

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

45. Jahrgang / April 2015 www.bzoeg.de

Präventive Orientierung
in deutschen
Zahnarztpraxen

Die zahnärztliche
Untersuchung durch den
ÖGD – völlig überholt
oder wichtiger denn je?

Schulungen zur Zahn- und
Mundpflege in der Pflege



Myanmar – Im Land
der goldenen Pagoden

1.15

EDITORIAL



Abb.: Einlaufende Schiffe bei der Hanse Sail 2010 in Warnemünde

Liebe Leserinnen und Leser,

nach 14 Jahren dürfen wir Sie wieder in Mecklenburg-Vorpommern begrüßen. Vom 23. bis 25. April 2015 findet in Rostock der 65. Wissenschaftliche Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie der Zahnärzte und Zahnärztinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. statt. Das Motto „**Der ÖGD hart am Wind**“ lässt vermuten, dass es nicht nur die stürmische Ostsee ist, die uns hier herausfordert.

Seit 2011 besteht unser Bundesland nur noch aus den kreisfreien Städten Rostock und Schwerin und sechs Landkreisen, die teilweise größer sind als das Saarland. So ist ein hohes Maß an Organisation gefragt, die umfangreichen Aufgaben der zahnärztlichen Dienste zu erfüllen. Die gesetzlichen Grundlagen bilden ein gutes Fundament dafür.

Doch Mecklenburg-Vorpommern ist auch ein Land der Superlative: 2.000 km Küste, 2.028 Seen auf 738 Quadratkilometern, die beiden größten deutschen Inseln Rügen und Usedom, drei Nationalparks und unzählige Naturschutzgebiete machen es zu einem Land des Tourismus und der Gesundheitswirtschaft.

Die Kongresshalle als Tagungsort liegt unweit vom historischen Zentrum der um 1218 gegründeten Hansestadt. Dort finden Sie heute noch – sorgfältig restauriert – zahlreiche Zeugnisse norddeutscher Backsteingotik.

Die Rostocker Universität ist die älteste Nordeuropas. Bereits 1419 konnte man hier Medizin studieren, und auch der Studiengang Zahnmedizin hat eine lange Tradition. Rostock ist eine moderne Stadt der Wissenschaft und Forschung, der maritimen Wirtschaft, der Kunst und Kultur.

Im Stadtteil Warnemünde kann man den Wind und die Wellen der Ostsee spüren, Fischkutter und riesige Kreuzfahrtschiffe bestaunen und vom Urlaub träumen.

Nicht zuletzt ist Deutschlands höchster Repräsentant ein Rostocker.

Lassen Sie sich zu unserem Kongress einladen, zu interessanten Vorträgen und zum fachlichen Austausch. Genießen Sie die Tage im Nordosten Deutschlands.

Wir freuen uns auf Sie.

Katrin Falk

Un nu nog voor de Plattsnackers:

Leeve Tähnklemptners ut Düütschland, dat is nu nich dat eerste Mal, dat wi uns hier baben dropen doon.

Künnt ji juch noch besinnen? Wi harrn dulle Wedder mit veel Sünn in Warnemünn. Un so sull dat ok dit Johr wedder warrn.

Wi sehn uns.

Rona Zyriax



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

3 Editorial

Kongressbeitrag

5 Präventive Orientierung: Untersuchung der Unterschiede in der Durchführung der Prophylaxe und Motive der Zahnärzte zur Erweiterung des präventiven Angebots

7 Die zahnärztliche Untersuchung durch den ÖGD – Völlig überholt oder wichtiger denn je?

12 Schulungen zur Zahn- und Mundpflege in der Pflege – Konzepte zur Verbesserung der Mundhygiene bei Pflegebedürftigen

15 Myanmar – Im Land der goldenen Pagoden

Aktuelles

18 Brandenburg an der Havel hat ein Herz für Kinderzähne
Tag der Zahngesundheit 2014 – Die Stadt Duisburg war auch in diesem Jahr dabei!

20 Die Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Kreis Schleswig-Flensburg e. V. berichtet

Verband

21 „Barrierefrei²“ zum Thüringer Zahnärztetag 2014

22 Kongressprogramm 2015

23 25 Jahre Software aus Dresden – wir gratulieren!

Termine

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.15
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. Michael Schäfer, MPH
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. 0211/8 99 26 41, E-Mail: schaefer@bzoeg.de

2. Vorsitzende:

Dr. Claudia Sauerland
Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna
Tel. 02303/27 26 53, E-Mail: sauerland@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:

Erdmuth 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: Dr. Sabine Breitenbach
Hans-Sachs-Ring 95a, 68199 Mannheim
Tel. 0621/2 93 22 50, E-Mail: breitenbach@bzoeg.de
Bankverbindung: Foerde Sparkasse
IBAN: DE55210501700019205558
BIC: NOLADE21KIE

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, Saarbrücken

Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH, Reisstr. 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

Dr. R. Hussein

Präventive Orientierung: Untersuchung der Unterschiede in der Durchführung der Prophylaxe und Motive der Zahnärzte zur Erweiterung des präventiven Angebots

Im Rahmen des 64. Wissenschaftlichen Kongresses der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Mai 2014 wurden die Ergebnisse der Studie zur Präventiven Orientierung der Zahnärzte in Niedersachsen und Bremen vorgestellt. Mit der Präventiven Orientierung einer Zahnarztpraxis ist das verstärkte Angebot von Prophylaxemaßnahmen gemeint. Diese wurde in einer schriftlichen Befragung der Medizinischen Hochschule Hannover in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen untersucht.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen (Art und Häufigkeit) und die Motive der Zahnärzte zum Prophylaxeausbau. Die Befragung wurde 2009 unter 2.075 niedergelassenen Zahnärzten in Niedersachsen und Bremen durchgeführt. Die Raten zur Prophylaxedurchführung sowie die Motive zur Erweiterung des Prophylaxeangebots von 2009 wurden mit denen einer vom Institut der Deutschen Zahnärzte im Jahr 2000 durchgeführten Studie (Gesamt n=1.181, Rücklauf 52,6 %) verglichen. Im Jahr 2009 war der Rücklauf 33 % (n=685), davon waren 660 valide Fragebögen. Das

Durchschnittsalter betrug 46 Jahre und ca. 56 % der Teilnehmer (n=352) waren Männer.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt, wie häufig die teilnehmenden Zahnärzte ausgewählte Maßnahmen im Vergleich zu den Ergebnissen vom Jahr 2000 anbieten. In der Studie von 2009 führen die Zahnärzte Maßnahmen zur Risikobewertung signifikant öfter „oft bis immer“ (45 %) im Vergleich zu der Studie von Schneller et al. (26 %) durch. Zahngesunde Ernährung ist eine der drei Säulen zur Kariesprävention. Im Vergleich zu den Ergebnissen von 2000 klären die Zahnärzte ihre Patienten seltener über zahngesunde Ernährung „oft bis immer“ auf (66 % vs. 74 %). Eine weitere Maßnahme zur Kariesprävention ist die Anwendung von Fluoriden. Im Jahr 2009 wurde die professionelle Fluoridierung von fast allen Zahnärzten durchgeführt (97 %). Im Vergleich zu den Ergebnissen von Schneller et al. bieten die Zahnärzte professionelle Fluoridierungsmaßnahmen (97 % vs. 81 %) häufiger an und empfehlen öfter häusliche Fluoridierungsmaßnahmen (87 % vs. 68 %). Ungefähr 92 % der Teilnehmer der aktuellen

Studie bieten professionelle Zahnreinigung an im Vergleich zu 63 % im Jahr 2000. Alle Unterschiede sind statistisch signifikant.

Bezüglich der Motive der Zahnärzte zur Erweiterung des Prophylaxeangebots wird die zunehmende Nachfrage der Patienten als wichtigster Grund von den Zahnärzten beider Studien (92 % vs. 71 %) genannt (Abbildung 1). Im Jahr 2009 findet sich der finanzielle Zugewinn durch Prävention an der zweiten Stelle (84 %). Im Jahr 2000 hatte er den Platz vier mit 44 %. Vor zehn Jahren sahen 56 % der Zahnärzte die positive Patientenselektion als zweitwichtigstes Motiv an. Als drittwichtigster Grund wird in beiden Studien die größere Berufszufriedenheit durch die Arbeit mit motivierten, gesundheitsbewussten Patienten mit sauberen Gebissen genannt (82 % vs. 48 %). Auch der Imagegewinn durch ein qualifiziertes Prophylaxeangebot spielt heute mit 75 % eine wichtige Rolle bei der Entscheidung zum Prophylaxeausbau (2000 = 30 %).

