

Offizielles Organ des Bundesverbandes  
der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.



Bundesverband der Zahnärzte des  
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

# ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

43. Jahrgang / Oktober 2013 [www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

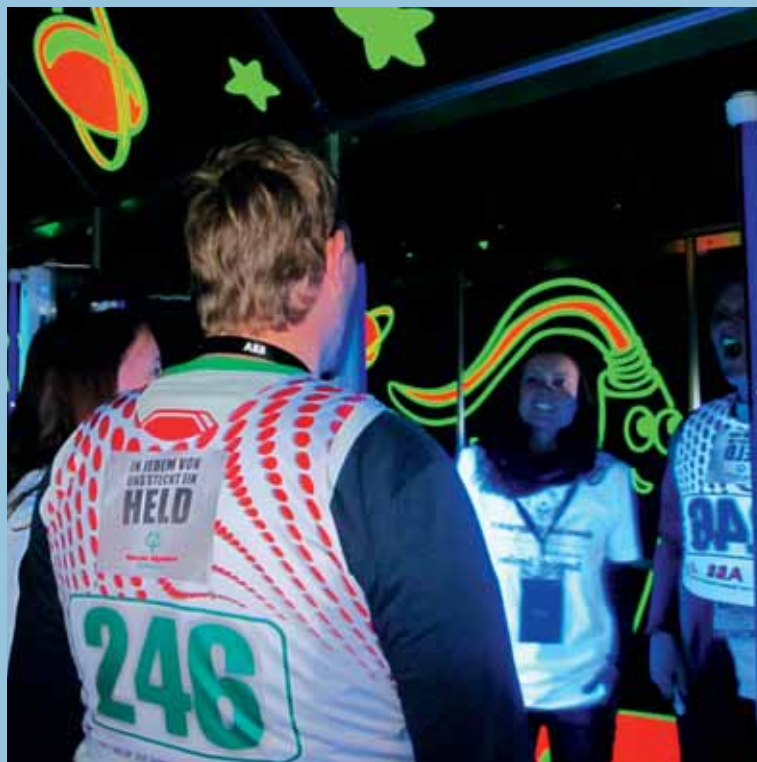
Special Smiles –  
Mundgesundheitsförderung  
für Menschen mit geistiger  
Behinderung

---

Mundgesundheit beim  
alten Menschen –  
Probleme aus Sicht der  
Allgemeinmedizin

---

Empfehlungen zur  
standardisierten  
Gesundheitsbericht-  
erstattung



## Stark für die Schwachen

# 2.13



# EDITORIAL



Dr. Pantelis Petrakakis



Dr. Sabine Breitenbach

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser,

heute halten Sie die neue Ausgabe des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes in Ihren Händen. Vielleicht sind Sie schon durch das Umschlagbild neugierig geworden, vielleicht lassen Sie sich durch unser Vorwort (ver-)leiten, weiter zu lesen. Auf jeden Fall können wir Ihnen eine Premiere versprechen: Erstmals präsentiert unser Bundesverband eine ausführliche Anleitung zur standardisierten Befunderhebung und Gesundheitsberichterstattung für die tägliche Arbeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung“ stehen auch beispielhaft für eine gelungene Kooperation zwischen BZÖG und der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Dieser Leitfaden soll erstmalig eine bundesweit standardisierte Befunderfassung, Dokumentation und Gesundheitsberichterstattung ermöglichen. Da die Ziele dieser Empfehlungen sowohl die Schaffung einer einheitlichen Datenbasis als auch einer Grundlage für bundesweite epidemiologische Studien zur Erfassung und Entwicklung der Zahngesundheit im Kindes- und Jugendalter sind, möchten wir alle Kolleginnen und Kollegen in den kommunalen Zahnärztlichen Diensten dazu ermuntern,

den Leitfaden anzuwenden und weiter zu verbreiten.

Der BZÖG-Vorstand steht jedem bei diesbezüglichen Fragen und Anregungen zur Verfügung. Für Verbandsmitglieder besteht auch die Möglichkeit, über den internen Bereich unserer Webseite mit uns in Kontakt zu treten. Die Akademie bietet im nächsten Jahr zudem zwei Veranstaltungen an, in welchen der Leitfaden intensiv vorgestellt werden soll.

Außerdem stellt die vorliegende Ausgabe einen Teil der wissenschaftlichen Vorträge unseres diesjährigen Bundeskongresses vor. Darüber hinaus finden Sie interessante Beiträge, die unter anderem von den Aktivitäten in den kommunalen Zahnärztlichen Diensten und unseres Bundesverbandes berichten.

Ein aktuelles Beispiel für das Engagement auf kommunaler Ebene zeigt die Verleihung des diesjährigen Wrigley Prophylaxe Preises, welcher bereits zum dritten Mal in Folge an ein Präventionsprojekt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vergeben wurde. Einen ersten Preis erhielt diesmal das Projekt „Zähne auf Zack“ aus Sachsen-Anhalt, welches sich mit der Förderung der Zahngesundheit bei Schulkindern befasste.

Mit dem Motto „Gesund beginnt im Mund – Zähneputzen macht Schule“ stand schulische Zahngesundheitsförderung auch im bundesweiten Fokus des diesjährigen Tages der Zahngesundheit. Im Rahmen der Auftakt-Pressekonferenz nutzte der BZÖG die Gelegenheit, seine Position einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen. Das Statement verdeutlichte, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte der

Öffentlichen Gesundheitsdienste an der wichtigen Schnittstelle zwischen Bildung und Gesundheit tätig sind. Durch Praxisbeispiele wurde belegt, dass die Zahnärztlichen Dienste im Zusammenwirken mit den Landesarbeitsgemeinschaften und den kommunalen Arbeitskreisen, Schulen nachhaltig wirkungsvoll dabei unterstützen können, Zahngesundheitsförderung mit relativ einfachen Mitteln umzusetzen. Damit wird ein Beitrag für größere (zahn)gesundheitliche Chancengleichheit geleistet. Das hohe Presseecho lässt hoffen, dass diese Kernbotschaften weitere Verbreitung finden.

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auch ermutigen, den internen Bereich unserer Internetpräsenz als Plattform für einen interaktiven Informationsaustausch und als gemeinsame Wissensbasis zu nutzen.

Zum Schluss und aus gegebenem Anlass eine Anmerkung in eigener Sache. Auch wir wissen, wie schwierig es ist, unter Personalmangel und Kostendruck das Tagesgeschäft zu erfüllen und gleichzeitig zahnmedizinische Prävention auf sinnvolle Weise umzusetzen. Scheuen Sie sich daher nicht, bei Problemen in Ihrer Kommune die Landesstellenleitungen oder den BZÖG-Vorstand anzusprechen. Wir haben stets ein offenes Ohr für Ihre kleinen und großen Sorgen und stehen Ihnen sehr gern hilfreich zur Seite!

Herzlichst

Dr. Pantelis Petrakakis

1. Vorsitzender

Dr. Sabine Breitenbach

2. Vorsitzende

- 3 Editorial
- Kongressbeitrag**
- 5 Mundgesundheit von Anfang an – nachhaltige Konzepte von der Kita bis zur Schule aus dem Land Brandenburg
- 8 Special Olympics Deutschland: Special Smiles – Zahn- und Mundgesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung
- 11 „Gleiche Chancen für alle Zähne“ – Projekt zur Behindertenbetreuung des Zahnärztlichen Dienstes im Berliner Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf
- 13 Mundgesundheit beim alten Menschen – Probleme aus Sicht der Allgemeinmedizin
- 14 Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im ÖGD
- Berichte**
- 18 „Alles mit dem Mund, alles durch den Mund“  
3. Interdisziplinäres Symposium kindlicher Entwicklung
- 20 Hirschfeld-Tiburtius-Symposien: Der Mensch als Gesamtheit
- Aktuelles**
- 21 Neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe
- 22 Tag der Zahngesundheit 2013: „Zähneputzen macht Schule“  
Statement des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) zum Tag der Zahngesundheit 2013 „Gesund beginnt im Mund – Zähneputzen macht Schule“
- 24 Der Wrigley Prophylaxe Preis 2013 – Frühförderung zahlt sich aus
- 25 Wrigley Prophylaxe Preis 2014 erstmals mit „Sonderpreis Praxis“ ausgeschrieben
- Verband**
- 16 Aufbau einer elektronischen Datenerfassung in den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene
- 26 Silbernes Ehrenzeichen für herausragende Verbandsmitglieder – Ehrungen für Dr. Claudia Sauerland und Dr. Michael Schäfer
- 27 Mitteilung an die Eltern – Formblätter auf [bzoeg.de](http://bzoeg.de)

**Titelbild:** Athlet Michael Lang (Christophorus Schule Farchant) im Kariestunnel anlässlich des Zahn- und Mundgesundheitsprogramms während der Special Olympics Garmisch-Partenkirchen 2013 (Foto: SOD)

## Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.13  
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –  
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

### Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte  
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

### 1. Vorsitzender:

Dr. Pantelis Petrakakis  
Hammer Straße 54, 40219 Düsseldorf  
Tel. 02 11/220 54 63, E-Mail: petrakakis@bzoeg.de

### 2. Vorsitzende:

Dr. Sabine Breitenbach  
R 1,12; 68161 Mannheim  
Tel. 0621/293 22 50, Fax 0621/293 22 95  
E-Mail: breitenbach@bzoeg.de

### Geschäftsführung:

Dr. Cornelia Wempe  
Erikastraße 73, 20251 Hamburg  
Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 80 12 567  
E-Mail: wempe@bzoeg.de

### Redaktion Zeitung:

Erdmuthe Kettler  
Klettenweg 3, 99097 Erfurt  
Tel.: 03628/738-536, Fax: 03628/ 738-503  
E-Mail: kettler@bzoeg.de

### Redaktion Internet:

Dr. Grit Hantzsche  
Hohe Straße 61, 01796 Pirna  
Tel. 03501/5 15 23 36, Fax 03501/5 15 23 09  
E-Mail: hantzsche@bzoeg.de

### Anzeigenverwaltung:

Schatzmeister: Bernd Schröder  
Kirchstr. 215, 47198 Duisburg  
Tel. 0203/283-8579, Fax 0203/283-8572  
E-Mail: schroeder@bzoeg.de  
Bankverbindung: Foerde Sparkasse  
KTO 192 05 558, BLZ 210 501 70

### Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch  
Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf  
Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50  
E-Mail: niekusch@bzoeg.de

### Zeitungsbeirat:

Dr. Angela Bergmann, Krefeld  
Dr. Christoph Hollinger, Lünen  
Dr. Gereon Schäfer, Aachen

### Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH  
Reisstraße 42, 01257 Dresden

### Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint zweimal im Jahr. Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Einzelheft: 7,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten. Bestellungen werden von der Geschäftsführung entgegengenommen. Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

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.

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

[www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

Dr. G. Rojas, Dr. P. Haak, Dr. Y. Joncyk

# Mundgesundheit von Anfang an – nachhaltige Konzepte von der Kita bis zur Schule aus dem Land Brandenburg

Im Land Brandenburg können Partner und Akteure in diesem Jahr auf 20 Jahre Erfahrung des Aufbaus, der Entwicklung und der Umsetzung settingorientierter zahnmedizinischer präventiver Betreuungskonzepte zurückblicken. Grundlegendes Ziel ist die Förderung und Verbesserung der Mundgesundheit. Kinder und Jugendliche sollen unabhängig von ihrer sozialen Lage gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten haben. Die Kariesprophylaxe hat sich als ein Beispiel erfolgreicher Präventionsarbeit etabliert und führt zu einem Gesundheitsgewinn bei Kindern und Jugendlichen.

## Situation im Land Brandenburg

Die Rahmenbedingungen und Strukturen zur Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V waren von Anfang an durch eine zentrale Ausrichtung, klare Zuständigkeiten und

die Berücksichtigung landesspezifischer Gegebenheiten geprägt. Als Beginn der gruppenprophylaktischen Betreuung in den Kindertagesstätten wurde das Alter von 2 Jahren und als Zielrichtung das Erreichen einer flächendeckenden Basisbetreuung vereinbart. Landesrechtliche Festlegungen finden sich im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz, Schul- und Kindertagesstättengesetz.

Die Partner der Vereinbarung zur Gruppenprophylaxe haben die Maßnahmenumsetzung, Dokumentation und Erfolgskontrolle auf kommunaler Ebene den Gesundheitsämtern und die fachliche Aufsicht, Organisation und Koordinierung den Zahnärzten der Zahnärztlichen Dienste übertragen. Die Arbeitsebenen auf Landesebene sind der Beirat für Zahngesundheit und das Büro der Gruppenprophylaxe. Die Abbildung 1 stellt Struktur und Aufgabenstellungen dar. Weitergehende Informationen über die Brandenburger Gruppenprophylaxe sind auf der Internetseite [www.brandenburger-kinderzaehne.de](http://www.brandenburger-kinderzaehne.de) eingestellt.

## Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg

Die Dokumentation und Analyse der präventiven Arbeit wird schuljährlich im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung



durchgeführt. Prophylaxemaßnahmen werden einheitlich erfasst und die Ergebnisse der standardisierten zahnärztlichen Untersuchungen geben Aufschluss über die Entwicklung der Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen. Das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV) führt die Angaben aus den Landkreisen und kreis-



**Abb. 1:** Partner und Struktur der Brandenburger Gruppenprophylaxe

freien Städten in Abstimmung mit dem Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst zusammen, übermittelt sie dem Gesundheitsministerium und stellt Ergebnisse unter [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de) zur Verfügung. Als Koordinator auf Landesebene berichtet das Gesundheitsministerium jährlich den Partnern der Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe sowie der DAJ. In kommunalen und Landesgesundheitsberichten wird über die flächendeckende Umsetzung der Betreuungskonzepte ebenso informiert wie über Trends der Mundgesundheit in verschiedenen Altersgruppen und die zahnmedizinische Versorgung.

### Gesundheitsberichterstattung steuert Prozesse – Beispiel Kleinkindbetreuung

Das Erreichen der flächendeckenden gruppenprophylaktischen Betreuung Mitte der neunziger Jahre war Ausgangspunkt für die zielgruppen- und bedarfsgerechte Erweiterung der Betreuung in Schwerpunkteinrichtungen mit Maßnahmen des 2. Prophylaxeimpulses. Ab 2002 folgte die Einbeziehung der Jugendlichen in den Förderschulen. Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung haben diese Entwicklungen gesteuert und seit 2003 wurden sie auch in den Gesundheitszielprozess zur Kindergesundheit „Bündnis Gesund Aufwachsen“ ([www.buendnis-gesund-aufwachsen.de](http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de)) einbezogen.



Über 60 Partner inner- und außerhalb des Gesundheitswesens vereinbarten Gesundheitsziele für verschiedene Handlungsfelder, zu denen auch die Mundgesundheit gehörte. 2010 wurde erstmals Bilanz gezogen und folgende Ergebnisse erreicht: 63 % der 5 Jahre alten Kitakinder hatten kariesfreie Gebisse und 12 Jahre alte Schüler hatten weniger als einen bleibenden Zahn mit Karieserfahrung (DMF-T 0,8). Zum Zeitpunkt der Zielvereinbarung im Jahr 2003 hatten nur 53 % der 5-Jährigen kariesfreie Gebisse und der DMF-T-Wert der 12-Jährigen lag

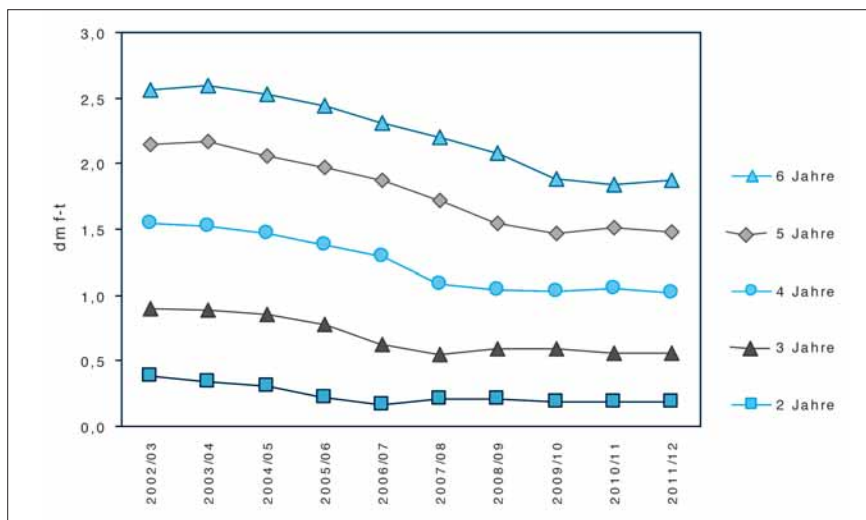


Abb. 2: dmf-t Index 2 bis 6 Jahre alter Kinder, Quelle: LUGV Brandenburg

noch bei 1,4. Auch bei den 15-jährigen Jugendlichen war eine Verbesserung der Mundgesundheit feststellbar, der DMF-T-Index hat sich von 3,3 auf 1,9 reduziert. Auf Landesebene konnten die Gesundheitsziele für die 3 Altersgruppen erreicht werden. Vom Kariesrückgang profitierten Kinder und Jugendliche aller sozialen Schichten.

Mit dem Gesundheitszieleprozess ist es gelungen, die Mundgesundheit als Teil der Kindergesundheit ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. So wurde u. a. auf die Problematik der frühkindlichen Karies aufmerksam gemacht und mit Kooperationspartnern wie Gynäkologen, Hebammen, den Netzwerken für Gesunde Kinder, Kinderärzten, Erziehern etc. erörtert. Es folgte die Erarbeitung eines Konzepts zur Betreuung der Kleinkinder unter 2 Jahren, das die Partner der Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe beschlossen haben. Im Schuljahr 2010/11 startete die Umsetzung in Kitas und Tagespflegestätten. Die bestehende kontinuierliche flächendeckende Betreuung in den Kindertagesstätten hat sich hierfür als gute Ausgangssituation erwiesen. Die Förderung der Mundgesundheit beginnt seitdem im frühesten Kindesalter. Gesundheitsorientierte Verhaltensweisen können so von Klein auf an nachhaltig geprägt werden.

