksregierungen, Träger der LAGZ sowie Presse und Medien.

Epidemiologische Studie 2004 der LAGZ Bayern:

Die fünf bisher durchgeführten epidemiologischen Studien der LAGZ Bayern bewiesen, dass die Bemühungen und die Strategie für eine Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen erfolgreich waren. Im Jahr 2000 betrug bei den 12-Jährigen in Bayern der DMFT-Wert 1,07.

Von Mai bis Dezember 2004 wurden bei einer Stichprobe von 2 % der Grundgesamtheit insgesamt 7810 Kinder aus 112 Schulen untersucht.



Die bisher ausgewerteten Daten der von der LAGZ Bayern Prof. Dr. Norbert Krämer, Universität Erlangen, Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie und Prof. Dr. Olaf Gefeller, Institut der Universität Erlangen für Medizininformatik, Biometrie und Epidemiologie, in Auftrag gegebenen aktuellen Studie zeigten bei Hauptschülern, Realschülern und



Dr. Herbert Michel

Gymnasiasten folgende interessante Ergebnisse: Die zwölf- bis dreizehn-jährigen Hauptschüler wiesen demnach einen DMFT-Index von 1,7 gegenüber einem Wert von 1,1 bei Gymnasiasten und Realschülern auf. Bei den fünfzehn- bis sechzehnjährigen Jugendlichen schnitten die Realschüler mit einem DMFT-Index von 1,7 am besten ab. Die Gymnasiasten liegen mit 2,1 in der Mitte, gefolgt von den Hauptschülern mit 3,1. Weitere Ergebnisse zeigten, dass 55 % der 6-Jährigen naturgesunde Gebisse haben. Bei 33,8 % der 6-Jährigen wurde unversorgte Milchzahnkaries erkannt und 7,9 % der Kinder haben bereits ein Kariesproblem an den wenigen bleibenden Zähnen. Für die 12-Jährigen konnte ein positiver Einfluss der Versiegelungen auf die Kariesrate berechnet werden, das heißt, Kinder mit Versiegelungen hatten signifikant weniger Karies bzw. gefüllte Zähne als Schüler ohne versiegelte Zähne.

Pilotprojekt

Aus den Zahlen der aktuellen Studie ergibt sich Handlungsbedarf für die Gruppe der Hauptschüler, insbesondere für Jugendliche mit sonderpädagogischen Förderungen. Für Schulen mit Jugendlichen mit besonders hohem Kariesrisiko wurde deshalb das Pilotprojekt „Gesunde Zähne für Schüler“ – Kariesvorsorge an Hauptschulen konzipiert. Der Startbeginn ist September 2005. Das Programm wird wissenschaftlich begleitet und beinhaltet eine besonders intensive systematische Betreuung durch prophylaktische Maßnahmen wie Mundhygiene-Instruktionen, Ernährungsberatungen, 3x tägliche Anwendung von xylithaltigen Kaugummis und vier Duraphat-Touchierungen pro Jahr.

Mit diesem Pilotprojekt hoffen wir gute Erfahrungen zu machen, um dann in einem zweiten Schritt 20 Schulen einzubeziehen und danach in einem dritten Schritt dieses Konzept allen Hauptschulen in Bayern anbieten zu können.

Dr. Herbert Michel
Vorsitzender der Bayerischen
Landesarbeitsgemeinschaft
Zahngesundheit e. V.

Sind Parodontitis und Karies primär ein Problem der häuslichen Mundhygiene?

St. Burgemeister, U. Schlagenhaut

Parodontalerkrankungen

Seit den grundlegenden Arbeiten von Loe und Theilade, welche den Zusammenhang zwischen Mundhygiene und Gingivitis untersuchten, wird die Bedeutung der Mundhygiene für die Entstehung und den Verlauf von Parodontalerkrankungen hoch eingeschätzt. In der klassischen Vorstellung geht eine Gingivitis nach der initialen Phase über verschiedene histologisch darstellbare Zwischenstufen in eine Parodontitis über, die durch die Destruktion des zahntragenden Bindegewebes gekennzeichnet ist. Diese wird vor allem durch körpereigene Entzündungsmediatoren wie Interleukin 1 (IL-1), Tumornekrosefaktor α (TNF α) und Prostaglandin E2 (PgE2) vermittelt.

Da die Gingivitis einerseits als Vorstufe zur Parodontitis zu betrachten war, andererseits aber experimentell durch die Unterbrechung des Zähneputzens provoziert werden konnte, erschien die häusliche Mundhygiene folgerichtig als entscheidender Faktor, mit dem neben der Gingivitis auch die Entstehung einer Parodontitis zu verhindern sein musste. Für die Aussage „Ein sauberer Zahn wird nicht krank“ ließ sich auch die Beobachtung keimfrei gehaltener (gnotobiotischer) Ratten heranziehen, bei der sich zeigte, dass ohne bakterielle Beläge weder Gingivitis noch Parodontitis oder Karies auftraten. Da die intraorale Keimfreiheit allerdings kein realistisches Ziel sein kann, muss die Frage beantwortet werden, ob auch ein vergleichsweise besser gereinigter Zahn resistenter gegen Parodontitis ist. Betrachtet man das Auftreten von Parodontalerkrankungen in epidemiologischem Maßstab, so zeigt sich, dass etwa 10 bis 15 % der Bevölkerung unter schwerwiegenden Formen der Parodontitis leiden. Im weltweiten Vergleich wäre zu erwarten, dass diese Rate sich unterscheidet, je nachdem, ob es sich um Populationen industrialisierter Länder mit verbreiteten Mundhygienegewohnheiten handelt oder um solche



Dr. Stefan Burgemeister

aus Entwicklungsländern, in denen keine Mundhygiene durchgeführt wird. Eine solche Tendenz ist allerdings nicht erkennbar, so dass für die Entstehung zumindest der schwerer verlaufenden Parodontalerkrankungen andere Faktoren verantwortlich sein müssen als die Qualität der häuslichen Mundhygiene.

Neben gewohnheitsmäßigen Faktoren wie dem Tabakkonsum scheinen besonders hereditäre Dispositionen darüber zu entscheiden, ob ein Individuum gegenüber der bakteriellen Besiedlung der Sulkusregion eine protektive Immunantwort entwickelt oder aber ob eine fehlgesteuerte Immunreaktion über die Ausschüttung gewebszerstörender Mediatoren zu einem Abbau parodontalen Gewebes führt. Es ist sehr fraglich, ob es überhaupt möglich ist, allein durch eine perfekte häusliche Mundhygiene eine solche Disposition zur Parodontitis auszugleichen und das Entstehen oder die Progression der Erkrankung zu verhindern. Hinweise darauf finden sich in einer Studie von Axelsson, deren Ergebnisse bisher aber nicht reproduziert werden konnten. Ein weiteres methodisches Problem besteht in der Tatsache, dass die parodontal betreuten Patienten ebenso professionell durchgeführte Reinigungen (supra- und subgingival) erhalten, deren positive Effekte die mögliche Wirkung guter häusliche Mundhygiene so weit überwiegen, dass ein Einfluss letzterer nicht mehr nachweisbar ist. Während die Wirkung eines Risikofaktors wie des Tabakkonsums sich auch unter den Bedingungen des regelmäßigen Recalls noch gut erkennen lässt, konnte in vielen Langzeitstudien kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Plaqueindices und der Überlebenswahrscheinlichkeit von Zähnen bzw. der parodontal bedingten Zahnverluste ermittelt werden. Anders verhält es sich mit den gingivalen Indices, die als Ausdruck entzündlicher Vorgänge mit der Progression der Parodontitis häufiger in Verbindung gebracht werden können. Hieraus aber ausschließlich auf die

Qualität der häuslichen Plaqueentfernung zurückzuschließen, wie dies noch oft getan wird, greift zu kurz: Die Beobachtung einer Korrelation zwischen gingivalem Sondierungsbluten und einer Progression der Parodontitis bedeutet nicht, dass diese Vorgänge immer in der „klassischen“ Reihenfolge Plaque-Gingivitis-Parodontitis erfolgt sein müssen. Es sind diese Beziehungen auch in anderer Reihenfolge denkbar. So konnte etwa nachgewiesen werden, dass die Plaquebildungsrate selbst abhängig von Taschentiefe und parodontalem Entzündungsgrad ist, d.h. Patienten vor Parodontalbehandlung schneller und mehr Plaque bilden als nach erfolgter Therapie. Es wird vermutet, dass eine erhöhte Sulkusfluidrate im Sulkusbereich mehr Nährstoffe zur Verfügung stellt und das bakterielle Wachstum so begünstigt.

Positive Einflüsse guter Mundhygiene sind im Bereich der Gingivitisbekämpfung und der Wundheilung nach parodontalchirurgischen Eingriffen belegbar, nicht jedoch bei der Vermeidung schwerwiegender Parodontalerkrankungen oder für den Verlauf bestehender Parodontitiden unter den Bedingungen der regelmäßigen zahnärztlichen Nachsorge.

Karies

Sind Parodontalerkrankungen schon an Skelettfunden aus frühhistorischer Zeit erkennbar, ist die Karies in ihrer heutigen Verbreitung eher eine ernährungsbedingte Zivilisationskrankheit. Auch hier wurde aufgrund der zentralen ätiologischen Bedeutung säurebildender bakterieller Biofilme der Plaqueentfernung die oberste Priorität eingeräumt. Die Angaben aus der Literatur sind hierzu allerdings sehr widersprüchlich. Klinische Studien zeigten, dass der Versuch rein mechanischer Entfernung bakterieller Auflagerungen einen nur sehr begrenzten oder nicht nachweisbaren Effekt auf die Kariesentstehung hat. Die zweijährige überwachte Anwendung von Zahnseide durch schwedische Schulkinder erbrachte beispielsweise keine Reduktion der Zuwachsrate von Approximalkaries.

Mehr Erfolg konnte dagegen durch die Kombination mechanischer Zahnreinigung mit der Applikation von Fluoriden oder Chlorhexidinpräparaten erzielt werden. Die seit Mitte der achtziger Jahre flächendeckend verbreitete

Anwendung fluoridierter Zahnpasta führte zu einem signifikanten Rückgang der Kariesprävalenz in jüngeren Bevölkerungsschichten. Unter den Bedingungen regelmäßiger Fluoridprophylaxe scheinen Initiailläsionen bei höherem Plaqueindex mindestens ebenso gut oder sogar besser zu remineralisieren als bei geringerem oder ohne Plaquebefall. Es wird diskutiert, dass die Plaque auch als Fluoridspeicher dienen und die Substantivität verbessern kann. Auch die Progression von initialen approximalen Läsionen scheint zwar mit gingivalem Sondierungsbluten, nicht aber mit dem Plaqueindex korreliert zu sein.

Die häusliche Mundhygiene erscheint in diesem Licht vor allem deshalb erfolgreich und sinnvoll, weil durch den zeitaufwendigen Versuch möglichst vollständiger Plaqueentfernung seitens des Patienten eine ausreichende Einwirkzeit des in der Zahnpasta enthaltenen Fluorids gewährleistet ist. Der positive Effekt des Fluorids oder anderer Wirkstoffe scheint sich allerdings nicht beliebig durch Erhöhung von Dosis und Intensität steigern zu lassen: Eine finnische Untersuchung zeigte, dass sich bei Hochrisikogruppen auch durch eine Vervielfachung des prophylaktischen Aufwands keine Verbesserung des schon durch die jährliche Basisprophylaxe erreichten Effekts mehr erzielen ließ.