Diskussion

Insgesamt bieten die Zahnärzte prophylaktische Maßnahmen heute häufiger an als vor einem Jahrzehnt. Internationale

Tab. 1: In den Zahnarztpraxen durchgeführte präventive Maßnahmen

Präventive Maßnahmen	2000 %	2009 %	P-Wert
Risikobewertung oraler Erkrankungen	26	45	<0,001
Information/Tipps zur zahngesunden Ernährung	74	66	<0,001
Motivierung zur Prophylaxe	93	98	<0,001
Professioneller Fluorideinsatz	81	97	<0,001
Empfehlungen zur häuslichen Fluoridanwendung	68	87	<0,001
Professionelle Zahnreinigung	63	92	<0,001

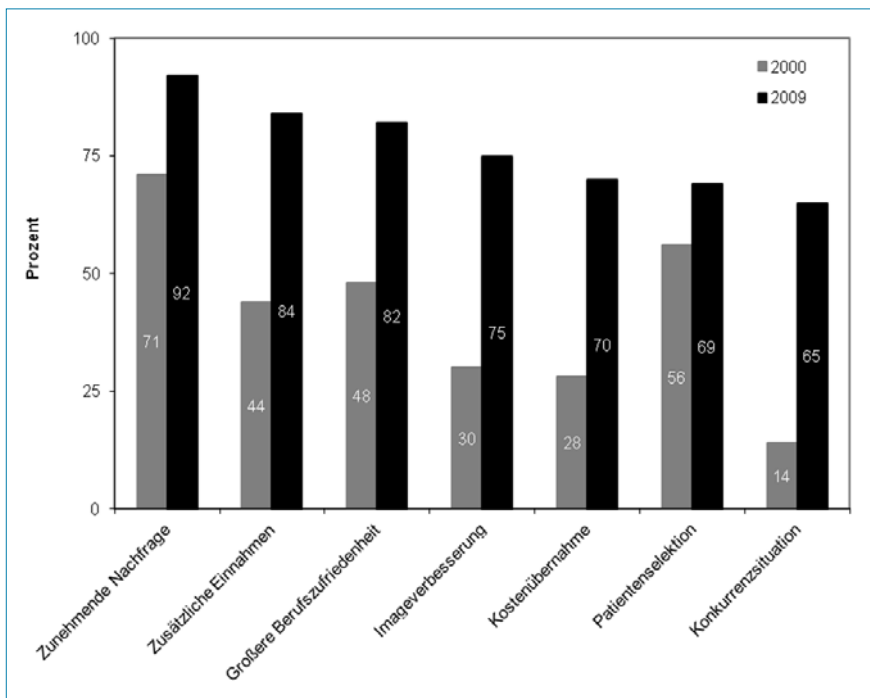


Abb. 1: Motive der Zahnarztpraxen zur Durchführung präventiver Maßnahmen

Studien berichten ebenfalls von einer Zunahme präventiver Maßnahmen in der Zahnarztpraxis. Das vermehrte Angebot präventiver Maßnahmen kann Folge einer Einstellungsveränderung der Zahnärzte gegenüber Prävention sowie dem finanziellen Erfolg durch Prävention sein. Dabei spielen Patientenfaktoren auch eine wichtige Rolle: Änderung der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten, das zunehmende Interesse an Prophylaxe sowie die Bereitschaft, die Kosten dafür zu tragen. Somit stellt Prophylaxe ein Feld für Investitionen in der Zahnarztpraxis dar, wofür Zahnärzte Personal und Räumlichkeiten zur Verfügung stellen.

Neuere deutsche Studien berichten von Versorgungsbedarf im Bereich der Prävention von Wurzelkaries, Erosion und Bruxismus sowie der Zahnfleisch- und Zahnbetterkrankungen, Verbesserung der Mundhygiene von Senioren und gesunder Ernährung im Alter. Solche Erkrankungen sind auf den zunehmenden Erhalt natürlicher Zähne bei einer immer älter werdenden Bevölkerung zurückzuführen, wodurch Zähne und Zahnhalteapparat einem erhöhten Risiko für die Entwicklung weiterer oraler Erkrankungen ausgesetzt werden. Darüber hinaus gewinnt Prävention immer mehr Aufmerksamkeit in den Medien, was sowohl Zahnärzte als auch Patienten motiviert, an der Prophylaxe teilzunehmen.

Das vermehrte Angebot präventiver Maßnahmen kann Folge einer Einstellungsveränderung der Zahnärzte gegenüber Prävention sowie dem finanziellen Erfolg durch Prävention sein.

Im Jahr 2000 betrachteten die Zahnärzte die professionelle Zahnreinigung, die Fluoridierungsmaßnahmen sowie die Patientenaufklärung und -motivierung als wirksame Maßnahmen gegen Karies und Erkrankungen des Zahnhalteapparats. Die Bedeutung dieser Maßnahmen scheint noch größer geworden zu sein, denn heute sind diese Maßnahmen noch verbreiteter, was auf das zugrunde liegende Vertrauen der Zahnärzte in die Prophylaxe hinweist. Eine zahnärztliche Behandlung, die ausschließlich existierende Erkrankungen berücksichtigt, entspricht dem alten kurativen Modell der Zahnmedizin und wird dem Ziel der Verbesserung der Mundgesundheit langfristig nicht gerecht.

Gründe für das seltenere Anbieten von Beratung zur zahngesunden Ernährung umfassen fehlende Motivation auf der Patientenseite sowie mangelhaftes Wissen, Zeitmangel, fehlendes Beratungstraining auf der Seite des zahnärztlichen

Teams. Auch in Deutschland werden diese Aspekte weder im Zahnmedizinstudium noch in den zahnärztlichen Weiter- und Fortbildungen angesprochen. Zudem gibt es in Deutschland kaum Studien, die sich mit Ernährungsberatung und den Einstellungen der Zahnärzte dazu beschäftigen.

Schlussfolgerung

Bei den Zahnärzten ist der Stellenwert der Prävention in den letzten 10 Jahren deutlich größer geworden. Als Vorteile verstärkter Durchführung präventiver Maßnahmen sehen die Zahnärzte eine Imageverbesserung, höhere berufliche Zufriedenheit und finanzielle Einnahmen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung können keine Aussagen zur Qualität der durchgeführten Prophylaxemaßnahmen getroffen werden. Zukünftige Studien sollten die Qualität der Versorgung sowie die Gründe für das Nichtanbieten von Informationen zur zahngesunden Ernährung und Maßnahmen zur Risikoeinschätzung untersuchen.

Danksagung

Wir möchten allen teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie dem Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen, Herrn Dr. Michael Sereny, und dem Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen, Herrn Dr. Dirk Mittermeier, für die Unterstützung bei der Durchführung dieser Studie danken. Diese Studie wurde durch den Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) finanziert.

Korrespondenzadresse:

Dr. Rugzan Hussein
 AQUA - Institut für angewandte
 Qualitätsförderung und Forschung
 im Gesundheitswesen GmbH
 Maschmühlenweg 8-10,
 37073 Göttingen
 E-Mail: RugzanJameel.Hussein@Aqua-
 Institut.de

- Literatur bei der Redaktion -

Dr. C. Sauerland, Dr. Ch. Hollinger

Die zahnärztliche Untersuchung durch den ÖGD – Völlig überholt oder wichtiger denn je?

Zahnärztliche Untersuchungen und Gruppenprophylaxe haben im Kreis Unna eine lange Tradition. Bereits bevor durch den § 21 SGB V eine breite gesetzliche Basis geschaffen wurde, sind 1979 einem Rund-erlass der Landesregierung folgend Prophylaxekräfte in unserem Zahnärztlichen Dienst beschäftigt worden. Vor 27 Jahren wurde schließlich eine örtliche Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit gegründet. Zunächst haben basisprophylaktische Maßnahmen im Zentrum der Aktivitäten gestanden, trotz strukturschwacher Region mit der entsprechenden Verbesserung der Zahngesundheit gemäß Caries decline insbesondere bis zum Jahr 2000 (s. Abb. 1).