Eine Basis für die Entwicklung dieser Betreuung waren die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung. Neben den in Abbildung 2 dargestellten Trendergebnissen aus den landesweiten Untersuchungen der Zahnärztlichen Dienste wurde deutlich, dass Karies bereits in Einzelfällen im Alter von 1 Jahr auftritt.

Die Resultate des Schuljahres 2011/12 zeigen im Detail, dass 615 (5,2 %) 2 Jahre alter Kleinkinder der landesweit 11.823 untersuchten Kinder (2/3 des Jahrgangs) an einer klinischen Karies erkrankt waren, eine Initialkaries wiesen 232 (2,0 %) Kinder auf.

### Praxisbeispiele

Die Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der frühkindlichen Karies sowie die Entwicklung eines mundgesundheitsförderlichen Umfeldes in Kindertagesstätten stehen im Mittelpunkt des intersektoralen Präventionsprogramms „Kita mit Biss“.

Es beinhaltet ein Ernährungs- und Aufklärungsprogramm für Erzieher und



Eltern sowie praktikable Handlungsleitlinien für den Kita-Alltag, wie ein zahngesundes Frühstück, das Anbieten von zuckerfreien Getränken, das Zähneputzen mit fluoridhaltiger Kinderzahnpaste nach jeder Hauptmahlzeit und vor allem das frühzeitige Abgewöhnen der Nuckelflasche bei Kindern, die schon aus der Tasse trinken können.

Viele Kindertagesstätten und damit viele Kinder zu erreichen, ist der Gedanke der Initiatorinnen aus Frankfurt (Oder), die unter [www.frankfurt-oder.de](http://www.frankfurt-oder.de) über ihre Evaluationsergebnisse berichten. „Kits mit Biss“ gibt es inzwischen auch in Regionen außerhalb des Landes Brandenburg. Weitere Informationen dazu sind unter [www.brandenburger-kinderzaehne.de](http://www.brandenburger-kinderzaehne.de) abrufbar.

Kontinuität und Verlässlichkeit bei der Umsetzung von Betreuungskonzepten kennzeichnen auch die gruppenprophylaktische Betreuung im Schulalter. Emotionales Lernen ist in dieser Altersgruppe ebenfalls ein wichtiger Aspekt und wird u. a. genutzt, wenn es darum geht, das Zähneputzen zum Bestandteil des Ganztagschulalltags werden zu lassen. Regionale Beispiele guter Praxis aus Brandenburg an der Havel, Cottbus und dem Landkreis Spree-Neiße wurden zu diesem Thema in der Ausgabe 1/2013 bereits vorgestellt. Anlässlich des diesjährigen Tages der Zahngesundheit wird über diese präventive Maßnahme ausführlich berichtet werden.

## Netzwerkbildung – ein Instrument für Nachhaltigkeit

Eine Vernetzung der Betreuungsangebote zu erreichen, war ein Ziel, dem sich die Zahnärzteschaft Ende der neunziger Jahre stellte. Materialien wie die „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für Vorschul- und Schulkinder“ wurden von der Landes Zahnärztekammer Brandenburg in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelt und landesweit eingesetzt. Die Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe werden in diesen Pässen vermerkt. Eltern erhalten so einen Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verhütung von Zahnerkrankungen für ihre Kinder und werden selbst an den regelmäßigen Zahnarztbesuch erinnert. Die gynäkologischen Praxen geben den Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass „Mutter & Kind“ zusammen mit dem Mutterpass aus. Der Pass beinhaltet



auf die Schwangerschaft zugeschnittene Informationen und Hinweise für die Mundgesundheit des Kindes in den ersten beiden Lebensjahren sowie Empfehlungen zur Beratung und Behandlung.

Weitere Anknüpfungspunkte für eine Zusammenarbeit bestehen mit den „Netzwerken für Gesunde Kinder“. Geschulte ehrenamtliche und professionell koordinierte Paten der „Netzwerke Gesunde Kinder“ begleiten junge Familien. Um auf ihre Tätigkeit vorbereitet zu sein, absolvieren sie eine Schulung zu unterschiedlichen Themenkomplexen. Das Modul „Unser Kind zeigt Zähne – Mundgesundheit von Klein auf an“ gehört zum Schulungscurriculum, wird von den Zahnärzten der Gesundheitsämter unterrichtet und ist ein Bestandteil kommunaler Betreuungskonzepte geworden.

## Fazit und Zukünftiges

Die kontinuierliche sozialkompensatorische Betreuung der Brandenburger Gruppenprophylaxe erreicht Kinder und Jugendliche in den Settings Kita, Tagespflegestätte und Schule unabhängig von ihrer Lebenssituation. Sie trägt zur Verbesserung der Mund- und damit der Kindergesundheit bei. Dieses niedrigschwellige Betreuungsangebot gleicht das schichtspezifische Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen des Gesundheitssystems aus. Der erzielte Gesundheitsgewinn stellt einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit dar. Unter dem Aspekt des Kinderschutzes hat diese Betreuung einen hohen Stellenwert. Die Teams der Zahnärztlichen Dienste sind derzeit die einzige medizinische Profes-

sion, die Kinder und Jugendliche regelmäßig sehen und Anhaltspunkte für Gefährdungen erkennen und entsprechend reagieren können.

Die für 2010 im „Bündnis Gesund Aufwachsen“ vereinbarten Mundgesundheitsziele wurden landesweit erreicht: Es zeigte sich ein deutlicher Kariesrückgang in allen Altersgruppen. Dennoch ist damit noch längst nicht alles Realität geworden, was nötig und möglich wäre. Insbesondere die Gleichheit der Chancen Heranwachsender für einen gesunden Mund bleibt zu verbessern. Den Weg dorthin weisen die vom 3. Plenum im „Bündnis Gesund Aufwachsen“ und den Partnern der Vereinbarung zur Gruppenprophylaxe beschlossenen Zielsetzungen für die Mundgesundheit bis zum Jahr 2020. Sie zeigen, in welche Richtung die Akteure gehen werden, um Erreichtes nachhaltig zu sichern und die Gesundheit der Brandenburger Kinder und Jugendlichen weiter zu verbessern.

### Dr. Gudrun Rojas

Zahnärztlicher Dienst der Stadt Brandenburg an der Havel  
Gudrun.Rojas@stadt-brandenburg.de

### Dr. Petra Haak

Zahnärztlicher Dienst der Stadt Frankfurt (Oder); Petra.Haak@frankfurt-oder.de

### Dr. Yvonne Jonczyk

Zahnärztlicher Dienst der Stadt Cottbus  
Dr.Yvonne.Jonczyk@cottbus.de

## Zielsetzungen bis 2020

### Globale Zielsetzung

Unabhängig von ihrer sozialen Herkunft haben Kinder und Jugendliche gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten.

#### Teilziel 1

90 Prozent der 3 und 80 Prozent der 5 Jahre alten Kinder haben kariesfreie Milchzähne. Das Auftreten der frühkindlichen Karies wird vermieden. Milchzahnkaries wird rechtzeitig erkannt und behandelt.

#### Teilziel 2

Reduzierung des DMF-T-Index auf einen Wert unter 1 und Verringerung des SiC-Wertes auf 2 bei 12 Jahre alten Schüler(inne)n.

#### Teilziel 3

Reduzierung des DMF-T-Index bei 15 Jahre alten Jugendlichen auf einen Wert unter 1,5.

Dr. I. Kaschke MPH

# Special Olympics Deutschland: Special Smiles\* – Zahn- und Mundgesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung



## Special Olympics und das Gesundheitsförderprogramm Healthy Athletes

Special Olympics International wurde 1968 durch Eunice Kennedy-Shriver in den USA gegründet und ist die größte Sportorganisation für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Die Philosophie von Special Olympics ist es, mit dem Mittel des Sports das Selbstbewusstsein und die Akzeptanz von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft zu steigern. Special Olympics Deutschland e.V. wurde 1991 gegründet. Von ca. 420.000 Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland gibt es z. z. mehr als 40.000 aktive Athleten. Special Olympics ist dabei mehr als Sport und versteht sich als Alltagsbewegung mit einem ganzheitlichen Angebot. Ein Beispiel dafür ist das Healthy Athletes Programm, das den Athleten während regionaler, nationaler und internationaler Sportveranstaltungen kostenlose Beratungen und Vorsorgeuntersuchungen in sechs verschiedenen Gesundheitsbereichen anbietet. Das Gesundheitsprogramm wird in Deutschland seit 2004 angeboten. Healthy Athletes trägt dazu bei, Lücken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen mit geistiger Behinderung zu schließen. Das Anliegen ist dabei sowohl die Verbesserung der Trainings- und Wettbewerbsfähigkeiten als auch die Verbesserung der Teilhabe der Athleten an der Gesundheitsvorsorge sowie die Erhöhung des Zugangs zu möglichst allen medizinischen Bereichen.

## Das Zahn- und Mundgesundheitsprogramm Special Smiles

Der zahnmedizinische Teil des Gesundheitsprogramms Special Smiles, in Deutschland seit 2011 durch Wrigley gefördert, wird mit

\* in Deutschland gefördert durch WRIGLEY



**Abb. 1:** Dr. Christoph Hils (Nationaler Leiter Special Smiles) mit Helferteam während der zahnärztlichen Untersuchung einer Athletin beim Zahn- und Mundgesundheitsprogramm während der Special Olympics Garmisch-Partenkirchen 2013 (Foto: SOD)

Unterstützung von Bundeszahnärztekammer und den Landes Zahnärztekammern angeboten. Es steht national unter ehrenamtlicher Leitung eines niedergelassenen Zahnarztes, Dr. Christoph Hils aus Hildesheim. Im Rahmen des seit 2011 durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes „Selbst bestimmt gesünder“ konnten in fünf Special Olympics Landesverbänden (Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen) ehrenamtlich engagierte Zahnärzte für die regionale Leitung und Organisation von Veranstaltungen mit Special Smiles unter Einbeziehung der Kollegschaft und Hochschulen „vor Ort“ gewonnen werden. Wissenschaftlich erfolgt die Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg sowie mit der AG Zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen. Während der Special Smiles Veranstaltungen erfolgt vor Ort die ehrenamtliche Unterstützung durch Zahnärzte, zahnmedizinische Fachangestellte und Studenten. Sie werden über die besonderen Belange dieser Patientengruppe fortgebildet und können während der Events praktische Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung sammeln.

## Vergleich nationaler (2006–2013), europäischer (2007–2011) und internationaler (2007–2011) Special Smiles Untersuchungsergebnisse

Das Special Smiles Programm bietet den Athleten, ihren Angehörigen und Betreuern neben Beratungen und Übungen für eine behindertengerechte Zahn- und Mundhygiene auch zahnmedizinische Untersuchungen an. Bei Bedarf werden Empfehlungen zu weiterführenden zahnärztlichen Behandlung gegeben. Seit der Einführung von Special Smiles in Deutschland konnten fast 4.500 Athleten erreicht werden. Mittels standardisierter Untersuchungsbögen werden international und national vergleichbare Daten über den Zahn- und Mundgesundheitszustand erhoben [Turner et al. 2008, Bissar et al. 2010, Schulte et al. 2010]. Diese Ergebnisse gehören weltweit zur größten Datensammlung zum Gesundheitszustand für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Untersuchungen und Datenerhebungen erfolgen durch kalibrierte Zahnärzte (Abb. 1) und berücksichtigen u. a. Angaben zur Putzfrequenz, zum Behandlungsbedarf, zum Vorliegen von Karies und





**Abb. 2:** Athlet Michael Lang (Christophorus Schule Farchant) bei der Zahnputzübung anlässlich des Zahn- und Mundgesundheitsprogrammes während der Special Olympics Garmisch-Partenkirchen 2013 (Foto: SOD)

Gingivitis sowie zu fehlenden Zähnen [White et Baltran 2000]. Nach den Übungen zur Zahn- und Mundhygiene (Abb. 2) werden die Teilnehmer zunächst zu ihren Zahnpflegegewohnheiten befragt. In Deutschland geben ca. 84 % der seit 2006 untersuchten Athleten (N = 4.383) an, mindestens einmal täglich Mundhygiene zu betreiben, was nur unwesentlich über den Angaben im europäischen Vergleich aus den Jahren 2007 – 2011 mit durchschnittlich 81 % der teilnehmenden Athleten (N = 11.276) liegt.

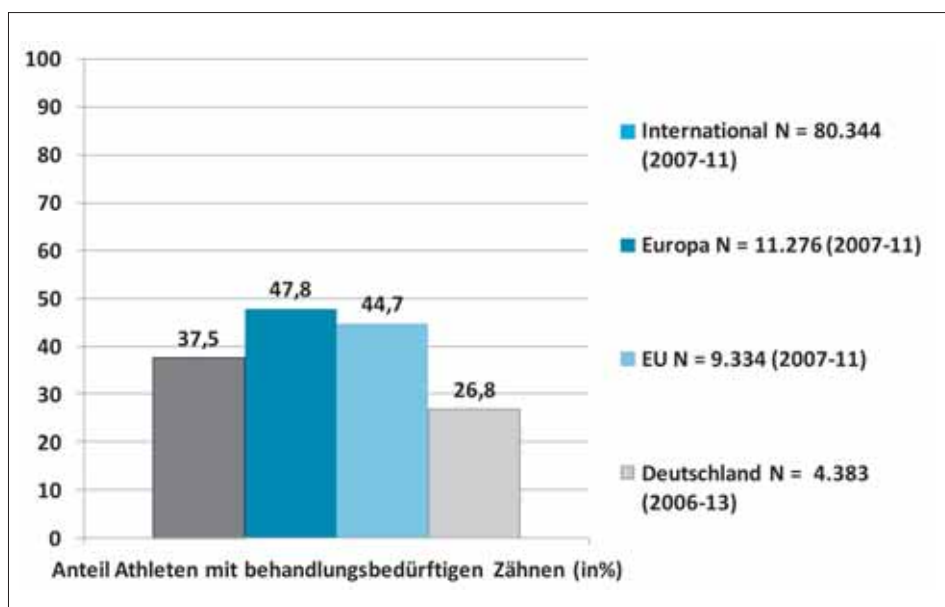
Bei den klinischen Untersuchungen steht die Erhebung international vergleichbarer populationsstatistischer Daten im Vordergrund. So werden das Vorliegen behandlungsbedürftiger Zähne ermittelt und dabei Zähne mit unbehandelter Karies (auch Wurzelkaries) mit einer Kavitation von mindestens 0,5 mm Durchmesser berücksichtigt. Nicht gewertet werden

Initialläsionen oder Schmelzkaries, Zahntraumata oder verlorene Füllungen ohne Karies sowie Milchzähne.

Im Gegensatz zu den durchschnittlichen internationalen Ergebnissen aus den Jahren 2007 bis 2011 (N = 80344), wo 45 % der Athleten behandlungsbedürftige Zähne aufwiesen, lag dieser Anteil bei den deutschen Special Olympics Athleten in den Jahren 2006 bis 2013 (N = 4383) bei nur 27 % (Abb. 3). Der Vergleich der Daten zu fehlenden Zähne zeigt in Deutschland einen Anteil von Athleten mit 34 %, während es international durchschnittlich nur auf 28 % der untersuchten Athleten zutrifft. Die Werte für Europa liegen allerdings mit über 40 % der Athleten mit fehlenden Zähnen weit darüber. Zu berücksichtigen ist, dass bei diesen Untersuchungen auch ersetzte Zähne als fehlend erfasst werden. Nicht berücksichtigt werden allerdings noch nicht durch-

gebrochene Zähne, Milchzähne sowie Prämolaren (Tab. 1). Große Probleme haben die Athleten mit geistiger Behinderung weltweit in Bezug auf entzündliche Veränderungen der Gingiva. Beim Special Smiles Screening werden lediglich die labialen Flächen der bleibenden Frontzähne im Unterkiefer betrachtet und nur bei stärkeren gingivalen Veränderungen sowie bei mehr als drei betroffenen Zähnen als positiv erfasst. Nicht gewertet wird das Auftreten nur leichter Veränderungen und wenn weniger als 3 Zähne betroffen sind oder dort eine vorausgegangene chirurgische Behandlung offensichtlich ist. Diese meist plaquebedingten Veränderungen lagen im Untersuchungszeitraum bei durchschnittlich 46 % der deutschen Special Smiles Teilnehmer vor und unterscheiden sich damit im Gegensatz zu den durchschnittlich ermittelten höheren Anteilen der europäischen Daten (55 %) nicht von den internationalen Vergleichswerten mit ebenfalls 46 % (Abb. 4). Berücksichtigt man, dass über 80 % der Untersuchtenangaben, mindestens einmal täglich Mundhygiene zu betreiben, belegen die hohen Werte an Gingivitis die uneffektive Belagsentfernung.