Korrespondenzadresse:
Dr. Stefan Burgemeister
Abteilung für Parodontologie,
Poliklinik für Zahnerhaltung
Klinik für Zahn- Mund und
Kieferkrankheiten
Julius-Maximilians-Universität
Würzburg
Pleicherwall 2
97070 Würzburg
E-Post: s_burgemeister@yahoo.de

„Karies als Infektionskrankheit“

Forscherteam erhält Praktiker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

Dr. Lutz Laurisch, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Sektion Zahngesundheit im Deutschen Grünen Kreuz e.V., Dr. Gabriele Vierguts und Prof. Dr. Gisela Hetzer, Dresden, haben den Praktiker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) erhalten. Dies teilte die DGK in der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift „Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde“ (1/2005) mit. Das Forscherteam wurde für seine Arbeit zum Thema „Karies als Infektionskrankheit“ ausgezeichnet. Die Zahnmediziner untersuchten durch die Beobachtung von vier Zwillingspaaren im Vorschulalter über einen Zeitraum von 1,5 bis 6 Jahren die Etablierung der Kariesbakterien Mutans-Streptokokken bei Kindern. Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, welchen Einfluss die Übertragung der Keime durch Bezugspersonen wie Eltern auf die Entstehung von Karies bei Kindern hat. Das Ergebnis: Die Keimübertragung von Mutans-Streptokokken führt nicht zwangsläufig zu einer Vermehrung der Keime in der Mundhöhle. Kinder mit seltenen kariogenen Impulsen pro Tag entwickeln keinen oder geringen Karieszuwachs. Kinder mit vielen kariogenen Impulsen pro Tag zeigten dagegen deutliche mikrobiologische Befunde und Karieszuwachs. Aus diesen Ergebnissen leiteten die Autoren präventive Strategien ab.

Der Preis für Kinderzahnheilkunde wird von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) mit Unterstützung der GABA GmbH vergeben und ist mit 1.500 Euro dotiert. Die Bewertung der Tagungsbeiträge erfolgt anonym durch Gutachter der DGK. Mit dem Preis soll die klinische Tätigkeit auf dem gesamten Gebiet der Kinderzahnheilkunde / Primärprophylaxe gefördert werden.

Quelle:
www.rundum-zahngesund.de

Identifikation von Risikofaktoren im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchungen

A. Makuch, B. Hentschel, A. Treide

1. Einleitung

Unter dem Einfluss präventiver Maßnahmen ist in den Industriestaaten in den letzten zwei Jahrzehnten ein deutlicher Kariesrückgang festzustellen. Er ist von einer Polarisierung des Kariesbefalls begleitet, d. h. wenige Kinder (20–30 %) vereinen einen hohen Kariesbefall (ca. 75 %) auf sich [5, 6, 8, 10, 12].

Daraus folgt, dass diese Kinder eine individuelle, intensive Präventivbetreuung erfahren müssen. Aus diesem Grunde ist es von hoher Bedeutung, dass dieser betroffene Personenkreis im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchungen entsprechend identifiziert wird.

Als problematisch erweist sich hierbei allerdings, dass die bisher praktizierte Klassifikation von Kindern in Risiko-/Nichtisiko-Gruppe an Hand der DAJ-Kriterien oder nach der Schieber- bzw. Dentoprognose sich ausschließlich an einem klinischen Faktor – Zahnhartsubstanzbeeinträchtigung – orientieren. Wie die Autoren vorliegender Studie hierzu bereits pu-

bliziert und kritisch bemerkten, sind diese im deutschsprachigen Raum etablierten Methoden vor allem in prognostischer Sicht wenig geeignet [17]. Die vielfach propagierten mikrobiologischen Untersuchungen und Speicheltests hingegen sind aus ökonomischen Erwägungen für Reihenuntersuchungen nicht praktikabel. Dagegen erfährt der Einfluss soziodemografischer, psychosozialer und behavioraler Parameter in diesem Zusammenhang immer mehr Berücksichtigung [2, 3, 4, 7, 11, 14, 15, 16]. Die Einschätzung zusätzlicher klinischer Befunde, z.B. der Gingiva, des Hygienezustandes und der kieferorthopädischen Anomalien sollte ebenfalls zu einer – unkomplizierten und relativ schnellen – Risikoeinschätzung beitragen. Ähnliche Angaben sind aus der internationalen Literatur bekannt [1, 6, 14].

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wurde eine Längsschnittstudie mit drei Untersuchungszeitpunkten konzipiert [17]. Neben Alter und Schultyp (soziodemografischer Parameter) und Fragen nach dem Prophylaxeverhalten (psychosozialer Parameter), nach kariesbegünstigenden Erkrankungen und nach eingenommenen Medikamenten sollen mit zusätzlichen klinischen Befunden sowie einer Einschätzung des gesamten Gesundheitsverhaltens Hinweise zum erhöhten Kariesrisiko im Rahmen einer zahnärztlichen Reihenuntersuchung erlangt werden. Vorliegende Arbeit nimmt eine Auswer-

tung der Querschnittserhebung zum 1. Untersuchungszeitpunkt vor, um Hinweise für eine Assoziation von potenziellen Risikofaktoren und hohem Kariesbefall zu erhalten.

2. Probanden und Methode

2.1 Probanden

Es wurde eine Stichprobe von 1863 Schülern aus allen schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen der Stadt Leipzig randomisiert ausgewählt. Zur Absicherung der Untersuchung im Längsschnitt wurden die Klassenstufen 1, 2, 5, 7 und 8 einbezogen. Um die Repräsentativität zu gewährleisten, erfolgte bei der Stichprobenerhebung eine Stratifizierung in einem zweistufigen Cluster-Sampling-Verfahren nach Stadtteilen und Schultypen. Zur Beantwortung der Studienfrage war eine Fallzahl von mindestens 300 Schülern pro Klassenstufe erforderlich. Unter Beachtung einer möglichen Drop-out-Rate von mindestens 10 % wurden 77 Klassen aus 23 Schulen (12 Grundschulen, 6 Mittelschulen und 5 Gymnasien) zufällig ausgewählt. Von den geplanten zu untersuchenden Schülern waren zur ersten Untersuchung 1758 (95 %) anwesend. Als Gründe für die Abwesenheit zur Untersuchung erwiesen sich Krankheit (4 %) und Schul- bzw. Ortswechsel (1 %).

Zur Auswertung kamen Grundschüler der 1. und 2. Klassenstufe. Ab Klasse 5 wurde Mittelschüler und Gymnasialisten unterschieden (Tab. 1).

2.2 Methode

Erhebung der Befunde

Die Befunde der Schüler wurden im Rahmen der in Sachsen gesetzlich geregelten Reihenuntersuchung erhoben. Bei ausreichenden Lichtverhältnissen erfolgte die Ermittlung der klinischen Karies (deutliche Kavitation) nach WHO-Standard (1987) durch 13, nach Vorgaben von Pieper und Blumenstein, kalibrierte Zahnärztinnen [13].

Auf einem eigens hierfür konzipierten Befundbogen wurden zunächst das Alter, das Geschlecht und der Schultyp registriert. Die Erfassung des Zahnstatus und des Flächenbefundes erfolgte getrennt nach Milch- und bleibendem Gebiss in einem Gebiss-schema.

Zusätzlich erfolgte eine klinische Beurteilung weiterer oraler Befunde. Für die Auswertung wurden die Ausprägungen dieser Befunde dichotomi-

Tabelle 1: Untersuchungspopulation der ersten Untersuchung vom Längsschnitt der Leipziger Studie zum Kariesrisiko

| Klassenstufe | Alter | Schultyp | | | Gesamt |
|---------------|--------------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | | Grundschule | Mittelschule | Gymnasium | |
| | Median (min.-max.) | n | n | n | n |
| 1 | 7 (6-8) | 336 | | | 336 |
| 2 | 8 (7-9) | 295 | | | 295 |
| 5 | 11 (10-12) | | 175 (42,3 %) | 239 (57,7 %) | 414 (100 %) |
| 7 | 13 (12-14) | | 168 (45,7 %) | 200 (54,3 %) | 368 (100 %) |
| 8 | 14 (13-15) | | 154 (44,6 %) | 191 (55,4 %) | 345 (100 %) |
| Gesamt | | 631 | 497 | 630 | 1.758 |

Tabelle 2: Kariesprävalenz getrennt nach Schultyp und Klassenstufe

| Klassenstufe | Schultyp | Kariesprävalenz | Anzahl | \bar{x} | s | Median (min.-max.) |
|--------------|--------------|-----------------|--------|-----------|-----|--------------------|
| 1 | Grundschule | DMF/T+dmf/t | 336 | 2,99 | 3,0 | 2 (0 - 11) |
| 2 | Grundschule | DMF/T+dmf/t | 295 | 3,98 | 3,1 | 4 (0 - 14) |
| 5 | Mittelschule | DMF/T | 175 | 1,42 | 1,8 | 1 (0 - 10) |
| | Gymnasium | DMF/T | 239 | ,86 | 1,5 | 0 (0 - 9) |
| 7 | Mittelschule | DMF/T | 168 | 2,38 | 2,2 | 2 (0 - 10) |
| | Gymnasium | DMF/T | 200 | 1,65 | 2,0 | 1 (0 - 10) |
| 8 | Mittelschule | DMF/T | 154 | 3,26 | 3,0 | 2 (0 - 14) |
| | Gymnasium | DMF/T | 191 | 2,46 | 2,6 | 2 (0 - 16) |

siert. Beim Mundhygieniezustand wurde das Ausmaß der Belagbedeckung visuell begutachtet. Keine und vereinzelte Plaqueinseln sowie Plaque im Sulcusbereich wurden einer Belagbedeckung von mehr als einem Drittel der Zahnoberfläche gegenübergestellt (keine / vereinzelt vs. massiv). Für das Parodont erfolgte die Einschätzung ebenfalls visuell und unterschied keine und deutliche Entzündungszeichen (Rötung, Schwellung, evtl. Spontanblutung). Zur Einschätzung der Mineralisationsstörungen erfolgte die Einteilung in „vorhanden“ vs. „nicht vorhanden“. Als Mineralisationsstörungen galten weißliche und bräunliche Verfärbungen, Grübchen und Rillen. Initialkaries sollte dabei ausgeschlossen sein (Inhalt der Kalibrierung). Das Vorhandensein kieferorthopädischer Anomalien wurde zunächst durch eine „Ja vs. Nein – Entscheidung“ registriert. Lag eine Anomalie vor, wurde zusätzlich erfasst, ob diese als kariesbegünstigend einzuschätzen ist (Engstand, Deckbiss, tiefer Biss). Bei der kieferorthopädischen Therapie erfolgte eine Trennung nach feststehenden und herausnehmbaren Apparaturen. Weiterhin wurde das Vorhandensein von Fissurenversiegelungen erfasst (Tab. 3a).