Diese Erfolge sind überaus erfreulich. Jedoch ist die Gesundheit äußerst ungleich verteilt. Ein kleiner Teil von ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen im Kreis trägt nach wie vor die Hauptlast. Obwohl die generelle Tendenz zur Verbesserung sich laut Begleituntersuchung der DAJ in den letzten Jahren auch auf diese Gruppe ausgewirkt hat, bestehen hier wie in anderen Lebensbereichen inakzeptable Zustände. Während beispielsweise ein guter Teil von Kindern mit einem nunmehr nahezu als nicht vorhanden zu bezeichnenden Kariesrisiko und unproblematischer Zahnmorphologie ungebrochen in den Genuss von Versiegelungen kommt, droht bei anderen die Gebissituation mit Beginn der Puber-

tät bei Verbleib zerstörter Sechsjahrmolaren, florider approximaler Frontzahnkaries und beginnender Glattflächenkaries im Zahnhalsbereich aufgrund von Vernachlässigung irreversibel zusammenzubrechen. Neben der Fortführung der Basisprophylaxe ist deshalb eine weitere Fokussierung auf diese Risikogruppen von Nöten (Abb. 2).

lität der besonders schutzbedürftigen Kinder und Jugendlichen nicht auf ein akzeptables Maß verbessert hat.

Im Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) der Kreisverwaltung Unna hat es seit dem Jahr 1998 grundlegende Überlegungen zum Thema Qualität gegeben. Dies hat mit der Beschreibung eines Untersuchungsstandards in einem Manual für eine profunde

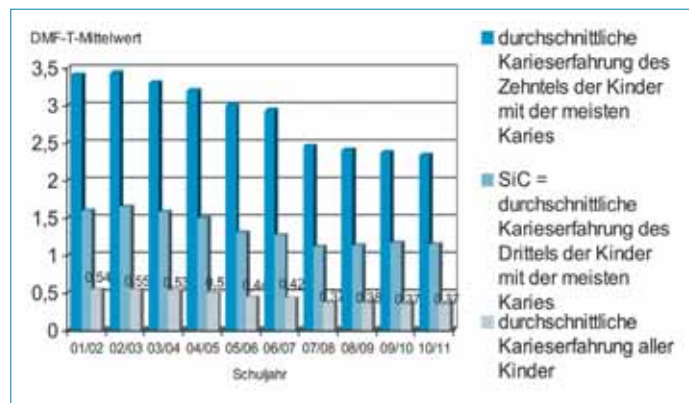


Abb.2: Diskrepanzen beim Kariesbefall zwischen Kindern in unterschiedlichen Risikolagen (Ergebnisse von Viertklässlern)

Eine weitere Verbesserung der Zahngesundheit ist nur erzielbar, wenn es gelingt, Effekte in dieser Bevölkerungsgruppe zu bewirken. Daher haben wir uns seit ca. zehn Jahren vermehrt den Risikogruppen zugewendet. Bei begrenzten Ressourcen erscheint es ethisch problematisch, sich ausschließlich auf primärprophylaktische Programme zu beschränken, bevor sich die Zahngesundheit und damit die Lebensqua-

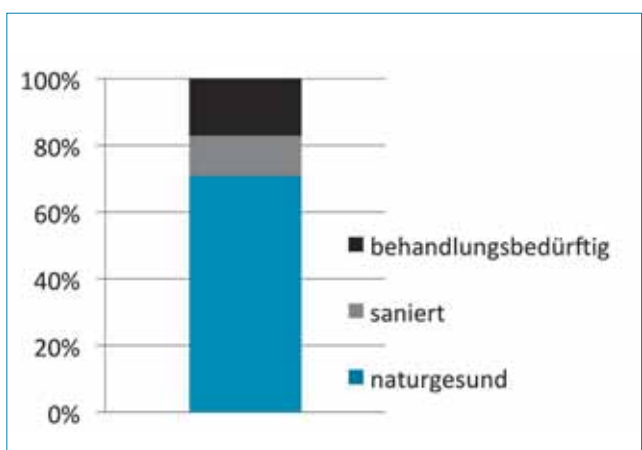
Gesundheitsberichterstattung begonnen. In logischer Folge ist als zeitgemäße Methode der Qualitätsverbesserung ein Qualitätsmanagement-System (QMS) eingeführt worden. Damit wurde ein Prozess begonnen, der 2010 erstmalig zur Zertifizierung nach DIN EN ISO geführt hat.

Seit 1997 werden die Untersuchungsbefunde nach dem international anerkannten Standard der WHO erhoben, seit dem Schul-

Abb. 1: Entwicklung des Kariesbefalls bei Zwölfjährigen im Kreis Unna



Abb. 3: Die Ausgangslage – Viertklässler 2001/2002



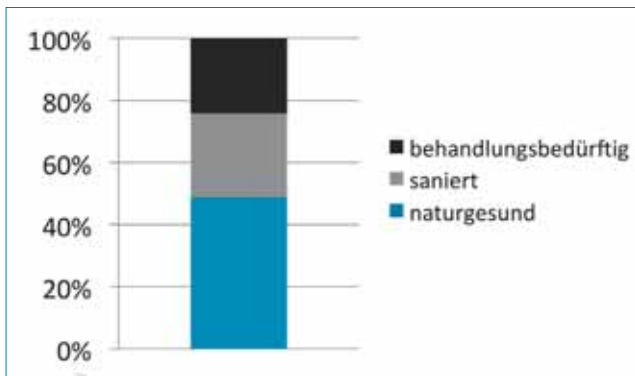


Abb. 4: Die Ausgangslage 12-Jährige (01/02) an Haupt-, Förder- und Gesamtschulen

jahr 2000/2001 mittels EDV (Octoware®). Nach Einführung von EDV bei den Untersuchungen ist eine detaillierte eingehende Analyse der Ist-Situation auf der Grundlage der qualitätsgesicherten Befundaufnahme mit frühzeitiger Formulierung von Zielen erfolgt. Mehrere Tätigkeitsbereiche der Gruppenprophylaxe wurden mit entsprechenden Output-Größen im Zuge qualitätssichernder Maßnahmen fortlaufend analysiert.

Während die anfänglichen Aspekte die Erhöhung des Sanierungsgrads und Minimierung der Schäden am bleibenden Gebiss gewesen sind, ist als ein **strategisches Ziel im QMS** die Verbesserung der Mundgesundheit vorrangig bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und in schwierigen Lebenslagen durch

- Verringerung des Kariesbefalls und
- Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung formuliert worden.

Für die Auswertungen sind vornehmlich Grundschulkindern sowie Hauptschulkindern der Klassen fünf und sechs herangezogen worden. In diesen Gruppen ist eine kindbezogene longitudinale Betrachtung ohne Auswahlverzerrungen möglich gewesen.

Die Ausgangslage hat sich wie folgt dargestellt (siehe Abb. 3 und 4):

Als **Bewertungskriterium** ist der Anteil der Kinder, der nach einer Behandlungsaufforderung bei der Untersuchung im Folgejahr an den Zähnen, wegen derer sie geschickt worden sind, als saniert befundet werden konnte, herangezogen worden. Betrachtet wurden ausschließlich Schäden an bleibenden Gebissen.

Der sog. Output ist allerdings absolut unbefriedigend gewesen, da weniger als 50 % der Kinder bei der Folgeuntersuchung nachweislich zur Behandlung gewesen sind.

Infolge der Entwicklung im Datenschutz konnten Lehrkräfte seit Ende der 80iger Jahre nicht mehr mit in das Verweisungssystem einbezogen werden. Diese hatten bis dato die wichtige Aufgabe, Listen über die erfolgte Behandlung zu führen und

Rückmeldung an die Gesundheitsämter zu geben. Nach den neuen Bestimmungen durften die Lehrer keine Kenntnis über Behandlungsbedürftigkeiten bei ihren Schülern mehr erhalten. Daraus resultierte vielerorts die übliche Praxis, den Kindern die Mitteilung über das Untersuchungsergebnis ohne jegliche Feedback-Instanz mit nach Hause zu geben.

Als Ereigniskette konnte nur im Idealfall der folgende Verlauf angenommen werden (Abb. 5):

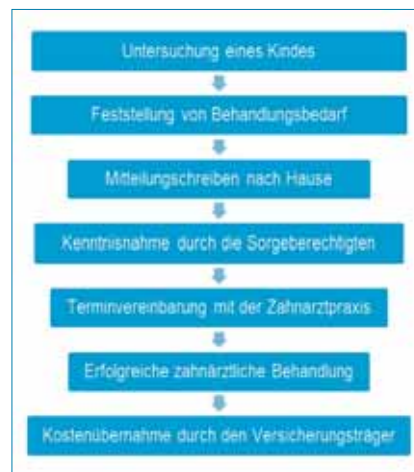


Abb. 5: Ideale Ereigniskette

Die Realität sieht leider anders aus! Die Mitteilung gelangt in einigen Fällen nicht zu den Sorgeberechtigten: Die Kinder unterdrücken ihre Mitteilungen aus Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Oder aber die Mitteilungen werden aus der Schultasche mit einem Wust von weiteren "Zetteln" (Informationsflut) von überforderten Eltern „direkt entsorgt“ ohne vorher zur Kenntnis genommen zu werden.

