

ZAHNARZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

36. Jahrgang / Dezember 2006

3.06

3 EDITORIAL

KONGRESSBEITRAG

- 4 Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der DONALD Studie und ihre praktische Relevanz
- 6 Entwicklungspsychologische Aspekte bei der prophylaktischen Betreuung Jugendlicher
- 7 Der Einsatz der Prophylaxehelferin in Kindertagesstätten Thüringens und die Mundgesundheit von Vorschulkindern
- 10 Zahnärztliche Intensivprophylaxe im Landkreis Torgau-Oschatz
- 12 Frühkindliche Karies und Risikofaktoren bei brasilianischen Kleinkindern aus einkommensarmen Familien aus Ouro Preto

AKTUELLES

- 15 Zahngesundheit bei Menschen mit Behinderung
- 16 KiGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- 18 Kariesprophylaxe im Wechselgebiss
- 19 Pflegepastillen für ein sauberes Mundgefühl Innovation aus der Wrigley-Forschung

BERICHT

- 13 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
- 16 Zähneputzen auf dem Stundenplan

18 TAGUNGSKALENDER

20 IMPRESSUM



BZÖG

ANZEIGE
GABA
NEU

EDITORIAL



Dr. Gritz Hantzsche

Einer guten Tradition folgend möchte ich Sie im letzten Heft des Jahres auf den Wissenschaftlichen Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im kommenden Jahr einstimmen. Die Landesstelle Sachsen des BZÖG freut sich, Sie in den Kurort Bad Lausick einladen zu dürfen.

Der 57. Kongress, der vom 26. bis zum 28. April 2007 stattfinden wird, steht unter dem Motto „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Mitgestalter einer modernen Gesundheitspolitik ?!“.

Auch wenn der für unsere Tätigkeit entscheidende § 21 des SGB V im Rahmen der aktuellen Bemühungen um eine Reform des Gesundheitssystems unangetastet bleibt, die Unruhe, welche die Veränderungen begleitet, wird nicht an uns vorbei gehen. Insbesondere bei der wachsenden Armut von Kindern wird unsere aufsuchende zahnärztliche Betreuung immer stärker zu einer umfassenden sozialmedizinischen Aufgabe. Erste Reaktionen darauf sind die „besonderen Angebote für soziale Randgruppen“ und „gesundheitliche Chancengleichheit aller Bürger“ in unseren Prophylaxeprogrammen.

„Der öffentliche Gesundheitsdienst ist die dritte Säule des Gesundheitswesens. Neben den großen Bereichen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung spielt er zwar in Deutschland eine eher bescheidene Rolle, aber er ist und bleibt eine unverzichtbare Stütze des Gesundheitssystems“, äußerte der sächsische Staatsminister a.D. Dr. Hans Geisler im Jahr 2000. Wie die sächsische Landesregierung heute dazu steht, werden wir im Festvortrag zur Kongresseröffnung erfahren.

Anders als in den vergangenen Jahren wird der zahnärztliche Teil des Kongresses bereits am Donnerstagvormittag eröffnet, so dass für alle die Teilnahme am gemeinsamen Nachmittagsprogramm einschließlich des Festvortrages möglich sein wird. Ebenfalls neu sind am Samstagvormittag drei zusammen mit dem Fachausschuss Infektion gehaltene Referate.

Viele interessante zahnärztliche Themen stehen auf dem Vortragsprogramm der drei Kongresstage. Genießen Sie diese Tage inmitten der Kuranlagen von Bad Lausick, das sich seit der Entdeckung der stark mineralhaltigen Heilquellen im Jahr 1820 zu einem modernen Kurort entwickelt hat. Nutzen Sie die Zeit für ein Bad, eine Massage oder zum Lustwandeln im 16 ha großen Kurpark, der bereits im 19. Jahrhundert im englischen Stil angelegt wurde und dessen alter Baumbestand heute bewundert wird. Ein Abstecher ins benachbarte Colditz lohnt sich nicht nur wegen des Blickes von der Burg in die weite waldige Hügellandschaft des Muldentals, sondern auch, weil sich im Kanzleihaus ein Dentalhistorisches Museum mit einer weltweit einzigartigen Sammlung zahnärztlicher Geräte, Instrumente und Kuriosa befindet.

Wenn Sie zum ÖGD-Kongress ins sächsische Bad Lausick kommen, werden Sie erleben, „...überall ist Wunderland“. So formulierte es der aus dieser Gegend stammende Dichter Joachim Ringelnatz.

Mit den besten Wünschen für ein gutes Neues Jahr 2007!

Dr. Grit Hantzsche

Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der DONALD Studie und ihre praktische Relevanz

M. Kersting

Für die Aufklärung von Eltern und Betreuern über die richtige Ernährung von Kindern und Jugendlichen sind praxisorientierte Empfehlungen hilfreich. Diese sollten nicht nur den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen entsprechen sondern auch die bestehenden Ernährungsgewohnheiten und -probleme bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigen. Nährstoffbezogene Empfehlungen müssen zu diesem Zweck in lebensmittelbezogene Empfehlungen „übersetzt“ werden. Kinder nehmen ihre Ernährung in Form ihrer täglichen Mahlzeiten wahr. Deshalb sind zusätzliche mahlzeitenbezogene Empfehlungen für diese Zielgruppen sinnvoll.

Das Konzept der Optimierten Mischkost

Am Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) wurde das lebensmittel- und mahlzeitenbezogene Präventionskonzept der Optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche, kurz optimiX? entwickelt und evaluiert.

Die Kernbotschaften für die Lebensmittelauswahl lauten:

- **Reichlich:** Getränke (energiefrei oder -arm) und pflanzliche Lebensmittel (Obst, Gemüse, Brot/Getreideprodukte, Kartoffeln)
- **Mäßig:** Tierische Lebensmittel (Milch(-produkte), Fleisch/Wurst in fettarmen Varianten, Fisch, Eier)
- **Sparsam:** fett- und zuckerreiche Lebensmittel (Speisefette, Süßigkeiten, Knabberartikel, Fastfood).

Nährstoffangereicherte Lebensmittel oder Supplemente/Nahrungsergänzungsmittel werden in der Optimierten Mischkost nicht benötigt. Ausnahme ist die sparsame Verwendung von Speisesalz mit einem Zusatz von Jod, Folsäure und Fluorid.

Struktur der DONALD Studie

DONALD Studie ist das Kürzel für Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study. In dieser 1985 begonnenen (offenen) Kohortenstudie werden bei gesunden Säuglingen, Kindern und Jugendlichen zu 22 Zeitpunkten im Alter zwischen 3 Monaten und 18 Jahren detaillierte Daten zu ihren Ernährungsgewohnheiten mittels 3-Tage-Wiege-Ernährungsprotokollen erhoben. Hinzu kommen anthropometrische und ärztliche Untersuchungen sowie ab dem Alter von 3 Jahren die Sammlung eines 24h-Urins.

Bisher wurden bei mehr als 1100 Teilnehmern ca. 10.000 Protokolle gesammelt. Alle verzehrten Lebensmittel werden in der FKE-eigenen Lebensmittel- und Nährstoffdatenbank LEBTAB gespeichert. Dieser Datenschatz ermöglicht u.a. die Untersuchung von Alterseinflüssen und längerfristigen Zeittrends bei der Ernährung.

Lebensmittelverzehr

Aus Befragungen von Kindern und Jugendlichen ist bekannt, dass Fastfood und Süßigkeiten in der Präferenzskala der Lebensmittel vorn stehen, gefolgt von Obst mit seiner natürlichen Süße. Gemüse, das eher leicht bitter schmeckt, ist weniger beliebt. Für

die Ernährungsberatung kann die Tatsache genutzt werden, dass Kinder Gemüse in roher Form lieber mögen als gekocht.

Die subjektiven Präferenzmuster spiegeln sich in den objektiven Verzehrsmessungen der DONALD Studie wider. In allen Altersgruppen bei Kindern und Jugendlichen bleibt der Verzehr von Gemüse weit hinter den Empfehlungen der Optimierten Mischkost zurück (Abb. 1). Bei Obst werden die Empfehlungen dagegen leicht erreicht, allerdings nur wenn man die beliebten Obstsaften dem Obst zurechnet (nicht dargestellt).

In der Optimierten Mischkost können bis zu 10 % der Energiezufuhr in Form von Süßigkeiten und Knabberartikeln bzw. 6 % der Energiezufuhr in Form von Zuckerzusätzen verzehrt werden, ohne dass die Nährstoffzufuhr beeinträchtigt wird.

Rechenbeispiel: Bei 4- bis 6-jährigen Kindern entsprechen 10 % der Energiezufuhr etwa 150 kcal/Tag bzw. dem Verzehr von 6 Stückchen Schokolade oder 45 g Fruchtgummi oder 1 Glas (0,37 l) Limonade.

In der Praxis nehmen Kinder und Jugendliche im Durchschnitt mehr als doppelt soviel Energie in Form von Zuckerzusätzen auf und verzehren erheblich mehr Süßigkeiten als in der Optimierten Mischkost akzeptiert wird (Abb. 2). Beliebt sind fett- und zuckerreiche Produkte (Schokolade, Gebäck) mit einer hohen Energiedichte, d.h. einem hohen Energiegehalt pro Portion. Häufiger Verzehr energiedichtere Lebensmittel einschließlich zuckerreicher Limonaden erhöht das Risiko für Überernährung.

Sogenanntes Fastfood, z. B. Pommes frites, Burger, Pizza, ist heute fester Bestandteil der Ernährung von Kindern und Jugendlichen, wird aber meist nicht häufiger als 1 mal pro Woche verzehrt. In der DONALD Studie hatten Konsumenten von Fastfood (einschließlich Limonade) einen höheren BMI-SDS (Standard Deviation Score des Body Mass Index) als Nicht-Konsumenten. Demnach gelingt es vielen Kindern und Jugendlichen nicht, den hohen Energiegehalt vieler Fastfood-Produkte durch einen verminderten Verzehr bei nachfolgenden Mahlzeiten oder durch vermehrte körperliche Aktivität auszugleichen.

Rechenbeispiel: 1 BigMac enthält 500 kcal, das entspricht dem Energie-

Abb. 1: Durchschnittlicher täglicher Verzehr von Gemüse bei Kindern und Jugendlichen der DONALD Studie und Empfehlungen der Optimierten Mischkost (Kersting et al. Bundesgesundheitsblatt 2004; 47:213-218)

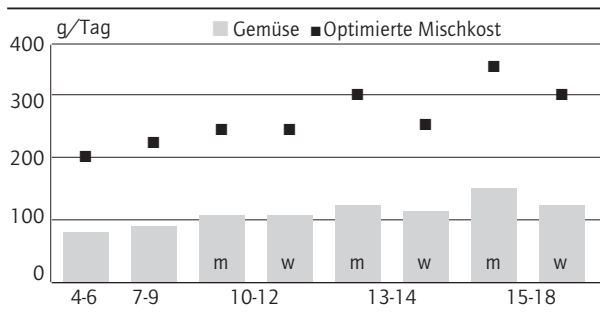
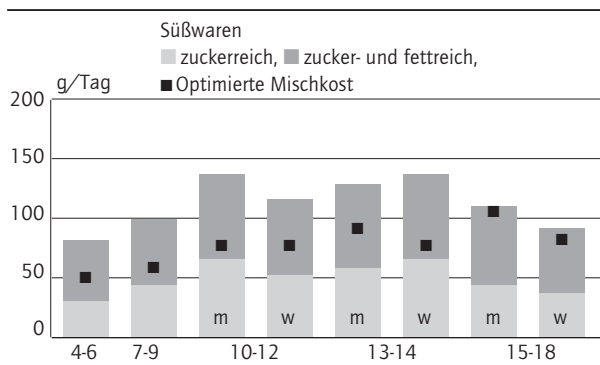


Abb. 2: Durchschnittlicher täglicher Verzehr von Süßigkeiten bei Kindern und Jugendlichen der DONALD Studie und Empfehlungen der Optimierten Mischkost (Kersting et al. Bundesgesundheitsblatt 2004; 47:213-218)



verbrauch bei 70 Minuten Fußballspielen.

Auch bei den täglichen Mahlzeiten gibt es viele Gelegenheiten, mehr Energie aufzunehmen als man tatsächlich braucht. Üppig belegte Brote liefern pro Portion um bis zu 100 Kilokalorien mehr Energie als wünschenswerte Brotmahlzeiten, bei denen Vollkornbrot als gut sättigendes Lebensmittel im Mittelpunkt steht und sparsam bestrichen und belegt wird (Abb. 3).

Nährstoffzufuhr

Zur Prävention von Adipositas und späteren ernährungsmitbedingten Krankheiten, wie Herz-Kreislaufkrankheiten oder Typ 2 Diabetes, sollten schon Kinder an eine Kost gewöhnt werden, die wenig Fett (30-35 % der Energiezufuhr, E%) und gesättigte Fettsäuren (10 E%) aber reichlich Kohlenhydrate aus pflanzlichen Lebensmitteln (> 50 E%) und Ballaststoffe enthält.

Die Ernährungspraxis weicht vielfach von diesen Empfehlungen ab. Mit der Teilnahme an der Familiernahrung im Verlauf des 2. Lebensjahres steigt der Fettverzehr weit über die Empfehlungen und bleibt dann weitgehend stabil, ebenso wie der Anteil gesättigter Fettsäuren (17 E%) (Abb.4). Wenn zunehmend mehr außerfamiliäre Einflüsse auf die Ernährung der Kleinkinder einwirken, steigt auch der Verzehr von Zuckerzusätzen an.

Die präventivmedizinische Qualität der Ernährung von Kindern und Jugendlichen wird demnach wesentlich von der Ernährung der Familie bestimmt.