Eine kurze Befragung zum Verzehr von Süßigkeiten (Naschereien) bezüglich ständiger Verfügbarkeit (ja vs. nein) und Häufigkeit (täglich vs. nie, ab und zu) und zum Mundhygieneverhalten bezüglich Putzhäufigkeit (2 x und mehr als 2 x täglich vs. nie und 1 x täglich) und Regelmäßigkeit (ja vs. nein) sowie zu Fluoridierungsmaßnahmen (Lack, Gel, Spüllösung, Tablette) sollten neben den klinischen Befunden risikobehaftetes Verhalten aufzeigen (Tab. 3b). Abschließend wurde das Gesundheitsverhalten (Gesamteindruck) anhand einer 5-stufigen Skala „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ eingeschätzt. Die Erhebung der weiteren oralen Befunde und die Befragung erfolgte ebenfalls im Rahmen der Reihenuntersuchung durch die Zahnärztinnen. Die Einweisung hierzu war Inhalt der Kalibrierung.

Auswertung

Der zahnmedizinische Betreuungszustand der Schüler wurde nach den Kategorien primär gesunde, sanierte oder behandlungsbedürftige Zähne beurteilt.

Tabelle 3a: Zusätzliche klinische Befunde

| Klassenstufe | 1 | | 2 | | 5 | | 7 | | 8 | |
|---------------------------------------|-------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|-----------|
| Schultyp | Grundschule | | Mittelschule | Gymnasium | Mittelschule | Gymnasium | Mittelschule | Gymnasium | Mittelschule | Gymnasium |
| Beläge | 38(11,3%) | 59 (20,0%) | 43 (24,6%) | 57 (23,8%) | 17 (10,1%) | 38 (19,0%) | 23 (14,9%) | 23 (12,0%) | | |
| Parodontopathien | 20 (6,0%) | 32 (10,8%) | 14 (8,0%) | 23 (9,6%) | 15 (8,9%) | 9 (4,5%) | 19 (12,3%) | 17 (8,9%) | | |
| Mineralisationsstörung | 22 (6,5%) | 31 (10,5%) | 11 (6,3%) | 9 (3,8%) | 9 (5,4%) | 5 (2,5%) | 18 (11,7%) | 10 (5,2%) | | |
| Anomalien | 137(40,8%) | 155(52,5%) | 95 (54,3%) | 148 (61,9%) | 91 (54,2%) | 114 (57,0%) | 92 (59,7%) | 88 (46,1%) | | |
| Kariesbegünst. Zahnstellung | 95 (28,3%) | 112(38,0%) | 90 (51,4%) | 120 (50,2%) | 84 (50,0%) | 101 (50,5%) | 78 (50,6%) | 73 (38,2%) | | |
| Apparative Kieferorthopäd. Behandlung | 1 (0,3%) | 10 (3,4%) | 37 (21,1%) | 67 (28,0%) | 49 (29,2%) | 76 (38,0%) | 31 (20,1%) | 64 (33,5%) | | |
| Fissurenversiegelung | 71(21,1%) | 109(36,9%) | 82 (46,9%) | 126 (52,7%) | 84 (50,0%) | 118 (59,0%) | 83 (53,9%) | 97 (50,8%) | | |

Tabelle 3b: Befragung zum Verzehr von Süßigkeiten und Mundhygieneverhalten

| Klassenstufe | 1 | | 2 | | 5 | | 7 | | 8 | |
|------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-----------|
| Schultyp | Grundschule | | Mittelschule | Gymnasium | Mittelschule | Gymnasium | Mittelschule | Gymnasium | Mittelschule | Gymnasium |
| Süßigkeiten: | | | | | | | | | | |
| täglicher Verzehr | 117(34,8%) | 110(37,3%) | 44 (25,1%) | 83 (34,7%) | 57 (33,9%) | 44 (22,0%) | 30 (19,5%) | 41 (21,5%) | | |
| ständige Verfügbarkeit | 208(61,9%) | 158(53,6%) | 129 (73,7%) | 178 (74,5%) | 153 (91,1%) | 177 (88,5%) | 139 (90,3%) | 174 (91,1%) | | |
| Mundhygieneverhalten: | | | | | | | | | | |
| 2x u. mehr als 2x täglich | 231 (68,8%) | 232 (78,6%) | 137 (78,3%) | 216 (90,4%) | 142 (84,5%) | 170 (85,0%) | 113 (73,4%) | 164 (85,9%) | | |
| regelmäßig | 206(61,3%) | 200 (67,8%) | 116 (66,3%) | 192 (80,3%) | 108 (64,3%) | 171 (85,5%) | 116 (75,3%) | 175 (91,6%) | | |
| Fluoridierungsmaßnahmen | 143(42,6%) | 174 (59,0%) | 125 (71,4%) | 190 (79,5%) | 128 (76,2%) | 168 (84,0%) | 103 (66,9%) | 164 (85,9%) | | |
| Individualprophylaxe | 93 (27,7%) | 123(41,7%) | 118 (67,4%) | 169 (70,7%) | 96 (57,1%) | 160 (80,0%) | 94 (61,0%) | 159 (83,2%) | | |
| Gutes Gesundheitsverhalten | 246(73,2%) | 220(74,6%) | 127 (72,6%) | 200 (83,7%) | 119 (70,8%) | 163 (81,5%) | 97 (63,0%) | 170 (89,0%) | | |

Die epidemiologische Beschreibung des Kariesbefalls erfolgte mit dem international gebräuchlichen Erhebungsinstrument DMF/T-Index für Schüler der Klasse 5, 7 und 8. Für Schüler der Klasse 1 und 2 wurde die Summe aus DMF/T und dmf/t ermittelt. Aufgrund der schiefen Verteilung der DMF/T- bzw. DMF/T+dmf/t-Werte wurden zur Beschreibung der Kariesprävalenz neben arithmetischem Mittel und Standardabweichung der Median, Minimum und Maximum pro Klassenstufe angegeben (Tab. 2).

Absolute und relative Häufigkeiten beschreiben kategoriale Merkmale (Tab. 3a und 3b). Die Analyse des Einflusses der zusätzlich erhobenen Merkmale auf den Kariesbefall erfolgte für die Klassen 5–8 klassenstufenweise. Klasse 1 und 2 wurde zusammen ausgewertet.

Für die Einteilung des Kariesbefalls in hoch und niedrig erfolgte eine Dichotomisierung der DMF/T-Werte (für Klasse 5–8) bzw. der Summe von DMF/T und dmf/t (für Klasse 1 und 2) in der Weise, dass etwa 30 % der

Schüler in den Klassenstufen einen erhöhten Kariesbefall aufweisen [5].

Die univariate Analyse der Assoziation zwischen Kariesbefall und kategorialen Risikofaktoren erfolgte mit dem c2-Test. Für die multivariate Analyse wurden logistische Regressionsmodelle angepasst. Das Signifikanzniveau betrug dabei 5 %. Die statistische Bearbeitung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Version 11.0.1.

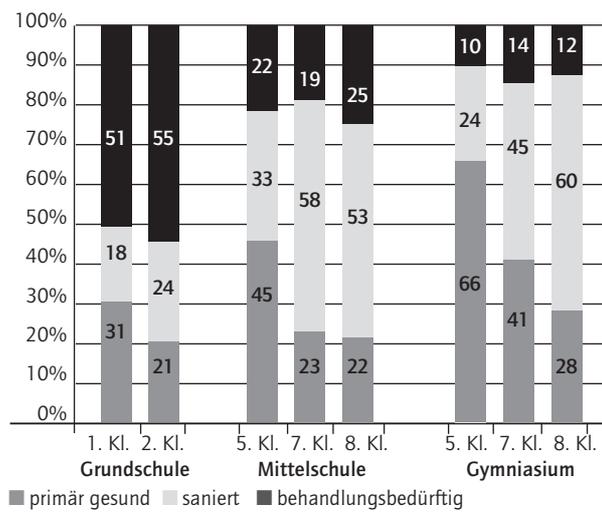
3. Ergebnisse

Zunächst zeigte sich beim Betreuungszustand (Abb. 1) der Schüler der 1. und 2. Klassenstufe, dass mehr als die Hälfte behandlungsbedürftig war. Die Anzahl der primär gesunden Gebisse nahm von 31 % bei den Erstklässlern auf 21 % bei den Zweitklässlern ab.

Bei den Schülern der 5., 7. und 8. Klassenstufe ließ sich ein deutlicher Unterschied bezüglich Behandlungsbedürftigkeit und Anzahl primär gesunder Gebisse zugunsten der Gymnasialschüler feststellen.

Die beobachtete relativ hohe

Abb. 1: Betreuungszustand bei Schülern der Klassenstufen 1 und 2 (Milchgebiss und bleibende Zähne) und der Klassenstufen 5, 7 und 8 getrennt nach Mittelschule und Gymnasium



Kariesprävalenz bei Schülern der 1. und 2. Klasse (Tab. 2) war durch die Einbeziehung des Milchgebisses bei der Beurteilung des Kariesbefalls zu erklären.

Mit zunehmendem Alter konnte ab Klasse 5 ein wachsender Kariesbefall im bleibenden Gebiss beobachtet werden, wobei die Schüler des Gymnasiums niedrigere DMF/T-Werte aufwiesen als die Mittelschüler. In Klasse 8 hatte der DMF/T-Index einen Wert von 3,26.

Die zusätzlich erhobenen klinischen Befunde sind der Tabelle 3a zu entnehmen. Die dichotome Einschätzung massiv vorhandener Beläge nahm bis zu Klasse 5 leicht zu (Klasse 1: 11,3 %, Klasse 2: 20 % und Klasse 5: 24,6 % bzw. 23,8 %). Für die 7. und 8. Klasse schwankten die Angaben zwischen 10,1 % und 19 %, und es wurde kein Schultyp favorisiert. Der Zustand des Parodonts zeigte einen ähnlichen Trend. Bei den Mineralisationsstörungen war zunächst ein Anstieg von Klasse 1 zu Klasse 2 von 6,5 % auf 10,5 % feststellbar. Ab Klasse 5 zeigte sich, dass die Mittelschüler im Durchschnitt doppelt so viele Störungen aufwiesen als die Gymnasiasten.

Die Feststellung von Anomalien zeigte bis zur Klasse 5 einen Anstieg auf über 60 % bei den Gymnasiasten. In den folgenden Schuljahren, also bei Klasse 7 und 8, blieb der hohe Anomalieanteil erhalten. Die Anzahl der Schüler, die sich in kieferorthopädischer Behandlung befanden, war bei den Gymnasialschülern deutlich

höher als bei den Mittelschülern. Dabei zeigte sich, dass der überwiegende Anteil der kieferorthopädischen Apparaturen herausnehmbar war (68 bis 90 % in den Klassenstufen). Da kein signifikanter Zusammenhang der Art der Apparatur und dem Kariesbefall bestand, wurde bei der weiteren Auswertung nur „Apparative kieferorthopädische Behandlung“ vs. „keine apparative kieferorthopädische Behandlung“ berücksichtigt. Mit Beginn der 2. Phase der Wechselgebissperiode (Klasse 5) pendelte sich der Anteil der Kinder mit kariesbegünstigender Zahnstellung auf um die 50 % ein. Außerdem zeigte sich bei den erhobenen klinischen Befunden erwartungsgemäß eine Zunahme der Anzahl der Schüler mit Fissurenversiegelungen mit dem Alter, wobei deutlich mehr Gymnasiasten versiegelte Zähne hatten (Tab. 3a).