Möglicherweise kommt die Botschaft zwar zu Hause an, führt aber nicht immer zu der von uns gewünschten Handlung: Die Botschaft kann aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen bei Migrationshintergrund oder Analfabetismus nicht verstanden werden.

Als weiteres Szenario ist es denkbar, dass die Mitteilung verstanden wird, eine Vorstellung der Kinder in der Zahnarztpraxis aber ausbleibt, weil die Sorgeberechtigten versuchen, ihre Kinder durch eine besondere Art von „Überbehütung“ vor seelischem Schaden durch schmerzhafte Behandlungen zu bewahren (der Hintergrund sind i.d.R. eigene traumatische Erfahrungen und Ängste). Hinzu kommen zu hohe Kosten (Zuzahlungen) oder die Sorge davor.

Möglicherweise erfolgt eine Vorstellung der Kinder in der Praxis, eine Behandlung findet dennoch nicht statt, denn evtl. ist die Beziehung zwischen Patient und Behandler problematisch oder die bereits genannten Gründe (der Zuzahlungsbetrag kann nicht ohne Weiteres aufgebracht werden, das Kind oder die Eltern haben zu große Angst) sind ausschlaggebend.

Die Analyse lässt nur den Schluss zu, dass **die elterlichen Ressourcen bzw. Kompetenzen bei den „Sorgenkindern“ zu begrenzt sind.**

Es sind deshalb Überlegungen angestellt worden, wie mit überschaubarem Aufwand einzelne Unterbrecher überbrückt, umgangen oder ausgeschlossen werden können. Das erste Anliegen war, die Kommunikation mit den Sorgeberechtigten zu verbessern. Frühere Erfahrungen haben bereits gezeigt, dass Einladungen dieser Eltern zu Beratungsterminen in das Gesundheitsamt in aller Regel nicht gefolgt werden.

Daher sind zunächst Eltern von Kindern mit erheblichen Zahnschäden und Eltern von Kindern, die bereits einmal zum Zahnarzt geschickt und innerhalb des Jahres seit der letzten Untersuchung nicht saniert worden sind, mit einem sog. „**Resistantenbrief**“ als Serienbrief aus dem EDV-Erfassungsprogramm „Octoware®“ **postalisch angeschrieben** worden. Die Auswertung ergab bereits eine deutliche Verbesserung der Quote der in Behandlung gebrachten Kinder.

Den Hinweisen und den Erfahrungen aus der Literatur zufolge gelangen insbesondere Kinder in schwierigen Lagen seltener in die Praxen. Hierzu gehören oftmals Kinder mit Migrationshintergrund, aber auch Kinder von Eltern aus bildungsfernen Schichten.

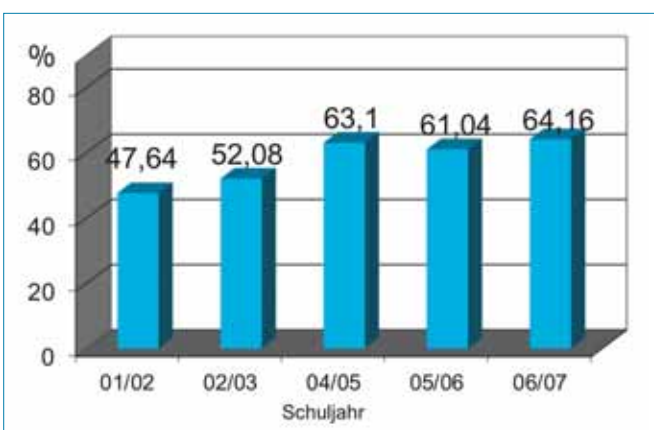
Als Ergebnis von mehreren Schulungsmaßnahmen sowie der Berücksichtigung psychologischer Aspekte in unterschiedlichen Lebensaltern wurde die Kommuni-

kation mit den Kindern und Eltern auf mehreren Ebenen verbessert. Die Botschaft auf dem Mitteilungsbrief wurde einfacher und deutlicher gestaltet und die Schreiben in die gängigen Fremdsprachen übersetzt.

Die zahnärztlichen Untersuchungen werden neben datenschutzrechtlichen Gründen aus psychologisch-pädagogischen Überlegungen heraus seitdem nicht mehr als „Reihenuntersuchung“ in klassischem Sinn, sondern in Form einer Einzeluntersuchung durchgeführt. Das Kind kann sich besser auf den Sachverhalt konzentrieren und unterliegt keinem Gruppenzwang. Nach einer Einführung vor der ganzen Klasse ist bei der Einzeluntersuchung der Kinder eine persönliche, an den individuellen Besonderheiten orientierte Betreuung jeden Mädchens und Jungen möglich.

Die Kinder und Jugendlichen werden bei der Untersuchung verbindlicher angesprochen. Ihnen wird altersentsprechend mit einem Handspiegel die Situation im eigenen Mund verdeutlicht, die Defekte werden gezeigt und auf den Unterschied zwischen Milch- und bleibendem Zahn hingewiesen. Die Problemlösung wird besprochen und ein Ausweg aufgezeigt. Das Verständnis wird zum Abschluss eines solchen Kurzgesprächs durch Rückfragen überprüft (Abb. 6).

Erste Ergebnisse haben sich wie folgt dargestellt:



Seit dem Schuljahr 2005/06 ist zusätzlich vermerkt worden, wie oft der Aufforderung zur Behandlung nicht gefolgt wurde. Dadurch ist eine Auswertung nach „Altrestanten“, dem kleinen Anteil der Kinder, die über viele Jahre nicht in Behandlung gebracht werden konnten, möglich geworden. Auch hier stellen sich



Abb. 6: Verbindliche Ansprache und Visualisierung bei der zahnärztlichen Untersuchung

die durch die verschiedenen Maßnahmen erzielten Ergebnisse sehr positiv dar. (Abb. 8)

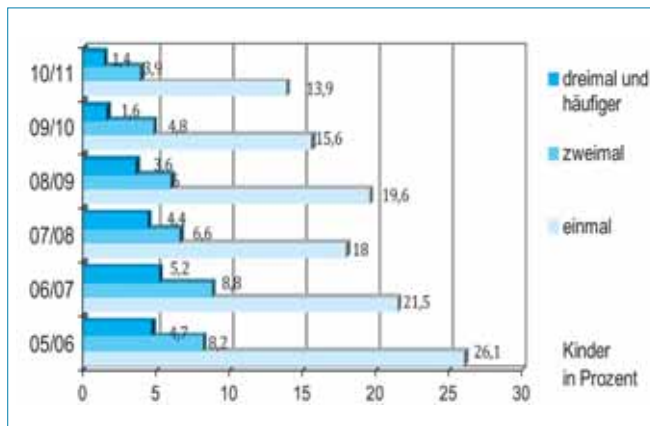


Abb. 8: Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen, die ein- oder mehrmals nicht zahnärztlich versorgt wurden (3. bis 6. Klassen an Grund- und Hauptschulen)

Abb. 7: Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen, die der Behandlungsaufforderung zur Untersuchung im nächsten Schuljahr gefolgt sind (3. bis 6. Klassen an Grund- und Hauptschulen)

Angespornt durch diese Erfolge sind weitere Schritte zur Verbesserung unternommen worden.

Die Kinder in den Klassen 5 und 6 gehören einer besonders wichtigen Gruppe an, wenn es um die Zahngesundheit geht. Vor der Vollpubertät können noch leichter Weichen in Richtung einer

Behandlung gestellt werden. Hinzu kommt, dass für den Extremfall eine Narkose nur bis zum vollendeten 12. Lebensjahr problemlos bezuschusst wird. Deshalb ist es von großer Bedeutung, die Kinder vollzählig zu erreichen. Es ist effektiv, diese Altersgruppe möglichst am ersten Termin in einer Schule zu untersuchen, um an den folgenden Tagen noch viele Kinder nachträglich untersuchen zu können (falls durch Fehlen erforderlich).

Des Weiteren ist die Kommunikation mit den Sorgeberechtigten intensiviert worden, indem nun auch zusätzlich telefonisch Kontakt aufgenommen wird. Bei diesen Telefonaten sollte nicht die Amtsperson in den Vordergrund gestellt, sondern Interesse an der und Verständnis für die Familiensituation gezeigt werden. Es wird Hilfe angeboten und gleichzeitig

Verbindlichkeit eingebracht, da eine Rückmeldung eingefordert und/oder eine erneute Nachfrage angekündigt wird. Einige Eltern sind telefonisch nicht zu erreichen. Bei den Eltern, mit denen ein Gespräch geführt werden kann, fehlt die Einsicht nur selten.