Kinder profitieren aber auch von allgemein positiven Trends bei der Familiernahrung. Ähnlich wie bei Erwachsenen in Deutschland kam es auch bei den Kindern und Jugendlichen der DONALD Studie in den letzten 15 Jahren zu einer signifikanten, wenn auch noch nicht ausreichenden Verminderung des Verzehrs von Fett (auf ca. 36 E%) und gesättigten Fettsäuren (16 E%). Entgegen der landläufigen Meinung führte die Reduktion des Fettverzehrs nicht automatisch zu einer Reduktion der Energiezufuhr. Stattdessen konsumierten die Kinder und Jugendlichen mehr Kohlenhydrate, erfreulicherweise vor allem durch einen höheren Verzehr von Brot/Getreideprodukten. Die Gesamtenergiezufuhr blieb unverändert.

Nährstoffanreicherung

In der Kinderernährung sind Fertigprodukte sehr beliebt. Von den mehr als 6000 protokollierten Lebensmitteln in der DONALD Studie waren ca. 75% Fertigprodukte. Etwa 25 % dieser Produkte waren mit Nährstoffen angereichert, vor allem mit Vitaminen, seltener mit Mineralstoffen. Von den angereicherten Produkten des allgemeinen Verzehrs (außer Säuglings- und Kleinkindernahrung) enthielten mehr als die Hälfte (55 %) auch Zuckerzusätze.

Im Laufe der letzten Jahre stieg der Beitrag angereicherter Lebensmittel zum Zuckerverzehr bei Kindern und Jugendlichen überproportional an (Abb. 5). Die meisten Eltern kaufen angereicherte Produkte für ihre Kinder wegen des beworbenen Gehaltes an Vitaminen oder Mineralstoffen, ohne sich der gleichzeitigen Zuckerzusätze bewusst zu sein. Vor allem viele stark gezuckerte Frühstückscerealien für Kinder werden undifferenziert mit Multinährstoffen angereichert.

Die derzeitige Praxis der Nährstoffanreicherung lässt ein ernährungsphysiologisches Konzept vermissen. So wird bei manchen Nährstoffen, z. B. Vitamin B6 und Niacin, eine bereits reichliche Zufuhr mit nicht-angereicherten Lebensmitteln durch die Anreicherung unnötig weiter erhöht. Bei anderen Nährstoffen, z. B. Folsäure, bleibt die Zufuhr trotz Anreicherung unter den Empfehlungen.

Schlussfolgerungen

Wie die DONALD Studie zeigt, entsprechen die Ernährungsgewohnheiten bei vielen Kindern und Jugendlichen noch nicht den Präventionszielen. Wesentliche Verbesserungsmaßnahmen wären eine Steigerung des Verzehrs pflanzlicher Lebensmittel und eine Verminderung des Verzehrs fett- und zuckerreicher Lebensmittel mit hoher Energiedichte. Die ausgeklügelten Strategien der Lebensmittelwerbung laufen derartigen Bemühungen entgegen und erschweren eine wirkungsvolle ärztliche Ernährungsberatung von Eltern und Kindern.

Eine nachhaltige Verbesserung ungünstiger Ernährungsgewohnheiten lässt sich nicht von heute auf morgen erreichen. Erfolgversprechender ist es, Änderungen behutsam vorzunehmen und Kompromisse einzugehen. Am einfachsten funktioniert Ernährungs-erziehung durch vorbildhaftes Verhal-

Abb. 3: Energiegehalte verschiedener Brote mit ähnlicher Portionsgröße

Portionsgröße	Wunsch	Wirklichkeit				
80g	Vollkornbrot (1 Scheibe)	Mischbrot (1 Scheibe)				
	Butter (1TL)	Butter (2TL)				
	Schinken (1/2 Scheibe)	Salami (2 Scheiben)				
	Brot - dicke Scheibe, dünn belegt					
75g	Vollkornbrot (1 Scheibe)	Mischbrot (1 Scheibe)				
	Butter (1TL)	Butter (2TL)				
	Marmelade (1TL)	Nuss-Nougat-Creme (1,5 TL)				
	Brot - dünne Scheibe, dick belegt					
80g						
80g						
	50	100	150	200	250	300
	Energiegehalt, kcal					

Abb. 4: Durchschnittliche Anteile von Fett, Protein, Kohlenhydraten gesamt und Zuckerzusätzen an der Energiezufuhr bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen der DONALD Studie (Alexy et al, Ann Nutr Metab 1999;43:12-22; Kersting et al. Z Ernährungswiss 1998;37:252-259)

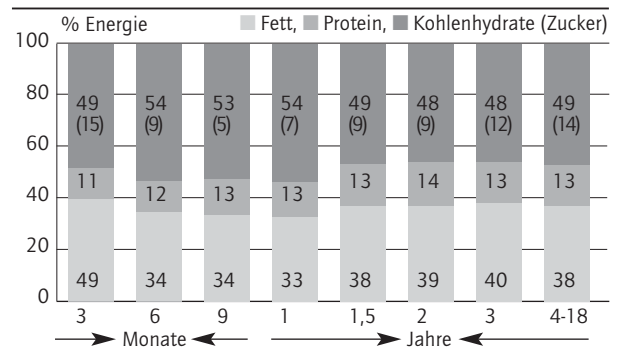
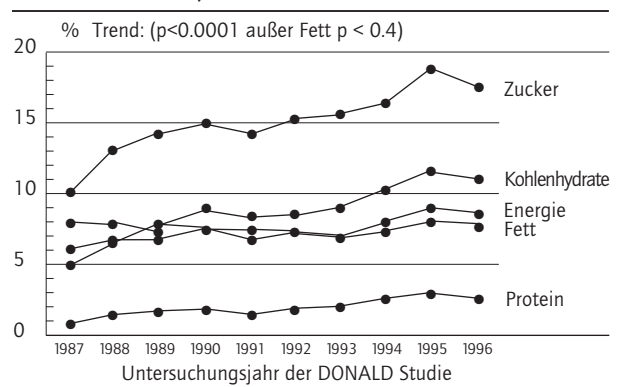


Abb. 5: Längerfristige Trends bei den Beiträgen angereicherter Lebensmittel zur Zufuhr von Energie und energieliefernden Nährstoffen in der DONALD Studie (Sichert-Hellert et al. Eur J Clin Nutr 2000; 54:81-86)



ten der Erwachsenen im Umfeld der Kinder.

Korrespondenzadresse:
 PD Dr. Mathilde Kersting
 Forschungsinstitut für
 Kinderernährung
 Heinstück 11
 44225 Dortmund
 email: kersting@fke-do.de

- Literatur bei der Redaktion -

Entwicklungspsychologische Aspekte bei der prophylaktischen Betreuung Jugendlicher

A. Makuch

Wie beim Kindergartenkind und Schulkind müssen für eine effektive Umsetzung zahnärztlicher prophylaktischer Maßnahmen bei Jugendlichen ebenfalls Besonderheiten beachtet werden. In Verbindung mit körperlichen Veränderungen (2. Gestaltenwandel) gehen auch psychische einher.

Merkmale des Jugendalters

Bis in das 19. Jahrhundert zeigte sich der Übergang vom Kindheits- zum Erwachsenenstatus unproblematisch. Mit der Geschlechtsreife war die Kindheit beendet und das Erwachsenenalter begann.

Im Unterschied dazu führt die Verlängerung der schulischen und beruflichen Bildungszeiten in unserer Epoche zu einer veränderten ökonomischen und sozialen Situation der Heranwachsenden. *Es schiebt sich zwischen Kindheit und Erwachsenenalter die Jugend.* Die Jugendlichen sind ökonomisch nicht in der Lage, ein eigenständiges Leben zu führen. Obwohl sie biologisch gesehen durchaus in der Lage wären, eine eigene Familie zu gründen, verbleiben sie in einer Abhängigkeitssituation von ihren Eltern.

Wenn man sich dieses Widerspruchs bewusst wird, ist es dann auch verständlich, dass das Jugendalter eine sehr entwicklungsintensive Periode im menschlichen Lebenslauf darstellt. Dabei ist diese zeitlich so ausgedehnt, dass sie nicht als einheitliche Phase zu begreifen ist, sondern nochmals unterteilt werden muss (Tab. 1). Dabei sind die Übergänge fließend. Die kognitive Entwicklung und die Sozialisation befinden sich auf dem Höchst-

Tab. 1: Phasen des Jugendalters (Ettrich 2000)

Vorpubertät	11. – 12. Lebensjahr
Transeszenz	12. – 14. Lebensjahr
frühe Adoleszenz	14. – 18. Lebensjahr
späte Adoleszenz	18. – 21. Lebensjahr

Abb. 1: Entwicklungsaufgaben (Havighurst 1972, Dreher und Dreher 1985)

1. Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und Nutzung des eigenen Körpers.
2. Erwerb der männlichen bzw. der weiblichen Rolle.
3. Erwerb neuer und reiferer Beziehungen zu Altersgleichen.
4. Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern.
5. Vorbereitung auf die berufliche Karriere.
6. Vorbereitung auf Partnerschaft und Heirat.
7. Gewinnung eines sozial verantwortungsvollen Verhaltens.
8. Aufbau eines Wertsystems und eines ethischen Bewusstseins.
9. Wissen, wer man ist und was man will.
10. Aufnahme intimer Beziehungen.
11. Entwicklung einer Zukunftsperspektive.

stand. Besonders entwickelt ist das kritische Denken.

Das Jugendalter wird als problematischer, krisenhafter Lebensabschnitt gesehen, der nicht die Folge des biologischen Reifungsprozesses ist, sondern primär soziokulturell bedingt verstanden werden muss. Zusätzlich wird er von der emotionalen Labilität beeinflusst. Wer kennt nicht die Stimmungsschwankungen von „Himmelhoch jauchzend – zum Tode betrübt“. Den stark normierten gesellschaftlichen Anforderungen der langen Ausbildungszeit und ökonomischen Entmündigung stehen große Spielräume gegenüber, die den Konsumsektor, den Freizeitbereich und die Gestaltung sozialer Beziehungen zu Gleichaltrigen betreffen. Und der Jugendliche nutzt diese zur Schaffung einer eigenen Kultur, der sogenannten Jugendkultur. Einzelne Züge davon sind sprachliche Veränderungen, Musikhörgewohnheiten (laut, hämmernd, wiederholend) und auffällige Kleidung und Haartrachten. Der Jugendliche erwartet von seinem Äußeren eine bestimmte, möglichst vorteilhafte Wirkung auf andere. Leider trifft das nicht für die Zähne zu (Makuch et al. 2003).

Entwicklungsaufgaben des Jugendlichen

Die Bewältigung dieser Widersprüchlichkeiten lässt auch das Entstehen von spezifischen Erlebens- und Verhaltensweisen in diesem Lebens-

abschnitt erklären. Der Jugendliche muss sich mit verschiedensten Anforderungen auseinandersetzen, den sogenannten Entwicklungsaufgaben (Abb. 1).

Wie stark sich der Jugendliche mit diesen Entwicklungsaufgaben auseinandersetzt, ist davon abhängig, inwieweit diese individuell und die enthaltenen Entwicklungsziele subjektiv bedeutsam wahrgenommen werden. Dabei bestimmt auch die eigene psychische Reife die Intensität und Art der Auseinandersetzung mit einer Entwicklungsaufgabe mit. Es werden Extreme in der Jugend beobachtet, die sich als Eustress und Distress äußern. Eustress bedeutet, alle Angebote der „Spaßgesellschaft“ werden (zum Teil exzessiv) genutzt: Es wird geskated, gesurft, gecrasht, tätowiert und gepierct; es besteht ein starker Drang nach Markenartikeln. Im Gegensatz dazu steht der Distress für Rückzug und Deprivation. Er wird zwar nicht von der Gesellschaft gestützt, aber geduldet und äußert sich u.a. in Essstörungen, Ängsten und Depressionen. Unter schlechten Bedingungen, wie niedrige soziale Einbindung als auch Sucht und Drogen kommt es zur Beschaffungskriminalität, Brandstiftung, Vandalismus und Verwahrlosung, ein Menschenleben ist nichts wert. Es wird deutlich, dass die soziale Einbindung mit Entwicklungsproblemen und Gesundheit korrespondiert (DMS-III-Studie 1999, Frühbuß 1996).

Abb. 2: Dimensionen des Körperbildes (Mrazek 1987)

1. Fitness und Sport (Ich trainiere meinen Körper regelmäßig.)
2. Äußeres und Körperpflege (Ich benutze ein Deodorant.)
3. Figurprobleme (Ich achte beim Essen auf Kalorien.)
4. Narzissmus (Ich finde meinen Körper schön.)
5. Körperentfremdung und Gesundheitsprobleme (Mein Körper tut manchmal, was er will.)
6. Rauchen und Alkohol (Ich rauche öfter eine Zigarette.)
7. Körperkontakt mit Verwandten
8. Naschen (Ich esse gerne Süßigkeiten.)

Unter den Entwicklungsaufgaben stehen vor allem zwei im engen Zusammenhang zu den „Psychologischen Aspekten der zahnmedizinischen Prävention“.

Zum einen muss das Körper selbstbild des Jugendlichen in Betracht gezogen werden. Von den acht Dimensionen des *Körper selbstbildes* (Abb. 2) sind es vor allem die Dimensionen 2, 4, 6 und 8, die auf Probleme hinweisen, welche sich im Zusammenhang von oraler Gesundheit und präventivem Verhalten ergeben. So geht es um Körperpflege und Schönheitsempfindung, aber auch um Gefährdungen, die sich durch Rauchen oder durch extremen Zuckerkonsum ergeben.