Die Befragung (Tab. 3b) zum Verzehr von Süßigkeiten ergab, dass die jungen Jahrgänge zu mehr als einem Drittel (34,8 % und 37,3 %) täglich Süßigkeiten naschten, aber die ständige Verfügbarkeit, wahrscheinlich durch die Eltern beeinflusst, deutlich niedriger lag als in den höheren Klassenstufen (bis zu 91,1 %). Für das Mundhygieneverhalten zeigte die Befragung eine Zunahme der Anzahl der Kinder, die häufig und regelmäßig ihre Zähne putzten. Ab Klasse 5 war dieser Verlauf für die Gymnasialschüler als günstiger einzuschätzen. Bei der Beurteilung des Gesundheitsverhaltens wurden die Gymnasialschüler positiver bewertet.

In der weiteren Auswertung wurden Fragen nach Fluoridierungsmaßnahmen nicht mehr berücksichtigt. Kariesbegünstigende Medikationen (0,1 %) und Begleiterkrankungen (0,8 %) traten so selten auf, dass sie für weitere Analysen nicht mehr betrachtet wurden. Die Analyse des Einflusses der zusätzlich erhobenen Merkmale auf den Kariesbefall erfolgte, wie unter 2.2 beschrieben, für Klassenstufe 1 und 2 gemeinsam.

In der univariaten Analyse zeigte sich für diese Schüler ein signifikanter Einfluss massiv vorhandener Beläge, eines entzündeten Parodonts, des täglichen Verzehrs von Süßigkeiten und des seltenen Zähneputzens auf den Kariesbefall. In den Klassen 5 bis 8 beeinflusste die Fissurenversiegelung, aber auch die Mundhygiene den Karies-

befall signifikant. Zusätzlich erwiesen sich die Mineralisationsstörungen in Klasse 5 und 8 sowie der Schultyp in Klasse 5 und 7 als signifikant. Der tägliche Verzehr von Süßigkeiten, eine nicht regelmäßige Mundhygiene und ein als „nicht gut“ eingeschätztes Gesundheitsverhalten waren in Klasse 7 signifikante Merkmale für einen erhöhten Kariesbefall.

Um den unabhängigen Einfluss der erhobenen Merkmale auf den beobachteten Kariesbefall zu analysieren, wurden multivariate logistische Regressionsmodelle angepasst. Es wurden schrittweise, abbauende Verfahren gerechnet. In Tabelle 4 sind die Odds Ratios (OR) mit zugehörigen 95%-Konfidenzintervallen der signifikanten Merkmale aufgeführt.

Für Schüler der 1. und 2. Klasse wiesen massive Beläge auf ein mehr als zweifach erhöhtes Risiko (OR=2,3) für starken Kariesbefall hin. Der tägliche Verzehr von Süßigkeiten erhöhte das Risiko um Faktor 1,54. Putzten die Erst- und Zweitklässler nie oder nur 1x täglich ihre Zähne, stieg das Risiko auf 1,64. Die Einschätzung des Gesundheitsverhaltens war aufgrund der Korrelation mit den bereits genannten anderen Einflussgrößen nicht in die multivariate Analyse eingegangen.

Für Schüler ab Klasse 5 erfolgte die Analyse adjustiert für Schultyp (Mittelschule vs. Gymnasium). Das Risiko für hohen Kariesbefall stieg in Klasse 5 um Faktor 1,69, wenn es sich um Mittelschüler handelte. Putzten sich Schüler dieser Klassenstufe nie oder nur einmal täglich die Zähne, stieg das Risiko sogar auf das Dreifache (OR=3,16). Schüler mit fehlender Fissurenversiegelung hatten ein mehr als vierfach erhöhtes Risiko.

Die Fissurenversiegelung und der Schultyp hatten auch für Schüler der 7. Klasse einen signifikanten Einfluss (OR=2,37 resp. OR=1,76). Neben fehlender Mundhygiene (weniger als 2 x tägliches Putzen) erhöhte der tägliche Verzehr von Süßigkeiten den Kariesbefall.

Keine Fissurenversiegelung zu haben (OR=4,89) und Schüler einer Mittelschule zu sein (OR=2,0), deuteten auch in der 8. Klasse auf einen erhöhten Kariesbefall. Zusätzlich stellten Mineralisationsstörungen (OR=2,56) einen Risikofaktor für den Kariesbefall dar.

4. Diskussion

Zielstellung vorliegender Studie war, durch die Beurteilung verschiedener Kriterien, die den Kariesbefall beeinflussen können, zusätzlich Hinweise für ein Kariesrisiko im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchungen zu erlangen. Dabei zeigte sich, dass kieferorthopädische Anomalien, die Verfügbarkeit von Süßigkeiten und die Regelmäßigkeit der Mundhygiene keinen signifikanten Einfluss auf die Karieshäufigkeit hatten. Massive Beläge wirkten sich nur bei Grundschulern auf den Kariesbefall aus, Mineralisationsstörungen nur in Klasse 8. Als kritisch ist hierbei einzuschätzen, dass gerade bei den Mineralisationsstörungen des Schmelzes die Diagnostik zu spezifizieren ist, da es durchaus auch solche gibt, die nicht mit einem erhöhten Kariesrisiko einhergehen. Das würde dann auch erklären, warum nur in Klasse 5 und 8 ein derartiger Zusammenhang signifikant war. Dagegen schienen recht beständigen Einfluss die Häufigkeit der Mundhygiene, das Vorhandensein von Fissurenversiegelungen und der Schultyp ab Klasse 5 zu haben. Speziell die Fissurenversiegelung ist ein aussagekräftiger Parameter künftiger Kariesentwicklung. Ähnliche Angaben sind auch in der Literatur zu finden [12].

Neben diesen relativ stabilen Faktoren erwies sich, dass die Frage nach dem täglichen Konsum von Süßigkeiten, die Feststellung von Mineralisationsstörungen und die Einschätzung der Belagbedeckung durchaus auch Einfluss auf die Vorhersage der Kariesentwicklung hatten.

Die Befragung bezüglich Fluoridierungsmaßnahmen erbrachte, dass die jüngeren Kinder kaum Kenntnis darüber hatten. Es kann allerdings bezüglich der Fluoridierungsmaßnahmen vorausgesetzt werden, dass fast jedes Kind eine fluoridhaltige Zahnpasta benutzt und zusätzlich Fluoride während der Gruppenprophylaxe erhält. Insgesamt muss methodenkritisch angemerkt werden, dass bei Reihenuntersuchungen die Gefahr besteht, dass Befragungen zum Verhalten falsch, im Sinne „erwünschten Verhaltens“, beantwortet werden. Damit stellen sie keine adäquate Bedeutung für Risikoverhalten dar.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse, dass die klinischen Befunde die stärksten Prädiktoren sind [14, 19].

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Analyse der ersten Querschnittsuntersuchung bewertet die zusätzlich aufgenommenen Kriterien zur Beurteilung des erhöhten Kariesrisikos. Diese sind in einer Längsschnittuntersuchung weiter zu analysieren und zu differenzieren [13].

Insbesondere muss der Wert des Milchgebisse als Prädiktor für späteren Kariesbefall einbezogen werden [9, 18, 19].

Dabei muss sich von der klassenstufenorientierten (wichtig für Reihenuntersuchungen) Betrachtungsweise mehr der altersdetaillierten zugewandt werden. Hierzu sollen die Daten des Längsschnittes aus der Leipziger Studie zum Kariesrisiko dienen und Aufschluss geben. Nur die komplexe Betrachtung des Karieszuwachses lässt weitere Schlussfolgerungen zu.

Korrespondenzadresse:

Frau PD Dr. med. Dipl.-Psych.
Almut Makuch
Universität Leipzig
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie
Abteilung Kinderzahnheilkunde
Nürnberger Straße 57
04103 Leipzig

Nachdruck aus der DZZ 12/2004 mit freundlicher Genehmigung des Verlages

- Literatur bei der Redaktion -

Tabelle 4:
Ergebnisse der schrittweisen multiplen logistischen Regression

| Klassenstufe | Odds Ratio | 95 %-Konfidenzintervall | p-Wert |
|----------------------------------|------------|-------------------------|---------|
| 1. und 2. Klasse | | | |
| Beläge: | | | |
| keine/vereinzelt | 1 | | |
| massiv | 2,30 | 1,45 - 3,66 | 0,0004 |
| Süßigkeiten: | | | |
| ab und zu/nie | 1 | | |
| täglich | 1,54 | 1,07 - 2,23 | 0,0202 |
| Mundhygieneverhalten: | | | |
| mehr als 2 x täglich | 1 | | |
| nie/1 x täglich | 1,64 | 1,11 - 2,44 | 0,0141 |
| 5. Klasse | | | |
| Fissurenversiegelung: | | | |
| ja | 1 | | |
| nein | 4,42 | 2,73 - 7,17 | <0,0001 |
| Mundhygieneverhalten: | | | |
| mehr als 2 x täglich | 1 | | |
| nie/1 x täglich | 3,16 | 1,71 - 5,84 | 0,0002 |
| Schultyp | | | |
| Gymnasium | 1 | | |
| Mittelschule | 1,69 | 1,06 - 2,69 | 0,0276 |
| 7. Klasse | | | |
| Fissurenversiegelung: | | | |
| ja | 1 | | |
| nein | 2,37 | 1,50 - 3,76 | 0,0002 |
| Süßigkeiten: | | | |
| ab und zu/nie | 1 | | |
| täglich | 1,69 | 1,03 - 2,79 | 0,0102 |
| Mundhygieneverhalten: | | | |
| mehr als 2 x täglich | 1 | | |
| nie/1 x täglich | 2,21 | 1,21 - 4,04 | 0,0102 |
| Schultyp: | | | |
| Gymnasium | 1 | | |
| Mittelschule | 1,76 | 1,11 - 2,79 | 0,0165 |
| 8. Klasse | | | |
| Fissurenversiegelung: | | | |
| ja | 1 | | |
| nein | 4,89 | 2,95 - 8,1 | <0,0001 |
| Mineralisationsstörungen: | | | |
| nein | 1 | | |
| ja | 2,56 | 1,09 - 6,02 | 0,0310 |
| Schultyp: | | | |
| Gymnasium | 1 | | |
| Mittelschule | 2,00 | 1,21 - 3,29 | 0,0061 |

Silbernes Ehrenzeichen für Dr. Gudrun Rojas

Der Bundesvorstand hat zusammen mit den Landesstellenleiterinnen und -leitern am 5. März 2005 beschlossen, im Jahre 2005 das silberne Ehrenzeichen an Frau Dr. Gudrun Rojas aus Brandenburg/Havel zu verleihen.

Im Rahmen der Delegiertenversammlung auf dem diesjährigen Bundeskongress der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bamberg hatte ich die Freude und große Ehre, diese Würdigung vorzunehmen.

Nichts charakterisiert die Tätigkeit von Frau Kollegin Rojas für den Verband mehr als die Worte „Was kann man im Leben mehr erreichen, als positive Spuren zu hinterlassen und dabei stets in der Spur zu bleiben?“

Kaum etwas hat in ihrer beruflichen Tätigkeit höhere Bedeutung als den Fortbestand und die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere der Zahnärztlichen Dienste in den Bundesländern zu sichern und voranzutreiben.

Dabei gilt ihre besondere Verbundenheit dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser Verbundenheit verlieh Frau Dr. Rojas schon bald nach der Wiedervereinigung Ausdruck, indem sie 1991 Landesstellenleiterin im Land Brandenburg wurde und so in der Kammerversammlung und den Ausschüssen die Anliegen der Zahnärztlichen Dienst vertrat. Bereits ein Jahr später rückte sie als Beisitzerin in den Bundesvorstand auf und übernahm zusätzlich noch 1994 einen Platz im Beirat unserer Verbandszeitschrift.