Oft ist die Überforderung erkennbar, sie haben selbst Angst, zeigen allgemeine Ratlosigkeit und nutzen Verdrängungsmechanismen. Die Eltern sind oft dankbar, dem Anrufer begegnet kaum Aggression oder Gleichgültigkeit.

Auf einen weiteren Aspekt der Analyse 2005/2006 soll an dieser Stelle noch besonders eingegangen werden:

Wenn die Kompetenzen und Ressourcen der Eltern sehr beschränkt sind, dann drängt sich der Verdacht auf eine **Gefährdung des Kindeswohles in Form von Vernachlässigung** auf.

Von Vernachlässigung ist auszugehen, wenn Eltern bzw. Sorgeberechtigte



Abb. 9: Standardisierung bei der Entscheidungsfindung

andauernd oder wiederholt ihrer Pflicht zu einem fürsorglichen Handeln gegenüber dem Kind nicht nachkommen und dies vorhersehbar zu einer erheblichen Beeinträchtigung der physischen Entwicklung des Kindes führt oder ein entsprechendes Risiko birgt.

Das Bundeskinderschutzgesetz (BuKiSchG) formuliert im Artikel 1, § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung:

(1) Werden Ärztinnen oder Ärzten oder Angehörigen eines anderen Heilberufes (der eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert) in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

Im Hinblick auf das BuKiSchG ist von uns deshalb sicherzustellen, dass die Eltern alle wichtigen Informationen tat-

Die „Angst vor der Zahnbehandlung“ ist nach wie vor eine der am häufigsten erworbenen Phobien, die sich auf Grund bestimmter Verhaltensmuster zudem nachweislich von den Erwachsenen auf ihre Kinder überträgt.

sächlich erhalten haben; dass uns alle entscheidenden Informationen vorliegen und schließlich, dass eine umfassende Dokumentation erfolgt.

Bei der Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohles darf ein spezielles Problem – der Angstfaktor – nicht außer Acht gelassen werden: Die „Angst vor der Zahnbehandlung“ ist nach wie vor eine der am häufigsten erworbenen Phobien, die sich auf Grund bestimmter Verhaltensmuster zudem nachweislich von den Erwachsenen auf ihre Kinder überträgt.

Normale Schwierigkeiten in sozial benachteiligten Familien werden durch Zahnbehandlungsangst in diesem Aspekt extrem verstärkt. Nicht selten aber entwickelt sich diese Situation auch in Familien ohne weitere Problematik. „Vernachlässigung“ des Gebisses allein ist aufgrund der speziellen Angstdynamik in vielen Fällen kein sicheres Anzeichen für eine allgemeine Vernachlässigung im Sinne des gefährdeten Kindeswohles.

Weitere Kriterien zur Unterscheidung der Ursache müssen deshalb die Schmerz-situation, der Hygienezustand des Kindes und die Ernährungslage sein. Bevor es zu

einer tieferen Intervention kommt, müssen diese Parameter einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

Wichtig ist herauszufinden, ob es bei den Eltern eine Frage des Wollens bzw. Nicht-Wollens ist, oder ob sie bei entsprechenden Angeboten doch in der Lage wären, ihre Kinder einer Behandlung zuzuführen.

Eine Mitteilung an das Jugendamt bei Verdacht auf gefährdetes Kindeswohl erfolgt vor allem, wenn

- erhebliche und dauerhafte (Zahn-)Schäden zu vermuten sind
- wiederholt unbehandelte Schmerzen vorliegen
- die Nahrungsaufnahme beeinträchtigt ist
- die Eltern nicht erreichbar sind oder Hilfe ablehnen
- mehrere Kinder betroffen sind
- weitere Hinweise hinzukommen
- Einvernehmen mit Bezugspersonen in der Einrichtung besteht

Für die Entscheidungsfindung muss eine Standardisierung erfolgen, sie darf keiner Beliebigkeit folgen! (Abb. 9)

Das Gleiche gilt für die unbedingt sorgfältige Dokumentation.

In diesen Fällen ist eine gezielte Kommunikation durch Nachfragen bei Lehrkräften sowie Erzieherinnen und Erziehern notwendig:

- Gibt es in Ihrer Klasse Auffälligkeiten?
- Haben Sie Sorgenkinder?
- Wie sieht es in diesen Fällen mit dem Kontakt zu den Eltern aus?
- Kann man die Eltern erreichen?

Im Kreis Unna ist vor diesem Hintergrund ab 2005 eine sukzessive Einbeziehung der sieben Jugendämter sowie zur Sicherstellung der Therapie die Einbindung der niedergelassenen Zahnärzte über den Arbeitskreis erfolgt.

Da fernmündlich, wie bereits ausgeführt, nicht alle Eltern zu erreichen sind, ist für bestimmte Fälle die schriftliche Kontaktaufnahme intensiviert worden. Der sog. „verschärfte Restantenbrief“ bitet um Kontaktaufnahme und setzt Fristen. Durch einen „freien“ Rückumschlag wird die Hürde gesenkt. Findet keine Behandlung statt, wird das Jugendamt eingeschaltet.

Dass die Anstrengungen sich lohnen, zeigen die in den Abbildungen 8 bis 13 dargestellten Ergebnisse.

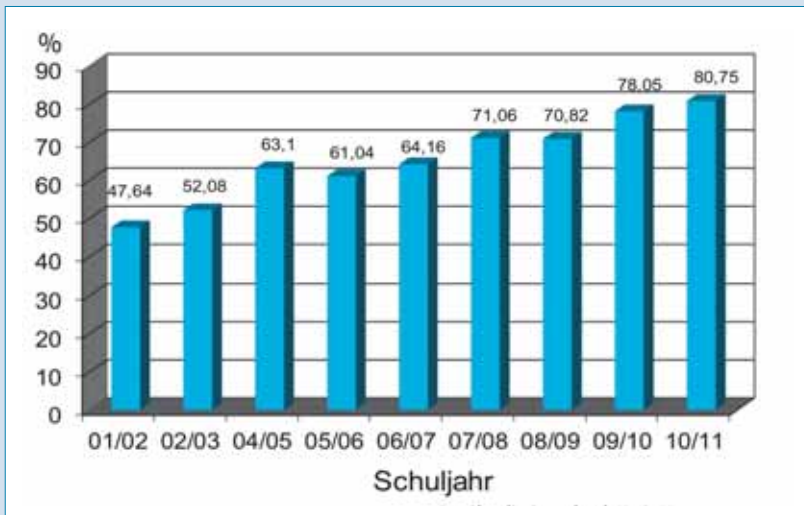


Abb. 10: Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen, die der Behandlungsaufforderung bis zur Untersuchung im nächsten Schuljahr gefolgt sind (3. bis 6. Klassen an Grund- und Hauptschulen)

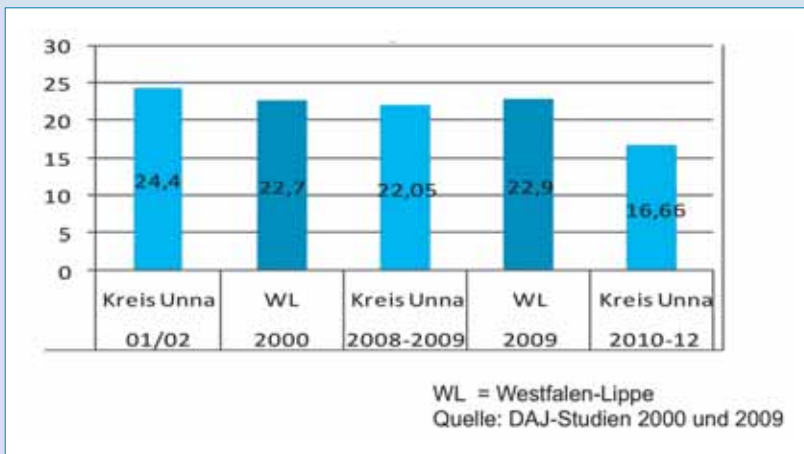


Abb. 11: Anteil der unbehandelten kariösen Zähne an der Gesamtkarieserfahrung bei 12-Jährigen aller Schulformen (in %)