Mädchen und Jungen unterscheiden sich durch die Differenziertheit des Körperkonzeptes. So sei das bulimische Verhalten von Mädchen in seiner Auswirkung auf die Zahngesundheit genannt.

Zum anderen ist der *Aufbau eines Wertsystems*, also auch eines *Wertsystems über orale Ästhetik*, eine entsprechend wichtige Entwicklungsaufgabe. In eigenen Untersuchungen bei 628 Probanden zur Bedeutung gesunder Zähne „für sich selbst“ und „was man dazu selbst tun kann“, konnte festgestellt werden (Makuch et al. 2003):

1. Wertvorstellungen über orale Ästhetik können im Allgemeinen nachgewiesen werden.
2. Wertvorstellungen über orale Ästhetik sind nicht in jedem Falle verhaltenswirksam.
3. Wertvorstellungen über orale Ästhetik werden nur dann verhaltenswirksam, wenn die Entscheidungsbalance zu Gunsten wahrge nommener Vorteile ausfällt.
4. Je höher das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit, desto höher ist auch die Anstrengungsbereitschaft bei Schwierigkeiten.

Wichtigste und damit übergeordnete Thematik für das Jugendalter ist die Findung der eigenen Identität. Mit den Fragen „Wer bin ich?“ und „Wer will ich werden?“ muss sich der Jugendliche über seine Leistungs- und Verhaltensbesonderheiten Rechenschaft ablegen. Das Ergebnis kann der Entschluss zu entscheidungsaktivem oder

entscheidungsresignativem Verhalten sein (Oerter und Dreher 1995).

Schlussfolgerung und Tipps für Sie

Es gilt die bisherigen Erziehungspraktiken kritisch zu überprüfen, damit die Jugendlichen als gleichberechtigte Partner zeitig und umfangreich Selbständigkeit und Verantwortung zugebilligt bekommen.

Neben den allgemeinen schlussfolgernden Empfehlungen sollen außerdem noch ein paar Tipps genannt werden, die für den Aufbau erwünschten Verhaltens bedeutsam sind. So wird Verhalten vor allem durch Verstärkung gelernt. *Alle angenehmen Konsequenzen eignen sich hier zur Verstärkung* (z.B. „saubere Zähne küsst man lieber“ ...). Als solche Handlungsverstärker gelten (Makuch, A. 1990; Kühnkel, A. 2003) „die Sache an sich macht Spaß“, „das Tun allein führt zur Befriedigung“. Aber auch das Lernen durch Beobachten und Nachahmen eines sozial anerkannten und beliebten Modells ist eine typische Lernform im Jugendalter. Wichtig dabei ist, dass unter Nutzung der Diskussionsfreudigkeit die Kommunikation weitestgehend symmetrisch abläuft und von Lebensfreude dominiert wird: *„Die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen ist ein Lächeln“* (L. Ackermann).

Korrespondenzadresse:

Professor Dr. med. Almut Makuch
Universität Leipzig
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
und
Kieferorthopädie
Nürnberger Straße 57
04103 Leipzig

- Literatur bei der Redaktion -

Der Einsatz der Prophylaxehelferin in Kindertagesstätten Thüringens und die Mundgesundheit von Vorschulkindern

M. Uhlig

Einleitung

Ein altbekanntes Sprichwort „Vorbeugen ist besser als Heilen“ bewahrheitet sich besonders im Bereich der zahnmedizinischen Betreuung. Dort ist die multifaktorielle Ätiopathogenese der Karies weitgehend bekannt, und Ergebnisse der Kariesprophylaxe können auch in der Gruppenprophylaxe erfolgreich nachgewiesen werden.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe im Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 21 [1] geregelt. Die Organisation obliegt in erster Linie den Krankenkassen, den Zahnärztlichen Körperschaften, dem Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den anhänglichen Verbänden, Körperschaften und Institutionen.

Die Organisation der Gruppenprophylaxe ist in den Bundesländern unterschiedlich strukturiert.

Struktur der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V.

Am 1. Juni 1992 wurde die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen (LAGJTh) in Erfurt gegründet. Als eingetragener Verein (e.V.) erhielt sie 1997 mit der Einstellung der Prophylaxehelferinnen eine neue Rechtsform. Die LAGJTh e.V. fördert die Gruppenprophylaxe und schafft die dafür notwendigen Voraussetzungen (Abb. 1). Hierzu bilden Rahmenvereinbarung und Satzung die Grundlage für ihre Tätigkeit und die ihrer regionalen Arbeitskreise.

22 regionale Arbeitskreise für Jugendzahnpflege sind heute in Thüringen die Basis der Gruppenprophylaxe mit der Aufgabe, diese in Kindertageseinrichtungen und Schulen umzusetzen.

Der Jugendzahnärztliche Dienst des ÖGD stellt dafür die Jugendzahnärzte, die die Stelle des Arbeitskreis-

Abb.1 Förderung der Gruppenprophylaxe durch die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V.



vorsitzenden einnehmen; nur in drei Arbeitskreisen wird diese Aufgabe von niedergelassenen Zahnärzten wahrgenommen.

Die Zusammensetzung der örtlichen Arbeitskreise entspricht der Organisationsstruktur der LAGJTh e.V. auf regionaler Ebene. Das Thüringer Schulgesetz (§ 55) [2] und das Kindertageseinrichtungsgesetz (§ 16) [3] ermöglichen den Zugang und damit die Umsetzung der Gruppenprophylaxe in den Kindertages- und Behinderteneinrichtungen, die Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege in Schulen [4] regelt die Aufgabenverteilung zur Umsetzung der Gruppenprophylaxe ab dem Schuleintrittsalter.

Gruppenprophylaxe in Thüringen

Im Vorschulbereich erfolgt die gruppenprophylaktische Betreuung nach einem Aktionsraster durch Patenschaftszahnärzte und den nun schon bereits 14 Prophylaxehelferinnen der LAGJTh e.V. Die Schulgesundheitspflege in Schulen wird entsprechend der Rahmenvereinbarung und der Rechtsverordnung (ThürSchulgespfl VO, § 5) [4] von Zahnärzten des ÖGD wahrgenommen mit Vorsorgeuntersuchungen sowie Maßnahmen der Basisprophylaxe.

2004 gab es in Thüringen 1.395 Kindertagesstätten (KITAS) mit insgesamt 75.099 Kindern im Alter zwischen 2 und 6 Jahren, die gruppenprophylaktisch von 689 Patenschaftszahnärzten und 13 Prophylaxehelferinnen betreut wurden. Für die Ausbildung zur Fortgebildeten Zahnarzhelferin für Gruppenprophylaxe (Prophylaxehelferin) war der Berufsabschluss der Zahnarzhelferin Voraussetzung.

Die Ausbildung basiert auf dem Fortbildungsprogramm zur Zahnmedizinischen Fachassistentin der Landes Zahnärztekammer und beinhaltet 90

Stunden Theorie, einen speziellen Teil zur Gruppenprophylaxe sowie ein 4-wöchiges Praktikum.

13 Prophylaxehelferinnen (PH) betreuten im Schuljahr 2003/04 ca. 500 KITAS (26.315 Kinder), für die kein Patenschaftszahnarzt verfügbar war oder die Anzahl

Kinder in den KITAS den zusätzlichen Einsatz einer PH rechtfertigte. Die wöchentliche Arbeitszeit der PH beträgt 22,5 bis 40 Stunden.

In Thüringen ist die Umsetzung der Basis- und Intensivprophylaxe in einer 2003 in Kraft gesetzten Richtlinie verankert [5]. Zur Basisprophylaxe gehören alle Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen, die sich auf die Primär- und Sekundärprävention beziehen wie:

- die Zahn- und Mundhygiene,
- die Zahnschmelzhärtung mit Fluoriden (Zahnpasta mit 500 – bis 1500 ppm Fluoridgehalt) [6],
- die Ernährungsberatung,
- die Aufklärung und Instruktion der Eltern sowie
- die Untersuchung der Mundhöhle.

Die Basisprophylaxe erfolgt nach einem von der LAGJTh e.V. festgelegten Modus. In KITAS werden gruppenprophylaktische Maßnahmen vierteljährlich durchgeführt, im Schulbereich nur 2 Impulse pro Schuljahr.

Das Leistungsspektrum der PH umfasst Maßnahmen der Basisprophylaxe und der Intensivprophylaxe. In KITAS, in denen das Kariesrisiko überproportional hoch ist, reicht die Basisprophylaxe nicht aus. Hier erfolgt die intensivprophylaktische Betreuung mit mindestens vier Impulsen pro Einrichtung. Diese beinhalten:

- Tägliches Putzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta (500 ppm F),
- Applikation hochkonzentrierter Fluoridpräparate,
- Plaqueanfärbung,
- Motivation und Instruktion zur Zahn- und Mundhygiene,
- Intensive Ernährungsberatung,
- Indikationsgerechte Verweisung in eine Zahnarztpraxis (zur Individualprophylaxe/Therapie) und
- Erzieher- und Elternberatungen.

Die Bestimmung der Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko basiert auf den DAJ-Kriterien [7] unter Berücksichtigung sozialer Kriterien und orientiert sich an den Ergebnissen der Vorsorgeuntersuchung des vorangegangenen Schuljahres.

Die Effektivität der gruppenprophylaktischen Arbeit der PH wurde am Mundgesundheitszustand der Vorschulkinder bestimmt. Grundlage dafür waren die kariesstatistischen Daten der Vorsorgeuntersuchungen vom Schuljahr 2003/04. Die 2- bis 3-Jährigen waren zu 81 % kariesfrei, die Kariesverbreitung betrug 0,69 dmft. Unter den 6-Jährigen waren nur noch 45 % kariesfrei und der dmft-Index lag bei 2,33. Ein kariesbedingter Behandlungsbedarf wurde für 37 % der Kinder bestätigt, lediglich 18 % wiesen ein saniertes Gebiss auf (Abb.2, 3).

Evaluation der Programme

In der o.g. Richtlinie [5] wurde die Evaluation der Prophylaxeprogramme zur Gruppenprophylaxe hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Effizienz bereits festgeschrieben. 2003/2004 erfolgte die erste Evaluation über Prophylaxeprogramme für Vorschulkinder mit dem speziellen Ziel, betreute Kindertageseinrichtungen zu erfassen, den Einsatz der PH zu bewerten und Befragungen der Erzieher und Patenschaftszahnärzte zur Gruppenprophylaxe durchzuführen. Für Untersuchungen im strukturellen Bereich erhielten alle Arbeitskreise Erfassungsbögen, die Auskunft gaben über die Anzahl der Einrichtungen, Anzahl der Kinder, die Betreuungsform und über Risikogruppen. 689 Patenschaftszahnärzte betreuten 657 KITAS mit ca. 39.458 Kindern und 13 Prophylaxehelferinnen der LAGJTh e.V. 500 KITAS mit 26.315 Kindern. 168 Einrichtungen wurden vom ÖGD und 70 KITAS gar nicht betreut (5 %). In einer weiteren Befragung werden Erzieher und Patenschaftszahnärzte zu den Programmen der Gruppenprophylaxe befragt und aufgefordert, Vorschläge zur Optimierung aufzuzeigen.

Auf der Grundlage eines Fragebogens über das Tagesprofil wurden die PH gebeten, ihre Arbeitszeit, differenziert nach Vorbereitungs-, Wege-, Betreuungs- und Nachbereitungszeit in Stunden und Minuten über einen definierten (3 Monate) Zeitraum anzugeben. Die wöchentliche Arbeitszeit ist

unterschiedlich und liegt, entsprechend den regionalen Erfordernissen, zwischen 22,5 und 40 Stunden. Als Vorbereitungszeit galt die Zeit der unmittelbaren Vorbereitung für die prophylaktische Betreuung in den KITAS (z.B. Terminabsprachen, Erarbeitung und Zusammenstellung von Arbeitsmaterialien etc.). Als Wegezeit wurde die Zeit definiert, die benötigt wurde, um von der Gesundheitseinrichtung in die KITA zu gelangen, unabhängig vom Verkehrsmittel. Betreuungszeit ist der Zeitabschnitt, der ausschließlich in der KITA der prophylaktischen Betreuung der Kinder galt. Zeitliche Aufwendungen für verwaltungstechnische Arbeiten, Materialbestellungen etc. wurden als Nachbereitungszeit definiert.

Aus der Überlegung heraus, dass die Wegezeit wenig beeinflussbar und Voraussetzung für die Betreuungszeit ist, wurde im zweiten Auswertungsschritt die Betreuungs- und Wegezeit zusammengefasst, ebenso wurde auch mit der Vor- und Nachbereitungszeit verfahren.

Auf die eigentliche gruppenprophylaktische Betreuung (Betreuungszeit) entfielen für den genannten Zeitabschnitt 144,92 Stunden als Maximalwert und 70,92 Stunden als Minimalwert. Inklusive der An- und Abfahrtszeiten werden dreiviertel der Arbeitszeit, also 72 % für die Betreuung der Kinder aufgebracht (Abb. 4). Die Ergebnisanalyse der Fragebogenaktion aus den 13 von PH betreuten Arbeitskreisen reflektierte für die einzelnen Arbeitszeitabschnitte ein sehr variables Bild. Einheitlich wurde festgestellt, dass ca. 52 % der Gesamtarbeitszeit auf die unmittelbare gruppenprophylaktische Betreuung entfielen. Die komplette Analyse der Arbeitszeit der PH machte deutlich, dass die Wegezeit von den strukturellen Bedingungen abhängig ist und alle Anteile der Arbeitszeit in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen, so dass kein Grund für Veränderungen diesbezüglich gegeben ist.