Während der Special Smiles Screenings wird auch der Bedarf einer zahnärztlichen Behandlung bestimmt. So ist in Deutschland durchschnittlich für 46 % der seit 2004 (bis einschließlich Januar 2013) untersuchten Athleten (N = 4.383) eine zahnärztliche Behandlung notwendig und davon sogar für 14 % von ihnen akut erforderlich. Auch dieses Ergebnis entspricht den international erhobenen Daten und zeigt, dass selbst in einem



**Abb. 3:** Vergleich internationaler, europäischer (2007-11) und deutscher (2006-13) Special Smiles Ergebnisse: Anteil untersuchter Athleten mit behandlungsbedürftigen Zähnen

Prozentualer Anteil	International	Europa	EU	Deutschland
untersuchter Athleten	N = 80.344	N = 11.276	N = 9.334	N = 4.383
mit fehlenden Zähnen in %	(2007–11)	(2007–11)	(2007–11)	(2006–13)
	28,4 %	41,2 %	42,0 %	33,8 %

**Tabelle 1:** Vergleich Special Smiles – Internationale, europäische (2007-11) und deutsche (2006-13) Ergebnisse: Erfassung fehlender Zähne

hoch entwickelten Gesundheitssystem wie in Deutschland offensichtlich Versorgungsdefizite für die Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung bestehen. Obwohl mit Hilfe strukturierter Prophylaxeprogramme der Mundgesundheitszustand in Deutschland generell verbessert werden konnte, profitieren Menschen mit Behinderung nicht in gleichem Maße von dieser Entwicklung. Die epidemiologische Datenlage weist insbesondere auf die Notwendigkeit der Verbesserung im Präventionsbereich hin. Der durchschnittlich schlechtere Mundgesundheitszustand bei Menschen mit geistiger Behinderung beruht vor allem auf den körperlichen und mentalen Beeinträchtigungen, welche die individuelle Mundhygiene erschweren und regelmäßige Hilfe und Unterstützung sowie lebenslang zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen erfordern. Nur so können gesundheitliche Defizite infolge der Behinderung ausgeglichen werden.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Special Smiles Screenings, die sich nur unwesentlich von den international erhobenen Daten unterschei-

den, weisen auf die dringend notwendige Verbesserung der Mundgesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung in Deutschland hin, denn in den international und zum Teil auch in den europäisch erhobenen Daten fließen Ergebnisse aus Ländern mit niedriger sozioökonomischer Struktur, aus Schwellen- und Entwicklungsländern ein. Bisherige Studien haben auch in Deutschland gezeigt, dass Menschen mit Behinderung im Vergleich mit dem Bevölkerungsdurchschnitt eine wesentlich schlechtere Zahn- und Mundgesundheit haben und insbesondere die Zahn- und Mundhygiene erhebliche Mängel aufweist. In den wenigen vorliegenden Untersuchungen wurde bei Menschen mit geistiger Behinderung eine höhere Karieserfahrung als beim Durchschnitt der gesamten Bevölkerung beobachtet. Dies war sowohl bei Kindern und Jugendlichen [Einwig et al. 1989] als auch bei Erwachsenen [Kaschke et al. 2004] der Fall. Unter anderem ist diese Tatsache darauf zurückzuführen, dass fast alle diese Personen aufgrund ihrer Behinderung keine adäquate Mundhygiene durchführen können. Ferner ist eine adäquate Zahnbehandlung bei diesen Personen in vielen Fällen sehr schwierig, zeitaufwendig und ohne Intu-

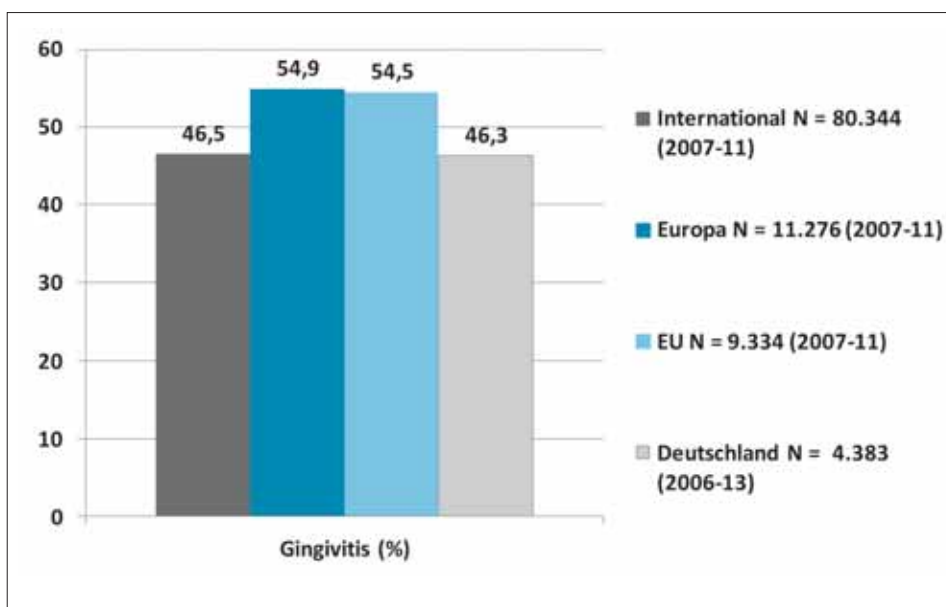
bationsnarkose oft nicht durchführbar [Schulte et al. 2004].

Zur Verbesserung der Mundgesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung sind Maßnahmen in der Primär- und Sekundärprophylaxe von hoher Bedeutung. Special Smiles bietet Möglichkeiten, die Mundgesundheit der Athleten zu verbessern und den Zugang zu einer adäquaten zahnärztlichen Versorgung zu erleichtern. Ferner liefert das Zahn- und Mundgesundheitsprogramm die Grundlagen für Forderungen zur Anpassung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen für Menschen mit Behinderung und unterstützt die Forderung nach Konzepten, die auf eine konsequente Fortsetzung der zahnmedizinischen Prophylaxe auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres zielen, da derzeit diese Kosten nicht von Krankenkassen oder staatlicherseits übernommen werden.

### Korrespondenzadresse

**Dr. Imke Kaschke MPH**  
 Special Olympics Deutschland e.V.  
 Invalidenstr. 124, 10115 Berlin  
 imke.kaschke@specialolympics.de

- Literatur bei der Redaktion -



**Abb. 4:** Vergleich Special Smiles – Internationale, europäische (2007-11) und deutsche (2006-13) Ergebnisse: Anteil untersuchter Athleten mit Gingivitis

**Dr. M. Sturm**

## „Gleiche Chancen für alle Zähne“ – Projekt zur Behindertenbetreuung des Zahnärztlichen Dienstes im Berliner Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf

Kindern gebührt durch die Gesellschaft eine große Aufmerksamkeit, insbesondere beim gesunden Heranwachsen.

Das Entstehen von Krankheiten soll vermieden werden – dazu dient die Prävention. Im Festvortrag von Prof. Ganten wurde auf die Wichtigkeit der Erhaltung unserer Gesundheit hingewiesen. Gesundheit ist dabei lt. WHO-Definition nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung, sondern markiert einen Zustand umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (WHO 1946). Konkretisiert wird dieser Gesundheitsbegriff mit der Ottawa-Charta (WHO) von 1986 und dem Bekenntnis zur Gesundheitsförderung. Es gilt, Menschen zur Stärkung der eigenen Gesundheit zu befähigen und gesunde Lebenswelten zu schaffen. Was im Kindesalter erlernt wird, prägt einen Menschen meist lebenslang. Dazu gehören neben vielem Anderen auch die Mundgesundheit und eine gesunde Ernährung.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst bietet die Möglichkeit der intensiven und kostenlosen Gesundheitsförderung und kann somit durch Schaffung eines besseren Gesundheitsbewusstseins das Verhalten der Bevölkerung positiv verändern.

### Heute gilt in der Zahnmedizin die These: Wenige haben viel Karies

Mit einem merklichen Rückgang von Karies allgemein kristallisierte sich eine Polarisierung des Kariesrisikos heraus.

Betrachten wir die Wenigen genauer, sind es vorrangig Behinderte und Integrationskinder, aber auch Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien, chronisch Kranke und Kinder mit Migrationshintergrund.

Die Unterschiede im Gesundheitsverhalten sind sozioökonomisch, bildungsabhängig und kulturspezifisch verursacht.

### Betreuung schwerbehinderter Kinder und Jugendlicher

Im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen haben schwerbehinderte Kinder und Jugendliche eine erhöhte Erkrankungsrate für Karies und Zahnbetterkrankungen. Das unterstrich Dr. Eßer, Vizepräsident der KZBV, bereits am 22. Februar 2011 auf einer Tagung des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung.

Körperliche und geistige Behinderungen sind oft eine Ursache für mangelnde Mundhygiene. Die verschiedenen Krankheitsbilder, wie z. B. Epilepsie, Spastiken, Autismus oder Oligophrenie und die damit zusammenhängenden medikamentösen Therapien, aber auch vermehrt Ängste vor der zahnärztlichen Behandlung bedingen die schlechtere Zahngesundheit von Behinderten. Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf sind im Alter bis zu 9 Jahren 1 % der Kinder je Altersklasse von einer Behinderung betroffen, bei den 10- bis 15-Jährigen steigt die Häufigkeit einer Behinderung auf 3 % an.

Der Zahnärztliche Dienst (ZÄD) des Gesundheitsamtes entwickelte bereits 1997 ein Konzept zur Verbesserung der Mundgesundheit der behinderten Kinder und Jugendlichen. Um ihre Chancen zu erhöhen, mit gesunden Zähnen aufzuwachsen, wurden sie im Rahmen eines Intensivprophylaxeprogramms betreut.

Im Jahr 2007 wurde das Betreuungskonzept für die Schulen am Pappelhof und am Mummelsoll erarbeitet. Auf Lehrer- und Schulkonferenzen informierten wir über unser Projekt, erläuterten die Vorgehensweise und warben für Hilfe und Unterstützung.

Zentraler Bestandteil ist das Heranführen der Schüler an gesundheitsfördernde Verhaltensweisen.

Jedes Schuljahr planen wir mit den Einführungsklassen ein Intensivputztraining. In der Regel gibt es 2 bis 3 Anfänger-Klassen pro Schule. Eine Woche lang lernen die Kinder täglich etwas Neues über gesunde Zähne. Darauf aufbauend werden sie schrittweise an eine systematische Zahnpflege herangeführt, die natürlich auch praktisch geübt wird.

Die vom ZÄD durchgeführte Gruppenprophylaxe wird in den Schulen am Pappelhof und am Mummelsoll umfangreicher gestaltet als an anderen Schulen des Bezirkes.

Bei jeder Aktion werden vor dem Zähneputzen die Beläge mit einer Färbelösung sichtbar gemacht, danach wird unter Anleitung gemeinsam geputzt, gegebenenfalls Hilfestellung geleistet. Den Erfolg kontrollieren die Schüler dann im Spiegel. Aus einem "blauen" Zahn wird ein weißer Zahn. Auf diese Weise kann man den Kindern einprägsam vermitteln, warum die Zähne immer wieder geputzt werden müssen. Als Abschluss der Putzaktion erhalten die Schü-

ler eine antibakterielle bzw. fluoridhaltige Mundspüllösung je nach Alter und Kompetenz. Damit unterstützen wir nachhaltig die Mundgesundheit, denn auch als Erwachsene profitieren sie von diesen Maßnahmen, z. B. zur Vermeidung bzw. Therapie von Zahnfleischentzündungen.

Hauptinhalt unseres Programms ist die 3-malige Fluoridierung im Verlauf eines Schuljahres. Im Rahmen dieser intensivprophylaktischen Betreuung werden, das Elternverständnis vorausgesetzt, die bleibenden Zähne der Schüler mit einem Fluoridlack touchiert. Damit wird die Qualität des Zahnschmelzes verbessert, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen kann eine Kariesreduktion von bis zu 60 % erreicht werden.

An beiden Schulen wird diese Präventionsmethode sehr gut angenommen, es konnte eine Beteiligung von über 90 % erreicht werden.

Zu unserem Konzept gehört weiterhin eine Sprechstunde zur Zahngesundheit, die wir drei Mal pro Jahr in jeder Schule durchführen. Hier haben die Eltern, Betreuer und Sorgeberechtigten, aber auch Lehrer und Erzieher die Möglichkeit, Probleme anzusprechen und Hilfsangebote zu erhalten.

Die Zahn- und Mundgesundheit steht in regelmäßigen Abständen auch bei Elternversammlungen auf der Tagesordnung, bei denen wir die Gelegenheit bekommen, Themen der Gesundheitsvorsorge zu erörtern.

Großen Anklang bei den Schüler finden die Besuche in der Zahnarztpraxis. In den vergangenen Jahren besuchten uns zahlreiche Klassen aus der Schule am Pappelhof und konnten sich so mit den Abläufen in einer Sprechstunde vertraut machen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die Intensivierung der Betreuung der Schulen durch den ZÄD viel Positives bewirkt worden ist.

### Kurze statistische Auswertung

In der Schule am Pappelhof putzen alle 16 Klassen regelmäßig in der Einrichtung ihre Zähne. In der Schule am Mummelsoll ist diese Prophylaxemaßnahme noch im Aufbau begriffen. Ein guter Anfang ist mit 4 Klassen schon gemacht, aber leider fehlt bei der Mehrheit des Betreuungspersonals die Bereitschaft zur Mitwirkung.

Um dies zu ändern und die Akzeptanz bei Lehrern und Erziehern zu erhöhen, wurde von unserer Auszubildenden ein Aktionstag an der Schule am Mummelsoll durchgeführt. Anschaulich und mit viel Einfühlungsvermögen gab es Gesundheitserziehung zum Miterleben. Hauptthemen waren gesunde Ernährung und Zahnpflege. Als Höhepunkt bastelten alle gemeinsam Medaillen für gutes Zähneputzen. Aufgrund der positiven Resonanz bei allen Beteiligten planen wir für 2014 wieder eine solche Veranstaltung.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung für den Projektzeitraum dargestellt. In beiden Schulen ist, mit geringen Abweichungen, von einer Schülerzahl von 125 auszugehen.

Schule „Am Pappelhof“ Beh.bedürftigkeit (%)	Anzahl behandlungsbedürftiger Kinder	Schuljahr	Schule „Am Mummelsoll“ Beh.bedürftigkeit (%)	Anzahl behandlungsbedürftiger Kinder
58,5 %	30	2007/2008	63,8 %	39
57,5 %	31	2008/2009	64,8 %	41
51,8 %	28	2009/2010	62,2 %	42
50,4 %	27	2010/2011	60,7 %	32
54,1 %	31	2011/2012	62,8 %	35

Vergleicht man die Zahlen in der Tabelle, stellt man fest, dass sich die Zahngesundheit insgesamt im Verlauf des Projektes nicht signifikant verbesserte. Im Vergleich der Schule untereinander gibt es aber an der Schule am Pappelhof etwa 10 % weniger behandlungsbedürftige Kinder. Dies führen wir auf das tägliche Zähneputzen an dieser Schule zurück.

Nachdenklich stimmt die hohe Zahl behandlungsbedürftiger Schüler insgesamt.

Forscht man nach den Gründen, stößt man auf viele Hindernisse. Da sind Eltern, die sich nicht kümmern, überlastete Betreuer in den Heimen und Zahnarztpraxen, die nicht auf Patienten mit Behinderung ausgerichtet sind. Auch Möglichkeiten einer Narkosebehandlung sind in Berlin kaum vorhanden.

Auch wenn die Zahlen unterm Strich nicht so aussagekräftig sind - für uns ist es schön, mit den behinderten Kindern zu arbeiten. Sie kennen uns gut, sind sehr aufgeschlossen und ohne Angst, zeigen viel Akzeptanz und Anhänglichkeit. Und wir wissen, dass wir für die Kinder und Jugendlichen in Sachen Zahngesundheit etwas bewirken.

### Sozioökonomischer Hintergrund

Die familiären, häuslichen Bedingungen und das soziale Umfeld spielen eine entscheidende Rolle für das gesunde Heranwachsen eines Kindes.

■ In Marzahn-Hellersdorf haben 23,4 % der Mütter einen Hauptschulabschluss oder gar keinen Schulabschluss, der Berliner Durchschnitt liegt bei 20,1 %.

■ In den Wohngebieten Marzahn-Nord und Hellersdorf-Nord leben etwa 65 % der Kinder- und Jugendlichen in Familien mit geringem Einkommen (Harz IV).

■ Der Anteil der Kinder unter 6 Jahren, die von Sozialhilfe leben, liegt bei 46 %, in Berlin gesamt bei 35 %.

■ 38,5 % der Kinder, also mehr als ein 1/3, leben nur mit einem Elternteil zusammen. In ganz Berlin betrifft es nur 25,5 % der Kinder.

Mit diesen Tatsachen ist oft materielle Armut der Familien und Überforderung der Eltern

ist sehr aufwendig, kostenintensiv und oft wenig erfolgversprechend. Folgeschwere Schäden für die Gesamtgesundheit des Kindes können z. B. Sprachstörungen, Mangelernährung, Schmelzläsionen an den bleibenden Zähnen, kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit oder auch psychische Probleme sein. Hier ist der ZÄD gefordert, die Eltern über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie z. B. das Dauernuckeln, aufzuklären.

Untersuchte	Prophylaxe	Naturgesund
6.568	5.947	4.573
Saniert	Behandlungsbedürftig	
470	1.525	

Tab.: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Kitas im Bezirk Marzahn-Hellersdorf im Schuljahr 2011/2012 (nach Kinderzahl)

Die durchschnittliche Kariesverbreitung liegt bei 30,4 %.

Die Auswertung der Daten zeigt eine große Diskrepanz zwischen der Zahl der sanierten und der behandlungsbedürftigen Kinder. Daraus ergeben sich verstärkt Forderungen an die Eltern und Sorgeberechtigten, ihre Kinder einem Zahnarzt vorzustellen und Kariesschäden frühzeitig behandeln zu lassen.

Aber auch Gesellschaft und Politik sind gefordert. Die Bedingungen für die Zahnbehandlung von Kindern sind dringend zu verbessern. Die volle Kostenübernahme durch Krankenkassen und eine angemessene Honorierung der Zahnärzte sind ein Muss, wenn eine Sanierung der Milchgebisse erreicht werden soll. In Bezug auf die Primärprävention fehlen Prophylaxeangebote für die Altersklasse der 0- bis 3-Jährigen.

In enger Zusammenarbeit mit dem Kinder-Jugend-Gesundheitsschutz setzen die Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes die Forderungen der Überwachung und Hilfe nach dem Kinderschutzgesetz um. Ein Kooperationsvertrag besteht seit 2007. Im Netzwerk „Rund um die Geburt“ arbeiten wir seit 2013 mit. Hier werden Schwangere und Wöchnerinnen frühzeitig zu Fragen der Mundgesundheit ihres Kindes aufgeklärt.

FAZIT: Uns bleibt immer noch viel zu tun und nur gemeinsam können wir erreichen, dass die Kinder mit gesunden Zähne lachen können.

### Korrespondenzadresse:

**Dr. Marlies Sturm**

Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf,  
Gesundheitsamt, Zahnärztlicher Dienst  
E-Mail: Marlies.Sturm@ba-mh.verwaltung-berlin.de

- Literatur beim Verfasser -

bei der Versorgung ihrer Kinder verbunden. Marzahn-Hellersdorf gehört somit zu den sozial besonders belasteten Bezirken Berlins.