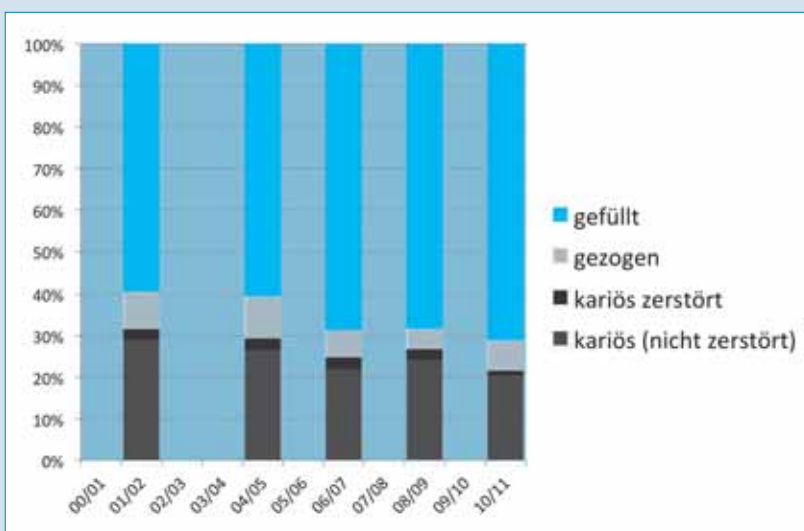


Abb. 12: Verteilung der D- (kariös – nicht zerstört), E- (kariös – zerstört), M- (gezogen) und F- (gefüllt) Komponenten bei 12-Jährigen an Haupt-, Förder- und Gesamtschulen

Zusammenfassung

- Die beschriebenen Erfolge konnten nur erzielt werden, weil die kontinuierlich erhobenen Daten aus zahnärztlichen Untersuchungen – aufgenommen durch gut aus- und weitergebildete Zahnärzte des ÖGD – als zentrales Instrument sinnvoll genutzt wurden.
 - Die Untersuchungen selbst ermöglichen durch altersgerechte und verbindliche Ansprache der Kinder und Jugendlichen den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und größerer Compliance. Die primär- und sekundärpräventive Ausrichtung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und die adressatengerechte Information und Aufklärung der Sorgeberechtigten verstärkt den Effekt der Aufforderung, zum Zahnarzt zu gehen und motiviert sie, sich für die Gesundheit ihrer Kinder einzusetzen.
 - Es gelingt in deutlich mehr Fällen, die bereits oft beklagte Lücke zwischen Gruppen- und Individualprophylaxe zu schließen. In bestimmten Fällen können bei Gefährdung des Kindeswohles auch weiterreichende Maßnahmen eingeleitet werden. Mit einem wirksamen Konzept durchgeführt, erfüllen die Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen alle Anforderungen, die an eine wirksame Vorsorgemaßnahme zu stellen sind.
- Auf der Grundlage der qualitätsgesicherten Befundaufnahme mit etablierten Standards können die Ergebnisse herangezogen werden für
- die detaillierte eingehende Analyse der Ist-Situation,
 - die Anfertigung von Rankinglisten für eine zielorientierte Vorgehensweise und zur Steuerung der Prophylaxe-Aktivitäten,
 - die Überprüfung der Effekte einer Intervention,
 - zur Sensibilisierung und Motivation von Personal in den Einrichtungen, Entscheidungsträgern usw.

Die regelmäßige zahnärztliche Untersuchung durch den ÖGD nicht nur als nutzbringende Vorsorgemaßnahme, sondern auch als effektives Instrument im Qualitätsmanagement Zahnärztlicher Dienste ist deshalb unbedingt positiv zu bewerten.

Dr. Claudia Sauerland
Dr. Christoph Hollinger

Zahnärztlicher Dienst Kreis Unna
Platanenallee 16 · 59425 Unna

Tel.: 02303-27 26 53

E-Mail: Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

Dr. S. Bausback-Schomakers

Schulungen zur Zahn- und Mundpflege in der Pflege – Konzepte zur Verbesserung der Mundhygiene bei Pflegebedürftigen

Dass in Pflegeeinrichtungen bei der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege noch große Defizite bestehen, wurde inzwischen durch viele Studien aufgezeigt. In der ambulanten Pflege sind die Pflegedefizite vermutlich noch viel stärker ausgeprägt.

Reine Mundhygiene mag noch durchführbar sein, aber komplizierter Zahnersatz fordert in der Pflege immer mehr Kenntnisse. Sehr häufig liegt es in der Entscheidung des Pflegepersonals, welche Maßnahmen anzuwenden sind bzw. der Eingangsbefund wird von Pflegekräften erhoben, da kein aktueller zahnärztlicher Befund vorhanden ist.

Kooperation mit den Altenpflegeschulen

Seit 2009 werden über eine enge Zusammenarbeit mit den Altenpflegeschulen in Frankfurt am Main Aspekte der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege im Rahmen der Altenpflegeaus- und Fortbildung vermittelt, um eine nachhaltige Sensibilisierung der Pflegekräfte für die Mundgesundheit der Bewohner zu erreichen.

Hintergrund

Im Dezember 2011 (Quelle: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2011) waren 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (65 %) waren Frauen.

83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 36 %. Mehr als zwei Drittel (70 % bzw. 1,76 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1.182.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein



Abb. 1: Homepage der Stadt Frankfurt am Main

durch Angehörige gepflegt. Weitere 576.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 30 % (743.000 Personen) wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut.

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Menschen, die wegen einer Krankheit und/oder Behinderung für definierte alltägliche Verrichtungen auf Dauer (voraussichtlich für mindestens 6 Monate) in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die Ermittlung des Pflegebedarfs zur Einstufung in eine

Abb. 2: Anwendung der Dreikopfbürste



Pflegestufe erfolgt für fast alle Verrichtungen der Grundpflege über sogenannte Zeitorientierungswerte zur Pflegezeitbestimmung. Für die häufigsten Verrichtungen der Grundpflege wurden deshalb Zeitkorridore entwickelt. Exemplarisch wird hier nur der Zeitorientierungswert für die Zahnpflege dargestellt. (Quelle: Richtlinien zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (GKV-Spitzenverband und MDS 2009))

Zahnpflege: 5 Minuten. Soweit nur Mundpflege erforderlich ist, kann der Zeitorientierungswert nur anteilig berücksichtigt werden.

Die Zahnpflege umfasst:

- Vorbereitung wie z. B. Zahnpasta-auf-die-Bürste-Geben und/oder das Aufschrauben von Behältnissen (Zahnpasta/Mundwasser)
- Putzvorgang: Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege, d. h. das Spülen der Mundhöhle mit Mundwasser und die mechanische Reinigung der Mundhöhle.
- Nachbereitung

Schulungsbedarf in der Zahn- und Mundpflege besteht bei pflegenden Angehörigen, ambulanten Pflegediensten und Pflegekräfte in Pflegeheimen, um unter diesem Zeitdruck eine adäquate Pflege durchführen zu können.

Um die genannten Zielgruppen zu erreichen, richten sich in Frankfurt die Schulungsangebote an:

- Altenpflegehelfer/Altenpflegehelferin oder Altenpfleger/Altenpflegerin in der Ausbildung
- Fortbildung für examinierte Altenpfleger im Gesundheitsamt
- Fortbildung in Pflegeeinrichtungen
- Seniorenveranstaltungen („mobile Senioren“)

Für die Schulung von pflegenden Angehörigen werden noch geeignete Wege gesucht.

Die Einladungen zur Fortbildung im Gesundheitsamt werden zweimal jährlich an die Heimleitungen der Pflegeeinrichtungen bzw. an die ambulanten Pflegedienste verschickt. Die Homepage des Gesundheitsamtes dient als Informationsportal und stellt im download-Bereich verschiedene Broschüren zur Verfügung: www.frankfurt.de



Abb. 3: Anleitung zur Reinigung von Totalprothesen

Ausbildung

In der Altenpflegeausbildung wird nur am Rande auf die Zahn- und Mundhygiene eingegangen, obwohl genügend freie Zeit im Rahmenlehrplan zur Verfügung steht, um die Thematik über die Vorgaben im Lehrplan zu erweitern bzw. zu vertiefen. Als Orientierungsrahmen für die Ausbildung dienen der Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Altenpflege (AP) und der Rahmenlehrplan für die schulische und betriebliche Ausbildung in der Altenpflegehilfe (APH).

Übersicht der Lernbereiche und zeitliche Orientierung

Lernbereich 1: Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege (1200 Stunden am Lernort Schule)

Lernbereich 2: Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung (300 Stunden am Lernort Schule)

Lernbereich 3: Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit (160 Stunden am Lernort Schule)

Lernbereich 4: Altenpflege als Beruf (240 Stunden am Lernort Schule)

Zur freien Verfügung stehen 200 Stunden.