1998 schließlich wurde Frau Dr. Rojas zur 2. Bundesvorsitzenden gewählt. Die Landesstellenleitung gab sie ab, sie arbeitete aber im Land Brandenburg weiterhin in Gremien wie dem Beirat für Zahngesundheit und in der Kammerversammlung mit.

In dieser Vorstandsfunktion wirkte sie gleichzeitig nach innen und außen, indem sie den Verband in herausragender Weise im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, in der Bundeszahnärztekammer, im erweiterten Bundesvorstand der Ärzte und Zahnärzte und der Deutschen

Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege vertrat.

Die hier gewonnene Anerkennung gab ihr die Kraft, den Verband zu Beginn des neuen Jahrtausends zu positionieren. Die detaillierten und kenntnisreichen Stellungnahmen und Positionspapiere aus ihrer Hand in den letzten Jahren legen beredtes Zeugnis dafür ab.

Zahlreich sind mittlerweile ihre Veröffentlichungen, Fachbeiträge und Vorträge geworden, und dies nicht nur im zahnärztlichen Bereich.

Eins der best behüteten Geheimnisse von Frau Dr. Rojas ist zweifellos ihre Zeiteinteilung. Das läßt sich auch nicht mit dem Modewort „Zeitmanagement“ umschreiben. Man kann nicht wirklich erklären, wie sie es auf dem beschwerlichen Weg in den letzten 15 Jahren immer wieder geschafft hat, Zeit für Ruhe und Muße zu finden, man kann es nur erahnen.

Mit Ablauf der Wahlperiode 2004 stellte sich Frau Dr. Rojas nicht erneut zur Wahl einer Vorsitzenden. Dennoch blieb sie dem Verband und den Mitgliedern treu, indem sie sich erneut dem Beirat unserer Verbandszeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ anschloss.

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verleiht Persönlichkeiten, die sich um das Öffentliche Gesundheitswesen und die Jugendzahn-pflege auf Bundes-ebene verdient gemacht haben, das Silberne Ehrenzeichen.

Im Jahr 2005 erhält dies Frau Dr. Gudrun Rojas aus Brandenburg/Havel.

Von ganzem Herzen gratulieren für den Vorstand und die Mitglieder

Dr. Michael Schäfer MPH

50 Jahre BZÖG

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Vorstand hat in verschiedenen Sitzungen gemeinsam mit den Landesstellenleiterinnen und -leitern sowie letztendlich in der Delegiertenversammlung während des Bundeskongresses in Bamberg beschlossen, dieses Jahr eine Veranstaltung anlässlich des fünfzigjährigen Bestehens unseres Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durchzuführen.

Zu unserer Jubiläumsveranstaltung in Osnabrück möchten Sie der Vorstand sowie alle Landesstellenleiterinnen und -leiter an dieser Stelle bereits herzlich einladen.

Die Arbeitstagung wird dank des Engagements der Kollegin Brunner-Strepp in Osnabrück in verschiedenen Räumlichkeiten des Kreishauses stattfinden. Frau Dr. Brunner-Strepp übernimmt die Organisation und Koordination vor Ort. Zur Eröffnung hat sich bereits der 1. Kreisrat, Herr Dr. Kassing, angekündigt.

Am Donnerstag, den 24. November, werden ab 13.00 Uhr Kolleginnen und Kollegen aus unseren Landesstellen der verschiedenen Bundesländer referieren, ganz unter dem Motto: „Aus der Praxis für die Praxis - von Mitgliedern für Mitglieder“. Sie präsentieren in ihren Vorträgen herausragende Umsetzungen des § 21 SGB V oder stellen besondere Leistungen Zahnärztlicher Dienste vor.

Am Freitag, den 25. November, werden ab 09.00 Uhr Workshops mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen angeboten.

Folgende Referenten haben ihre Teilnahme bereits fest zugesagt:

| Referent | Gesundheitsamt |
|-----------------------------|--------------------|
| Zahnärztin Christl Born | Marburg |
| Dr. Brigitte Brunner-Strepp | Osnabrück |
| Zahnärztin | |
| Eva-Kathrin Glubrecht | Northeim |
| Dr. Dr. Claus Grundmann | Duisburg |
| Dr. Christoph Hollinger | Kreis Unna |
| Dr. Martina Kröplin | Heiligenstadt |
| Dr. Uwe Niekusch | Rhein-Neckar-Kreis |
| Dr. Dietmar Pommer | Tuttlingen |
| Dr. Simone Weck | Dresden |

Für die Workshops konnten bislang gewonnen werden:

Dr. Juliane Frühbuß – Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Dr. Dagmar Starke – KV Nordrhein

Die Teilnahme an dieser Fortbildungsveranstaltung ist für Mitglieder des

Bundesverbandes **kostenfrei**. Für Sie verbleiben lediglich die Kosten für Anreise, Übernachtung und Verpflegung.

Alle Mitglieder des Bundesverbandes werden rechtzeitig eine detaillierte schriftliche Einladung incl. der notwendigen Anmeldeunterlagen erhalten.

Bitte merken Sie sich bereits jetzt den Termin vor! Über Ihr zahlreiches Erscheinen würden wir uns nicht zuletzt im Interesse des Verbandes sehr freuen.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Für den Vorstand

Dr. Michael Schäfer MPH,

1. Bundesvorsitzender

Dr. Claudia Sauerland,

2. Bundesvorsitzende

Team Zahngesundheit des Landkreises Osnabrück erhielt Qualitätspreis

Im September des vergangenen Jahres wurde das Team Zahngesundheit im Fachdienst Gesundheit des Landkreises Osnabrück für sein Projekt „Qualitätsmanagement in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe“ mit dem Qualitätspreis der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ausgezeichnet. Eine Jury aus den sechs Vertretern der Trägerländer der Akademie und sechs weiteren Persönlichkeiten aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens nominierte das Osnabrücker Projekt übereinstimmend für den 1. Preis. Anerkannt wurde damit das Engagement des Teams Zahngesundheit unter der Leitung von Dr. Brigitte Brunner-Strepp für die Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Qualitätssicherung ist bereits als feste Größe im Arbeitsalltag verankert. Ende 2002 hat sich das Team Zahngesundheit zum Einstieg in das Qualitätsmanagement entschlossen und mit hoher Motivation das dafür erforderliche Wissen angeeignet. Die konsequente Anwendung des Methodenwissens und eine auf mehreren Ebenen angesetzte Evaluation durch

- eigene Untersuchungsergebnisse,
- Evaluation der Gruppenprophylaxeprogramme durch die Universität Osnabrück,
- Kundenmonitoring und
- Mitarbeiterbefragung

erzeugten ein Spiegelbild der Produktqualität in der Gruppenprophylaxe.

Die dabei gewonnenen Informationen waren Anlass für verschiedene Verbesserungen und ein wichtiger Impuls für den Regelkreis.

So wurde z.B. im Bereich Kundenzufriedenheit als eine der ersten Maßnahmen im Schuljahr 2003/2004 eine Umfrage in den Kindergärten durchgeführt, um zu erfahren, wie jede einzelne Einrichtung unsere Arbeit beurteilt. Dadurch bekam das Team für die Zukunft die Möglichkeit, auf die individuellen Kundenwünsche besser einzugehen. Das Ergebnis fiel recht gut aus. Die Terminabsprache beurteilten 97,4 % der Einrichtungen mit sehr gut und gut. Die Dauer des Pro-



Frau Dr. Brigitte Brunner-Strepp und
Fachdienstleiter Friedhelm Lange

phylaxeprogramms wurde von 93,2 % ebenso bewertet. Die kindgerechte und pädagogische Vermittlung der Inhalte wurde von 92,3 % der Kindergärten mit Note eins und zwei versehen. Auch die Durchführung der Putzaktion wurde von 94 % so beurteilt. Den höchsten Wert erreichte die Freundlichkeit der Prophylaxefachkräfte, die von 99,2 % der Einrichtungen die Bewertung eins und zwei erhielt.

In den Grundschulen wurden ebenfalls Beurteilungsbögen verteilt. Allerdings sollten hier die Kinder die Programme beurteilen. Auch die Lehrkräfte wurden um eine Stellungnahme gebeten. So konnten auch in dieser Altersgruppe die Programme den Kundenwünschen angepasst werden.

Nicht nur die Gruppenprophylaxe sollte auf ihre Kundenzufriedenheit betrachtet werden, sondern auch die zahnärztliche Untersuchung. In den Schulen wurde deshalb ebenfalls ein Fragebogen verteilt. Die Umfrageergebnisse waren durchweg positiv; so erhielt die Untersuchung sowohl in Ablauf als auch hinsichtlich des Aspektes „kindgerecht“ bei über 95 % die Note eins und zwei. Auch die Terminabsprache wurde mit knapp 97 % so beurteilt. Die Freundlichkeit der Zahnärztin beurteilten knapp 94 % der Schulen mit sehr gut und gut.

Die Aussagen geben aber auch hier die Möglichkeit auf spezielle Wünsche der einzelnen Schulen in der Zukunft besser eingehen zu können.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Evaluation der Prophylaxeprogramme. Um nicht nur zu untersuchen, welche Prophylaxeprogramme bei den Kindern gut ankommen, sondern um auch zu erfahren, was diese Maßnahmen bewirken, wurden zunächst sechs unterschiedliche Prophylaxeprogramme von August bis Mitte Oktober in neun Schulen durchgeführt. Die Auswahl der Schulen erfolgte nach der Höhe des DMFT-Wertes. Je drei Schulen, deren Schüler hohe, mittlere und niedrige DMFT-Werte aufwiesen, wurden ausgewählt. Mit Kaspertheater, Musical,

Handpuppenspiel und Arbeit an Stationen sollten die Kinder ebenso zu einer Verhaltensänderung motiviert werden, wie mit Sprechversen, gesundem Frühstück und dem Anfärben des Zahnelbelages mit anschließender Mundhygiene. Vierzehn Tage nach der jeweiligen Aktion wurde ein Fragebogen an die Kinder verteilt, der in Zusammenarbeit mit einer Studentin der Universität Osnabrück erstellt wurde. Der allgemeine Teil fragte nach Zahnputzgewohnheiten und der Häufigkeit des Zahnarztbesuches. Die Kinder wurden weiter gefragt nach den Inhalten der Aktionen, um zu sehen, wie hoch der Erinnerungswert ist. Sie sollten darüber Auskunft geben, ob sie mit ihren Eltern über die Aktion gesprochen hatten, denn ein Informationstransfer ins Elternhaus wäre wünschenswert, da ein Teil der Eltern dem Thema Zahngesundheit noch nicht den notwendigen Stellenwert einräumt. Dann sollten die Kinder prüfen, ob sich in ihrem Verhalten nach der Aktion eine Veränderung ergeben hat. Zum Schluss wurden Fragen gestellt, die anhand des Wissens, das die Programme vermitteln, leicht zu beantworten waren. Der Rücklauf der Bögen betrug 88,4 %. Es waren 815 Bögen verwertbar.

Ziel der Befragung war, eine Bewertung der einzelnen Prophylaxeprogramme hinsichtlich ihres Lerneffektes zu erreichen. Nach der Auswertung wurde eine Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Berufsbildenden Schulen angefertigt.

Die Empfehlungen aus der Studie wurden in die Arbeit des Teams Zahngesundheit integriert, um einen möglichst effektiven sowie effizienten Einsatz der Ressourcen zu ermöglichen.