### Vorsorgeuntersuchung in den Kindertagesstätten

Der Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf ist in Bezug auf Kindertagesstätten (Kitas) sehr gut aufgestellt. 98,1 % der Kinder können in einer Einrichtung betreut werden (Stand 2010/2011). Hier sehen wir eine große Chance, die Zahngesundheit nachhaltig zu verbessern, denn der Rahmenerziehungsplan beinhaltet Gesundheitserziehung auf allen Ebenen. So kann man mit Unterstützung von Seiten der Kitas rechnen. Wir als ZÄD sehen es als notwendig an, das tägliche Zähneputzen ab dem 3. Lebensjahr in allen Kitas zu etablieren. Von den 75 existierenden Einrichtungen haben bereits 65 diese Maßnahme in ihren Tagesablauf eingebunden.

Die Notwendigkeit einer täglichen Zahn- und Mundhygiene lässt sich auch mit Zahlen untermauern. Bei der Auswertung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung wurde festgestellt, dass der durchschnittliche Kariesbefall in den einzelnen Kitas von 5,9 % bis 53,3 % variiert. In den Risiko-Wohngebieten ist also jedes zweite Kindergartenkind an Karies erkrankt. Auffällig ist auch der höhere Anteil an frühkindlicher Karies. Eine Behandlung dieser stark zerstörten Milchzähne

Dr. Chr. Müller

# Mundgesundheit beim alten Menschen – Probleme aus Sicht der Allgemeinmedizin

## Hintergrund

Mundgesundheit beim älteren Menschen ist ein vielschichtiges Thema, welches zunehmend Berücksichtigung in Forschung, Literatur und der öffentlichen Wahrnehmung findet. Für eine gute Mundgesundheit von Senioren ist nicht nur eine sorgfältige Mundhygiene und eine adäquate Versorgung durch den Zahnarzt, sondern auch eine fruchtbare Zusammenarbeit von Hausärzten und Zahnärzten sinnvoll. Doch welche Gründe gibt es für diese Behauptung?

Ein Grund liegt in der fehlenden Erreichbarkeit vieler älterer Menschen durch einen Zahnarzt. So gehen Senioren mit steigendem Alter seltener zum Zahnarzt (jährlich 78 % der 65- bis 74-Jährigen, 65 % der 75- bis 84-Jährigen). Demgegenüber wird der Hausarzt mit zunehmendem Alter häufiger frequentiert, so wurde er von 93 % der 75- bis 84-Jährigen innerhalb eines Jahres aufgesucht [1]. Als Folge werden Mundgesundheitsprobleme an den Allgemeinmediziner oder auch hausärztlich tätigen Internisten und nicht an den Zahnarzt adressiert. Andererseits benennen ältere Patienten aber auch Probleme im Mundbereich nicht von selbst und der Hausarzt könnte bei einer gründlichen Untersuchung der Mundhöhle Krankheiten oder zahnärztlichen Behandlungsbedarf bemerken.

## Mundgesundheitsprobleme bei Senioren

Die Häufigkeit verschiedener Munderkrankungen bei Senioren hat sich in den letzten Jahren verändert; laut der letzten Mundgesundheitsstudie ist es innerhalb von 8 Jahren zu einem Rückgang des Kariesindex und von Zahnverlust sowie der totalen Zahnlosigkeit gekommen, jedoch zu einer Zunahme der Parodontalerkrankungen. Knapp 88 % der 64- bis 74-Jährigen in Deutschland sind behandlungsbedürftig an Parodontitis erkrankt [2]. Senioren mit einem höheren Einkommen haben laut Berliner Altersstudie signifikant mehr Zähne [3].

## Mundgesundheit in der Hausarztpraxis

In der Hausarztpraxis sind Mundgesundheitsprobleme zwar häufig, sie werden jedoch selten bemerkt oder behandelt und nehmen einen sehr geringen Stellenwert ein: In einer aktuellen Studie mit hausärztlichen Patienten [4] klagte ein knappes Viertel der Untersuchten über Kauprobleme und/oder Schmerzen im Mundbereich. Nur ein Zehntel aller Patienten mit einem initialen Mundgesundheitsproblem hat innerhalb der nächsten drei Monate tatsächlich eine durch den Hausarzt veranlasste Behandlung erhalten. Befragt nach Wichtigkeit nahmen Kauprobleme/Schmerzen im Mund bei den Senioren als auch den Hausärzten Plätze im deutlich unteren Bereich ein.

## Der besondere Patient: der Pflegeheimbewohner

Eine besondere Rolle innerhalb der älteren Patienten nehmen die Heimbewohner ein. Die medizinische Versorgung von pflegebedürftigen oder immobilen Patienten, vor allem in Pflegeheimen, wird hauptsächlich durch den Hausarzt durchgeführt. Eine zahnmedizinische Versorgung ist häufig schwieriger zu gewährleisten. Aufgrund von Veränderungen des Mundzustandes im Alter, oft geringer Zahnpflegekompetenz der Bewohner, seltener bis keiner Prophylaxe sowie oft fehlender regelmäßiger zahnärztlicher Behandlung ist der Zustand von Zähnen und Mund oft verbesserungswürdig. Die Bewohner sind häufig immobil oder auch dement und können selten den Weg in die Praxis auf sich nehmen. Hier wären regelmäßige Heimbefuche durch Zahnärzte wünschenswert. Bundesweit gibt es bis heute mehrere Modellprojekte, die eine bessere Zahngesundheit von Pflegeheimbewohnern erreichen wollen: u. a. Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung in der Altenpflege durch Schulungen von Pflegekräften [5], „Saubere Dritte in der Pflege“ [6] und „Senioren mit Biss“ [7].

Positiv evaluiert wurde das Projekt: „Teamwerk“ [8]. Zudem erarbeitete die Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) ein ausführliches Konzept zur vertragsärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen [9].

## Zusammenhänge zwischen allgemeiner Gesundheit und Zahngesundheit

In den letzten Jahrzehnten wurden zunehmend Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und allgemeiner Gesundheit festgestellt, viele beziehen sich auf Probleme, die im Alter häufiger auftreten, wie Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen.

Bei einer Prävalenz von über 7 % in der erwachsenen Bevölkerung ist der Diabetes mellitus eine sehr häufige chronische Erkrankung [10]. Zwischen Diabetes und Parodontitis besteht ein wechselseitiger Zusammenhang, so beeinflussen die parodontale Entzündung und das Glucoselevel im Blut sich gegenseitig. Patienten mit Zuckerkrankheit haben eine dreifach erhöhte Empfänglichkeit, an einer Parodontitis zu erkranken [11], die Behandlung einer Erkrankung des Parodontiums kann andererseits zu einer geringen, wenn auch signifikanten Reduktion des Langzeitblutzuckerwertes (HbA1c) führen [12].

Zwischen Parodontitis und kardiovaskulären Erkrankungen lassen sich nach neueren Erkenntnissen Assoziationen, jedoch bisher keine kausalen Zusammenhänge aufweisen [13].

Aber auch bei der zeitgleichen Verabreichung von einigen durch den Hausarzt verschriebenen Medikamenten (z. B. Coumarinen, Bisphosphonaten) und zahnmedizinischen Eingriffen sollte ein wohlüberlegtes Regime nach aktuellen Emp-

fehlungen durchgeführt werden. Andererseits wurden in dem letzten Positionspapier der deutschen Gesellschaft für Kardiologie und anderen die Indikationen für eine Endokarditisprophylaxe beim Zahnarztbesuch bei bestehenden kardiologischen Erkrankungen deutlich reduziert [14].

### Schlussfolgerung

Mundgesundheit bei älteren Menschen ist ein schwieriges Thema: es gibt eine hohe Erkrankungsrate, die Relevanz wird von allen Beteiligten als sehr niedrig erachtet und der Zugang zum Zahnarzt wird im Alter seltener und ist oft erschwert (Heim).

**Dr. Chr. Hollinger, Dr. D. Starke**

## Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im ÖGD

### Einleitung

Zahnärztliche Gesundheitsberichte auf kommunaler Ebene weiter zu entwickeln ist ein Ziel des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG e. V.). Eine länderübergreifende Arbeitsgruppe unter Leitung des BZÖG gemeinsam mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AföG) hat Empfehlungen zu einer standardisierten Untersuchung und Befunddokumentation beschrieben und Kriterien für die Erstellung eines (Mund-) Gesundheitsberichtes entwickelt. Sie sollen einer qualitätsgesicherten bundesweit einheitlichen Gesundheitsberichterstattung (GBE) den Weg bereiten.

Bereits 1987 regte der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen eine Verbesserung der Datengrundlage sowie den Aufbau einer bundesweiten GBE an. Im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) wurde sie als ein wirkungsvolles Instrument zur Qualitätssicherung sowie als Entscheidungsgrundlage erkannt. Die Berichterstattung der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD hat sich seitdem weiterentwickelt, sei es als Bestandteil kommunaler Gesundheitsberichte oder in Form von Spezialberichten. Erhebungsleitfäden einiger Bundesländer zur jeweiligen landesweiten Standardisierung zahnmedizinischer Befunderfassung sowie Landesberichte zur Zahn- und Mundgesundheit zeugen davon, dass die GBE in den Zahnärztlichen Diensten einen festen Platz erhalten hat.

### Ausblick

Das Thema Mundgesundheit im Alter wird möglicherweise immer noch unterschätzt. Der Hausarzt könnte seine älteren Patienten auf dieses Thema ansprechen und auf den Sinn von Prävention und Behandlung, insbesondere der Parodontitis, hinweisen. Sowohl beim Vorliegen von systemischen Erkrankungen als auch bei der Verabreichung der beschriebenen Medikamente wäre eine interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Zahnärzten wünschenswert, um eine optimale Versorgung des gefährdeten Patienten zu gewährleisten. Ältere Patienten mit Mundgesundheitsproblemen sollten zu-

dem im Rahmen eines Gesamtkonzeptes behandelt werden, welches gemeinsam von Hausarzt und Zahnarzt erarbeitet und in Kooperation ausgeführt werden sollte.

### Korrespondenzadresse:

**Dr. med. Christiane Müller, MPH**  
Abt. Allgemeinmedizin/Dept. General Practice; Georg-August-Universität, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen  
christiane.mueller@med.uni-goettingen.de

- Literatur bei der Redaktion -

Bis heute sind zudem die 1997 im Handbuch „Oral Health Surveys. Basic Methods“ veröffentlichten Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) international gültig und werden auch auf nationaler Ebene angewandt. Auch Zahnärztliche Dienste erheben seit Jahren nach diesem Standard. Studien wie die der DAJ und des IDZ basieren ebenfalls auf dieser Systematik. Beim Vergleich der bereits veröffentlichten Erhebungsleitfäden gab es überwiegend Gemeinsamkeiten mit Anknüpfungspunkten, die weiterentwickelt wurden und im ÖGD umsetzbar sind.

Mit dem Ziel, konsenterte, einheitliche Untersuchungs-, Dokumentations- und Berichtsstandards für alle Bundesländer zu definieren, die auch in die nächste DAJ-Studie praktikabel integriert werden können, ist die Arbeitsgruppe GBE angetreten.

Der hier vorgestellte Leitfaden ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung der Arbeit der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD. Er hat empfehlenden Charakter und kann von allen Kolleginnen und Kollegen genutzt werden. Gleichzeitig ist der erste Schritt getan, zeitgemäße Standards zur Erhebung epidemiologischer Daten zur Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen auf Bundesebene auch anderen Institutionen zur Verfügung zu stellen. Eine regelmäßige Aktualisierung stellt zudem sicher, dass Erneuerungen zeitnah aufgebracht werden können.

Die Empfehlung gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Definition und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung
- standardisierte Untersuchung und Befunddokumentation
- Indikatoren zur Mundgesundheit
- Kriterienliste für die Erstellung eines Gesundheitsberichts

### Definition und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) wird definiert als „die Beschreibung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen in einer handlungsorientierten und allgemeinverständlichen Form. Sie dient der Versachlichung von Diskussionen über politisch relevante gesundheitliche Probleme“ [Kuhn, Ziese 2012, 60].

Zu den zentralen Aufgaben der GBE zählen nach Murza und Hurrelmann (1996)

- Information und Orientierung: Adressaten der GBE sind sowohl die Politik und das Gesundheitswesen als auch die Bürgerinnen und Bürger. Durch eine spezifische Themenwahl bereitet die GBE den Weg für zielgerichtetes gesundheitspolitisches Handeln.
- Monitoring: Durch eine regelmäßige und standardisierte Datenerhebung bzw. -aufbereitung wird es möglich, Veränderungen der gesundheitlichen Lage zu

beobachten und Prognosen über zukünftige Entwicklungen anzustellen.

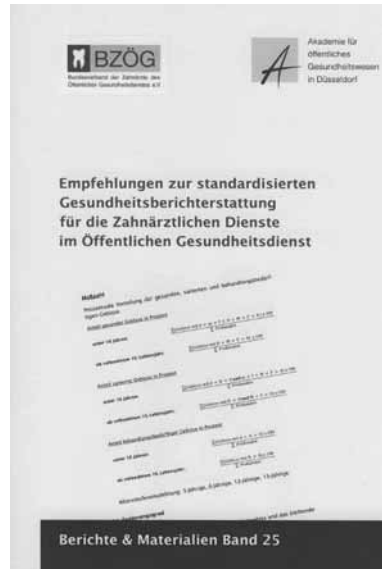
- **Motivation:** Die GBE zielt darauf ab, die Politik und die Bürgerinnen und Bürger für gesundheitliche Problemlagen zu sensibilisieren und will motivieren, Veränderungsprozesse zu initiieren.
- **Evaluation:** In Form von Gesundheitsberichten lässt sich überprüfen und bewerten, ob gesundheitspolitische Maßnahmen erfolgreich waren. Festgelegte Indikatoren dienen dazu, die Wirksamkeit und das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu untersuchen.
- **Koordination:** Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt vor Ort die Aufgabe der Koordination gesundheitsbezogener Maßnahmen zu. Dabei sind die kommunalen Rahmenbedingungen ebenso zu berücksichtigen wie das ressortübergreifende Handeln.

Das bedeutet, dass die Gesundheitsberichterstattung die Politik aber auch Bürgerinnen und Bürgern über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung oder ausgewählter Bevölkerungsgruppen informiert, deren Entwicklung regelmäßig beobachtet und Veränderungen aufzeigt. Das Aufzeigen von Handlungsbedarfen bei gesundheitlichen Problemlagen ist intendiert, um Politik und Bürger und Bürgerinnen zu sensibilisieren und zu Veränderungsprozessen zu motivieren. Gleichmaßen kann die Gesundheitsberichterstattung dazu dienen, gesundheitsbezogene Maßnahmen zu evaluieren und somit Aufschluss über die Wirksamkeit zu geben. Der ÖGD ist vor Ort mit der Koordination gesundheitsfördernder oder präventiver Maßnahmen betraut. Die Gesundheitsberichterstattung liefert hierzu eine Grundlage.

Gesundheitsberichterstattung kann in Form von Basis- oder Spezialberichten erfolgen. Letztere vertiefen Themen mit hoher Public Health-Relevanz und gesundheitspolitischer Aktualität. In Deutschland ist die GBE auf verschiedenen Ebenen angesiedelt, nämlich auf der Bundes-, Landes- und Kommunalebene. Kommunale Berichte dienen als gesundheitspolitische Planungs- und Handlungshilfe sowie der Kontrolle und Qualitätssicherung umgesetzter Maßnahmen.

## Zahnärztliche GBE

Auf Bundesebene existieren mit den „Deutschen Mundgesundheitsstudien“ des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), den epidemiologischen Begleituntersuchungen



zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. sowie dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey nationale, repräsentative Quer- und Längsschnittstudien. Auf Landesebene liegen einzelne Studien bzw. Landesgesundheitsberichte vor. Auf kommunaler Ebene liegt eine Vielzahl von Gesundheitsberichten vor, die die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen in Kindergärten/-tageseinrichtungen und Schulen/Förderschulen aufbereiten. Der Aufbau der Berichte und die Aufbereitung der Daten inklusive dem Aggregationsniveau variieren dabei. Ebenso werden in den Zahnärztlichen Diensten unterschiedliche Daten zur Planung und Koordination herangezogen, um Risikobereiche aufzuzeigen und Ressourcen zielorientiert einzusetzen oder durchgeführte Maßnahmen zu evaluieren.

Mit den nun vorliegenden Empfehlungen werden Schritte zur Standardisierung der Berichterstattung der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD präsentiert.

## Standardisierte Untersuchung und Befunddokumentation

Einleitend finden sich Empfehlungen zu allgemeinen Rahmenbedingungen für zahnärztliche Untersuchungen in Kindereinrichtungen. Im Weiteren werden Definitionen zu den einzelnen Befundkomponenten des Zahnstatus (D/d, M/m, F/f etc.) aufgeführt, die Einordnung von Zähnen mit gestörter Mineralisation sowie mit anderweitigen Substanzverlusten vorgenommen und ergänzt durch weitere relevante Festlegungen.

Die Erfassung der Komponenten des Kariesbefalls orientiert sich weiterhin an den Empfehlungen der WHO (1997, s. o.).

Aufgrund aktueller Entwicklungen war es hier erforderlich, den cut-off zwischen gesund und kariös exakt zu definieren. Differenziertere Systeme zur Kariesdiagnostik können zukünftig zu evaluativen Zwecken Berücksichtigung finden.

## Indikatoren zur Mundgesundheit

Dieser Abschnitt enthält Definitionen der wesentlichen Parameter der Mundgesundheit, insbesondere der Karies (Befall, Verteilung, Risiko), der Versorgungssituation, der Mundhygiene und des Parodontalzustands. Sie werden ergänzt durch konkrete Altersstufenempfehlungen.

Diese sind nicht zuletzt als Handreichung für Softwarehersteller gedacht, um die auf dem Markt befindlichen EDV-Programme entsprechend weiterzuentwickeln.

## Kriterienliste für die Erstellung eines Gesundheitsberichts

Die Kriterienliste für die Erstellung eines Mundgesundheitsberichts umfasst Aspekte, die bei der Erstellung eines Gesundheitsberichts Anwendung finden sollen. Die Kriterien beziehen sich auf die Zielsetzung des Berichts, Querschnittsanforderungen (z. B. Bevölkerungsbezug, geschlechtersensible Betrachtungsweise), Datengrundlage, -qualität und -auswertung sowie die Interpretation, das Berichtssystem, die den Gesundheitsbericht begleitende Kommunikation sowie Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens.