Auszug aus dem Lehrplan

In der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung werden für den Mundbereich lediglich Soor und Parodontitisprophylaxe, nicht aber Karies- und Parodontitisprophylaxe erwähnt.

Selbst in umfangreichen Nachschlagewerken für Pflegekräfte werden bei-

spielsweise Zahnprothesen und ihre Pflege nicht befriedigend erläutert.

In Frankfurt ist die Schulung in der Ausbildung etabliert, es erfolgt nur noch eine jährliche Terminvereinbarung.

Folgende Vorgehensweise hat sich anfänglich bewährt:

Kontaktaufnahme mit der Schulleitung

- Vorstellung des Konzepts in einem persönlichen Gespräch mit Darstellung der Problematik und der Schulungsinhalte

Vereinbarung von Terminen

- in der Regel im 1. Ausbildungsjahr (4–8 Schulstunden)

Die Schulung wird in Rechnung gestellt analog der Vergütung externer Dozenten.

Aufbau und Gliederung der Schulung

Praxisnahe und anschauliche Vermittlung der wesentlichen Lerninhalte der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege durch:

- Praxisorientierte PowerPoint-Präsentation (in Anlehnung an LZKH, Teamwerk München – Zahnmedizin für Pflegebedürftige, LZK-BW, DGAZ)
- Zahnersatz-Modelle
- Pflegefilme: Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege (LZK-BW)
- Anschauungsmaterial/Übungsmaterial

Lerninhalte

- Die gesunde Mundhöhle – Bestandteile und Orientierung
- Die erkrankte Mundhöhle – (Karies & Parodontitis & Mundschleimhauterkrankungen)

- Zahn- und Mundpflege
- Formen von Zahnersatz
- Pflegemaßnahmen bei Zahnersatz
- Pflegediagnostischer Prozess Mundhöhle – Qualitätsmanagement

Praktische Übung

- Inspektion der Mundhöhle
- gegenseitiges Zähne putzen (Das praktischen Üben stößt immer auf Widerstand und bedarf der Überredungskunst.)
- Ein- und Ausgliedern sowie Reinigung von Zahnersatz (nur auf Modellen möglich)

Lernzielkontrolle

- in Form einer Klassenarbeit durch den Fachlehrer (wird bereits zu Beginn des Unterrichts angekündigt, um den Aufmerksamkeitsquotienten zu erhöhen und die Wichtigkeit der Unterrichtseinheit zu unterstreichen), Multiple-Choice-Fragen werden vorgegeben mit Lösungsbogen für den Fachlehrer
- Zum Nachlesen gibt es ein Schulungsskript (Download).

Kosten

- Der Unterricht wird den Schulen in Rechnung gestellt.
- Fortbildungen in einer Einrichtung werden pauschal berechnet.



Abb. 4: Schulungskoffer

- Fortbildungen im Gesundheitsamt sind kostenlos.

Anschaffungen:

- Demonstrationsmaterial (Zahn- und Mundpflegeartikel)
- Zahnersatzmodelle

Je nach Anzahl der Kurse und der Klassenstärken entstehen evtl. fortlaufend Kosten für Verbrauchsmaterialien (Zahnbürsten, Becher, Nierenschalen etc.).

Schlussfolgerung und Handlungsempfehlung

Die Gesundheit pflegebedürftiger Menschen und ihre Lebensqualität lassen sich verbessern, wenn Pflegende und Zahnmedizin zusammenarbeiten. Das heißt, zum einen sollte die zahnärztliche Versorgung in Einrichtungen/Hausbesuche verbessert bzw. sichergestellt werden, zum anderen muss aber auch die Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte in der Thematik „Zahn-, Mund-, Zahnersatzpflege“ stark verbessert werden. In dieses Handlungsfeld kann sich der öffentliche Gesundheitsdienst gut einbringen. Es ist ein neues Betätigungsfeld, was vor dem Hintergrund der zu erwartenden demographischen Entwicklung und der erkennbaren defizitären Pflegesituation in Heimen ein wichtiges Ziel sein sollte. Mehr Gesundheitsämter sollten sich auf den Weg machen, um einen Beitrag zur Mundgesundheit und Lebensqualität von Senioren zu leisten.

Korrespondenzadresse:

Dr. Sibylle Bausback-Schomakers
 Gesundheitsamt Frankfurt am Main
 Breite Gasse 28
 60313 Frankfurt
 E-Mail: sibylle.bausback-schomakers@stadt-frankfurt.de

Abb. 5: Reinigungsmöglichkeiten bei kombiniertem Zahnersatz



Dr. J. Frühbuss

Myanmar – Im Land der goldenen Pagoden

Ich sitze am Schreibtisch und suche einen Flug nach Myanmar. Die Flugzeit ist lang und ich habe die Möglichkeit zu wählen zwischen einem sehr langen Flug von 12 Stunden nach Bangkok und dann zurück nach Yangon oder zwei kürzeren Flügen mit jeweils 7 Stunden Flugzeit. Beide Male sitze ich dann und warte auf den Anschlussflug. Bequem ist es wirklich nicht nach Myanmar, meiner Wunschdestination, zu fliegen, aber ich war schon 12 mal dort und im Mai geht es wieder los. Was tun wir dort? 2008, noch vor dem verheerenden Wirbelsturm Nargis, der über 100.000 Tote zurückgelassen hat, waren mein Mann und ich das erste Mal als Zahnärzte in Myanmar. Damals noch unter der Militärregierung, ein Land völlig abgeschlossen von der Welt im vermeintlichen Dornröschenschlaf ... wie es uns die Presse immer wieder vermitteln wollte. Stattdessen trafen wir auf eine recht gut informierte Bevölkerung, die sich im Laufe der Jahre mit der politischen Situation irgendwie abgefunden hatte. Es gab damals schon viele Printmedien, da die Alphabetisierungsrate in Myanmar sehr hoch ist (92,3 %). Rückständig war nur die Alltagstechnik, wie Fernsehen und Internet, die Importsteuern für Waren wie z. B. Autos waren sehr hoch und deshalb konnten sich auch nur wohlhabende Leute solche Dinge leisten.

Myanmar ist in seiner Ausdehnung zwei Mal so groß wie Deutschland. Nach dem neuesten Zensus vom 29. März 2014 leben 51.419.420 Menschen in Myanmar. Ca. 33 % der Bevölkerung wohnen in den ländlichen Gebieten. In der Großstadt Yangon leben rund sechs Millionen Menschen und Mandalay, die zweitgrößte Stadt, hat ca. 1,2 Mio. Einwohner. Myanmar ist mit seinen 135 verschiedenen Ethnien ein multikultureller Staat mit allen positiven Effekten, aber auch schwierig zu lösenden Problemen durch die kulturelle und historische Vergangenheit. Konflikte entstehen meist in den umfangreichen Grenzgebieten zu Bangladesch (193 km), VR China (2.185 km), Indien (1.463 km), Laos (235 km) und Thailand (1.800 km). Weil sich die verschiedenen Volksgruppen in den grenznahen Regionen häufig mit der Hauptgruppe der Bevölkerung, den Bamar oder Burmesen, nicht verwandt fühlen, bestehen sie auf Eigenständigkeit. Diese



Abb. 1:
Ankündigung
unserer Arbeit
in Myanmar

Konflikte sind in erster Linie darauf zurückzuführen, dass Großbritannien zum Ende der Kolonialzeit diesen Völkern unzulässiger Weise ebenfalls die Unabhängigkeit versprochen hatte, dieses Versprechen aber nicht eingehalten werden konnte. Die bis heute bestehenden Auseinandersetzungen können nur langsam durch die neue Regierung gelöst werden.

Von 1962 bis 2011 wurde das Land von einer Militärregierung geführt. Nach dem Regierungswechsel wurden viele politische Parteien gegründet, von denen jedoch nur eine kleine Anzahl an den Wahlen teilnahm, u. a. die National League of Democracy der Nobelpreisträgerin Aung San Sui Kyi. Die Einschätzung der politischen Situation ist Außenstehenden ohne profunde Kenntnis der Geschichte, aber auch der gesellschaftlichen Verflechtungen im Land unmöglich. Durch die politische Abgeschlossenheit in den über 50 Jahren der Militärregierung haben sich gesellschaftliche Gruppen gebildet, die auch heute noch stark in die Regierungsarbeit eingebunden sind. Ein besonderes Merkmal der burmesischen Gesellschaft liegt allein schon in der Schwierigkeit, keine Familiennamen zu haben. Familiäre Zusammenhänge sind so nur „Vertrauten“ erkennbar.