Die Leistungen der PH im Schuljahr 2003/04 wurden nach den Häufigkeiten von Putzaktionen, theoretischen Unterweisungen und durchgeführten Projekten analysiert. Fluoridapplikationen (Gel, Lack und Fluid) sowie die Einnahme von Fluoridtabletten waren ebenso anzugeben wie die Anzahl Kinder.

Die 4 Prophylaxeimpulse für die insgesamt 26.315 Vorschulkinder wa-

ren unterschiedlich verteilt. Die ersten beiden Impulse erreichten jeweils ca. 17.048 Kinder, beim dritten Impuls wurden nur noch 15.732 Kinder erreicht. Demgegenüber erreichte ein vierter Impuls lediglich 7.634 Kinder.

Insgesamt erfolgten 57.367 theoretische und praktische Zahnputzunterweisungen, 48.700 Ernährungsberatungen, in Zusammenhang mit entsprechenden Spielen.

Fluoridierungsmaßnahmen enthielten 10.551 Zahnputzaktionen mit Fluoridgel bzw. -fluid und 1.254 Dura-Phatlackapplikationen. Maßnahmen zur Intensivbetreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko erhielten mehr als 7.109 Kinder. In KITAS erfolgten 4.600 Beratungen mit den Erzieherinnen, 97 Elternabende und 525 Einzelberatungen mit Eltern wurden für die Mundgesundheitsaufklärung genutzt.

Weiterhin führten die PH in Grund- und weiterführenden Schulen Fluoridierungsmaßnahmen, F-Lackapplikationen (4856) als Zweitapplikation, 2.800 Ernährungsberatungen und 8 Elternabende durch. In Sonderschulen wurden 6.793 Kinder gruppenprophylaktisch betreut (Basis- und teilweise Intensivbetreuung).

Unterzieht man die Ergebnisse zum Realisierungsgrad der Gruppenprophylaxe einer quantitativen Wertung, so ist der Anteil unbetreuter KITAS im Bundesland mit 70 von insgesamt 1.395 KITAS (5 %) relativ gering, dass man von einer nahezu flächendeckenden Gruppenprophylaxe sprechen kann.

Die von den PH erbrachten Leistungen zeigten, gemessen am Zeitvolumen, ein hohes Leistungsvolumen. Würde die Anzahl der PH erhöht werden, könnte sich dies noch positiver auf die Betreuung der Kinder auswirken. Herausragend war, dass von den insgesamt 1.395 KITAS etwa ein Drittel (501) durch die PH betreut wurde.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation zur Gruppenprophylaxe in Thüringer Vorschuleinrichtungen erheben noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der Evaluationsbericht ist eine erste Dokumentation über die Effektivität der Gruppenprophylaxe in KITAS, unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes der PH. Er zeigt die Arbeitsweise der PH und die Veränderungen in der Mundgesundheit

über mehrere Jahre. Zur statistischen Auswertung der Fragebögen kann noch nichts gesagt werden.

Eine weitere Schlussfolgerung wäre die dringende Umsetzung der Risikobetreuung in den entsprechenden Einrichtungen. Die Gründe für die noch bestehenden Defizite in der Mundgesundheit sind sehr vielschichtig und konnten im Untersuchungszeitraum nicht umfassend analysiert werden. Damit zeigt der vorgelegte Bericht, dass die Effektivität der Gruppenprophylaxe in Thüringen, gemessen an der Mundgesundheit noch nicht das angestrebte Niveau erreicht hat. Zur ihrer Optimierung müssen sowohl prophylaktische als auch kurative Maßnahmen qualitativ und quantitativ verbessert werden.

M. Uhlig, B. Kozlik LAGJTh e.V.

A. Borutta WHO-CC, Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Korrespondenzadresse Dipl. Stom. Michael Uhlig, Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. 99089 Erfurt, Barbarosshof 16 Tel. 0361 / 7432114 E-Mail: lagj@zkt.de

Abb. 2: Kariesfreiheit und Behandlungsbedarf bei 3- bis 6-Jährigen

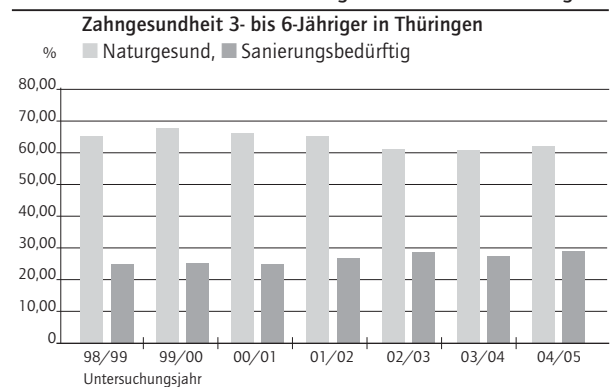


Abb. 3: Kariesverbreitung (dmft) bei 2- bis 6-Jährigen im Schuljahr 2003/04 in Thüringen

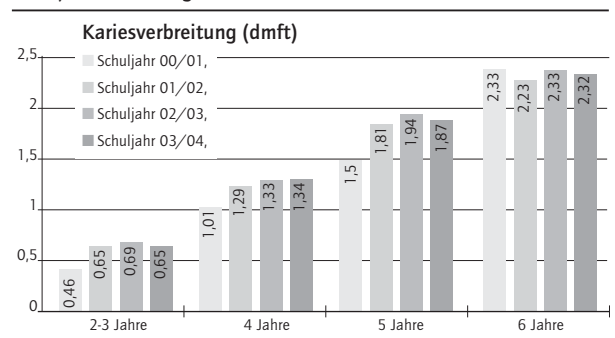
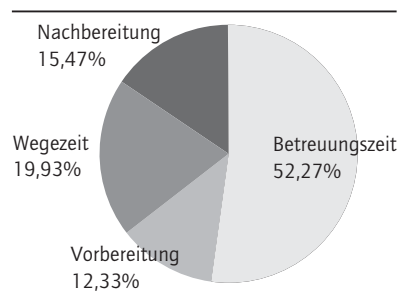


Abb. 4: Verteilung der Arbeitszeit der Prophylaxe helferinnen in allen Arbeitskreisen im Zeitraum November 2004 bis Januar 2005



Zahnärztliche Intensivprophylaxe im Landkreis Torgau-Oschatz

Ch. Uischner

Einleitung

Seit Jahren kann im Landkreis Torgau-Oschatz (Sachsen) flächendeckend die Gruppenprophylaxe gesichert werden. Dennoch sind die Ergebnisse aus den jugendzahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Landesvergleich schlecht. So nahmen 12-Jährige von 1995/96 bis 2004/05 mit ihren DMF/T-Werten immer den letzten Rang hinter sächsischen Gleichaltrigen ein.

Für den bekannten Zusammenhang von sozioökonomischer Situation und Gesundheit liefert der Landkreis Torgau-Oschatz einen weiteren Beleg, und dafür, dass gerade die Mundgesundheit wesentlicher Indikator für die Lebenssituation einer Population ist. Dem Landkreis wird eine besonders ungünstige sozioökonomische Situation zugeschrieben (1), was offensichtlich auch die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen negativ beeinflusst (2), (3).

Der Gesetzgeber hat im § 21 SGB V festgeschrieben, dass Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko einer gesonderten Intensivprophylaxe (IP) zugeführt werden sollen. „Zahnärztliche Intensivprophylaxe im Landkreis Torgau-Oschatz“ ist ein sächsisches Modellprojekt. Regionale Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Gesundheitsamt, Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Sachsen e.V. und ein Prophylaxeteam arbeiten gemeinsam an der Verwirklichung des Projektes. Ziel der Intensivprophylaxe ist die Erprobung und Evaluation eines eigens für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko entwickelten Konzeptes, welches mit angewandter Verhaltens- und Verhältnisprävention zu einer nachhaltigen Förderung der Zahngesundheit beitragen soll.

Das Projekt „Intensivprophylaxe“ wurde für Schüler, deren Einrichtungen sich fast vornehmlich in sozialen Brennpunkten befinden, konzipiert. Für sie sollen durch professionelle Prophylaxekräfte die Chancen verbessert werden, ihre Mundgesundheit auch in schwierigen

Lebensabschnitten erhalten zu können.

Angewandte Messgrößen sollen u.a. aufzeigen, ob externe Bemühungen, wie durch das IP-Programm etabliert, fehlende Anregungen zur Aufrechterhaltung der Zahngesundheit des Elternhauses kompensieren können. Weiterhin soll das IP-Programm selbst eine Bewertung erfahren. Es soll ermittelt werden, ob es genügend auf die Bedürfnisse der Schüler ausgerichtet ist, ob das Vorgehen des Prophylaxeteams einfühlsam und kreativ genug ist und ob Materialien und Methoden die Schüler ansprechen. Insgesamt soll notwendiger Handlungsbedarf in Bezug auf die Mundgesundheit aufgezeigt werden.

Aber die Reduzierung der Kariesrisiko-Gruppe ist nicht das einzige Projektanliegen. Gleichzeitig sollen Lehrer sensibilisiert werden, gesundheitliche Probleme insgesamt mehr wahrzunehmen.

Umgesetzt wird das Projekt durch ein Prophylaxeteam, bestehend aus einem niedergelassenen Zahnarzt und zwei Prophylaxehelferinnen.

Die Evaluation soll Antwort geben auf die folgenden Fragen:

1. Kann die Größe der Kariesrisikogruppe maßgeblich von der Intensität einer präventiven Betreuung beeinflusst werden, auch wenn der sozioökonomische Hintergrund der betreffenden Gruppe als ungünstig einzuschätzen ist? Ist damit nach drei Jahren im Vergleich IP-betreuter zu nicht IP-betreuten Schülern tatsächlich eine Verbesserung der Zahngesundheit bei betreuten Kindern nachweisbar?

2. Ist das IP-Projekt auf andere Landkreise mit ähnlich schlechtem Zahngesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen übertragbar?

Probanden

Von den bestehenden 43 Einrichtungen des Landkreises wurden vier Grund-, drei Mittel- und zwei Förderschulen für die Intensivbetreuung ausgewählt. 680 Grund-, 275 Mittel- und 94 Förderschüler sind im Projekt integriert. Diese werden über drei Jahre nach verschiedenen Parametern beobachtet und bewertet. Vier Einrichtungen dienen als Vergleichseinrichtungen. Es werden dazu zwei Grund- (153 Schüler) und zwei Mittelschulen (87 Schüler) zur Auswertung herangezogen. Eine weitere Förderschule steht als Vergleichseinrichtung nicht zur Verfügung.

Messgrößen und Methode

Messgrößen können Handlungsbedarfe sichtbar machen.

Angewandte Messgrößen sind:

1. Untersuchungsliste
2. Erfassungsbogen: Soll-, Ist-Zahlen der Prophylaxe- bzw. Fluoridierungsstunde
3. Erfassungsbogen: Mitarbeit der Lehrer, Mitarbeit der Schüler
4. Fragebogen: Lehrer, Schüler

1. Untersuchungsliste

Die Befunde der Schüler werden im Rahmen der in Sachsen gesetzlich geregelten Reihenuntersuchungen erhoben. Untersuchungsergebnisse werden in gesonderte Befundbögen eingetragen.

Die Erfassung der Befunde erfolgt gleichermaßen in betreuten und nicht-betreuten (Vergleichsschulen) Einrichtungen.

Zur Beschreibung der Zahngesundheit werden drei Indikatoren eingesetzt:

- DMF/T- Index, SiC- Wert
- Mundhygiene (massiver; teilweiser; kein Zahnbelag)
- Zahnarztbesuch – innerhalb der letzten sechs Monate (ja; nein, weiß ich nicht)

Pro Schulklasse wird der DMF/T-Index erhoben. Als weiterer Messwert wird der SiC-Index (Significant Caries Index) zur Datenanalyse herangezogen. Der SiC-Wert errechnet sich aus der Sortierung entsprechend DMF/T-Werten von Einzelpersonen. Es wird das Drittel der Personen mit dem höchsten Kariesbefall ermittelt und für diese Untergruppe der Mittel-DMF/T errechnet (4).

Zu bemerken ist an dieser Stelle folgendes: Es ist zwar bereits nach einem Projektjahr eine Datenauswertung möglich, eine Aussage nach festgelegten Indikatoren und Schultyp, die auch auf den Vergleich betreuter und nicht-betreuter Einrichtungen ausgerichtet ist, erscheint aber erst nach dem dritten IP-Jahr sinnvoll.

Ergebnisse aus der Untersuchungsliste für das Schuljahr 2004/2005

Förderschüler haben deutlich höhere DMF/T- und SiC-Werte als Grund- und Mittelschüler (Tabelle 1). In der Regel sind SiC-Werte im Vergleich zum DMF/T- Index bei allen Schultypen doppelt so hoch.

Der SiC-Wert der 12-Jährigen aus Mittel- und Förderschulen liegt über dem gestellten WHO-Ziel von 3,0 (4)

Tabelle 1: DMF/T- Index, SiC- Wert (Durchschnittswerte) nach Schultyp, betreuter und nicht-betreuter Einrichtungen, Schuljahr 2004/05

Schultyp	betreute Einrichtung		nichtbetreute Einrichtung	
	DMF/T- Index	SiC- Wert	DMF/T- Index	SiC- Wert
Grundschule (1.-4. Kl.)	0,47	2,07	0,47	1,34
Förderschule (1.-4. Kl.)	1,37	3,06	-	-
Förderschule (5.-6. Kl.)	3,96	5,71	-	-
Mittelschule (5.-6. Kl.)	2,54	5,04	1,84	4,56

Tabelle 2: SiC- Wert 12-Jähriger nach Schultyp, betreuter und nichtbetreuter Einrichtungen, Schuljahr 2004/05

12-Jährige	Förderschule	betreute Mittelschule	nichtbetreute Mittelschule
SiC- Wert	7,88	5,96	5,33

(Tabelle 2).