Als Erfahrung aus dem ganzen Prozess können wir sagen: Sich dem Thema Qualitätsmanagement zu stellen, setzt nicht nur Verbesserungsprozesse in Gang. Es werden auch die eigenen Stärken deutlich, die ein selbstbewusstes Auftreten der Zahnärztlichen Dienste im Handlungsfeld Kariesprophylaxe ermöglichen.

Rückfragen an:

Frau Dr. Brunner-Strepp
Gesundheitsdienst für Landkreis
und Stadt Osnabrück
Team Zahngesundheit
Am Schölerberg 1
49082 Osnabrück
Tel. 0541 501- 2113, Fax - 4763
brunner@lkos.de

Kinderzahnpasta- Erwachsenenzahn- pasta – suum cuique?

Teil II

In der Ausgabe 3/03 wurde eine Befragung zum Zahnpastagebrauch vorgestellt.

Dabei wurden im Schuljahr 2002/03 im Zusammenhang mit der Reihenuntersuchung 2335 Schüler der 2., 3. und 4. Klassen gefragt: „Nimmst du die gleiche Zahnpasta wie Papa und Mama oder hast du deine eigene Kinderzahncreme?“ Das Ergebnis wurde in Abb. 1 dargestellt. Da nicht alle Aussagen der Kinder eindeutig ausfielen, entstand eine Differenz zu 100 %.

Gleichzeitig wurden die Kinder auf die Verwendung einer Zahnpasta mit höherem Fluoridgehalt hingewiesen.

Im darauf folgenden Schuljahr 2003/04 wurde die Befragung noch einmal in den 4. Klassen durchgeführt, um nun festzustellen, ob Informationen im direkten Gespräch mit den einzelnen Schülern zu einer Verhaltensänderung führten. Dabei wurden die Ergebnisse

nur dann mit einbezogen, wenn aus der Abfrage 2002/03 eine eindeutige Antwort vorlag. Es konnten jetzt alle Antworten ausgewertet werden (Abb. 2).

Wie Abb. 1 zeigt, wäre sicherlich auch ohne Intervention ein erhöhter Gebrauch von Erwachsenenzahnpasta bei den Schülern der 4. Klassen zu erwarten gewesen. Aber die Verbesserung des Prozentsatzes der verwendeten Erwachsenenzahncreme nach Gespräch und Information ist doch erfreulich hoch. Zumal so manche Antwort mit vorwurfsvollem Unterton und dem Kommentar verbunden wurde: „Das hast du mir doch beim letzten Mal so gesagt.“

Es ist offenbar davon auszugehen, dass Kinder im Alter von 9/10 Jahren durchaus in der Lage sind, Informationen in Verhaltensänderung umzusetzen.

Dr. Gisela Winter-Borucki

Abb. 1: Umfrage nach dem Gebrauch von Kinderzahnpasta (KZP) und Erwachsenenzahnpasta im Schuljahr 2002/03

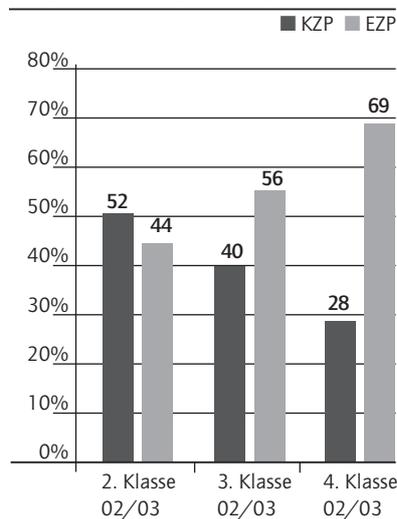
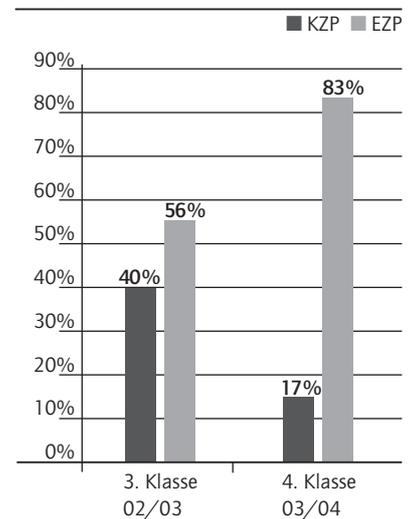


Abb. 2: Vergleich der Umfrage nach dem Zahnpastagebrauch von 2002/03 und 2003/04



Zahngesundheits- erziehung 2005 – Ganz nah bei den Kindern[©]



Die bekannten Zahngesundheitskünstler Andrea Peters und Thomas Birkigt von der „KINDERLIEDBÜHNE“ M-V[®] unterstützen Landesarbeitsgemeinschaften und regionale Arbeitskreise sowie Gesundheitsämter seit vielen Jahren dabei, zahngesundheitsrelevantes Wissen und Verhalten in Kindergärten und Schulen zu vermitteln.

Hier kommt eine neue Komplettlösung zur Zahngesundheits-erziehung speziell für den Kindergartenbereich. Die beliebten Künstler bieten eine leicht verständliche Lösung zu verschiedenen Fragestellungen an, die aus drei Modulen besteht:

Erarbeitungs-, Bühnen- und Nachbereitungsmodul. Alles ist darauf ausgerichtet, Aufklärung über richtige Zahnpflege und gesunde Ernährung zu leisten, sowie Kindergartenkinder fit zu machen für eine zahngesunde Lebensweise.

Das neue Präventionsprojekt „Zahngesundheits-erziehung - Ganz nah bei den Kindern“[®] ist ein nachhaltiges Programm zur Gruppenprophylaxe, welches Sie leicht in den Kindergartenablauf integrieren können und findet Ihren Zuspruch!

Prüfen Sie gleich heute, ob Ihr Wunschtermin noch frei ist!

Vorteil für alle „ZG“ Leser: Senden Sie das Bild auf der Hefrückseite an das Büro der Künstler und Sie erhalten bei einer Veranstaltungsbuchung für Ihre Kindergartenveranstaltungen je Auftritt 50,00 EUR Rabatt. (Gültig in allen Bundesländern bis zum 31.12.2005)

Info-Telefon: 039998 – 12544
www.gruppenprophylaxe.de
„KINDERLIEDBÜHNE“ M-V
Postfach 5151
17476 Hansstadt Greifswald

20 Jahre Aktion zahnfreundlich e.V.

Seit 20 Jahren dreht sich bei der Aktion zahnfreundlich e.V., Berlin, (AzeV) alles um gesunde Zähne, um zahnfreundliche Süßigkeiten und um das „Geburtstagskind“, das rote Qualitätssignet Zahnmännchen mit Schirm. Mit ihm zeichnet die AzeV in Deutschland seit 1985 vor allem Süßwaren aus, die weder Karies verursachen noch zu säurebedingten Zahnschäden (Erosionen) führen. Zum Zwanzigjährigen wartet die Non-Profit-Organisation jetzt nicht nur mit einem aktualisierten Prüfsiegel auf, sondern auch mit neuen Mitgliedern, einem erweiterten Angebot zahnfreundlicher Süßwaren und mit der Möglichkeit Mundhygiene-Partner der gemeinnützigen Vereinigung zu werden.

Nach 20 Jahren Aufklärungsarbeit gehört das Zahnmännchen heute zu den anerkannten Qualitätssignets für Lebensmittel und genießt Vertrauen. „Leider wird der Konsument heute aber geradezu durch eine Flut von so genannten zuckerfreien Produkten, die durchaus Zahnschäden verursachen können, verunsichert. Deshalb müssen wir mehr noch als bisher deutlich machen, dass das Prädikat ‚zahnfreundlich‘ nur mit strengen wissenschaftlichen Tests gewährleistet sein kann. Das wollen wir in Form eines Prüfsiegels erreichen, in dem das Zahnmännchen mit Schirm im Mittelpunkt steht“, begründet der Zahnmediziner und AzeV-Vorsitzende Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer den neuen Auftritt. Das Signet wird weltweit eingesetzt und kennzeichnet in unterschiedlichen Varianten auch internationale Aktivitäten, wie z.B. die erst kürzlich gegründete Stiftung „Toothfriendly Foundation“.

Im internationalen Verbund ist die deutsche Aktion zahnfreundlich neben den Schweizern die stärkste Organisation. Zu dem gemeinnützig arbeitenden Verein gehören heute 450 persönliche Mitglieder (Wissenschaftler, Zahnärzte, Ärzte, Prophylaxefachkräfte etc.) sowie 27 Wirtschaftsunternehmen – u. a. auch Süßwarenhersteller wie die Schweizer Ricola AG, die ihre als zahnfreundlich ausgezeichneten Kräuterbonbons ab Mitte des Jahres auch in Deutschland auf den Markt bringt. Darüber hinaus sorgen die zur Zeit ausgestrahlten TV-Spots von Ricola, SMINT und CREMO-

AKTUELLES

SA für einen echten Popularitätsschub, bei denen erstmals das neue „Zahnfreundlich-getestet-Prüfsiegel“ zum Einsatz kommt. Ein weiterer Erfolg im Jubiläumsjahr: Seit Anfang des Jahres ist auch der erste Süßstoffhersteller Mitglied der AzeV: Sara Lee Deutschland GmbH, bekannt durch die Marke natreen.

Da die meisten Menschen das Zahnmännchen grundsätzlich mit „Zahngesundheit“ assoziieren und die Förderung gesunder Zähne die primäre Aufgabe der Aktion zahnfreundlich ist, „haben wir die folgerichtige Entscheidung getroffen, das Signet zukünftig noch umfassender als bisher im Sinne der Zahngesundheit zu nutzen“, so Dr. Zimmer. „Unser Schritt in die Zukunft heißt deshalb, die mit dem Zahnmännchen verbundene Kompetenz und den damit visualisierten Qualitätsanspruch auch für den Bereich Oral-Care einzusetzen“. Wer wachsen wolle, brauche Partner und müsse neue Wege beschreiten. „Deshalb ermöglichen wir Oral-Care-Unternehmen, deren Produkte unsere wissenschaftlich geprägten Ansprüche an Qualität erfüllen und die unsere gemeinnützige Arbeit unterstützen, eine Partner-Mitgliedschaft.“ Diese sei auch für den Verbraucher an dem so genannten „Partner-Signet“ der Aktion zahnfreundlich zu erkennen.

Hinter dem Süß-Genuss ohne Reue stehen eindeutige wissenschaftliche Erkenntnisse und eine hoch entwickelte Lebensmitteltechnologie: Statt Zucker enthalten zahnfreundliche Produkte Zuckeraustauschstoffe wie Isomalt, Sorbit, Maltit oder Xylit und Süßstoffe. „Doch die ‚Zuckerfreiheit‘ alleine reicht selbstverständlich nicht aus, um das Prädikat ‚zahnfreundlich‘ zu erhalten“, betont der Zahnmediziner von der Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität. „In zwei unterschiedlichen und international anerkannten wissenschaftlichen Tests an unabhängigen zahnärztlichen Universitätsinstituten muss zunächst zweifelsfrei festgestellt werden, dass diese Produkte der Zahngesundheit nicht schaden.“ Erst danach dürfen sie das Zahnmännchen-Signet führen, das für den Verbraucher seit langem exakt die garantierte Sicherheit bedeutet, die heute von deutschen Gesundheitspolitikern und Verbraucherschützern nachhaltig gefordert wird.