Da wir die Erkenntnisse unserer Arbeit stets aktualisieren wollen, sind wir an der fachlichen Expertise unserer Leserinnen und Leser interessiert, die wir bei der Weiterentwicklung des Leitfadens einfließen lassen möchten. Ihre Vorschläge und Anmerkungen richten Sie bitte an den Vorstand des BZÖG.

Für die AG Gesundheitsberichterstattung des BZÖG und der AfÖG:

**Dr. Christoph Hollinger**  
Kreis Unna, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz  
Zahnärztlicher Dienst  
Viktoriastr. 5, 44532 Lünen

**Dr. Dagmar Starke**  
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen  
Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf

**Dr. D. Heese, Dr. G. Wahl**

## Aufbau einer elektronischen Datenerfassung in den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene

In Sachsen-Anhalt wurde nach der politischen Wende die Gruppenprophylaxe mit den zahnärztlichen Untersuchungen nach § 21 SGB V aufgebaut. Die Datenerfassung erfolgte zunächst in einfachster Form – wie allgemein üblich – durch handschriftlich ausgefüllte Tabellen. Nach der ersten Kreisgebietsreform 1994 führten einige wenige der 24 Gesundheitsämter die elektronische Datenerfassung ein.

Im Jahr 1997 legte Sachsen-Anhalt als erstes neues Bundesland fünf Landesgesundheitsziele fest, worunter eines die „Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt“ war. Ebenfalls im Jahr 1997 wurde das Gesundheitsdienstgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (GDG-LSA) verabschiedet. Im GDG-LSA § 9 „Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“ werden die ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen in den Kindereinrichtungen geregelt. Der § 11 „Gesundheitsberichterstattung“ besagt, dass die oberste Gesundheitsbehörde alle zwei Jahre eine Gesundheitsberichterstattung erstellen soll. Die übrigen Gesundheitsbehörden stellen auf der Grundlage der bei ihnen vorhandenen gesundheitsbezogenen Daten die für den Gesundheitsbericht erforderlichen Daten in anonymisierter Form zusammen, bereiten sie für eine epidemiologische Bewertung auf und übermitteln die aufbereiteten Daten der obersten Gesundheitsbehörde.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist die in einem Gesamtüberblick dargestellte systematisch wissenschaftlich gestützte Analyse und Bewertung gesundheitsrelevanter Daten und Informationen zum Zustand der Bevölkerung hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Risiken und ihrer Versorgung. Sie dient der Planung, Abstimmung und Durchführung von Strategien zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sowie Krankenversorgung. Die Gesundheitsberichte für das Land Sachsen-Anhalt wurden in den ersten Jahren (1997-2005) im Auftrag des

Ministeriums für Gesundheit und Soziales von externen oder landeseigenen Forschungsinstituten erstellt. Im Jahr 2006 wurde die Aufgabe der GBE an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV), Dezernat 21 (Gesundheits- und Hygienemanagement) übertragen.

Mit der „Rückübertragung“ der Aufgabe an den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) intensivierte sich die Zusammenarbeit im Rahmen der GBE zwischen Landesamt und den Gesundheitsämtern. Man besann sich darauf, dass die Gesundheitsämter jährlich einen sehr großen Fundus an gesundheitsrelevanten Daten erheben. So werden in Sachsen-Anhalt die flächendeckenden zahnärztlichen Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen nach SGB V § 21 fast ausschließlich von den Zahnärzten und Zahnärztinnen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZD) der Gesundheitsämter durchgeführt. Sowohl auf Landesebene als auch auf kommunaler Ebene entstand der Wunsch, diese Daten einheitlich elektronisch zu erfassen und im Rahmen sowohl der kommunalen GBE als auch der Landes-GBE auszuwerten.

In einem etwa 3-jährigen Prozess (2007-2009) wurde in einer sehr arbeitsintensiven Kooperation zwischen dem LAV, den Gesundheitsämtern und der Herstellerfirma (easy-soft GmbH Dresden) der in Sachsen-Anhalt am weitesten verbreiteten Software (Octoware®) eine einheitliche elektronische Erfassung der Daten des KJZD und eine zentrale Übermittlung über zwei Schnittstellen (für Untersuchungsbefunde und für Prophylaxedaten) aufgebaut. Gleichzeitig wurden die zahnärztlichen Untersuchungen und deren Datenerfassung in zahlreichen Zusammenkünften vereinheitlicht.

Nach der zweiten Kreisgebietsreform im Jahr 2007 erheben inzwischen alle 14 KJZD der Gesundheitsämter des Landes Sachsen-Anhalt die Daten elektronisch.

13 Gesundheitsämter arbeiten dabei mit derselben Software (Octoware®). Die elektronisch erfassten Daten werden von allen Gesundheitsämtern einmal jährlich per E-Mail-Anhang als anonymisierte Einzeldatensätze an das LAV übermittelt. Dort werden sie zu einer Landesdatei zusammengefasst, in das Programm SPSS® eingelesen und für eine epidemiologisch-wissenschaftliche Auswertung in verschiedenen Gesamt- und Fokusberichten ausgewertet.

Da in analoger Weise auch die Daten der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste (KJÄD) elektronisch erfasst und übermittelt werden, ist in einer bis dahin nicht gekannten Weise ein sehr großer und sehr differenziert auswertbarer Datenpool zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt entstanden.

Hervorzuheben ist, dass mit der Weiterentwicklung der elektronischen Datenerfassung im KJZD in Sachsen-Anhalt erstmalig und wegweisend im gesamten Bundesgebiet die EDV-gestützte Erstellung des sogenannten A2-Bogens in Octoware® entwickelt wurde. Der A2-Bogen ist ein Standardformular der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zur Meldung der regionalen Prophylaxezahlen (Impulse, Fluoridierungen, Zähneputzen, Aktionstage und Elternabende). Durch die EDV-gestützte Erfassung der Prophylaxemaßnahmen in Octoware® können diese sowohl impulsbezogen als auch kindbezogen dargestellt werden. Die Finanzierung dieses Pilot-Projektes in Sachsen-Anhalt erfolgte gemeinschaftlich durch die Gesundheitsämter, die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAGJ) und das LAV. Wünschenswert wäre, wenn die elektronische Erstellung des A2-Reports auch in anderen Bundesländern eingeführt würde und wenn letztendlich auch die Zusammenführung der A2-Reports in den sogenannten A3-Bogen (Prophylaxedaten auf Landesebene) zukünftig elektronisch erfolgen könnte.



Nach § 21 SGB V werden in Sachsen-Anhalt jährlich etwa 150.000 Kinder und Jugendliche in Kindergärten und Schulen zahnmedizinisch untersucht und gruppenprophylaktisch betreut. Dies sind etwa 60 % der in den Einrichtungen insgesamt gemeldeten Heranwachsenden (Settingansatz) und immerhin 76 % der in den „SGB-V-relevanten“ Einrichtungen gemeldeten Heranwachsenden (64 % der Kita-Kinder, 88 % der Grundschüler, 82 % der Fünft- und Sechstklässler an weiterführenden Schulen, 80 % der Förderschüler). Die Untersuchungsquoten der Grundschüler, der Fünft- und Sechstklässler und der Förderschüler sind dabei deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Hervorzuheben ist auch, dass in Sachsen-Anhalt viele Kinder – wie im § 21 SGB V gefordert – schon vor dem 3. Lebensjahr erreicht werden.

Insgesamt besteht am LAV derzeit ein Pool von zahnmedizinischen Daten von etwa 700.000 untersuchten Kindern und Jugendlichen. Dieser Datenpool wächst jährlich um etwa 150.000 Datensätze. Durch Kumulierung von Untersuchungsjahren können detaillierte und sehr belastbare Analysen der altersabhängigen Entwicklung des Zahnstatus, der kieferorthopädischen Anomalien, des Sanierungsgrades der Gebisse und des Versiegelungsgrades durchgeführt werden. An keiner anderen Stelle des Gesundheitswesens erfolgt eine vergleichsweise flächendeckende und gründliche jährliche gesundheitliche Beobachtung von Heranwachsenden.

Auf Landesebene erschien ein erster Bericht mit zahnärztlichen Daten im Jahr 2008 unter dem Titel „Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt“. Landesweite Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen wurden auch in dem Überblick „Zehn Jahre Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt“ (2008) und zuletzt in sehr ausführlicher Form in einem Basisbericht „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt“ veröffentlicht (Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, 2010). Ein Folgebericht zur Kinder- und Jugendgesundheit ist in Arbeit und wird getrennt nach ärztlichen und zahnärztlichen Bereichen die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Untersuchungen in Kindergärten und Schulen in einer 5-Jahresbilanz in Sachsen-Anhalt darstellen.

Der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) empfohlene Satz von etwa 300 Indikatoren für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthält lediglich fünf Indikatoren zur Zahngesundheit: 3.102: DMF-T-Wert bei 12-Jährigen, 7.7 und 7.8: Gebisszustand bei Kita-Kindern und Schülern bis 6. Klasse (Land und regional), 7.9: Prophylaxeimpulse, Fluoridierungen, Prophylaxeaktionen und 7.10: regionaler gruppenprophylaktischer Betreuungsgrad.

Mit der Schaffung des oben beschriebenen, umfangreichen neuen Datenpools hat das LAV sich entschieden, neben den AOLG-Indikatorensatz einen eigenen Indikatorensatz zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt zu stellen. Dieser wird demnächst unter [www.gbe.sachsen-anhalt.de](http://www.gbe.sachsen-anhalt.de) abrufbar sein. Im Zusammenspiel zwischen den Folgeberichten und dem neuen Indikatorensatz wird damit ein leistungsstarkes Instrumentarium für das Monitoring der Kinder- und Jugend(zahn)gesundheit in Sachsen-Anhalt geschaffen.

Unabhängig von den Auswertungen auf Landesebene können die Landkreise mit der Software Octoware® weitergehende Auswertungen durchführen bzw. zusätzliche eigene Regionalindikatoren definieren, wie zum Beispiel die Early-Childhood-Caries (ECC), Dentalfluorose (DFL), Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) oder Melanodontie (Black-Stain-Attack). Auch können die Landkreise mit der genannten Software einrichtungs- und gemeindebezogene Auswertungen durchführen und so Prävention und Gesundheitsförderung in ihrem Verantwortungsbereich zielgerichteter planen.

Ein besonders gewinnbringender Effekt des Aufbaus einer elektronischen Datenerfassung im KJZD (und KJÄD) in Sachsen-Anhalt ist die Etablierung einer echten Zusammenarbeit zwischen kommunaler und Landes-GBE: während die Gesundheitsämter die nach GDG-LSA erforderlichen GBE-Daten wesentlich einfacher (auf Knopfdruck) und in festem jährlichen Rhythmus an das LAV schicken können, hat das LAV im Gegenzug die jährliche Verschickung eines „gbe-service“ an die Gesundheitsämter etabliert. Im gbe-service-KJZD werden die wichtigsten Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen in standardisierten Tabellen an alle Gesundheitsämtern geschickt, und zwar jeweils

für den eigenen Kreis/ die eigene kreisfreie Stadt und für Sachsen-Anhalt insgesamt. So können für die kommunale GBE die verschiedenen zahnmedizinischen Parameter des eigenen Kreises 1:1 mit dem Landesdurchschnitt verglichen werden. Bei auffälligen Abweichungen kann dann mit der entsprechenden Software (s. oben) nach besonders betroffenen Einrichtungen bzw. Wohngemeinden gesucht werden.

Ein Indiz für die gute Zusammenarbeit des Zahngesundheitswesens in Sachsen-Anhalt ist, dass sich seit 2011 die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZVSAN) dem Daten- und Ergebnisaustausch angeschlossen hat. Inzwischen findet ein periodischer elektronischer Datenaustausch zwischen KZVSAN und LAV statt; gemeinsame Berichte/ Publikationen sind geplant. Sowohl die LAGJ als auch die Zahnärztekammer des Landes werden seit mehreren Jahren vom LAV über anstehende zahnärztliche Berichte und Publikationen auf Landesebene informiert und geben fachlichen Rat. Wünschenswert wäre ein noch weiter gehender Ausbau des „Netzwerkes Zahngesundheit Sachsen-Anhalt“ unter Einbeziehung der Krankenkassen und der Kindereinrichtungen.

Die steigende Aufmerksamkeit, welche die Auswertung der Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit in Sachsen-Anhalt in der Politik, bei Gesundheitsexperten und in der Öffentlichkeit erfährt, hat auch dazu geführt, dass die gesellschaftlich wichtige Arbeit der Gesundheitsämter wieder stärker wahrgenommen wird.

#### **Korrespondenzadresse:**

**Dr. med. dent. Dieter Heese**  
 Fachzahnarzt für öffentliches  
 Gesundheitswesen  
 Leiter Jugendzahnärztlicher Dienst  
 Fachdienst Gesundheit  
 Landkreis Börde  
 Gerikestraße 5  
 39340 Haldensleben

**Dr. rer. nat. Goetz Wahl**  
 Dez. 21 Gesundheits- und  
 Hygienemanagement  
 Landesamt für Verbraucherschutz  
 Sachsen-Anhalt  
 Große Steinernetischstraße 4  
 39104 Magdeburg

Prof. Dr. A. Makuch

## „Alles mit dem Mund, alles durch den Mund“

### 3. Interdisziplinäres Symposium kindlicher Entwicklung

Es ist nun das 3. Interdisziplinäre Symposium kindlicher Entwicklung (ISKE), welches am 16.03.2013 in Leipzig auf dem Universitätscampus stattfand. Unter der bewährten wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Dr. Almut Makuch (Leipzig) und der organisatorischen Leitung durch Frau Sabine Fuhlbrück (Leipzig) trafen sich knapp 100 Teilnehmer aus verschiedenen am Kind arbeitenden Fachbereichen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Nachdem im 1. Symposium 2011 unter dem Motto „Alles mit dem Mund, alles durch den Mund“ die Bedeutung des Mundes bzw. der orofazialen Region für die kindliche Entwicklung in ihrer biopsychosozialen Komplexität herausgearbeitet werden konnte, beschäftigte sich das 2. ISKE mit beeinträchtigten Wahrnehmungsleistungen (z. B. Tasten, Schmecken, Riechen) und daraus resultierenden Störungen der Funktion.

Das Besondere der wissenschaftlichen Veranstaltungsreihe ist darin zu sehen, dass die Referenten auf ein Honorar verzichten und der Tagungsüberschuss an kranke bzw. behinderte Kinder gespendet werden konnte (2011: 5.500 Euro / 2012: 2.700 Euro). Eine ähnlich hohe Summe wird in diesem Jahr den tumorkranken Kindern der Universitätskinderklinik in Leipzig zu Verfügung gestellt. Deshalb sei der Dank an alle Teilnehmer wie auch dem Steuerberater Herrn Dr. Guido Bock gerichtet, der die Veranstaltung kostenfrei betreut und berät. Die GABA GmbH unterstützte alle drei Symposien finanziell.

Das 3. interdisziplinäre Symposium kam dem vielfach geäußertem Wunsch nach, etwas über die Vielfältigkeit des therapeutischen Vorgehens für eine optimale Entwicklung bei Kindern zu erfahren. Mit einem „Blick hinter die Kulissen“ wurden ausgewählte, heute praktizierte Therapiemöglichkeiten von jeweiligen Spezialisten vorgestellt.

In einem dreigeteilten Einführungsvortrag wurde zunächst durch Frau Prof. Dr. Dr. Borutta (Jena) auf Veränderungen in der oralen Epidemiologie eingegangen. Als häufigste und wichtigste Munderkrankungen im Kindesalter stellte sie die Karies, gefolgt von den Gingivitiden, Erosionen, dentofazialen

Anomalien und Traumata, heraus. Sie konnte aufzeigen, dass seit den 70er Jahren die Karies bei Kindern und Jugendlichen im bleibenden Gebiss um etwa 70 % zurückgegangen ist. Mit dem „Caries decline“ geht eine Polarisierung einher, d. h., 20 bis 30 % der Kinder vereinen 80 % des Gesamtkariesaufkommens auf sich. Damit hat sich eine Kariesrisikogruppe gebildet, der eine besondere Aufmerksamkeit in der Betreuung zukommen muss. Im Milchgebiss ist ebenfalls ein Kariesrückgang, allerdings nur um 30 %, zu registrieren. Seit ungefähr 10 Jahren werden aber auch Stagnationen bzw. ein Wiederanstieg des Kariesbefalls beobachtet.

Als Ursache hierfür gilt das verstärkte Auftreten von Karies bei immer jünger werdenden Kindern (frühkindliche Karies (ECC)), die mangelnde Umsetzung der DGZMK-Empfehlung von 1999 zur Zahn- und Mundpflege ab dem ersten Zahn mit einer fluoridhaltigen Zahnpaste, das sehr variable Eintrittsalter in eine Kindertagesstätte, wodurch gruppenprophylaktische Maßnahmen nicht zum Tragen kommen und die viel zu spät erfolgende Früherkennungsuntersuchung mit 30 Monaten, was zur Folge hat, dass eine Individualprophylaxe ebenfalls nicht einsetzen kann.

Im sich anschließenden zweiten Teil sprach Frau Dr. Vanessa de Moura Sieber (Lörrach) zum Kariesrisiko und den daraus resultierenden Veränderungen im Präven-

tionsbedarf durch Fluoride. Neben einer effektiven Basisprophylaxe mit Fluoriden, vor allem aus den Zahnpasten, auch im Milchgebiss, werden in der überarbeiteten Fluoridleitlinie vom 18.05.2012 für Risikokinder im Schulalter und im Alter unter 6 Jahren Empfehlungen gegeben.

Dabei gilt der Einsatz von Duraphat-Fluoridlack auch bei Kleinkindern als toxikologisch sichere Kariesprävention, die bei moderatem und hohem Kariesrisiko zu einer Kariesreduktion führt. Der Einsatz wird je nach Einstufung des Risikos zwei- bis viermal jährlich empfohlen.

Die Referentin gab ihrer Hoffnung Ausdruck, dass mit dem neuen Gesetz auf Anspruch eines Kita-Platzes für jedes Kind ab vollendetem ersten Lebensjahr, das ab 01.08.2013 in Kraft tritt, die Möglichkeit für den ÖGD besteht, gruppenprophylaktische Maßnahmen früher und für mehr Kinder durchzuführen.