36 % der Förder-, 35 % der Grund- und 22 % der Mittelschüler hatten massive Zahnbeläge.

Nur jeder dritte Grundschüler (31 %) und jeder vierte Mittelschüler (26 %) suchte seinen Zahnarzt im vergangenen Halbjahr auf. 40 % der Kinder aus Förderschulen gaben an, im vorgegebenen Zeitraum nicht bei ihrem Zahnarzt gewesen zu sein.

Daraus ergibt sich für die Weiterführung des Projektes Handlungsbedarf für alle Schularten besonders hinsichtlich der Mundhygiene und des notwendigen Zahnarztbesuchs.

2. Erfassungsbogen – Prophylaxe/Fluoridierungsstunden

In jedem IP-Jahr werden pro Schulklasse zwei Prophylaxestunden durchgeführt und den Schülern wird dreimal eine Zahnschmelzhärtung angeboten. Soll- und Ist-Zahlen werden dokumentiert.

2004/05 betrug die Beteiligungsrate der Schüler an den Prophylaxestunden 91 % und an den Fluoridierungen 79 %. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Schularten.

3. Erfassungsbogen der Mitarbeit

3.1. Mitarbeit der Lehrer

Die Mitarbeit der Lehrer kann an den Indikatoren

- Schaffung von Disziplin während der Prophylaxe- und Fluoridierungsstunden (sehr bemüht; weniger bemüht; nicht anwesend)
- Aufforderung/Erinnerung der Schüler zum Zähneputzen einen Tag vor der Fluoridierung (ja; nein)
- Einholen von Einwilligungserklärungen der Eltern für die Durchführung der Fluoridierung und fristgemäße Übergabe an das Prophylaxeteam (vollständig; unvollständig; gar nicht) gemessen werden.

Ergebnisse für 2004/05

86 % der Lehrer aller Schulen waren sehr bemüht, eine gute Disziplin während der Prophylaxestunden zu schaffen, nicht anwesend waren 8 %. Bei der Durchführung der Fluoridierung unterstützte nur jeder zweite Lehrer (50 %) das Prophylaxeteam, indem er sich um die notwendige Ruhe bemühte. Fast jeder dritte Lehrer (29 %) war während dieser Stunde nicht anwesend. Letzteres traf vor allem auf Mittelschulen zu.

Hier besteht hauptsächlich Handlungsbedarf für Mittelschulen.

55 % der Schüler gaben an, dass sie vor dem Fluoridierungstermin nicht von ihren Lehrern darauf hingewiesen wurden, sich die Zähne zu putzen.

Von 13,5 % der Schüler lagen keine Einwilligungserklärungen vor (7,5 % der Eltern gaben kein Einverständnis zur Fluoridierung). Man kann davon ausgehen, dass bei Vorlage aller Erklärungen die Fluoridierungsrate höher gelegen hätte.

Auch hier lässt sich für alle Schulen Handlungsbedarf ableiten.

3.2 Mitarbeit der Schüler

Indikatoren zur Beschreibung der Schülermitarbeit sind:

- Disziplin während Prophylaxe- und Fluoridierungsstunden
- Mitarbeit in Prophylaxestunden
- Vorhandenes Wissen aus bereits durchgeführter Gruppenprophylaxe
- Mundpflege am Tag der Fluoridierung

Die Parametererfassung erfolgt nach den Items: sehr gut; gut; befriedigend; unzureichend.

Ergebnisse für 2004/05

Grundschüler (95 %) und Förderschüler (79 %) hatten die beste Disziplin („sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst), Mittelschüler (38 %) die schlechteste.

85 % aller Mittelschüler und 71 % aller Grundschüler arbeiteten sehr gut/gut in den Präventionsstunden mit, bei den Förderschülern waren es am wenigsten (58 %).

Kinder aus Förderschulen hatten laut Dokumentationsbogen kein Wissen aus früheren gruppenprophylaktischen Stunden (0 %). Ein gutes Wissen hatten dagegen 83 % der Kinder aus Grundschulen und fast jeder zweite Schüler aus der Mittelschule (46 %). Besonders die Mitarbeit und die Vermittlung von Wissen in den Förderschulen stellen einen weiteren Handlungsbedarf dar.

Nur befriedigende bzw. unzureichende Mundpflege unmittelbar vor der Fluoridierung hatten 100 % der Mittel-, 93 % der Grund- und 86 % der Förderschüler. Hier besteht in allen Schularten Handlungsbedarf.

Während Kinder aller Schularten zum Tag der Fluoridierung überwiegend eine unzureichende Mundpflege aufwiesen, hatten Kinder aus Förderschulen die schlechteste Mitarbeit und kein fundamentales Wissen über das Thema Zahngesundheit aus früheren Prophylaxestunden. Bei Mittelschülern traten die größten Disziplinschwierigkeiten auf.

4. Fragebogen Lehrer, Schüler

Die schriftliche Befragung von Lehrern und Schülern dient der Konzeptprüfung und daraus resultierend der Feststellung evtl. notwendigen Nachbesserungsbedarfes für die verbleibenden beiden IP-Jahre. Dabei werden die vorgegebenen Lerninhalte (LIH), die der Umsetzung der LIH dienende Methodik und die dabei angewandten Medien gesondert bewertet.

4.1 Fragebogen Lehrer

Der Fragebogen wird von den Lehrern nach Beendigung der Prophylaxestunde zu folgenden Inhalten ausgefüllt

- Welche Lerninhalte können zusätzlich dazu beitragen, den Kindern gute Zahnpflegegewohnheiten nahe zu bringen?
- Wurden die Lerninhalte altersgerecht verständlich nahe gebracht?
- Haben Sie Anregungen und Tipps für uns, um die gruppenprophylaktische Tätigkeit noch optimaler zu gestalten?

>>

Tabelle 3: Ergebnisse aus Fragebogen-Schüler nach Schulart in Prozent, Schuljahr 2004/05

Fragestellung	Schulart	Items		
		nein	etwas	völlig/ weitgehend
War die Stunde interessant?	Mittelschule	5	28	67
	Grundschule	1	8	91
	Förderschule	1	7	92
Habt ihr was gelernt?	Mittelschule	nichts unter 1	etwas 54	viel 46
	Grundschule	2	24	74
	Förderschule	2	10	88
Wollt ihr noch mehr wissen?	Mittelschule	nein 8	mir egal 37	ja, gern 55
	Grundschule	1	9	90
	Förderschule	unter 1	4	96

Ergebnisse 2004/05

Zusätzliche LIH (vor allem zur Ernährung) wurden sehr oft von Lehren vorgeschlagen. Es stellte sich aber heraus, dass das Konzept alle gewünschten Themen für spätere Prophylaxestunden enthält. Damit besteht kein Handlungsbedarf, neue LIH in das Präventionsprogramm aufzunehmen. 88 % der Lehrer waren der Meinung, dass die LIH altersgerecht und verständlich nahe gebracht wurden bzw. zum Teil altersgerecht und verständlich (12 %). Letztere waren es auch, welche die meisten Tipps zur Verbesserung der Präventionsstunden gaben. Vor allem Lehrer aus Förderschulen meinten, dass weniger LIH, diese aber öfter wiederholt, und das Arbeiten in kleineren Gruppen für Förderschüler erfolgreicher sein würden.

Die eingesetzten Medien wurden von allen Lehrern als gut bis sehr gut eingeschätzt.

4.2 Fragebogen Schüler

Der Schülerfragebogen wurde nach der Prophylaxestunde von den Schülern beantwortet, bei Bedarf in ersten und zweiten Klassen mit Hilfestellung der Lehrer. Folgende Fragen wurden gestellt:

1. War die Stunde für euch interessant (nein, gar nicht; etwas; ja, weitgehend; ja, völlig)?
2. Was hat euch besonders gefallen?
3. Was hat euch gar nicht gefallen?
4. Habt ihr etwas gelernt, was für die Erhaltung der Zahngesundheit heute und auch später wichtig ist (nein, gar nichts; ja, etwas; ja, viel)?
5. Wollt ihr noch mehr über dieses Thema erfahren (nein, ich weiß schon alles; ist mir egal; ja, gern)?

Ergebnisse 2004/05

8 von 10 Schülern fanden die Prophylaxestunde völlig oder mindestens weitgehend interessant (Tabelle 3). Immerhin zwei Drittel der Mittelschüler

waren mit dem Interessantheitsgrad der Präventionsstunde zufrieden, und jeder zweite Schüler von ihnen gab an, viel in der Stunde gelernt zu haben. Auch 88 % der Förderschüler hatten viel zum Thema Zahngesundheit gelernt. 9 von 10 Grund- und Förderschülern wollen noch mehr über Zähne und deren Gesunderhaltung wissen. Das Prophylaxeprogramm erzeugte bei jedem zweiten Mittelschüler den Wunsch, weiteres zur Thematik zu erfahren.

Die Ergebnisse aus Lehrer- und Schülerbefragungen zeigen, dass das Konzept der Verhaltensprävention gut angenommen wird. Die Präventionsstunden waren altersgerecht und verständlich aufgebaut, die Stunden wurden von den Schülern als interessant empfunden, sie gaben an, viel gelernt zu haben und wollen noch mehr wissen.

Nach Auswertung des Handlungsbedarfs erhalten Förderschulen ab dem zweiten IP- Jahr ein geändertes Konzept (z. B. weniger LIH), in Grund- und Mittelschulen bleibt das Prophylaxeprogramm in der jetzigen Form bestehen.

Fazit

Das IP-Projekt im Landkreis Torgau-Oschatz soll ermitteln, ob der Kariesbefall bei Kindern in sozialen Brennpunkten durch verstärkte Präventionsbemühungen beeinflussbar ist.

Die bisherige Analyse bezieht sich auf des erste IP-Jahr und bewertet die verschiedenen Kriterien des Konzeptes. Das Projekt und dessen Verlauf ist in den kommenden beiden Schuljahren begleitend weiter zu analysieren, bisher definierte Handlungsbedarfe sind mit entsprechenden Maßnahmen zu unterlegen.

Nach Beendigung des Pilotprojektes können durch die Ergebnisevaluation hinsichtlich des Kariesbefalls weitere Schlussfolgerungen in bezug auf die Wirksamkeit des Konzeptes gezogen werden.

Frühkindliche Karies und Risikofaktoren bei brasilianischen Kleinkindern aus einkommensarmen Familien aus Ouro Preto

V.L. de Moura Sieber

Die Stiftung „Fundação Projeto Sorria“ wurde 1994 in Ouro Preto gegründet. 5000 Kinder aus den Armenvierteln der Stadt zwischen 0 und 7 Jahren werden kostenlos kariespräventiv und kurativ betreut. Weiterhin werden Schwangere und Mütter über die Ätiologie der Karies und frühkindlichen Karies aufgeklärt, in der Mundhygiene und der ihrer Kinder instruiert und über eine zahngesunde Ernährung informiert.

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Akzeptanz und Effizienz des Präventionsprogramms der Stiftung zu objektivieren. 83 randomisiert ausgewählte Kleinkinder im mittleren Alter von 29 Monaten (47 Knaben, 36 Mädchen) wurden in die sozio-epidemiologische Studie eingeschlossen. Der Kariesstatus der Kinder (d3-4 mft) wurde erhoben und initial kariöse Läsionen (d1-2 mft) wurden erfasst. Die Keimzahlen von Mutans-Streptokokken (MS) im Speichel (Dentocult®, Orion Diagnostica, Finnland) wurden erhoben. Die Mütter beantworteten schriftlich einen standardisierten Fragebogen mit 65 Fragen zum Ernährungs- und Mundgesundheitsverhalten und unterzogen sich ebenso einer Keimzahlbestimmung. Eine Wiederholungsuntersuchung fand nach zweijähriger Betreuung der Kleinkinder statt. Dabei wurden auch die Mutans-Streptokokken (MS) im Speichel der Kinder wieder bestimmt. Die Mütter beantworteten wieder den validierten, strukturierten Fragebogen zu ihrem oralen Gesundheitsverhalten und dem der Kinder, zu sozialen Aspekten und zur Ernährung. Für die statistische Auswertung wurde der χ^2 -Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % festgelegt.

82 % der Kleinkinder waren zu Studienbeginn kariesfrei. 26 % der kariesfreien Kinder wiesen allerdings schon initial kariöse Läsionen auf. Die

Dipl.-Stom.
Christine Uischner
LRA/Gesundheitsamt
Torgau-Oschatz
Email:
chrichtine.uischner@lra-to.de



Kariesprävalenz betrug 1,36 d3-4mft (dt = 1,36; ft = 0; mt = 0); die oberen Schneidezähne waren am häufigsten betroffen. 19 % der Kleinkinder wiesen Plaque an den oberen Schneidezähnen auf und 11 % hatten eine Gingivitis. Bei 93 % der Kinder wurden Mutans-Streptokokken nachgewiesen. Eine positive Beziehung bestand zwischen sichtbarer Plaque an den oberen Schneidezähnen der Kleinkinder und dem Kariesbefall der oberen Schneidezähne (χ^2 -Test p-Wert 0,008 s).

Zwischen 55 und 65 % der Eltern aus den deprivierten Vierteln von Ouro Preto hatten weniger als 8 Jahre die Schule besucht; knapp 20 % hatten den Abschluss der 8. Klasse. Brasilianische Mütter aus einkommensarmen Stadtvierteln tragen durch eigene hohe Mutans-Streptokokken-Zahlen und die häufige Verabreichung von kariogenen Zwischenmahlzeiten zur Kariesgefährdung ihrer Kinder bei.