Auch in der EU werden Verbraucherschutz, Verbrauchersicherheit und -aufklärung diskutiert. Gesundheitsbezogene Aussagen auf Lebensmitteln sollen



zukünftig wissenschaftlich begründet werden. Andererseits soll mit Warnhinweisen auf mögliche Risiken aufmerksam gemacht werden. „Das Zahnmännchen stellt durch eine Positiv-Botschaft bereits seit 20 Jahren sicher, was heute mit Warnhinweisen erreicht werden soll“, betont Dr. Zimmer.

Dass Zucker & Co. weder die besten Freunde der Zähne sind, noch Bauch und Hüften gut bekommen, ist kein Geheimnis: Der übermäßige Konsum von Süßigkeiten kann Karies verursachen, zu Übergewicht, Diabetes und anderen chronischen Erkrankungen führen. Offensichtlich ist trotzdem kaum jemand bereit, auf Süßigkeiten zu verzichten, denn der Pro-Kopf-Verbrauch ist seit vielen Jahren konstant und betrug 2003 31,3 kg!

„Keine Verbote, sondern kluge Alternativen und leicht umsetzbare Ernährungstipps.“ Wie ein roter Faden zieht sich diese Empfehlung durch die Aufklärungsarbeit der Aktion zahnfreundlich. Denn Kindern Zucker oder Süßigkeiten zu verbieten, halten die Zahnmediziner weder für sinnvoll noch für notwendig. Und auch der offensichtlich bei Erwachsenen ‚unvermeidlichen süßen Lust zwischendurch‘ wollen sie nicht nur mit ‚No-Sugar-Argumenten‘ begegnen, sondern bieten vernünftige Alternativen an. Ihre Empfehlung ist einfach und lässt sich ebenso leicht wie überall umsetzen: Wer immer mal wieder Süßes in den Mund stecken will, sollte zahnfreundlich naschen. „Da die aktiven Kariesbakterien Zuckeraustauschstoffe als Nahrung nicht nutzen können, bleibt auch die Produktion der Zahn schädigenden Säuren aus.“

Neben diesem zahnfreundlichen Vorteil gibt es aber auch noch Pluspunkte für den ganzen Körper. Zuckeraustauschstoffe haben einen geringeren Brennwert, sie bringen rund 40 % weniger Kalorien auf die Waage! Und noch eine gute Nachricht: zahnfreundliche Süßigkeiten sind fast immer für Diabetiker geeignet, denn die Zuckeraustauschstoffe werden unabhängig vom Insulin verstoffwechselt.

Für Rückfragen: Vorsitzender:
Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer
Heinrich-Heine-Universität,
Poliklinik für Zahnerhaltung
und Präventive Zahnheilkunde
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
zimmer@med.uni-duesseldorf.de
Quelle: www.zahnmaennchen.de

Fruchtzwerge sind und bleiben Süßigkeit – Traubenfruchtsüße nicht wertvoller als Kristallzucker

„Ohne Kristallzucker“ und „mit der Süße aus Früchten“ – so lautet derzeit die Werbung für die neuen Fruchtzwerge. Anstelle von Kristallzucker wird bei der Herstellung Traubenfruchtsüße verwendet. Das ist laut Herstellerangaben ein Dicksaft aus reifen Trauben, der hauptsächlich aus Wasser, Frucht- und Traubenzucker besteht. In einer Zeit, in der Übergewicht bei Kindern immer häufiger Thema ist, versucht der Hersteller seinem Produkt damit ein gesünderes Image zu geben. Genau betrachtet unterscheidet sich die Zusammensetzung der Traubenfruchtsüße jedoch nicht von Kristallzucker. Aus diesem Grund hat das österreichische Bundesministerium für Konsumentenschutz den Verein für Konsumenteninformation beauftragt, den Hersteller wegen irreführender Werbung zu verklagen. Mit der Umstellung der Rezeptur wurde der Kohlenhydratgehalt von 7,9 auf 7,2 Gramm je Becher verringert. Für die Variante „weniger süß“ liegt der Zuckeranteil jetzt bei 6,2 statt 6,7 Gramm. Obwohl Früchte namensgebend sind, kommen sie mit einem Anteil von nur sechs Prozent im Produkt vor. Pro Becher sind das lediglich drei Gramm, also etwa eine halbe Erdbeere. Der aid infodienst empfiehlt deshalb, auch die neuen Fruchtzwerge eher als Süßigkeit zu betrachten. Eine wirklich gesunde und schmackhafte Alternative ist Naturjogurt mit viel frischem kleingeschnittenem Obst.

aid, Dr. Maike Groeneveld

„Count calories, not carbs!“

Neue amerikanische Ernährungsempfehlungen

Die amerikanische Ministerin für Landwirtschaft, Ann Veneman, und der US-Minister für Gesundheit, Tommy Thompson, stellten am 12. Januar 2005 die neuen Ernährungsempfehlungen für Amerika vor.

Mehr Obst und Gemüse, Kalorien zählen und viel Bewegung: Die neuen Empfehlungen sind eine gute Mischung aus wissenschaftlichen Erkenntnissen und gesundem Menschenverstand, so Thompson dazu. Im Vergleich zu den letzten, vor fünf Jahren veröffentlichten Empfehlungen, soll der Verzehr an Obst und Gemüse nahezu doppelt so hoch werden. Des Weiteren sollten es mindestens drei Portionen Vollkornprodukte pro Tag sein bzw. die Hälfte der Getreideprodukte in Form von Vollkornprodukten.

Besonderer Wert wird auf tägliche Bewegung gelegt – mindestens 30 Minuten für den Durchschnittsbürger und bis zu 90 Minuten pro Tag für übergewichtige Personen. Kommt Amerika bei einem Anteil von 2/3 übergewichtiger US-Bürger nun in Bewegung? Nicht mehr nur „low fat“ steht im Vordergrund, sondern eine Einschränkung der gesamten Kalorienzufuhr, insbesondere durch die Reduzierung von Zucker, gesättigten Fetten und Alkohol. Pflanzliche und maritime Öle werden dagegen besonders empfohlen. Auch beim Salz sollte es nach den neuen US-Empfehlungen nicht mehr als ein Teelöffel pro Tag sein. Zum ersten Mal werden in den Richtlinien der US-Ministerien konkrete Angaben zur Energiezufuhr gemacht: 2.000 Kilokalorien für Frauen zwischen 31 und 50 Jahren und 2.500 bis 2.600 für Männer in dieser Altersgruppe.

Die neuen Empfehlungen richten sich nicht nur generell an die US-Bürger, sondern sind auch der neue Standard für die Verpflegung in Schulen und für andere öffentlich finanzierte Verpflegungsprogramme. Die Richtlinien folgen damit sehr eng den Empfehlungen, die von einer Wissenschaftlerkommission im Herbst vergangenen Jahres entwickelt wurden.

Quelle www.aid.de

10. Kongress Armut und Gesundheit

„Neue Bewegungen für Gesundheit! Netzwerke und Strukturen für gesunde Lebenswelten“

Im Jahre 1995 aus einer studentischen Initiative entstanden, ist der Kongress „Armut und Gesundheit“ inzwischen mit rund 1.400 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur größten deutschen Public-Health-Tagung geworden. Über 200 Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren aus dem In- und Ausland trafen sich am 3. und 4. Dezember 2004 in Berlin, um über das größte Gesundheitsrisiko, nämlich Armut, zu sprechen. Jeder zehnte Mensch in Deutschland ist arm, und Armut macht krank! Sozial benachteiligte Menschen haben ein mindestens doppelt so hohes Risiko zu erkranken, Opfer von Unfällen zu werden oder von Gewalt betroffen zu sein. Kinder aus der Unterschicht haben drei Mal so schlechte Zähne wie gleichaltrige Kinder aus der Mittel- oder Oberschicht. Die Lebensqualität wird durch Armut wesentlich gemindert. Im Durchschnitt sterben arme Menschen sieben Jahre früher. Das alles sind Fakten, die Handeln und einen Austausch zu aktuellen Fragen rund um die Gesundheit(-sförderung) bei sozial benachteiligten Menschen erfordern. In rund 50 Workshops und Foren des Kongresses wurden von Fachleuten aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Verwaltung, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Betroffenen, Studierenden und anderen Interessierten Problemlagen, Lösungsansätze, Konzepte und Ergebnisse im Zusammenhang mit der Gesundheit sozial benachteiligter Menschen diskutiert.

Eine besondere Kooperation zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin e.V. wurde anlässlich des Kongresses vorgestellt. Regionale Knoten „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ werden in 10 Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen) aufgebaut. „Diese Knoten haben die Aufgabe, die jeweiligen Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in einem partizipati-

Lebenslagen in Deutschland –

Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

Mit Beschluss vom 27.01.2000 hat der Deutsche Bundestag die Bundesregierung aufgefordert, regelmäßig einen Armuts- und Reichtumsbericht zu erstatten. Am 25.04.2001 hat die Bundesregierung den ersten Armuts- und Reichtumsbericht vorgelegt. Die Berichterstattung basiert auf dem Leitgedanken, dass eine detaillierte Analyse der sozialen Lage die Basis für eine Politik zur Stärkung sozialer Gerechtigkeit und zur Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabe ist. Am 19.10.2001 hat der Deutsche Bundestag die Verstärkung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung beschlossen. Dem kommt die Bundesregierung mit dem Bericht „Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung“ nach.

ven Qualitätsentwicklungsprozess zu begleiten und zu unterstützen“, so Dr. Raimund Geene, der die zentrale Koordinierung des Projektes leitet.

Besonderes Interesse fanden Beiträge rund um das Präventionsgesetz, in dem erstmals Gesundheitsförderung und Prävention verpflichtend geregelt werden. „Der praktische Wert des neuen Gesetzes entscheidet sich freilich nicht an der Befriedigung institutioneller Eitelkeiten, sondern ob die Zielgruppen angemessen berücksichtigt werden“, mahnte Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftlichen Zentrum Berlin und Berater des Gesundheitsministeriums.

Durch die Stärkung und den Ausbau der Prävention soll unser Sozialsystem zu einem modernen Sozialsystem, in dem Therapie, Rehabilitation, Pflege und Prävention gleichberechtigt nebeneinander stehen sollen, weiterentwickelt werden. Einzelheiten dazu sind unter www.bmgs-bund.de abrufbar. Inzwischen hat das Bundeskabinett und der Bundestag den Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Prävention verabschiedet. Der Bundesrat hat den Gesetzentwurf am 27. Main 2005 in den Vermittlungsausschuss verwiesen.

Dr. Gudrun Rojas

Der Bericht beschreibt die Lebenslagen der Menschen in Deutschland auf der Basis statistischer Daten etwa zu Einkommen, Vermögen, Erwerbstätigkeit, Bildungsbeteiligung. Er weist aus, dass auf Grund von Wachstumschwäche und hoher Arbeitslosigkeit das Armutsrisiko in Deutschland von 1998 bis 2003 von 12,1 Prozent auf 13,5 Prozent leicht angestiegen ist. Arm ist nach einer EU-Definition, wer weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommens zur Verfügung hat. Im Jahr 2002 lag die Armutsgrenze in Deutschland bei 605 Euro (Ost) und 730 Euro (West).