Neben den Veränderungen im somatischen Bereich konnte Frau Prof. Almut Makuch aufzeigen, dass auch die Veränderungen gesellschaftlich-kultureller Art unsere Patienten beeinflussen. Das zeigt sich in veränderten Ansprüchen der Patienten, in der Verringerung der Leidensfähigkeit und in Veränderungen des Schmerzerlebens (verstärktes Verlangen nach einer Lokalanästhesie, Verlangen nach „Nichtwahrnehmung“ des Procedere von Eltern für ihre Kinder).

## Alles mit dem Mund, alles in den Mund



3. Symposium Kindlicher Entwicklung –  
Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit

Leipzig, 16. März 2013

**ISKE**  
Interdisziplinäres Symposium  
Kindliche Entwicklung

Die Referentin stellte einige Therapieverfahren vor, die heute zum gängigen Repertoire gehören, wenn es um die Herstellung von Schmerzfreiheit und die Reduktion von Angst geht: Verhaltenstherapeutisches Vorgehen, Hypnose, Akupunktur und Akupressur. Aber auch die medikamentösen Maßnahmen wie Prämedikation mit Diazepam oder Midazolam und deren Kombination mit einem Analgetikum sowie die Lachgassedierung und Intubationsnarkose (bei immer jünger werden Patienten mit ECC) stellte sie kritisch wertend vor. Aufzählender Weise nannte sie dann auch die Logopädische Therapie, Kinderosteopathie, Kinderhomöopathie, Paukenröhrchen, Cochleaimplantat...

Frau Dr. Gisela Friedrich (Leipzig/Netzschkau) berichtete aus ihrem Erfahrungsschatz als niedergelassene Kinderpsychotherapeutin. In ihrer Praxis werden vordergründig Kinder im Vorschul- und jüngeren Schulalter mit Verhaltens- und emotionalen Störungen, Entwicklungsstörungen sowie nach Traumatisierungen behandelt.

In der klientenzentrierten Spieltherapie lösen die Kinder z. B. mit verschiedenen zum Rollenspiel gehörenden Materialien Konflikte ihrer Vergangenheit. Das Alter der Kinder ist dabei unwichtig, da diese oftmals im Spiel Erlebnisse ausleben, die mehrere Jahre zurück liegen.

Beim Bewegungsspiel im Außengelände der Praxis leistet ein Therapiehund große Unterstützung. Er rennt und tollt mit den Kindern, blockiert jedoch bei aggressivem Verhalten und Schreien und zeigt so den Kindern die Grenze zwischen freudvoller Bewegung und Hyperaktivität.

Mit einem Fallbericht eines damals 3 Jahre und 5 Monate alten Kindes, welches Nahrung und Miktion im Kindergarten verweigerte, stellten Frau Dr. Hiersche (Leipzig) und Frau Sandra Motzny (Leipzig) Möglichkeiten des mehrjährigen therapeutischen Vorgehens an einer Klinik für Kinderneuro-psychiatrie vor. Dem normal intelligenten Kind konnte aufgrund der interdisziplinären Vorgehensweise unter Einbeziehung der Mutter sowie verschiedener medizinischer Fachbereiche (HNO, Augenarzt) und vor allem der Logopädischen Therapie in seiner Entwicklung stark fördernd geholfen werden.

„Vorbeugen von myofunktionellen Störungen - logopädische Aspekte des Saugens und Lutschens“ war das Thema von Frau Mathilde Furtenbach (Innsbruck). In ihrem umfangreichen Referat ging sie auf Störungen der physiologischen Reifung oraler Funktionen ein. So führt die Gabe eines Schnullers zu Einschränkungen der sensorischen Wahr-

nehmung im Mundraum. Sie stellte heraus, dass dessen Gebrauch streng indiziert, dosiert und eine begrenzte Dauer haben muss, also spätestens vor Beginn des Sprechens abzugewöhnen ist. Außerdem wies sie darauf hin, dass Säuglings- und Kleinkindartikler für den Mund dringend einer Normierung für Form, Größe und Beschaffenheit bedürfen.

Immer wieder mit großem Interesse verfolgt, ist die kombinierte Anwendung von Hypnose und Akupressur beim kinderärztlichen Patienten. Frau Dr. Gisela Zehner (Herne) konnte mit vielen Videobeispielen demonstrieren, wie sich Kinder während der Zahnbehandlung entspannen und ihre Aufmerksamkeit von der Behandlung weg auf angenehme Dinge hin lenken. Mit Hilfe von Zaubergeschichten, Fingerpuppen und Zauberstäben wird der kleine Patient vor Beginn der Behandlung in eine kurze, angenehme Trance geführt. Akupunktur und Akupressur können zusätzlich unterstützend zur Schmerzlinderung oder gegen den Würgereiz eingesetzt werden. Neu war in diesem Zusammenhang zu hören und per Video zu erleben, dass die Begleitperson dabei aktiv in das Geschehen einbezogen – „Händchen haltend“ – Punkte an der Hand akupressiert.

In einem Übersichtsreferat sprach Herr Prof. Dr. Fuchs (Leipzig) über die heutigen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie von Hörstörungen und Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Er konnte aufzeigen, dass die Hörfähigkeit maßgeblich „Sprache verstehen“ und „Sprechen lernen“ beeinflusst. Aus diesem Grunde bieten Paukendrainage, die Therapie von Fehlbildungen, Hörgeräteversorgung sowie Cochleaimplantate gegenwärtig vielfältige Versorgungsmöglichkeiten bereits im Kindesalter, um diese wichtige menschliche Kommunikationsform altersgerecht zu entwickeln. Dabei handelt es sich in dieser Altersgruppe um Schallleitungsschwerhörigkeiten, sensorineurale Schwerhörigkeit, als auch auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen.

Aber auch die damit zusammenhängenden Sprachentwicklungsstörungen gilt es frühzeitig zu erfassen, um sie der entsprechenden Therapie zuführen zu können. Ab dem 3. Geburtstag ist Logopädie sinnvoll.

Herr Dr. Ingvo Broich (Merzhausen) referierte unter ganzheitlicher Betrachtung zu dem Thema „Sprache – Körpersprache – Vitalfunktionen“. Er stellte heraus, dass Mund-, Zungen-, Rachen-, Hals- und Kehlkopfmuskulatur Auswirkungen auf die Ausformung der Kiefer sowie auf die Lautgestaltung haben. Für den Säugling ist der Mund-

raum der Brennpunkt seiner Erfahrungen, die Brücke zur Erfassung der Welt. Über das Saugen, Kauen und Schlucken erfolgen viele frühkindliche Leistungen, die regulierend durch Selbsterfahrung positiv beeinflusst werden können. Denn die Bewegungsgestaltung des Mundraumes selbst beruht auf vielen Integrationsprozessen sinnesübergreifender Wahrnehmung. Zudem kann eine therapeutisch gestaltete, rhythmisierende Bewegungstherapie zur Orientierung im Raum auf den Bewegungssinn und durch ihn auf den gesamten Organismus in jedem Lebensalter mit seiner inneren Form bildenden Tätigkeit belebend und anregend einwirken.

„Es geht auch in Narkose – eine Allgemeinanästhesie beim Zahnarzt“ war ein Wunschthema der Zuhörer vergangener Symposien. Frau Prof. Dr. Claudia Philipp-Höhne (Leipzig), tätig in der anästhesiologischen Versorgungsforschung, stellte kritisch wertend die zahnärztliche Sanierung von kindlichen Patienten in Intubationsnarkose (ITN) vor. Dabei stellte sie vor allem dar, welche Voraussetzungen seitens des Patienten, der Zahnarztpraxis und der Anästhesisten vorliegen müssen, damit eine sichere Betreuung gewährleistet ist.

Zum Einsatz von Lachgas zur minimalen Sedierung von Kindern in der Zahnheilkunde konnte sie berichten, dass eine gemeinsame Stellungnahme des wissenschaftlichen Arbeitskreises der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) und des Interdisziplinären Arbeitskreises Zahnärztliche Anästhesie von DGAI, Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) und Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in Vorbereitung ist.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass mit der exemplarischen Auswahl von Therapiemöglichkeiten wiederum die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit hervorgehoben werden konnte. Dabei zeigten sich folgende Tendenzen: Zum einen kam es zu einer Weiterentwicklung und Wiederbelebung von bereits bewährten Therapieverfahren selbst bzw. die Nutzung deren Elemente, zum anderen wurden neue, erst in den letzten Jahren etablierte Möglichkeiten zum Wohle der kindlichen Entwicklung hinzugezogen.

Wir freuen uns auf ein Wiedersehen zum 4. ISKE am 01.03.2014 in Leipzig ([www.iske-leipzig.de](http://www.iske-leipzig.de)).

#### Korrespondenzadresse:

**Prof. Dr. med. habil. Almut Makuch**  
Diplompsychologin  
[almut.makuch@gmx.de](mailto:almut.makuch@gmx.de)

# Hirschfeld-Tiburtius-Symposien: Der Mensch als Gesamtheit



**Abb.:** Das Hirschfeld-Tiburtius-Symposium des Dentista Clubs unter Präsidentin Dr. Susanne Fath (Bild) hat mittlerweile viele Stammgäste.

Das Hirschfeld-Tiburtius-Symposium („HTS“) ist der Jahreskongress des Dentista Clubs. Das Symposium greift insbesondere solche Themen auf, die in Zukunft die Zahnmedizin und Zahntechnik in Praxis und Labor mehr und mehr beschäftigen werden und setzt insofern frühzeitig wichtige Signale. Das HTS ist der 1. niedergelassenen Zahnärztin Deutschlands, Henriette Hirschfeld-Tiburtius gewidmet und findet traditionell statt in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, die mit Henriette Hirschfeld-Tiburtius historisch verbunden ist. Das Symposium richtet sich an Zahnärztinnen/Zahnärzte, Zahntechnikerinnen/Zahntechniker, an das Praxispersonal und weitere Interessierte, auch aus der Medizin.

Ein Symposium schärft sein Profil: „Unser Hirschfeld-Tiburtius-Symposium war zwar von Anfang an so angelegt, dass wir sehr viele Facetten eines Themas zusammenbringen und damit das Licht verändern, das auf einen ausgesuchten Bereich der Zahnheilkunde fällt“, sagt Dr. Susanne Fath, Präsidentin des Dentista Clubs. „Wir haben dies mit dem zurückliegenden Kongress in diesem Jahr noch intensiviert, und auch der kommende am 28. Juni 2014 in Berlin wird das spürbar machen. Das Thema des Kongresses ist dann die Prothetik – und das Motto lautet: „Viele Facet-

ten“. Das Spektrum reicht über die Zahnmedizin hinaus, denn es geht um die vielen Facetten auch unserer Patienten: um ihre Persönlichkeit als Gesamtheit!“

Das 5. Hirschfeld-Tiburtius-Symposium fand am 8. Juni 2013 statt:

## Chronisch interdisziplinär – Immunsystem und orale Gesundheit

Wie spannend dieses Miteinander von Zahnmedizin, Biologie, Psychologie und der Individualität von Patienten ist, zeigte das Jubiläumssymposium des Dentista Clubs Mitte Juni dieses Jahres, traditionell in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin: Die Kombination der Themen sei hochspannend, so die Bilanz der Evaluationsbögen. Alles drehte sich diesmal um das Immunsystem – und seine Verbindungen zur oralen Gesundheit. Eine spannende Einführung in die Welt der Immunzellen gab PD Dr. Ingrid Peroz/Charité, wissenschaftliche Leiterin des 5. Hirschfeld-Tiburtius-Symposiums. Sie entwickelte jeweils Verknüpfungen mit den unterschiedlichen Themen des Kongresses. Zu diesen gehörte die Frage, ob es Zusammenhänge zwischen endokrinem System und Parodontitis gibt: Referentin Dr. Fath beantwortete das mit Ja. Einerseits spielten ganz klar Hormone in die Mundgesundheit hinein, andererseits würden sie vorschnell als Verursacher mancher

Entwicklung gesehen, hinter der eher Lifestyle-Aspekte stünden. Spannend sei die Gesamtheit aller Facetten bei der Konstellation Adipositas und Parodontitis: Hier sei zwar eine Verbindung über das endokrine System gegeben, weitere Zusammenhänge müssten aber noch fundiert fachübergreifend entschlüsselt werden. Welche Rolle beispielsweise Stress als Faktor für Mundgesundheitsprobleme spielt, blätterte Dr. med. Wolf Nickel/Berlin in einem mitreißenden Vortrag auf: „Geist und Seele und Körper gehören zusammen.“ Es sei bestätigt, dass Stress die Entzündlichkeit durch Störung der Immunregulation und -modulation befördere, wenig bekannt aber: „Zu 90% bestimmt die Psyche, ob überhaupt Stress im Körper entsteht. Stress ist eine Frage der Einstellung!“ Bei anhaltendem Stress bleibe man in der Entzündlichkeit stecken. Ein passendes Rezept für ein gesünderes Leben aus psycho-neuro-endokrinologischer Sicht gab es für die Symposiums-Teilnehmer auch: „Glücklich sein ist antiinflammatorisch!“

## Der Rachen, der Mund und therapeutische Konzepte

Neben Zusammenhängen von Mundatmung, Immunsystem und Tonsillenhypertrophie vermittelte Dr. Annette Wiemann/Berlin eine Übersicht über Folge-Symptome, die von Atmungsbehinderungen, Ohrschädigungen und Sprachentwicklung bis zu Zahnstellungsanomalien im Mund reichten und erklärte die Ursachen der Tonsillenwucherung. Sehen-Lernen konnte man über Beispielbilder: „Was ist eine normale Größe – und bis zu welchem Alter?“ Welche Möglichkeiten die moderne Zahnmedizin bei Schlafapnoe hat und welche Folgen sich ergeben können, wenn nicht interveniert wird, zeigte ZÄ Stefanie Rautengarten/Charité.

Wie ganzheitlich man Patienten betrachten müsste, wurde beim Vortrag von Dr. Andrea Diehl/Berlin überdeutlich. Eigentlich hängt alles mit allem zusammen – verbunden durch ein Organ, das derzeit mehr und mehr als zentral steuernd in den Blickpunkt der medizinischen Wissenschaft gerät: der Darm. Eine Störung der Darmflora werde in die Peripherie übertragen und

beeinflusse die Parodontitis – und diese sende die gestörte Situation auch wieder zurück. Eine CMD könne sich aus einer oralen Situation entwickeln – aber auch aus einer gestörten Darmfunktion. Manche Dysfunktion könne nicht austherapiert werden, ehe der Patient nicht auch Verkrampfungen aufgrund von Stress und weiteren Störungen verliere. Auch Allergien seien potentielle Trigger von oralen Belastungen. Dass allergische Störungen oft in zahnärztlichen Materialien gesehen würden, sagte OA Dr. Felix Blankenstein/Charité, höre und lese man vielfältig – allerdings mangle es an anerkannten Belegen sowohl für die allergene Wirkung der Stoffe als auch für deren Austestung. Man müsse zwischen

Unverträglichkeit und Allergie unterscheiden. Dass man dennoch versuchen kann, die Belastung des Organismus mit potentiellen Triggern niedrig zu halten, zeigte ZTM Rainer Schultz/Berlin in seinem Beitrag zu möglichen (Wechsel-)Wirkungen von Zahnersatz und Immunsystem. Auch er bedauerte das Halbwissen vieler Meinungsbildner über Reaktionen auf Metalle, stellte aber auch neue Werkstoffe und Verfahren vor, die weitgehend metallfrei und dennoch zuverlässig einsetzbar seien. Eine wichtige Abschlussfrage beantwortete Sylvia Wuttig: Was ist meine ganze aufwendige Therapie wert? Ihr Fokus lag auf der Abrechnung, die ebenso sorgfältig erfolgen solle wie die Behandlung selbst. Ihr dringender Appell

mit Blick auf das neue Patientenrechtegesetz: „Tragen Sie alle Gespräche mit dem Patienten in die Karteikarte ein. Was da nicht steht, ist im Falle eines Gerichtstermins auch nicht erbracht.“

Man könne das 5. Hirschfeld-Tiburtius-Symposium auch als spannende Grundlagenveranstaltung für das bevorstehende 6. Symposium zu Prothetik aus ganzheitlicher Sicht sehen, meinte eine Teilnehmerin zum Schluss – und trug sich sogleich für den 28. Juni 2014 in die Anmeldeleiste ein.

#### Pressekontakt:

**Birgit Dohlus**

dental relations, Tel.: 030 / 3082 4682  
info@zahndienst.de

## Neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe

Was kann jeder Einzelne tun, damit sein Gebiss gesund und kariesfrei bleibt? Die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) hat die dazu vorliegende wissenschaftliche Literatur ausgewertet und zusammengefasst, welche Maßnahmen tatsächlich effektiv sind. Ergebnis sind fünf Kernempfehlungen, die klar und deutlich sagen, worauf es bei der Kariesprophylaxe im bleibenden Gebiss ankommt. Sie dienen als Grundlage einer geplanten Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und richten sich an Zahnärzte, Erzieher, Lehrer, Eltern, Mitarbeiter öffentlicher Institutionen und andere Multiplikatoren, die Gesundheitsaufklärung betreiben.

Zähneputzen ist besonders wirksam, wenn die Zahnbürste nicht einmal, sondern mindestens zweimal täglich zum Einsatz kommt – und zwar nach den Mahlzeiten zusammen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta. Wichtig ist die Dauer: Nach zwei Minuten Putzzeit sind die Zähne deutlich sauberer als nach einer Minute. Je nach Vorliebe sind Hand- oder elektrische Zahnbürsten geeignet, doch arbeiten elektrische effektiver. Die Anwendung von Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürsten ist dann zu empfehlen, wenn durch die Zahnbürste nicht alle Speisereste und der Biofilm weitestgehend entfernt werden. Ansonsten gibt es keinen Beweis, dass eine regelmäßige Anwendung von Zahnseide Karies vorbeugt. Fraglich ist dies auch bei Mundspülösungen, Gelen und Lacken, die den Zahnbelag (Plaque) chemisch schachmatt setzen

sollen. Lediglich Chlorhexidin-Lacke haben sich bei durchbrechenden bleibenden Zähnen sowie bei Wurzelkaries als Karieschutz bewährt.