Zwei Jahre später konnten 79 Kinder nachuntersucht werden. Die Kariesprävalenz war von 1,36 auf 2,3 d3-4mft angestiegen. Demgegenüber verringerte sich der Anteil Kariesfreier (dmft = 0) von 82 % (Basis) auf 63 % (Abschluss). Wiederum wurde bei 22 % der Kinder an den Frontzähnen Plaque registriert. Zu Studienbeginn erhielten die Kleinkinder im Mittel drei Haupt- und zwei Nebenmahlzeiten, die nahezu ausschließlich kariogener Natur waren. Zusätzlich bekamen die Kinder mehr als dreimal täglich süße Getränke und Snacks. Zwei Jahre später erhielten die Kinder noch zwei Haupt- und zwei Nebenmahlzeiten täglich, die wie Snacks ($1,3 \pm 0,5$ x/Tag) und Getränke ($1,3 \pm 0,6$ x/Tag), auch überwiegend kariogen waren (Hauptmahlzeit $1,6 \pm 0,5$; Nebenmahlzeit $1,4 \pm 0,6$ x/Tag). Die Hälfte der Kinder putzte

ihre Zähne weiterhin mehrheitlich allein. Nur 5 % der Eltern kontrollierten die Qualität des Zähneputzens.

Die präventive Betreuung der Kinder durch freiwillig tätige Zahnärzte konnte den Karieszuwachs der Kinder bei ihrem hohen Zuckerkonsum und der mangelhaften Mundhygiene im Vergleich zu anderen brasilianischen einkommensarmen Stadtvierteln eindämmen. Allerdings dürfte nur eine verbesserte Mundhygiene zu einer weiteren Senkung der Prävalenz der frühkindlichen Karies beitragen, da eine Ernährungsumstellung der Kinder auf Grund des niedrigen Sozialstatus der Familien kaum vorstellbar ist. Diese Ergebnisse fordern die Stiftung „Fundação Projeto Sorria“ zur Intensivierung der Lernprogramme für Schwangere und junge Mütter mit ihren Kindern heraus, um die Prävalenz des Krankheitsbildes noch weiter zu senken. Dabei müssen Eltern besonders über ihre Rolle für eine zahn gesunde Ernährung und ihre Verantwortung für die Kontrolle des Zähneputzens ihrer Kinder und das notwendige Nachputzen stärker informiert werden.

V.L. de Moura Sieber
R.L.R. de Moura
A. Borutta
S. Kneist
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Poliklinik für Präventive
Zahnheilkunde
S. Hufnagl
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Biologisches Labor und Lehrstuhl
für Wirtschafts- und Sozialstatistik

Korrespondenzadresse:
Vanessa_de_Moura_Sieber@gaba.com

13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

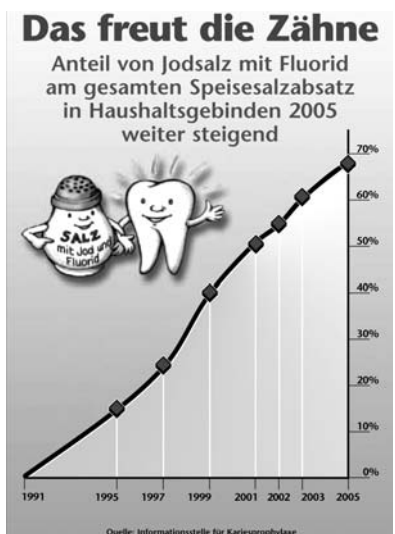
Kariesprophylaxe ohne Fluoride ist heute nahezu undenkbar. Die neuen Fluorid-Leitlinien der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung und 15 Jahre Speisesalzfluoridierung sind Grund genug, dieses Thema erneut in den Focus von Wissenschaft und Praxis zu stellen. Hierzu und zu anderen wissenschaftlichen Themen hatten Prof. Schiffner als Präsident der DGK, Prof. Hellwig als Hausherr und Tagungsleiter, sowie Prof. Zimmer als Sprecher des wissenschaftlichen Beirats der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ ins reizvolle Freiburg eingeladen.

Vorsymposium: 15 Jahre Speisesalzfluoridierung in Deutschland

Nur ca. 3 Cent pro Person und Jahr sind notwendig, um einer breiten Bevölkerungsschicht eine einfache und wirkungsvolle Form der Kariesprophylaxe zukommen zu lassen.

Vorreiter für die Salzfluoridierung war die Schweiz, in der bereits 1955 Salz mit 90 mg F/kg verkauft wurde. Anfang der 70er Jahre wurde aufgrund von Studien der Fluoridgehalt auf 250 mg/kg angehoben, und mittlerweile ist Salz mit dieser Fluoridkonzentration in Frankreich, Österreich, Spanien, Tschechische Republik und der Slowakei verfügbar. Außereuropäisch sind Weißrussland, Mexiko, Uruguay, Ecuador, Venezuela, Peru, Costa Rica, Kolumbien und Jamaika zu nennen.

In Deutschland starteten bereits 1982 Dr. Hey und Prof. Marthaler über den DAZ erste Bemühungen zur Salzfluoridierung und deren Zulassung. Dennoch dauerte es, bis erstmalig 1991 fluoridiert-jodiertes Speisesalz in Deutschland erhältlich war. Noch im selben Jahr wurde die





Informationsstelle für Kariesprophylaxe unter Leitung von Herrn Fischer gegründet. Durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit konnte der Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz Schritt für Schritt gesteigert werden. Als die Discounter Aldi und Lidl 1998/99 ihr Salzangebot komplett auf diese Produkte umstellten, kam es zu einer weiteren erheblichen Steigerung, so dass mittlerweile ca. 2/3 des verkauften Haushaltssalzes Jodid und Fluorid enthalten. Hiervon profitieren alle Bevölkerungsschichten, auch solche, die den üblichen zahnmedizinischen Präventionsmaßnahmen weniger zugänglich sind.

Durch Studien konnte mittlerweile belegt werden, dass Hauptmahlzeiten mit z. B. Nudeln oder Reis, die mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet wurden, noch 30 bis 60 Minuten nach dem Verzehr eine Erhöhung der Fluorkonzentration im Speichel bewirken und somit ein kariesprophylaktisches Potential aufweisen.

Ebenfalls von Interesse ist die Fragestellung, ob Fluorid und Jod antagonistisch im Schilddrüsenmetabolismus wirken. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass hier anscheinend keine Wechselwirkungen zwischen den beiden Stoffen im menschlichen Stoffwechsel bestehen.

Bis heute ist es nicht gelungen, eine gesetzliche Zulassung dieses Salzes in Großgebinden – z. B. für Einrichtungen zur Gemeinschaftsverpflegung und in Bäckereien – zu erhalten. Das Europäische Parlament ist derzeit damit befasst, Regelungen zum Fluoridzusatz in Lebensmitteln zu treffen. Der Zeitrahmen für diese Arbeiten ist bis 2008/2009 gesteckt.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist in diesem Zusammenhang bereits jetzt aufgefordert, beratend insbesondere bei der Einrichtung von Schulküchen und der Gestaltung der Mittagsverpflegung von Schul- und Kindergartenkindern tätig zu werden.

Weltweit nutzen heute ca. 170 Mio. Menschen fluoridiertes Speisesalz. Ziel in Deutschland sollte ein Anteil von mindestens 80 % sein.

Wissenschaftliches Programm

Zwei wesentliche Schwerpunkte standen im Focus des wissenschaftlichen Programms – die Führung des unkooperativen Kindes und die praktischen Auswirkungen der Fluoridleit-

linien. Aus den Vorträgen und Posterpräsentationen sollen an dieser Stelle die für den ÖGD relevanten Beiträge zusammenfassend wiedergegeben werden.

Kurzvorträge

Unter dem Titel „Dental-Pisa“ konnten Splieth et al. in zwei 10-Jahres-follow-up-Studien belegen, dass der Bildungsstatus der Eltern mit dem späteren Kariesbefall korreliert, während interessanterweise zwischen Plaqueindex und Mundgesundheit keine signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden konnten. Bereits bei der Schuleingangsuntersuchung zeigt sich am Zustand der Milchzähne, wie sich das spätere Kariesgeschehen entwickeln wird. Er resümiert: „Diese Studie zeigt, dass trotz Kariesrückgang im permanenten Gebiss, bei hoher Karieserfahrung im Milchgebiss ein starker Karieszuwachs der bleibenden Dentition resultiert. Effektive Präventionsstrategien, um dies zu kompensieren, sind noch nicht implementiert“.

Die Leitlinien zur Fissuren- und Grübchenversiegelung waren Anlass einer Untersuchung von Goddon et al. Die Ergebnisse zeigen sowohl einen hohen Anteil initial kariöser Läsionen als auch partielle Materialverluste bei Jugendlichen. Bei dem unbestrittenen Nutzen der Versiegelung ist auf eine frühzeitige (Nach)Versiegelung zu achten.

Eick et al. untersuchten die Mikroflora von black stain. Sie beobachteten eine geringere bakterielle Gesamtkeimzahl, jedoch einen Trend zu vermehrtem Vorkommen von Porphyromonas gingivalis und Actinobacillus actinomycetemcomitans. Die mikrobiologischen Untersuchungen bestätigten die Hypothese, dass der geringere Kariesbefall bei black stains mit einer anderen mikrobiellen Plaquezusammensetzung assoziiert ist.

Kröger et al. bestimmten die Keimbeseidlung von Zahnbürsten. Drei verschiedene Besteckungen (Bündel-Stanzbesteckung, Bündel-Einspritzbesteckung und Bündel-Einfügebsteckung) zeigten nach mehrwöchigen Gebrauch keine relevanten Unterschiede bei der bakteriellen Besiedelung.

Den Zustand der Mundgesundheit bei Erstklässlern vor der Einführung einer Intensivprophylaxe zu erfassen war das Ziel einer Basisstudie, die Prof. Borutta vorstellte. An zwei nach

DAJ-Kriterien als Risikoschulen eingestuft Schulen in Erfurt und Jena wurde der Karieszustand des Milchgebisses und der bleibenden Dentition erfasst. So lag der dmft bei den Erfurter Kindern bei 3,66 und den Jenaern bei 4,18 (DMFT jeweils 0,1). Die Basisdaten dokumentieren eine defizitäre Mundgesundheit bei beiden Studienpopulationen und unterstreichen die Dringlichkeit einer Intensivprophylaxe. Diese wird in den nächsten zwei Jahren an beiden Schulen durch wöchentliches Bürsten mit el-mex® gelée erfolgen.

Prof. Stößer stellte Daten seiner aktuellen In-vitro-Studie vor, in der er die Fluoridierungsleistung verschiedener organischer Aminfluoride mit der von NaF verglich. Er konnte die überlegene Wirkung von Aminfluoriden bei der Einlagerung von Fluorid in den Zahnschmelz eindrucksvoll bestätigen. Bei gleich saurem Milieu (pH 4,3) wurde aus einer NaF-Lösung nur 47 % der Fluoridmenge in Zahnschmelzproben eingelagert, die bei der Vergleichslösung mit Aminfluorid eingelagert wurde. Aminfluoride – so folgerte Prof. Stößer – verfügen über ein höheres Fluoridierungspotential als anorganische Fluoride. Dieses hängt von der Kettenlänge der Aminfluoride ab.

Hauptvorträge

Prof. Lussi erläuterte bekannte und weniger bekannte Grundlagen der Fluoridanwendung. Beginnend mit der Erkenntnis, dass hochfluoridhaltige Haifischzähne mit 30 000 ppm Fluorid trotzdem kariesanfällig sind, unterstrich er die Notwendigkeit, Fluoride vorwiegend lokal zu nutzen. Eine zentrale Rolle bei der lokalen Anwendung von Fluoriden in der Kariesprophylaxe spielt die Bildung einer Calciumfluoriddeckschicht auf dem Zahnschmelz. Diese sorgt für einen verbesserten Säureschutz, hemmt die Demineralisation und fördert zugleich die Remineralisation von Zahnhartsubstanzen. Eine durch Fluoride remineralisierte Initialläsion zeigt zwar optisch eine kreidige Verfärbung auf, jedoch ist das hier gebildete Fluoridapatit säureresistenter als der gesunde Zahnschmelz. Prof. Lussi führte aus, dass Fluoride selbst dann eine Remineralisation ermöglichen, wenn das orale Milieu einen kritischen pH-Wert unterschreitet und normalerweise bereits eine Demineralisation stattfindet. Eine

Stabilisierung der Calciumfluoriddeckschicht und damit eine bessere und länger anhaltende Verfügbarkeit von Fluoridionen wird durch den Einsatz organischer Fluoride (Aminfluoride) erzielt.