Rein rechnerisch verfügt jeder Haushalt über rund 133.000 Euro Vermögen, ein Zuwachs um 17 Prozent binnen fünf Jahren. Die Verteilung ist jedoch sehr ungleich. Die Reichsten 10 Prozent der Haushalte teilen sich Ende 2003 knapp 47 Prozent des Privatvermögens. Die Haushalte in der unteren Hälfte der Vermögensverteilung mussten sich mit einem schwindenden Anteil von nur noch 3,8 Prozent am privaten Reichtum zufrieden geben.

Besonders betroffen von der relativen Armut sind in Deutschland Kinder, Alleinerziehende, Arbeitslose, Ältere, Behinderte und soziale Randgruppen. Mehr als ein Drittel der Alleinerziehenden können dem Bericht zufolge als arm gelten. 15 Prozent der Kinder – und damit jedes siebte Kind – leben inzwischen an oder unmittelbar unter der Armutsschwelle. Deutlich verschlechtert hat sich auch die soziale Lage der Zuwanderer.

Wichtiges im Überblick

Armut und Reichtum sind als gesellschaftliche Phänomene untrennbar mit Werturteilen verbunden. Armut und Reichtum werden nicht allein an der Verteilung materieller Ressourcen festgemacht, sondern es wird berücksichtigt, dass sie sich auch in individuellen und kollektiven Lebenslagen manifestieren. Der Bericht begreift Armut und Reichtum daher als Pole einer Bandbreite von Teilhabe- und Verwirklichungschancen. Armut ist hiernach gleichbedeutend mit einem Mangel an Verwirklichungschancen, Reichtum mit einem hohen Maß an Verwirklichungschancen, deren Grenzen kaum erreicht werden.

Der Bericht stellt fest, dass eingeschränkte Verwirklichungschancen und ein höheres Armutsrisiko auch durch

unzureichende Ausbildung, fehlende Bildungsabschlüsse sowie einen erschwerten Zugang zu Erwerbstätigkeit – beispielsweise aufgrund familiärer Pflichten oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Behinderung - bedingt sind. Arbeitslosigkeit bleibt jedoch die wesentliche Ursache für ein erhöhtes Armutsrisiko.

Die Wachstumsschwäche der vergangenen Jahre - einerseits eine Folge der Weltkonjunktur, andererseits bedingt durch eine mangelnde wirtschaftliche Dynamik im Inland - hat wesentlich hierzu beigetragen. Deutschland gehört - den letzten vergleichbaren Zahlen von EUROSTAT aus dem Jahr 2001 zufolge - zu den EU-Ländern mit der niedrigsten Armutsrisikoquote (Deutschland: 11 %; Durchschnitt EU-15: 15 %).

Ein erhöhtes Armutsrisiko ist in der Mehrzahl der Fälle kein permanenter Zustand. Im Zeitraum von 1998 bis 2003 waren nach einem Jahr etwa ein Drittel der Phasen unterhalb der Armutsrisikogrenze für die Betroffenen abgeschlossen oder unterbrochen und nach zwei Jahren etwa zwei Drittel.

Die Steuerreform und die Verbesserungen von familienpolitischen Leistungen um 20 Mrd. Euro seit 1998 haben den Anstieg des Armutsrisikos vor allem von Familien mit Kindern und von allein Erziehenden im Vergleich zur übrigen Bevölkerung abgeschwächt.

Das Armutsrisiko älterer Menschen ist deutlich unterdurchschnittlich, auch ihre Sozialhilfeabhängigkeit lag deutlich unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.

Seit 1998 war ein starker Rückgang der Wohnungslosigkeit und der Wohnungsnotfälle zu verzeichnen.

Um Armutsrisiken zu verringern gilt es Wachstum und Beschäftigung zu fördern, Arbeitsplätze zu schaffen, eine bessere schulische und berufliche Bildung sowie einen Ausbau der Infrastruktur bei der Kinderbetreuung zu realisieren.

Der Bericht kann über den Bundesanzeiger kostenpflichtig bestellt werden: Faxnummer 0221-976 68 344 oder E-Mail-Adresse parlament@bundesanzeiger.de oder im Internet unter http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p_19.php herunter geladen werden.

Dr. Gudrun Rojas

Publizist Friedrich Römer blickt auf 30 Jahre DGK zurück

Friedrich Römer
Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
Wie sie wurde, was sie ist
362 Seiten, Softcover
ISBN 3-86516-153-7
22,80 Euro

Wer die wechselvolle Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) von ihren Anfängen 1973 bis 2002 kennen lernen möchte, kann dies an Hand des neuen Buches von Friedrich Römer über „Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Wie sie wurde, was sie ist“ tun. Der langjährige Geschäftsführer des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VfZ) mit Sitz in Darmstadt – Pionier der Zahngesundheitszerziehung in Deutschland – hatte Einblick in das Auf und Ab der zahnmedizinischen Prophylaxe wie nur Wenige. Für sein Buch stand dem Autor neben dem eigenen fachjournalistischen Archiv reichhaltiges Material der DGK, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde DGZMK – „Mutter“ der DGK - sowie der Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR, der „zweiten Wurzel“ der DGK, zur Verfügung.

Friedrich Römer, langjähriger Geschäftsführer des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VfZ), blickt in seinem Buch über „Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Wie sie wurde, was sie ist“ auf 30 Jahre wechselvolle Verbandsgeschichte zurück. Nicht viele kennen sich auf dem Gebiet der Prophylaxe besser aus als der mehrfach ausgezeichnete Publizist, der sich gerne als „Fachjournalist und Öffentlichkeitsarbeiter mit juristischer Grundausbildung“ bezeichnet. So ehrte ihn die Bundesrepublik für sein unermüdliches Wirken für die Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule bereits 1986 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande; zuletzt erhielt er 2002 die Tholuck-Medaille des VfZ.

In seinem Buch gibt Römer einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der DGK von ihren ersten Anfängen 1973 als Arbeitsgruppe der DGZMK bis zur Etablierung 2002 als



„Gesellschaft in der DGZMK“. Desgleichen schildert er Gründung (1969) und Tätigkeit der Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR (GKS) als selbstständige wissenschaftliche Gesell-

schaft, deren von vielen Kinderzahnärzten angestrebte Fusion mit dem westlichen Pendant nach der „Wende“ allerdings scheiterte.

Römer beschränkt sich nicht - und das macht das Buch besonders interessant - auf die engere Verbandsgeschichte(n) der beiden kinderzahnmedizinischen Gesellschaften. Er geht auch auf das „Umfeld“ ein. So wird es manchen Leser überraschen zu erfahren, dass das Fach Kinderzahnheilkunde erst 1992 - auf Grund einer Bestimmung im Vertrag zur Deutschen Einheit - Eingang in den verbindlichen Fächerkatalog des Zahnmedizinstudiums fand. Da in der DDR die wissenschaftliche Kinderstomatologie eng mit der Jugendzahnpflege verzahnt war, findet sich in dem Buch auch eine ausführliche Darstellung dieses Bereichs. (In der Bundesrepublik waren die Berührungspunkte minimal.) Mit deutlicher Kritik belegt Römer schließlich das Verhalten bundesdeutscher Wissenschaftler und Standespolitiker, als es darum ging, die beiden Gesellschaften zu fusionieren: Nach jahrelangem Gezerre musste sich die GKS auflösen, und ihren einst über tausend, zuletzt nur noch wenigen Mitgliedern blieb nichts anderes übrig, als in die DGK einzutreten.

Friedrich Römers Buch „Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Wie sie wurde, was sie ist“ umfasst 362 Seiten und kostet 22,80 Euro. Es ist bei „Mein Buch“ (Hamburg 2004) erschienen und kann unter der Free-call-Nummer 0800 - 63 46 282 und in jeder Buchhandlung bestellt werden.

Für weitere Informationen:
Verein für Zahnhygiene e.V.
Dr. Matthias Lehr
Feldbergstraße 40
64293 Darmstadt
Tel.: 06151-894 814
Fax: 06151-895 198

Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt

Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckel flaschenkaries

Harald Strippel
Juventa Verlag Weinheim und
München
ISBN 3-7799-1670-3
Preis 19,50 EUR

Kernthema des vorliegenden Buches ist das wohl zur Zeit drängendste gesundheitliche Problem im Milchgebiss, die Saugerflaschenkaries. Ausgehend von einer groß angelegten experimentellen Interventionsstudie hinterfragt es an diesem Beispiel die Effektivität von primärpräventiven Strategien im Rahmen der ärztlichen Kinderuntersuchungen. Die Monographie beleuchtet das Vorkommen sowie die Ursachen dieses bedauerlichen Phänomens und beschreibt Risikofaktoren. Das Buch zeigt Wissensdefizite und Präventions-

verhalten von Bezugspersonen sowie deren Fähigkeit zur Verhaltensänderung und die bei ihnen voraussetzende Selbstwirksamkeitserwartung auf. Es beschäftigt sich zudem mit vielen weiteren unterschiedlichen Einzelaspekten, so mit dem elterlichen Inanspruchnahmeverhalten gegenüber zahnärztlichen Angeboten, insbesondere vor dem Hintergrund unterschiedlicher kultureller familiärer Herkunft und es beleuchtet die Empfehlungspraxis von Kinderärzten angesichts festgestellter oraler Erkrankungen bei ärztlichen Untersuchungen.

Die Ergebnisse der Studie führen zu Empfehlungen für die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens. Nicht zuletzt weist der Autor eindringlich auf die Wichtigkeit der Vermittlung von Normen jenseits von unmittelbarer Effektivität hin. Sie darf nicht außer Acht gelassen werden, da sie zum Einen aus ethischen Gründen unbedingt zu fordern ist und sich andererseits langfristig auswirkt.

Die Aktualität und das Ausmaß des Phänomens Saugerflaschenkaries rechtfertigen auf jeden Fall ein Buch allein



zu diesem Thema. Die Lektüre empfiehlt sich für alle, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit – aus welchem Blickwinkel auch immer – Kinder betreuen und sich dadurch mit dem Thema Kindergesundheit konfrontiert sehen.

Dr. Christoph Hollinger, Hagen

**ANZEIGE
EASYSOFT
WIE AUSGABE
1/05**

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH, Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. (dienstl.) 0211/899-2641, Fax 0211/89 29079,
michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende : Dr. Claudia Sauerland, Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna
Tel. (dienstl.) 02303/272653, Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

Geschäftsführerin: Dr. Cornelia Wempe, Erikastr. 73, 20251 Hamburg
Tel. (dienstl.) 040/42801 3375, Fax 040/42801 2567,
Cornelia.Wempe@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de

Beisitzer: Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch, Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
Tel. (dienstl.) 06221/5221848, Fax 06221/5221850, niekusch@agz-mk.de

Redaktion:

Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

Beirat:

Dr. Gudrun Rojas, Bergstr. 18, 14770 Brandenburg
Dr. Christoph Hollinger, Auf der Rolandshöh 8, 58135 Hagen
Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ 210 501 70

Verbandsorgan:

Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ – Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens –.

Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint drei Mal im Jahr. Beitragszahlende Mitglieder des Bundesverbandes erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inklusive Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.

Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.

Texte sollten nach Möglichkeit auf elektronischen Medienträgern geliefert werden. Bildmaterial oder Grafikschemen bitte als Aufsichtsvorlage beilegen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Gestaltung:

www.GARDENERS.de

Druck:

Gerhards-Verlag, 64686 Lautertal/OT Beedenkirchen

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

Die Zeitschrift ist der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

www.bzoeg.de

ANZEIGE

KINDERLIEDBÜHNE

NEU