Zu einer zahngesunden Ernährung gehört die Einschränkung zuckerhaltiger Lebensmittel und Getränke - inklusive natürlich süßer Nahrungsmittel wie Honig oder Fruchtsäfte. Der Grund: Bakterien im Biofilm wandeln Zucker in Säuren um, die wiederum den Zahnschmelz angreifen. Maximal vier zuckerhaltige Zwischenmahlzeiten pro Tag sollte man den Zähnen zumuten – darüber hinaus schnellt das Kariesrisiko in die Höhe. Nicht kariogene Alternativen sind Produkte mit Zuckeraustausch- oder Süßstoffen.

Besonders nach Zwischenmahlzeiten ist es wichtig, dass genügend Speichel fließt. Speichel ist ein potentes Schutzsystem, das Säuren neutralisiert, Nahrungsreste aus der Mundhöhle spült und Mineralstoffe für die Zahnschmelz bereitstellt. Eine Stimulation des Speichelflusses kann die Kariesentwicklung daher hemmen. Diese gelingt unter anderem durch das regelmäßige Kauen zuckerfreier Kaugummis.

Empfehlenswert für Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko sind Prophylaxeprogramme, die oft ein Paket an Informationen, Instruktionen, professionelle Zahnreinigung und Fluoridanwendungen umfassen. Unter ihrem Einfluss sinkt das Kariesrisiko um bis zu 70 %. Ein tragender Eckpfeiler der Kariesprophylaxe sind dabei die Fluoridanwendungen. Eine Schlüsselrolle spielt die tägliche Anwendung fluoridhaltiger

Zahnpasta: Je mehr und öfter man damit die Zähne putzt, desto besser ist der Karieschutz. Ergänzend ist der Einsatz von fluoridhaltigem Speisesalz im Haushalt sinnvoll. Fluoridhaltige Mundspülungen sind insbesondere für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Kariesrisiko empfehlenswert, etwa wenn sie Brackets tragen. Zusätzlich können fluoridhaltige Lacke oder Gele wirksam sein. Extraschutz brauchen in jedem Fall gerade durchgebrochene Molaren bei Kindern und Jugendlichen: Sie sind extrem kariesgefährdet. Aus diesem Grund kann die Versiegelung der Grübchen und Fissuren dieser Molaren im Einzelfall empfohlen werden. Der Erfolg hängt jedoch von der richtigen Verarbeitung ab und erfordert eine regelmäßige Überprüfung.

#### Give me 5: Eine Handvoll Tipps für gesunde Zähne

1. Mindestens zweimal täglich Zähne mit fluoridhaltiger Zahnpasta putzen. Falls nötig, Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürsten reinigen.
2. Maximal vier zuckerhaltige Zwischenmahlzeiten pro Tag.
3. Nach Mahlzeiten Stimulation des Speichelflusses, etwa durch Kauen von zuckerfreien Kaugummis.
4. Individuell abgestimmt: Intensivfluoridierungsmaßnahmen, professionelle Zahnreinigung etc.
5. Kariesgefährdete Fissuren und Grübchen versiegeln.

Die ausführliche Stellungnahme der DGZ ist unter [www.dgz-online.de](http://www.dgz-online.de) erhältlich.



## Tag der Zahngesundheit 2013: „Zähneputzen macht Schule“

Rund 700.000 Kinder erleben jedes Jahr in Deutschland ihren 1. Schultag. Hinter ihnen liegen in der Regel bereits sechs Lebensjahre, die einen prägenden Einfluss auf die Mundgesundheit im Erwachsenenleben haben. Vor ihnen steht ein neuer Lebensabschnitt, der auch den Zahnwechsel zu den bleibenden Zähnen beinhaltet. Die Schulzeit umfasst demnach in vielerlei Hinsicht entscheidende Jahre – auch aus zahngesundheitlicher Sicht. Dies untermauerten die Referenten bei der diesjährigen Auftakt-Presskonferenz zum Tag der Zahngesundheit 2013 am 13. September in Berlin. Der Tag der Zahngesundheit, der wie jedes Jahr am 25. September stattfindet, steht in diesem Jahr unter dem Slogan „Gesund beginnt im Mund – Zähneputzen macht Schule“. Deutlich wurde bei dieser Auftakt-presskonferenz: Es gibt noch viel zu tun. Gefragt ist dabei aber nicht nur das Engagement der Zahnärzteschaft, sondern Politik und Gesellschaft sind ebenfalls gefordert.

Dass es nicht reicht, sich erst zu Schulbeginn für die Entwicklung der Zähne bei den Kindern zu interessieren, wurde eindrucksvoll deutlich im Beitrag von Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Er fokussierte auf den Mundgesundheitszustand, mit dem die Kinder ihre schulische Laufbahn beginnen: „Bei den Zwölfjährigen sind wir in der Mundgesundheit Weltspitze, aber bei den Sechsjährigen verläuft die Kariesreduktion

deutlich langsamer und auf einem niedrigen Niveau.“ Auch Manuela Schäfer, Referentin für die vertragszahnärztliche Versorgung beim GKV-Spitzenverband, untermauerte Sinn und Effekt der Gruppenprophylaxe, zu deren Trägern und Finanziers die Gesetzlichen Krankenkassen gehören.

Die Zahlen der Krankenkassen bestätigten die Einschätzungen der Zahnärzte: „Kinder aus sozial benachteiligten Schichten weisen deutlich mehr Karies auf als der altersgleiche

Durchschnitt der Bevölkerung.“ Da Eltern aus sozialen Randgruppen ihre Verantwortung bei der Zahnpflege der Kinder häufig nicht übernehmen könnten, müssten sich Kindergärten und Schulen dieser Aufgabe stellen. Wo die Chance auf eine adäquate tägliche Mundhygiene in der Schulzeit nicht gegeben sei, liefen die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe insbesondere bei den sozial benachteiligten Kindern ins Leere.

Dass es allerdings für die Schulen gar nicht so leicht ist, eine Möglichkeit für regelmäßige Mundhygiene zu installieren, machte Dr. Pantelis Petrakakis, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, deutlich.

Es folgt das Statement des BZÖG:

### Statement des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) zum Tag der Zahngesundheit 2013 „Gesund beginnt im Mund – Zähneputzen macht Schule“

Die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen machen deutlich, wie wichtig die frühe und regelmäßige Zahngesundheitsförderung im Alltag unserer Kinder ist.

Auf Grundlage der Daten ist ersichtlich, dass trotz der Erfolge der Kariesprophylaxe, insbesondere in der Altersgruppe der 12-Jährigen, das Mundgesundheitsziel der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) für das Jahr 2020 von 80 % Kariesfreiheit im Milchgebiss bei 6- bis 7-jährigen Kindern

noch lange nicht erreicht ist. Auch zeigt sich, dass bislang nicht alle Kinder von den Präventionserfolgen gleichmäßig profitieren konnten. So ist eine deutliche Verschiebung der Krankheitslast auf Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Bevölkerungsschichten festzustellen.

Gründe für diese Entwicklungen gibt es sowohl in den vorschulischen Lebensjahren der Kinder, von denen die Bundeszahnärztekammer bereits einige schlaglichtartig aufgeführt hat, als auch in der Schul-

zeit, die in diesem Beitrag im besonderen Blickpunkt steht. Mit dem Eintritt in die Grundschule beginnt in der Regel die Phase des Zahnwechsels, in welcher die Kinder ihre Milchzähne verlieren und ihre bleibenden Zähne bekommen. Die neuen Zähne sollten idealerweise bis ins hohe Alter gesund und funktionsfähig bleiben und die orale Lebensqualität erhalten. Die Schulzeit legt damit nicht

kommunalen Gesundheitsämter tätig. In Zusammenarbeit mit den regionalen Arbeitskreisen Zahngesundheit erfüllen sie, neben den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der Fachaufsicht über die Gruppenprophylaxe, hoheitliche Aufgaben zur zahnmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen. Unter diesen Rahmenbedingun-

zelter engagierter Lehrerinnen, Lehrer oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule zurückzuführen.

Dieses Engagement wird durch den BZÖG und die Zahnärztlichen Dienste aus gutem Grund unterstützt. Erhebungen aus kommunalen Zahnärztlichen Diensten bestätigen, dass das Zähneputzen in Kindertageseinrichtungen langfristig zu positiven Effekten auf die Entwicklung der Zahngesundheit führt. So haben Kinder im Grundschulalter, welche im Kindergarten täglich die Zähne putzten, gegenüber Kindern, die in der Einrichtung nicht putzten konnten, signifikant gesündere bleibende Zähne. Eine ganze Reihe anerkannter klinischer Studien belegt, dass sich auch das regelmäßige Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta in der Schule positiv auf die weitere gesundheitliche Entwicklung des Wechselgebisses von Schulkindern auswirkt. Diese Fakten verdeutlichen, welche Chancen sich im Setting Schule bieten, um allen Kindern einen guten Weg zu bereiten.

Nicht zuletzt sprechen entwicklungspsychologische Gründe für eine Fortführung des Zähneputzens nach dem Wechsel der Kinder in die Grundschule. Insbesondere, wenn das Zähneputzen im Kindergartenalltag implementiert war, wird ein potentieller Bedeutungsverlust richtiger und wichtiger hygienischer Maßnahmen in der Schule vermieden. Weiterhin führen ritualisierte Hygienemaßnahmen als fester Bestandteil des Tagesablaufs zu einer positiven Prägung gesundheitlicher Verhaltensweisen, die bis ins Erwachsenenalter beibehalten werden.

### „Gesunde Schule“

Diese Form des selbstständigen und selbstbestimmten Handelns in Bezug auf die eigene Gesundheitsbildung geht auf den Leitbegriff der „Befähigung“, bzw. des „Empowerment“ in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ der WHO aus dem Jahr 1986 zurück. Angelehnt an diese Empfehlungen wird sie beispielsweise in Programmen wie „Bildung und Gesundheit“ des Landes Nordrhein-Westfalen oder „OPUS-Netzwerk Gesunde Schule“ des Landes Brandenburg umgesetzt. Lehrer und Schüler werden in diesen Programmen dazu befähigt, gemeinsam zum Gesundheitsförderungsprozess und der Gestaltung gesunder Lebenswelten in der Schule beizutragen. Innerhalb dieser strukturellen Prozesse ist es durchaus vorstellbar, dass Schulen Ressourcen und Rah-



**Abb.:**  
 Pressekonferenz  
 am 13. September  
 2013 in Berlin:  
 v. l.  
 Dr. P. Petrakakis,  
 M. Schäfer,  
 Dr. U. Prümel-  
 Philippsen,  
 Prof. Dr.  
 D. Oesterreich

nur den Grundstein für die Bildung unserer Kinder, sondern sie kann auch die Grundlage für eine lebenslange Mundgesundheit schaffen.

Diese Thematik wird mit dem diesjährigen Tag der Zahngesundheit in den Blickpunkt gestellt. Das Motto des Jahres 2013 „Gesund beginnt im Mund – Zähneputzen macht Schule“ besitzt höchste Aktualität. Es bringt in treffender Weise zum Ausdruck, welche wichtige Funktion die Schule neben dem Elternhaus sowohl als Bildungseinrichtung als auch als Ort der Förderung sowie Erhaltung der Kindergesundheit und Kinderzahngesundheit hat.

Einkommen und Bildung sind entscheidende Faktoren sozialer Ungleichheit, welche sich negativ auf das allgemeine Gesundheitsverhalten und besonders auf die Zahngesundheit in bestimmten Schichten auswirken. Daher stellt der Lebensraum Schule (Setting) eine wichtige Schnittstelle zwischen Gesundheit und Bildung dar.

Für den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) ist eine soziale Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde handlungsleitend. Die Zahnärzte im ÖGD arbeiten mit den Schulen unter gesundheitsfördernden und präventiven Gesichtspunkten seit vielen Jahren eng zusammen und sind mit den Beteiligten auf vielen Ebenen verbunden.

Die Mitglieder des Bundesverbandes sind in den Zahnärztlichen Diensten der

gen bieten sich gute Möglichkeiten, Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher sowie Eltern fachlich zu beraten. Gleichzeitig werden Kinder in Kindertagesstätten und Schulen bei der Entwicklung ihres Gesundheits- und Hygienebewusstseins aktiv angeleitet und gestärkt.

### Studien zeigen: Zähneputzen in Gruppen fördert die Zahngesundheit

Wie wichtig die Verstärkung einer praktischen Unterstützung durch die Zahnärztlichen Dienste und die Arbeitskreise Zahngesundheit für das Kindeswohl ist, zeigen die täglichen Erfahrungen. Der positive Einfluss gesunder Milch- und bleibender Zähne auf die sprachliche und kognitive Entwicklung, die schulische Leistung von Kindern sowie deren gesamtgesundheitliche Lage wird in bestimmten Bevölkerungsschichten häufig unterschätzt. Dass Zahngesundheit mit einfachen Mitteln gefördert werden kann, ist wenig bekannt.

Generell gehen Kindertagesstätten in Bezug auf das tägliche Zähneputzen mit gutem Beispiel für die Schulen voran. Dort sind räumliche und konzeptionelle Strukturen für eine aktive Mundhygiene häufig vorhanden und das Zähneputzen wird durch die Erzieherinnen aktiv unterstützt. An Schulen hingegen stellen Zahnputzmöglichkeiten eher die Ausnahme dar und sind meist auf die Initiative ein-

menbedingungen zur Mundhygiene bereitstellen, um auf diese Weise eine Zahngesundheitsförderung im schulischen Alltag einzubinden.

Um einen solchen Ansatz praktisch realisieren zu können, sind die Einsicht und die Unterstützung von anderen, am Entscheidungsprozess unmittelbar beteiligten Institutionen auf Landesebene und in den Kommunen wichtig. Die selbstverständliche Einbettung der Mund- und Händehygiene in das schulische Lebensumfeld der Kinder könnte beispielsweise durch die bauliche Einplanung einer ausreichenden Zahl Waschbecken abseits der häufig ungeliebten sanitären Anlagen ohne großen Aufwand ermöglicht werden.

Es gibt bereits erste, Erfolg versprechende, mit einfachen Mitteln umgesetzte Konzepte und gute Beispiele regelmäßigen

Zähneputzens in Grund- und Ganztagschulen sowie Kinderhorten. Sie zeigen, dass die Installation von Waschbecken oder eines Zahnputzbrunnens und die Bereitstellung hygienischer Aufbewahrungsmöglichkeiten für Zahnputzutensilien eine aktive schulische Prävention und Gesundheitsförderung ermöglichen. Eine Verstärkung dieses sinnvollen Ansatzes für mehr gesundheitliche Chancengleichheit ist ein zentrales Anliegen des BZÖG. Zahngesundheitsförderung kann nicht allein durch zahnärztliche Maßnahmen erreicht werden, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die durch die Nutzung von geeigneten Kooperations- und Netzwerkstrukturen gelöst werden muss.

Eine produktive Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Bildungs- und Gesundheitswesen sollte daher auf allen

Ebenen dort geschaffen werden, wo sie nicht vorhanden ist, bzw. dort intensiviert werden, wo sie bereits besteht. Die Umsetzung dieses Zieles ist letztendlich jedoch nur möglich, wenn Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zwischen Gesundheits- und Bildungswesen zum Wohle der Kinder geschaffen und genutzt werden. Der BZÖG regt daher aus Anlass des Tages der Zahngesundheit 2013 alle für die Realisierung solcher Vorhaben notwendigen Entscheidungsträger an, sich zu einem Netzwerk für mehr Mundgesundheitsförderung an den Schulen zusammenzuschließen und den Weg für Chancengleichheit für eine „lebenslange Mundgesundheit“ gemeinsam zu ebnet.

**Dr. Pantelis Petrakakis**  
1. Vorsitzender BZÖG

## Der Wrigley Prophylaxe Preis 2013 – Frühförderung zahlt sich aus

In diesem Jahr wurde der Wrigley Prophylaxe Preis auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) in Marburg verliehen. Der erste Platz ging an zwei Arbeiten aus Hannover und Halle, die beeindruckende Ergebnisse zur Frühförderung von Kindern präsentierten. Beide Projekte belegen, dass frühzeitige Aufklärung und zahnärztliche Betreuung die Mundgesundheit nachhaltig verbessern. Den zweiten Platz teilen sich Beiträge aus Zürich und Kiel mit praxisrelevanten Erkenntnissen zu Speicheleratzmitteln und interessanten Daten aus der Probiotikaforschung.



**Abb.:** Wrigley Prophylaxe Preis-Verleihung 2013: (v. l.) Prof. Dr. H. Günay, Prof. Dr. H. Meyer-Lückel, Dr. A. Aykut Yetkiner, Prof. Dr. R. Frankenberger, K. Bagusat, M. Nitschke, Dr. T. Müller, Dr. F. Schwendicke, Prof. Dr. em. K. König, Prof. W. Geurtsen. Nicht im Bild: Prof. Dr. T. Attin, Prof. Dr. J. Klimek, Dr. S. Breitenbach; Foto: Wrigley Oral Healthcare Program / Christian Stein

### Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung beginnt in der Schwangerschaft – eine Langzeitprävention

Den ersten Preis in der Kategorie "Wissenschaft" erhielt die Arbeit von Prof. Hüsmettin Günay und Dr. Karen Meyer, Hannover. Sie untersuchten den Effekt eines Frühpräventionskonzeptes, das in den 1990er Jahren an der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt und eingeführt wurde. Beginnend in der Schwangerschaft, beinhaltet es die zahnärztliche Betreuung und Beratung von Müttern und ihren Kindern bis zum sechsten Lebensjahr sowie die zahnärztliche Nachuntersuchung der 13- und 19-Jährigen. Ziel der Langzeitstudie ist die Verbesserung der mütterlichen Zahn- und Mundgesundheit und folglich die Vermeidung von Karies, Parodontitis und Folgeerkrankungen bei Mutter und Kind. Nach

19-jähriger Studiendauer ist die Effizienz des Konzeptes in allen Altersstufen nachgewiesen. Beispielsweise hatten in der Prophylaxegruppe 65,5 % der 13- bis 14-Jährigen ein naturgesundes Gebiss. Damit schnitten sie mehr als doppelt so gut ab wie die gleichaltrige Kontrollgruppe, in der nur 30 % der Jugendlichen ein gesundes Gebiss hatten. Auch die Mütter profitierten: Bei allen hatte sich die Mundgesundheit verbessert. Vor diesem Hintergrund fordern die Autoren der Studie eine stärkere Zusammenarbeit von Kinder-, Haus- und Zahnärzten, Gynäkologen und Hebammen. Für eine optimale Betreuung von Mutter und Kleinkind sollten zahnärztliche Untersuchungen als fester Bestandteil im Mutterpass und ab dem ersten Zahndurchbruch im Kinderuntersuchungsheft verankert werden.