Mit dem anschließenden Vortrag von Prof. Hellwig gelang ein reibungsloser Übergang zu einem praxisorientierten Thema, den Leitlinien zu Fluoridierungsmaßnahmen. Leitlinien garantieren den Transfer von Ergebnissen der Grundlagenforschung in die tägliche Praxis und zeigen dem behandelnden Zahnarzt einen „Handlungskorridor“ auf. Prof. Hellwig, selbst einer der Autoren, berichtete von der Entwicklung der Leitlinien, bei deren Entstehung alle relevanten Fachgesellschaften eingebunden waren. Dazu zählen auch die beiden Gesellschaften für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, die bislang insbesondere den Fluoridtabletten einen anderen Stellenwert zubilligten. Fluoride haben bezüglich ihrer Evidenzstärke einen hohen Grad der Empfehlung (meist Grad A). Das bedeutet, dass ihre karieshemmende Wirkung eindeutig belegt ist. Generell ist nach Prof. Hellwig dem Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta gegenüber der Verwendung von Fluoridtabletten der Vorzug zu geben, denn damit wird auch das Mundhygieneverhalten der Kinder verbessert. Bei erhöhter Kariesaktivität ist eine „two-track“ Strategie angezeigt: Neben dem Putzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta ist eine professionelle Applikation von Fluorid (in Form von Fluoridlacken) notwendig. Alternativ oder ergänzend zur Intensivfluoridierung in der Praxis wird – sicheres Ausspucken der Kinder vorausgesetzt – das wöchentliche Bürsten von Fluoridgelée zu Hause empfohlen. Eine erhöhte Kariesaktivität im Kindes- und Jugendalter kann neben der bekannten Kariesrisikodiagnostik an bestimmten Parametern festgemacht werden: Der Gebrauch der Saugerflasche bei Kleinkindern bis 3 Jahre und sichtbare Plaque der OK-Front, neu durchbrechende Zähne oder festsitzende KFO-Brackets gelten als Risikoprädiktor. Daher ist eine risikoorientierte Fluoridapplikation unbedingt sinnvoll. Besonders in der Phase der neu durchbrechenden Zähne (6.-12. Lebensjahr) weisen viele Kinder eine unzureichende lokale Fluoridversorgung auf. Allerdings benötigen gerade die neu durchbrechenden Zähne

eine angemessene Fluoridkonzentration. Dies liegt darin begründet, dass Fluoride in der Mundhöhle die sekundäre Mineralisation unterstützen – einen zweijährigen Prozess, der sich dem Zahndurchbruch anschließt und die Zahnhartsubstanz widerstandsfähiger macht. Viele Kinder wechseln tatsächlich jedoch viel zu spät von der niedrig konzentrierten Kinderzahnpasta (max. 500 ppm Fluorid) zu Erwachsenenzahnpasten mit höherer Fluoridkonzentration, da letztere vielen jungen Anwendern zu scharfschmecken. Dabei ist die Empfehlung der DGZMK eindeutig: Ab dem 6. Lebensjahr wird zweimal täglich die Anwendung von Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1 000 bis 1 500 ppm Fluorid empfohlen. Prof. Hellwig hob daher eine neue Zahnpasta hervor, die diese Fluorid-Versorgungslücke schließt. Diese Zahnpasta, speziell für die „Junioren“ von 6 bis 12 Jahren, wird zum einen mit ihrem Gehalt von 1 400 ppm Fluorid aus Aminfluorid den Leitlinien gerecht, andererseits motiviert sie dank eines zielgruppengerechten Geschmacks zur regelmäßigen Anwendung. Auch die präsentierten Daten einer In-vitro-Studie zur Fluorideinlagerung in den Zahnschmelz präeruptiv extrahierter Weisheitszähne sprechen für die neue elmex® Junior Zahnpasta (Fa. GABA). Prinzipiell nicht erforderlich ist hingegen eine systemische Fluoridgabe in den ersten 6 Lebensmonaten. Gezielt sprach sich Prof. Hellwig dafür aus, Fluoridtabletten nicht als öffentliche und damit als gruppenprophylaktische Maßnahme zu geben.

Schmelzfluorose stellt in Deutschland kein relevantes Problem dar. Zu diesem Ergebnis kam Prof. Pieper, der in einer Kohortenstudie 1041 Jugendliche (15-Jährige) aus zwei verschiedenen Regionen auf Zahnfluorosen untersuchte. Die dabei ermittelte Prävalenz lag mit 7,1 % bzw. 11,3 % im Vergleich zu anderen Ländern auf einem niedrigen Niveau. Betroffen sind meist diejenigen, bei denen im entsprechenden Alter gleichzeitig Fluoridtabletten und Fluoridsalz verwendet wurden und deren Babynahrung mit Mineralwasser zubereitet wurde. Die insgesamt niedrige Prävalenz von Dentalfluorosen ist nicht zuletzt den Empfehlungen zur Fluoridverwendung zuzuschreiben, die für Kinder bis 6 Jahre Kinderzahnpasten mit verringer-

Zahngesundheit bei Menschen mit Behinderung

– Prophylaxe, Pflege und Behandlung

Düsseldorf 2006
ISBN 3-910095-62-3
Preis EUR 7,50
Bestellnr. 62



Untersuchungen und klinische Erfahrungen zeigen, dass der orale Gesundheitszustand bei vielen Menschen mit Behinderungen deutlich schlechter ist als in der Allgemeinbevölkerung. Aufgrund der Behinderung ist ihnen eine ausreichende und selbständige Mundpflege oftmals nicht oder nur eingeschränkt möglich. Daher ist eine intensive prophylaktische Betreuung dieser Patientengruppe von besonderer Bedeutung.

Die zahnärztliche Behandlung von Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen stellt häufig eine große Herausforderung dar. Einfühlungsvermögen, Sachkunde und eine gute Zusammenarbeit mit Eltern und Betreuern sind wichtige Erfolgsfaktoren.

Alle Autorinnen und Autoren des Themenmagazins sind aus ihrem Praxis- und Klinikalltag mit den Problemen und Aufgaben der zahnärztlichen Behandlung behinderter Menschen vertraut. Fachkundig schreiben sie über Prophylaxemaßnahmen, geeignete Hilfsmittel und Behandlungsmöglichkeiten. Ein ausführlicher Adress- und Kontaktteil ergänzt die Fachbeiträge.

Zielgruppe: Zahnärztinnen, Zahnärzte, Prophylaxebeauftragte, Eltern und Angehörige von Menschen mit Behinderung, Betreuungs- und Pflegekräfte.

Quelle: www.bvkm.de

tem Fluoridgehalt vorsehen. Damit unterstrich er die aktuelle Empfehlung zum Einsatz der Kinderzahnpasten.

Abgerundet wurde die Tagung mit herbsthlichen Sonnenstrahlen und einem Stadtrundgang durch die Stadt Freiburg.

Dr. Klaus-Günther Dürr

KiGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsurvey Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland



Mit den Ergebnissen dieser Studie liegen zum ersten Mal bundesweite Daten zur gesundheitlichen Lage von 17 641 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 – 17 Jahren vor. Auch Befragungsergebnisse von Eltern und Jugendlichen ab 11 Jahren werden ausgewertet. Gefördert wurde die Studie, die einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsforschung leistet, insbesondere vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie vom Bundesgesundheitsministerium. Die Erkenntnisse werden die Arbeit sozialer Dienste, Einrichtungen der Jugendhilfe, der Bildung und Erziehung, und auch Freizeitangebote und Medien beeinflussen. Auf die haus- und kinderärztliche Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation wird ebenfalls ein Einfluss zu erwarten sein.

Nach der vierjährigen Vorbereitungs- und dreijährigen Erhebungsphase an 167 Orten in ganz Deutschland, die am 06.05.2006 beendet wurde, präsentierte die Studienleiterin Dr. Bärbel-Maria Kurth und ihr Team vom Robert-Koch-Institut am 25. September in Berlin die ersten Ergebnisse. 500 interessierte Zuhörer informierten sich zu wichtigen Gesundheitsthemen unserer Kinder und Jugendlichen. Hierzu gehörten die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas, Essstörungen, allergische Erkrankungen, Schilddrüsengröße und Jodversorgung, Sport und Bewegung sowie motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität, psychische Gesundheit sowie Belastungen aus der Umwelt.

Zu den Kernaussagen gehört, dass jedes 7. Kind übergewichtig ist und 6 % unter Adipositas leiden. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten, bei Kindern mit Migrationshintergrund, bei Kindern, die nicht gestillt wurden und bei Kindern, deren Eltern ebenfalls übergewichtig sind. Mehr als jedes 5. Kind leidet unter Essstörungen und bei

22 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise für psychische Auffälligkeiten vor. Dass 50 % der Kinder und Jugendlichen in Raucherhaushalten aufwachsen ist alarmierend. Zu den positiven Ergebnissen zählt, dass 72 % der Kinder im Alter von 10 – 14 Jahren täglich im Freien spielen, bei den Vorschulkindern sind es sogar 80 % und Deutschland kann nicht mehr als Jodmangelgebiet bezeichnet werden.

Die Parlamentarische Staatssekretärin im BMG, Frau Marion Caspers-Merk, hob in ihrem Statement hervor, dass ein umfangreiches Wissen über viele gesundheitliche Einzelaspekte vorliegt und von der jetzt möglichen umfassenden Analyse von Zusammenhängen systematisches Handeln ausgehen kann. Damit steht der Politik eine fundierte Grundlage für Entscheidungen zur Verfügung.

Als das Beispiel für erfolgreiche Prävention nannte die Staatssekretärin die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gestützt durch Daten wurden von der Politik Rahmenbedingungen für die Prävention gestaltet. Mit der Umsetzung entsprechender settingorientierter Maßnahmen ließ die Wirkung nicht auf sich warten.

Es ist davon auszugehen, dass die Präventionsforschung durch die KiGGS-Studienergebnisse neue Impulse erhält und das zur so genannten neuen Morbidität – Erkrankungen durch Lebensgewohnheiten – Erkenntnisse hinsichtlich ihrer Entstehung und Therapie, sowie Planung von Interventionen und Evaluation in Form eines Gesundheitsmonitorings gewonnen werden. Kooperation und Interaktion bei der Analyse und Nutzung der Daten unterschiedlicher Nutzer und Beteiligter sind eine interessante Erfahrung, die diese Studie mit sich bringt. Ein weiterer KiGGS-Höhepunkt wird die für 2007 geplante Präventionsfachkonferenz sein. Die Darstellung der KiGGS-Ergebnisse die bereits als Tagungsbericht im Bundesgesundheitsblatt 10/2006 erfolgte, ist zusätzlich in Form einer Elternbroschüre, einer Basispublikation, einem 2-teiligen Gesundheitsbericht und einem Public Use File vorgesehen. Derzeit kann man bereits unter www.kiggs.de viel Wissenswertes erfahren.

Dr. Gudrun Rojas,
Brandenburg/Havel

Zähneputzen auf dem Stundenplan

Einleitung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit im Kreis Siegen-Wittgenstein – Gesetzliche Krankenkassen, niedergelassene Zahnärzte, Jugendzahnärztlicher Dienst und Schulamt – beschlossen im Jahr 2001, an einer Grundschule mit besonders großer Anzahl von Kariesrisikokindern ein Zahnputzprojekt durchzuführen. Für die Dauer der Grundschulzeit sollten in zwei Schuleingangsklassen täglich nach dem Pausenfrühstück die Zähne geputzt werden.

Ziel des Projektes war, dass die Kinder durch das kontinuierliche Zähneputzen das richtige Zahnputzverhalten und die richtige Zahnputztechnik verinnerlichen und dadurch eine Reduzierung der Karies, besonders an den bleibenden Zähnen erreichen. Auch sollte überprüft werden, inwieweit regelmäßige Mundhygienemaßnahmen in den Schulalltag integriert werden können. Zusätzlich sollte das Ernährungsverhalten insbesondere im Hinblick auf eine zahngesunde Ernährung positiv beeinflusst werden.

Vorbereitung

Mit Unterstützung des Schulamtsdirektors erklärte sich eine Siegener Grundschule mit hohem Kariesvorkommen bereit, das Zahnputzprojekt durchzuführen. Nach intensiven Gesprächen zwischen Schulamt, Schulleitung, Kollegium und Arbeitsgemeinschaft wurden die Eltern der Schulanfänger im Rahmen des Elternabends über das Projekt informiert und um Unterstützung gebeten.

Mit Hilfe der Stadt Siegen als Trägerin der Schule, die das Projekt finanziell unterstützte, wurde ein geeigneter Raum saniert und zweckgebunden mit acht Einzelwaschbecken und zwei großen verschließbaren Wandschränken für die Aufbewahrung der Zahnputzutensilien ausgestattet. Zahnputzutensilien, Einmalhandtücher, Mülleimer wurden von der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit zur Verfügung gestellt. Im 3. Schuljahr wurde der „Zahnputzsalon“ durch einen kleinen quadratmetergroßen - durch Vorhang abgetrennten - „Kariestunnel“ mit Schwarzlicht erweitert: Das Anfärben der Zahnbeläge sollte die Schüler zu-

sätzlich von der Notwendigkeit des Zähneputzens überzeugen.

Wegen anfänglicher Probleme bei der Sanierung des „Zahnputzsalons“ konnte das Zahnputzprojekt erst zu Beginn des zweiten Schulhalbjahres starten. Im Rahmen einer offiziellen Feierstunde mit Kindern, Eltern, dem Bürgermeister, dem Schulamtsdirektor, dem Betreuungszahnarzt, den Vertretern der Arbeitsgemeinschaft, Presse und Radio wurde das Projekt durch einen von Grundschule und Arbeitsgemeinschaft unterzeichneten Vertrag initiiert.

Probandengut und Methode

Für den Modellversuch standen zwei Klassen mit insgesamt 36 Schülern zur Verfügung. Die erste Untersuchung der Schuleingänger fand am Tag der Auftaktveranstaltung statt: Es wurde mit Hilfe des ISGA-Programms der Firma Straussberg der dmft / DMFT-Index erhoben, der Mundhygienestatus bewertet und die Anzahl der Kinder erfasst, die versiegelte Zähne hatten.

Die nachfolgenden Untersuchungen wurden halbjährlich durchgeführt. Die Befundaufnahme erfolgte durch denselben Untersucher in enger Anlehnung an die Grundsätze der WHO.

Ab dem Tag der Auftaktveranstaltung, an dem der Zahnputzsalon das erste Mal von den Kindern genutzt wurde, fand das tägliche Zähneputzen statt: Zunächst unter täglicher Anleitung durch die Helferin für Gruppenprophylaxe, ab der 2. Woche durch die Lehrerinnen und an zwei Tagen durch die Prophylaxehelferin, ab der 4. Woche nur noch einmal wöchentlich durch die Prophylaxehelferin.