### „Zähne auf Zack“ – Ein Projekt zur Verbesserung der Mundgesundheit von Grundschulern einer Schule mit vorwiegend Kindern aus sozial benachteiligten Familien

In Sachsen-Anhalt ist die Zahngesundheit der Kinder schlechter als in den alten Bundesländern. Das Kariesrisiko ist besonders hoch, wenn sie aus sozial schwachen Familien kommen. Um dieses Problem kümmerte sich der Arbeitskreis Zahngesundheit Sachsen-Anhalt mit dem Projekt "Zähne auf Zack", das den ersten Preis in der Kategorie "Öffentlicher Gesundheitsdienst" erhielt. Vier Jahre lang integrierte eine Dessauer Grundschule das Thema Zahngesundheit in den Unterricht. Dazu gehörten unter anderem das tägliche gemeinsame Zähneputzen, pädagogische Maßnahmen im Unterricht, Aktionstage und Exkursionen, aber



auch zahngesundes Frühstück in der Schule, Kochkurse und die Bereitstellung von Obst, Gemüse und Mineralwasser. Die Eltern waren ebenfalls mit von der Partie: Es fanden Elternabende statt und die Familien wurden zum Zahnarzt begleitet. Der Erfolg des Modellprojektes war beeindruckend. Bereits die Kontrolle der Pausenbrote zeigte, dass die Schüler das Wissen um zahngesunde Ernährung zu Hause umsetzten. Die Arbeitsgruppe um PD Dr. Christian R. Gernhardt, Universitätsklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Halle, untermauerte dies mit harten Daten: Am Ende des Projekts hatten 85 % der Kinder ein naturgesundes und 15 % ein vollständig saniertes Gebiss. Zum Vergleich: Im Schnitt haben in Sachsen-Anhalt nur 45 % der Kinder nach ihrer Grundschulzeit ein naturgesundes, bleibendes Gebiss. Deshalb wünschen sich die Verantwortlichen von „Zähne auf Zack“ eine flächendeckende Ausweitung ihres Modellprogramms. Das Projekt war eine Kooperation der Zahnärztekammer, des Gesundheitsamtes und der Landesvereinigung für Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt.

### Lactobacillus rhamnosus steigert in vitro das kariogene Potenzial von Streptococcus mutans

Der Einfluss probiotischer Bakterien auf die Kariesentstehung und -progression wird kontrovers diskutiert. Eine experimentelle Studie der Kieler Arbeitsgruppe um Dr. Falk Schwendicke brachte neue Erkenntnisse in dieser Frage und wurde dafür mit einem zweiten Platz im Bereich "Wissenschaft" ausgezeichnet. Die Mediziner züchteten den Karies auslösenden Streptococcus mutans, den probiotischen Lactobacillus rhamnosus GG sowie Mischkulturen beider Bakterienstämme auf Schmelz- und Dentin-Oberflächen in einem künstlichen Mund. Nach zehn Tagen untersuchten sie die Konzentration vermehrungsfähiger Bakterien und die Tiefe der entstandenen Karies. Es zeigte sich, dass die Mischkulturen sowohl im Schmelz als auch im Dentin mehr Karies erzeugten als die reinen Biofilme aus Streptokokken oder Laktobazillen. Die Effekte waren ausgeprägter, wenn häufig zuckerhaltige Nahrung zugeführt wurde. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass Lactobacillus rhamnosus GG kariogenes Potenzial besitzt. Der endgültige Nachweis ist jedoch nur klinisch möglich.

### Haben Speichersatzmittel eine protektive Wirkung auf Zahnschmelz?

Xerostomie (Mundtrockenheit) kommt als Nebenwirkung diverser Medikamente vor,

kann aber auch als Begleiterscheinung bei Autoimmunerkrankungen oder Bestrahlungen im Kopf- und Halsbereich auftreten. Zur Linderung der Beschwerden stehen Speichersatzmittel zur Verfügung. Da die Schutzwirkung des Speichels bei Xerostomie-Patienten fehlt und das Kariesrisiko deshalb erhöht ist, stellt sich die Frage, ob Speichersatzmittel einen protektiven Effekt auf den Zahnschmelz haben. Dr. Arzu Aykut Yetkiner und Prof. Dr. Annette Wiegand, Zürich, gingen dieser Frage auf den Grund und erzielten mit ihrer Studie ebenfalls einen zweiten Platz in der Kategorie „Wissenschaft“. Bei Experimenten in einem „künstlichen Mund“ schufen sie durch sechsmal tägliche Gabe von Zitronensäure (pH 2,5) Bedingungen, die der Xerostomie und damit einer gesteigerten Erosion des Zahnschmelzes entsprachen. Direkt nach der jeweiligen Zufuhr von Zitronensäure erfolgte die Applikation von 12 kommerziellen Speichersatzmitteln, deren protektive Wirkung nach drei

Tagen profilometrisch bestimmt wurde. Vier der getesteten Speichersatzmittel führten zu einer signifikanten Zunahme der Erosion – vermutlich bedingt durch einen niedrigen pH-Wert oder die enthaltene Zitronensäure. Andere Speichersatzmittel konnten die Erosion hingegen um 60 bis 90 % reduzieren, wahrscheinlich, weil sie einen Film bilden, der sich als mechanische Schutzschicht auf die Schmelzoberfläche legt. Aus der Studie lassen sich praxisrelevante Erkenntnisse ableiten: Für Xerostomie-Patienten mit einem gleichzeitig erhöhten Risiko für Erosionen ist die Anwendung hochvisköser Speichersatzmittel grundsätzlich empfehlenswert. Von Speichersatzmitteln auf Zitronensäure-Basis oder mit niedrigem pH-Wert ist dagegen abzuraten.

#### kommed

**Dr. Barbara Bethcke**

Tel.: 089/38 85 99 48, Fax: 089/33 03 64 03  
info@kommed-bethcke.de

## Wrigley Prophylaxe Preis 2014 erstmals mit „Sonderpreis Praxis“ ausgeschrieben

Unterhaching, August 2013 – Die Gesundheitsinitiative Wrigley Oral Healthcare Program (WOHP) stiftet auch für 2014 wieder den mit 10.000 Euro dotierten Wrigley Prophylaxe Preis. Wissenschaftler und Praktiker, die sich mit der Prävention oraler Erkrankungen oder den Zusammenhängen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit befassen, sind zur Bewerbung aufgerufen. Erstmals wird zusätzlich ein mit 2.000 Euro dotierter Sonderpreis „Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement“ ausgelobt.

Der Wrigley Prophylaxe Preis ist eine in zahnmedizinischen Kreisen hoch angesehene Auszeichnung und steht traditionell unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ). Teilnahmeberechtigt sind angehende und approbierte Ärzte, Wissenschaftler und Akademiker aller Fachrichtungen – unabhängig davon, ob sie in der universitären Forschung, in der Praxis oder im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind. Verliehen wird die Auszeichnung für neue Erkenntnisse im Bereich der Forschung und der Umsetzung der zahnmedizinischen Prävention. Das Auswahlverfahren wird von einer unabhängigen Expertenjury geleitet, die sich aus Professoren der Zahnerhaltungskunde, dem Präsidenten der DGZ

sowie einem Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen zusammensetzt.

20 Jahre nach der Erstausschreibung gibt es nun mit der Auslobung des Sonderpreises „Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement“ ein Novum. Hierzu DGZ-Präsident Prof. Dr. Roland Frankenberger aus Marburg: „Mit dem Sonderpreis sollen Menschen ausgezeichnet werden, die sich auf vielfältige Weise auch in kleineren, nicht wissenschaftlich ausgerichteten Projekten für die Verbesserung der Zahngesundheit in der Bevölkerung einsetzen.“ Prämiert werden innovative Materialien, Ideen und Konzepte aus Zahnarztpraxen, Schulen, Kindergärten, Betrieben und anderen Institutionen. Um den Sonderpreis bewerben können sich Praxisteam-Mitarbeiter, Lehrer, Pädagogen und alle, die sich – auch ehrenamtlich – für die Oralprophylaxe engagieren.

Bewerbungen sind bis zum 1. März 2014 willkommen. Informationsflyer und Bewerbungsformulare mit Teilnahmebedingungen – auch zum „Sonderpreis Praxis“ – sind unter [www.wrigley-dental.de](http://www.wrigley-dental.de) abrufbar.

#### kommed

**Dr. Barbara Bethcke**

Tel.: 089/38 85 99 48, Fax: 089/33 03 64 03  
info@kommed-bethcke.de

## Silbernes Ehrenzeichen für herausragende Verbandsmitglieder – Ehrung für Dr. Claudia Sauerland und Dr. Michael Schäfer



**Abb.:** Nach Ankündigung durch den 1. Vorsitzenden Dr. Petrakakis überreicht Dr. Cornelia Wempe, Geschäftsführerin des BZÖG, den Trägern des Silbernen Ehrenzeichens Dr. Claudia Sauerland und Dr. Michael Schäfer die Auszeichnung.

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verleiht Persönlichkeiten, die sich um das Öffentliche Gesundheitswesen und die Jugendzahnpflege auf Bundesebene verdient gemacht haben, das Silberne Ehrenzeichen. Geehrt wurden auf dem Bundeskongress 2013 in Berlin zwei Verbandsmitglieder, die den BZÖG gemeinsam, und dabei stets ideal ergänzend, von 2004 bis 2010 geleitet und voran gebracht haben: Frau Dr. Claudia Sauerland und Herr Dr. Michael Schäfer.

Das Engagement der Geehrten für den Verband begann für beide in den Landesstellen des gleichen Bundeslandes, in der Landesstelle Nordrhein und der Landesstelle Westfalen-Lippe, und führte über die Stationen der Geschäftsführung bzw. des Zeitungsbeirates und des Wissenschaftlichen Referenten bis zum 1. und der 2. Vorsitzenden des BZÖG.

Frühzeitig in ihrer beruflichen Laufbahn begann ihr Wirken für die Belange des Öffentlichen Gesundheitswesens. Frau Dr. Sauerland startete 1987 im Gesundheitsamt Unna in Westfalen. Bereits zwei Jahre später absolvierte sie erfolgreich die Weiterbildung zur Zahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und – in konsequenter Fortführung – folgte wenige Jahre danach die Übernahme der Leitung des Zahnärztlichen Dienstes.

Mittlerweile ist der Zahnärztliche Dienst in Unna zu einem modernen Dienstleistungszentrum ausgebaut. Neben den bekannten Untersuchungen nach § 21

SGB V ist eine unabhängige Patientenberatung sowie ein zahnärztliches Behandlungsangebot etabliert. Immer lag ihr die Qualität der Arbeit besonders am Herzen. Entsprechend ihrem Wahlspruch „Das Bessere ist der Feind des Guten.“ (frei zitiert nach Voltaire) hat sie sich um die Einführung eines Qualitätsmanagements verdient gemacht. Seit 2010 ist der Zahnärztliche Dienst sowie der gesamte Fachbereich Gesundheit der Kreisverwaltung Unna nach DIN EN ISO zertifiziert.

Und als ob dies nicht genug sei, ist Frau Dr. Sauerland seit 2008 als Referentin und Prüferin an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf tätig.

Aber nur die theoretische Wissensvermittlung reichte ihr nicht, die praktische Umsetzung neuer Erkenntnisse zum Wohl der Betroffenen musste folgen: seit jeher lag ihr besonderes Augenmerk auf der Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen aus schwierigen sozialen Lagen. „Mundgesundheit für alle“, dies sind für sie keine leeren Worte.

Von der Überzeugungskraft des in Unna entwickelten Programms zur nachgehenden Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko war auch die Jury des Wrigley Prophylaxe Preises im letzten Jahr beeindruckt und verlieh dafür den zweiten Platz.

Als 2. Vorsitzende des BZÖG hat sie durch ihre kompetente Mitarbeit in vielen Institutionen über lange Jahre, beispielhaft sei nur die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) genannt,

unseren Berufsstand und unsere Anliegen gewinnbringend repräsentiert - freundlich, aber auch immer konsequent.

Herr Dr. Michael Schäfer, Master of Public Health, fühlt sich seit seinem Einstieg in den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den 1990er Jahren der „Sozialen Zahnmedizin“ verpflichtet. Als Leiter des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Landeshauptstadt Düsseldorf erkannte er früh die wichtigen Zusammenhänge von Mundgesundheit und sozialer Lage. Er setzte sein umfangreiches Wissen und seine Energie in die Umsetzung altersgerechter Mundgesundheitspflege und Mundgesundheitsbildung von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen – besonders aus sozial benachteiligten Schichten – sowie bei der Schulung von Multiplikatoren ein. Mit der Gründung der „Aktion Zahngesundheit Düsseldorf“, die als Beispiel für viele weitere Arbeitskreise für Jugendzahnpflege in Nordrhein diente, gelang es ihm mit unermüdlichem Einsatz vor über 25 Jahren als einem der Ersten, die zahnärztliche Selbstverwaltung, die Untere Gesundheitsbehörde der Stadt Düsseldorf und die örtlichen Krankenkassen an einen gemeinsamen Verhandlungstisch zu bringen. Von den hervorragenden Verdiensten im Bereich der präventiven Zahnheilkunde zeugen unter anderem die Ehrungen mit dem Dr. Wahl Preis der DAJ und dem Wrigley Prophylaxe Preis, der unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e. V. ausgeschrieben wird.

Seine überzeugende Fachlichkeit setzte er als Vertreter des BZÖG bei Leitlinien-Konsensus-Konferenzen der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung und der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften e. V. zielführend bei der Formulierung von Empfehlungen zur Fissurenversiegelung und Fluoridprophylaxe – beides tragende Säulen der Kariesprävention bei Kindern und Jugendlichen – ein.

Während seiner Zeit als 1. Vorsitzender des BZÖG entstanden zahlreiche enge Verbindungen und Kooperationen mit wichtigen Institutionen des deutschen Gesundheitswesens, wie beispielsweise der DAJ, der Bundeszahnärztekammer, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), um nur einige zu nennen. Mit der BVPG und der BZgA hat Herr Dr. Schäfer maßgeblich zur Ausgestaltung und

Weiterentwicklung des Verbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sowie im Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ im Bereich der zahnmedizinischen Prävention beigetragen.

Auch als Vertreter des BZÖG im Vorstand der DAJ und im Arbeitsstab des Tages der Zahngesundheit war eines seiner wichtigsten Anliegen stets die Gesundheitsförderung von Kindern aus prekären sozialen Verhältnissen. Dadurch rückte diese Gruppe in den Blickpunkt und konnte bei der Umsetzung und Finanzierung entsprechender Programme berücksichtigt werden.

Frau Dr. Sauerland und Herr Dr. Schäfer haben die positive Entwicklung unseres Verbandes maßgeblich geprägt. Ein gutes Beispiel für ihr gemeinsames Wirken findet sich u. a. im Positionspapier des BZÖG, das im Jahr 2008 erschien und das deutlich ihrer beider Handschrift trägt.

Mit der Auszeichnung bringen der Vorstand und die Mitglieder des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ihren herzlichen Dank zum Ausdruck.

**Dr. Pantelis Petrakakis**  
**Dr. Sabine Breitenbach**

## Mitteilung an die Eltern – Formblätter auf [bzoeg.de](http://bzoeg.de)

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in den Kindertagesstätten und Schulen durch Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben einen bevölkerungsmedizinischen Aspekt und dienen der individuellen Vorsorge. Es wird der zahnärztliche Behandlungsbedarf bei den Kindern und Jugendlichen festgestellt, sei es zur Karietherapie, einer kieferorthopädischen Beratung oder individueller Prophylaxe. Die Ergebnisse der Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der DAJ 2009 zeigten, dass bei den Erstklässlern in 20 bis 40 % der Untersuchten behandlungsnotwendige Karies vorlag.

Da die Untersuchungen in den Kindereinrichtungen in der Regel ohne Anwesenheit der Eltern stattfinden, muss die Mitteilung an die Eltern in schriftlicher Form erfolgen. Dabei führen standardisierte Formblätter, auf denen der Zahnarzt oder seine Assistenz nur das Wesentliche ankreuzen muss, zu einem geordneten und zügigen Untersuchungsablauf. Die Mitteilung sollte klar und verständlich das Anliegen zum Ausdruck bringen – und die Eltern zur Handlung motivieren.

Auch wenn die gesetzlichen Vorgaben in den einzelnen Ländern unterschiedlich sind,

wird es diese Formblätter in irgendeiner Weise überall geben. Im internen Bereich des BZÖG-Internetauftritts gibt es jetzt dazu eine eigene Rubrik. Unter der „Art“ „Formblatt“ sind die verwendeten Mitteilungsblätter u. a. aus Brandenburg, Thüringen, Hamburg und Sachsen zu finden. Sicher gibt es in den anderen Ländern bzw. den einzelnen Zahnärztlichen Diensten der Landkreise und Städte ebensolche mit deutlichen Formulierungen für unsere Botschaften an die Eltern. Bitte senden Sie Ihre Variante an [hantzsche@bzoeg.de](mailto:hantzsche@bzoeg.de)! Die Mitglieder können davon profitieren.

Damit Sie als Mitglied klarer in den internen Bereich gelangen, wenn das Passwort verloren gegangen ist, wurde der Eingabedialog überarbeitet und die Handlungsanweisungen ausführlicher beschrieben. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass im Programm Ihre Mailadresse hinterlegt ist. Sie müssen diese zusammen mit den anderen persönlichen Daten bei Ihrer ersten Anmeldung im internen Bereich auf „Meine Seite“ aktualisieren. Mit Fragen wenden Sie sich bitte an die Redaktion Internet: [hantzsche@bzoeg.de](mailto:hantzsche@bzoeg.de) oder an die Geschäftsführerin: [wempe@bzoeg.de](mailto:wempe@bzoeg.de)

**Dr. Grit Hantzsche**  
Redaktion Internet