Mit Erreichen einer höheren Klassenstufe reduzierte sich die Anzahl der Kontrollbesuche durch die Prophylaxehelferin, so dass diese zum Ende der Grundschulzeit nur noch einmal in vier Wochen erschien.

Parallel zum Zähneputzen wurde einmal jährlich die Aktion Mundhygiene durchgeführt (Klasse 1+2 durch den Betreuungszahnarzt, Klasse 3+4 durch die Prophylaxe-Fachkraft): Im Rahmen einer Schulstunde wurden altersgemäß theoretische und praktische Prophylaxe-Impulse zu verschiedenen Themen vermittelt. Zusätzlich boten die beiden Ernährungsberaterinnen der Arbeitsgemeinschaft regelmäßig Unterrichtseinheiten zum Thema zahngesunde

Ernährung an.

Als Motivationsschub diente zudem ein Aktionsvormittag im 2. Schuljahr, an dem neben der Zubereitung eines gesunden Frühstücks Wissensabfragen im Rahmen eines Spiels durchgeführt wurden. Eine gleichzeitig geplante Elterninformation musste wegen mangelnder Teilnahme ausfallen.

Auch eine geplante zusätzliche Elterninformationsveranstaltung, die einen Überblick über den Projektverlauf geben sollte, musste wegen zu geringem Interesse abgesagt werden. So wurden die Eltern im Rahmen des normalen Elternabends erst wieder zu Beginn des 4. Schuljahres über Zwischenergebnisse informiert.

Regelmäßig auszufüllende Fragebögen, die ursprünglich dazu gedacht waren, Veränderungen im Mundhygieneverhalten festzustellen, konnten leider nicht verwertet werden, da die Kinder diese Fragen nicht nach tatsächlichem Verhalten, sondern nach ihrem erlernten Wissen beantwortet hatten.

Ergebnis und Diskussion

Leider brachte uns das 4-jährige Schulprojekt mit täglichem Zähneputzen nicht den gewünschten Erfolg:

Es gelang uns nicht, die ganze Gruppe der anfangs kariesfreien Kinder bis zum Projektende kariesfrei zu halten. Auch schnitten die Projektschüler im Vergleich zu Parallelklassen einer benachbarten Grundschule ohne besondere Betreuung nicht besser ab.

Positiv hervorzuheben war der im Vergleich um 13 % höhere Sanierungsgrad und dass 13 % mehr Schüler versiegelte Zähne aufwiesen. Anzunehmen ist, dass wir diese Ergebnisse ohne Betreuung sicher nicht erreicht hätten. Die erhöhten Sanierungswerte führten wir darauf zurück, dass durch die halbjährliche Untersuchung der Schüler – jeweils verbunden mit einem Elternbrief – die Motivation der Eltern größer wurde, ihre Kinder zum Zahnarzt zu schicken.

Dies zeigt uns, dass unsere Reihenuntersuchungen sehr sinnvoll sind: Wenn es uns durch unsere kurzfristig angelegten Prophylaxeleistungen noch nicht gelungen ist, Karies zu verhindern, so kann zumindest durch die Reihenuntersuchung eine Intervention zur rechtzeitigen Sanierung erfolgen, die wiederum u.a. auch höhere Folgekosten vermindert.

Bezüglich des Mundhygieneverhal-

tens, das zusammen mit der zahnärztlichen Untersuchung bewertet wurde, drängte sich uns sogar der Verdacht auf, dass sich mit Beginn des Projektes einige Schüler und Eltern auf das schulische Zähneputzen verließen und die häusliche Zahnpflege eher vernachlässigt wurde.

Mit Beginn des Schuljahres 2005/06 startete ein zweiter Durchlauf des Zahnputzprojektes mit zwei Schuleingangsklassen. Im Vergleich zum ersten Durchlauf haben wir mehrere Änderungen vorgenommen: So begann das Zahnputzprojekt sofort in der 1. Schulwoche, so dass die Schüler das Zähneputzen als „schulzugehörig“ betrachteten. Mit Einverständnis der Eltern soll ab Februar 06 zusätzlich einmal wöchentlich Fluorid-Gel eingebürstet werden. Neu zu erprobende Motivationstechniken im Rahmen eines Belohnungssystems sollen zudem Änderungen im Zahnputzverhalten bewirken, aber auch notwendige Zahnarztbesuche fördern.

Eine regelmäßige Information der Eltern über den Projektverlauf soll im Rahmen der normalen Elternabende erfolgen und so das Interesse der Eltern verstärken und sie noch intensiver in die Mitarbeit einbinden.

Dr. Angela Bürger, Siegen

Wissenschaftlicher Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

26. – 28. April 2007 in Bad Lausick

„Der öffentliche Gesundheitsdienst – Mitgestalter einer modernen Gesundheitspolitik?!“

Programm Zahnärzte

(vorläufige Planung – ohne Gewähr, Aktualisierung unter www.bzoeg.de)

Donnerstag, 26.04.2007, 10:00 – 12:30

10:00 Uhr	Eröffnung BZÖG	Frau Dr. Sauerland
10:15 Uhr	Die Jugendzahnpflege in Sachsen	Frau Dr. Hantzsche
10:45 Uhr	Ergebnisse einer Studie zur Ernährungs- und Verpflegungssituation in sächsischen Kindergärten	Frau Höger/Frau Dr. Wagner
11:15 Uhr	Diskussion	
11:30 Uhr	Die Integration einer neuen Methodologie zur Bestimmung der dentofazialen Anomalien im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen	Frau ZÄ Gottstein
12:00 Uhr	Diskussion	
13:30 Uhr	Kongresseröffnung	
16:30 Uhr	Festvortrag	
18:00 Uhr	Delegiertenversammlung des BZÖG	

Freitag, 27.04.2007, 9:00 – 12:00

9:00 Uhr	Salzfluoridierung: Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse – praktische Umsetzung	Herr Prof. Schulte
9:30 Uhr	Fluoridierungsempfehlungen – aktueller Stand	Frau Prof. Hetzer
10:00 Uhr	Diskussion	
10:15 Uhr	Pause	
10:45 Uhr	Verkürzte Zahnreihe	Herr Prof. Kerschbaum
11:15 Uhr	Gesundheitsökonomische Aspekte prothetischer Therapie	Herr PD Luthard
11:45 Uhr	Diskussion	
12:00 Uhr	Pause	
14:00 Uhr	Die zahnmedizinische Versorgung von Senioren – auch eine Herausforderung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	Frau PD Dr. Nitschke
14:30 Uhr	Moderne elektrische Zahnbürsten – Rotations- oder Schalltechnik?	Herr Dr. Sander
15:00 Uhr	Diskussion	
15:15 Uhr	Pause	
15:45 Uhr	Kraniomandibuläre Dysfunktionen bei Kindern und Jugendlichen	Herr PD Dr. Hirsch
16:15 Uhr	Lebenslauforientierte Gruppenprophylaxe: Eckpunkte und Einbettung ein „Child-care-System“	Frau Dr. Heintze
16:45 Uhr	Diskussion	

Sonntag, 28.04.2007, 9:00 – 12:00

9:00 Uhr	Beteiligung des öffentlichen Sektors an der Organisation der zahnmedizinischen Betreuung nach den Gesundheitsreformen in Polen	Herr Dr. Geremek
9:30 Uhr	Welche Auswirkungen haben die Hygiene-Empfehlungen des RKI auf die zahnärztliche Tätigkeit im ÖGD?	Herr Prof. Bößman
10:00 Uhr	Diskussion	
10:15 Uhr	Pause	
11:00 Uhr	Infektionshygienische Überwachung von Zahnarztpraxen – Erfahrungen aus München	Frau Dr. Gleich
11:30 Uhr	Infektionshygienische Überwachung von Zahnarztpraxen – Erfahrungen aus Frankfurt/Main	Frau PD Dr. Heudorf
12:00 Uhr	Konzept der infektionshygienischen Überwachung von Zahnarztpraxen in Westfalen-Lippe (NRW) und seine Umsetzung durch den Kreis Steinfurt	Herr Dr. Schmeer
12:30 Uhr	Diskussion	

Tagungsort:
Kurhotel Bad Lausick / Sachsenklinik
Badstraße 35
04651 Bad Lausick

Hotelvermittlung:
Kur- und Touristinformation
Straße der Einheit 17
04651 Bad Lausick

Telefon: 034345 27 903
Fax: 034345 22 466
email: post@kurstadtinfo.de
Internet: www.bad-lausick.de

Kariesprophylaxe im Wechselgebiss



Im Rahmen der 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde vom 28. – 30. September 2006 in Freiburg/Br. stellte die Firma GABA eine Innovation vor, die eine bestehende Lücke in der Kariesprophylaxe schließen soll.

Wie Bärbel Kiene, die Leiterin der Medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der GABA GmbH Lörrach anlässlich der Pressekonferenz mitteilte, werden die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ab dem 6. Lebensjahr eine Zahnpaste mit höherem Fluoridgehalt zu verwenden, nicht ausreichend umgesetzt.

Eine aktuelle, repräsentative Umfrage zeige, dass etwa 60 % der Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren immer noch eine Zahnpaste für Milchzähne mit einem zu niedrigen Fluoridgehalt von bis zu 500 ppm verwenden. Hauptgrund hierfür sei, so Kiene, der Geschmack: Viele Kinder empfinden Zahnpaste für Erwachsene, deren Verwendung von ihrem Fluoridgehalt her sinnvoll wäre, als zu scharf. Hieraus resultiere eine suboptimale Fluoridversorgung der neu durchbrechenden bleibenden Zähne bei vielen sechs- bis zwölfjährigen Kindern.

Aus diesem Grund hat die elmex® Forschung für Kinder von sechs bis zwölf Jahren die elmex® Junior Zahnpaste entwickelt, die 1400 ppm Fluorid enthält und mit ihrem angenehm milden Geschmack die Kinder und Jugendlichen zum regelmäßigen Zähneputzen motivieren soll.

Die neue Junior-Zahnpaste mit 1400 ppm Fluorid entspricht den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die die Notwendigkeit einer Fluoridkonzentration von 1000 bis 1500 ppm in Zahnpasten für Kinder ab 6 Jahren betont.

Die elmex® Junior Zahnpaste ist aktuell nur in Apotheken erhältlich. Die breitere Markteinführung in Drogeriemärkten erfolgt im Jahr 2007.

MS

Pflegepastillen für ein sauberes Mundgefühl Innovation aus der Wrigley-Forschung

Seit Oktober 2006 gibt es eine Neuheit von Wrigley Oral Healthcare Programs: Die Pflegepastille für Zunge und Mund. Wissenschaftlich ist erwiesen, dass das Lutschen der innovativen Minzbonbons mit der lamellierten Oberfläche aus Mikrogranulaten zu einer signifikanten Bakterienreduktion auf der Zunge und im Mund führt.* Zudem bescheinigen Konsumenten den zuckerfreien Pastillen einen spürbaren Reinigungseffekt und hervorragenden Geschmack.* Damit runden Wrigley's Extra Professional Mints als praktische Mundpflegeergänzung für zwischendurch auf ideale Weise die Prophylaxe-Empfehlungen von Zahnärzten ab.

Die Zungenoberfläche ist eine Brutstätte für Bakterien, die Zähne und Zahnfleisch gefährden und Mundgeruch hervorrufen können. Zungenpfle-

ge und -reinigung wird daher nicht nur zunehmend zur Optimierung der Mundhygiene gefordert, sondern stößt auch bei Patienten immer mehr auf Interesse. Dieser aus präventivmedizinischer Sicht erfreulichen Tendenz hin zu einer umfassenden Mundgesundheitsvorsorge trägt Wrigley Oral Healthcare Programs mit der Weiterentwicklung seiner Wrigley's Extra-Zahnpflegereihe Rechnung. Das Ergebnis mehrjähriger intensiver Forschung sind Wrigley's Extra Professional Mints mit Mikrogranulaten und Minzöl, dessen antibakterielle Wirksamkeit seit langem wissenschaftlich nachgewiesen ist.*

Das Lutschen der neuen Pflegepastillen führt zu einer Reduktion anaerober Keime auf der Zunge um bis zu 74 %**, wie eine aktuelle klinische Studie zeigt.* Dies ist insbesondere für die Vorbeugung von Mundgeruch aber auch von Zahnfleischentzündungen bedeutsam.

Das angenehme sanfte Reiben der lamellierten Oberfläche mit Mikrogranulaten macht den Reinigungseffekt auf der Zunge besonders erlebbar, wie über 80 % der Befragten in einer repräsentativen Verbraucherstudie bestätigten.*

Neben der Keimreduktion auf der Zunge und im Mund verfügen Wrigley's Extra Professional Mints über alle wissenschaftlich erwiesenen Vorzüge der Wrigley's Extra-Zahnpflegereihe: Sie stimulieren den Speichelfluss, fördern die Säureneutralisation, den Anstieg des pH-Wertes im Mund und sind nicht erosiv.*

Wrigley's Extra Professional Mints – die praktische Zungen- und Mundpflege für zwischendurch – ist in zwei Geschmacksrichtungen (Classic und Orange) erhältlich. Bestellformulare können per Fax unter 089 / 66 5100 457 angefordert werden oder die Bestellung kann direkt im Internet unter www.wrigley-dental.de erfolgen.

*Literatur bei Wrigley;

**Variante Classic, Messung nach Bewegung auf der Zunge

Weitere Informationen unter:
Kommed Dr. Barbara Bethke
Ainmillerstraße 34
80801 München



ANZEIGE EASYSOFT BLEIBT WIE BISHIER

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-rnk.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. Gereon Schäfer, Großherzog-Friedrich-Str. 108, 66121 Saarbrücken

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 Grafikschriften 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