Viele Dinge habe ich in den letzten Jahren hier gelernt, vor allem nie sicher zu sein, ob meine Meinung oder Einschätzung einer Situation auch stimmt. Auf den ersten Blick erscheint Vieles klar und einleuchtend, stellt sich aber bei näherem Hinsehen als eine völ-

lige Fehleinschätzung heraus. Gerade diese, für den westlichen Besucher so schwierig auszuhaltende Unsicherheit, muss gelernt und akzeptiert werden, wenn man erfolgreich in Myanmar arbeiten will. Viele Entscheidungen werden verzögert, wenn man sich unsicher über deren Richtigkeit ist und deshalb ist Geduld das Wichtigste, was man als Ausländer lernen muss.

Nach unserem ersten Aufenthalt war sofort klar, dass unsere gut gemeinte Arbeit in Myanmar legalisiert werden sollte. Deshalb wandte ich mich 2009 an die Myanmar Dental Association um zu zeigen, dass wir nicht ohne Genehmigung der örtlichen Organisationen und des Gesundheitsministeriums arbeiten wollten. Durch den guten Kontakt zu Oliver Esser, einem Deutschen, der inzwischen seit 20 Jahren in Myanmar lebt und seit vielen Jahren die Arbeitsgenehmigungen für deutsche Ärzte beantragt, bekamen wir immer die erforderlichen Papiere.

Diese kleine Einführung soll auf die komplexe gesellschaftliche Struktur aufmerksam machen, denn Myanmar ist ein Land mit einer alten, sehr umfangreichen administrativen Gesetzgebung. Viele Verordnungen bestanden schon vor Beginn der Kolonialzeit, viele Gesetze sind durch die Engländer eingeführt worden, u. a. auch die Studienordnungen für Medizin und Zahnmedizin. Die Ausbildungsstrukturen an den Universitäten wurden in vielen Fächern von den Briten übernommen und haben noch heute Gültigkeit.

Es gibt zwei große zahnärztliche Organisationen, das **Dental Council** und die **Myanmar Dental Association**.

Das **Dental Council** (die Zahnärztekammer) ist nicht, wie in Deutschland, eine Organisation der Selbstverwaltung, sondern von der Regierung eingesetzt. Das Dental Council Law (das Kammergesetz) schreibt sehr detailliert die Regularien für die Aufnahme einer



Abb. 2: Dr. Angelika Ernst bei der Behandlung



Abb. 3: In einer Klosterschule in Yangon – Dr. Ernst und Dr. J. Frühbuss bei der Untersuchung

Arbeit in Myanmar vor (The State Peace and Development Council Law No. 15/2011). In Kapitel 10, Absatz 23a steht, dass jeder ausländische Zahnarzt mit einem regulären Abschluss in Zahnmedizin, der in Myanmar arbeiten will, bei der Kammer eine zeitlich begrenzte Genehmigung beantragen muss. In Kapitel 13 wird unter Absatz 32 darauf hingewiesen, dass niemand ohne einen Abschluss in Zahnmedizin diese Tätigkeit ausüben darf. In Absatz 36 verweist man darauf, dass die Nichtbefolgung mit einer Gefängnisstrafe von mindestens 5 Jahren geahndet werden kann. Eine Tätigkeit ohne Genehmigung kann also sehr unangenehme Folgen haben, deshalb sollte es ernst genommen werden.

Seit 2015 erhebt man für die Erteilung einer temporären Arbeitsgenehmigung von jedem ausländischen Zahnarzt Verwaltungsgebühren in Höhe von 100,00 EUR.

Die **Myanmar Dental Association** (MDA, zahnmedizinische Fachgesellschaft) ist in der Struktur nach den sieben States und sieben Divisions gegliedert. Zum besseren Verständnis gleichen sie unseren Bundesländern, in

jedem Bundesland gibt es eigene Strukturen mit einem Vorsitzenden und seiner Vertretung. Die MDA hat ca. 1500 Mitglieder.

Über die Gesamtzahl der Zahnärzte in Myanmar gibt es nur ungenaue Angaben. Das Gesundheitsministerium hat in seinem Bericht von 2014 die Anzahl der Dental Surgeons mit 3219 angegeben, davon arbeiten 782 in staatlichen Diensten, d. h. in örtlichen Krankenhäusern. Zahnärztliche Krankenschwestern, das sind Krankenschwestern, die eine Zusatzausbildung in Zahnmedizin haben, wurden zahlenmäßig mit 357 angegeben (Health in Myanmar 2014, www.moh.gov.mm).

Im Verhältnis zur Bevölkerung ist die Anzahl der Zahnärzte erschreckend gering. Diese Unterversorgung kommt besonders in ländlichen Gebieten zum Tragen, da die meisten Zahnärzte in den Städten arbeiten. Um ein Minimum an Versorgung zu gewährleisten, sind die burmesischen Zahnärzte verpflichtet, an „Exkursionen“ teilzunehmen, die das Dental Council einmal monatlich durchführt.

Zu Beginn unserer Tätigkeit, im Jahr 2008, haben wir verschiedene Regionen besucht, in Klosterschulen und Waisenhäusern gearbeitet, aber nach und nach auch eine feste Arbeitsmöglichkeit gesucht, denn das Reisen mit schwerem Gepäck ist sehr anstrengend und teuer, weil auch die dortigen Fluggesellschaften eine Gebühr für Übergepäck verlangen.

Heute haben wir drei komplette Ausrüstungen mit mobilen Dental-Einheiten sowie eine neue, fest installierte Einheit in Linthar, einem unserer Haupteinsatzorte, gelegen an der Westküste im Rakhine Gebiet. Ein weiterer Einsatzort liegt im Osten Myanmars, auf einer Insel im Irrawaddy Delta. Hier arbeiten wir in einer Klinik in Kayin Chaung. Auch in Yangon steht gut verpackt eine komplette Ausrüstung für den mobilen Einsatz in der Stadt und der näheren Umgebung. Das mobi-

le Röntgengerät nehmen wir immer mit, ebenso die Anästhetika und Füllungsmaterialien, die bei den tropischen Temperaturen schnell unbrauchbar werden und so keine längere Lagerung vertragen.

Unser letzter Einsatz war im Zeitraum vom 20. Oktober 2014 bis zum 15. Februar 2015. Neben der zahnärztlichen Tätigkeit an verschiedenen Einsatzorten kamen wir dem Wunsch der örtlichen Zahnärztekammer nach und organisierten mit einem unserer Mitglieder einen Zahntechnik-Workshop.

Da wir kein ständiges Personal vor Ort haben, können neue Mitarbeiter nicht ohne Begleitung an unseren Einsatzplätzen arbeiten. Diesmal reiste ich mit den Zahnärzten Dr. Roland und Angelika Ernst sowie Dr. Switek mit Frau Barara nach Myanmar, um sie mit den örtlichen Gegebenheiten vertraut zu machen und den Kontaktpersonen vorzustellen.

In den ersten Wochen wurden etwa 400 Kinder einer Grundschule in Linthar untersucht und bei Bedarf direkt behandelt. Danach versorgten wir in Yangon eine Blindenschule mit ca. 120 Kindern und Jugendlichen, sowie eine buddhistische Klosterschule mit 100 Kindern. Die Kinder, die in solchen Einrichtungen leben, haben im Vergleich zu Kindern, die zu Hause wohnen, weniger Karies, weil der Zugang zu Süßigkeiten sehr begrenzt ist. Trotzdem sind auch hier noch viel zu viele Extraktionen nötig.

Zum dritten Einsatzort reisten wir gemeinsam mit drei burmesischen Zahnärzten in ein völlig unterversorgtes Gebiet in der Nähe der Grenze zu Bangladesch. Bekannt ist Mrauk U als eine archäologisch bedeutende Stadt innerhalb des Rakhine-Staates im Westen Myanmars. Die ursprünglich 4000 Pagoden sind zum Teil gut erhalten, zum Teil aber auch durch die klimatischen Bedingungen in dieser Region verfallen.



Abb. 4: Zahnarzt Axel Frühbuss bei der Arbeit



Abb. 5 und 6: Dr. Wynn Kyaw im Gespräch mit Dr. Juliane Frühbuss; Dr. Helmut Brinkmann mit der neuen Assistentin Khin San Wai



Der Weg dorthin ist recht beschwerlich. Mit dem Flugzeug fliegt man nach Sittwe und dann fährt man noch 7 Stunden mit dem Boot. Unser Ziel ist ein kleines Krankenhaus. Wenn wir in Kliniken arbeiten, ist es Pflicht, burmesische Zahnärzte als Begleitung mitzunehmen. Wir werden dort dringend erwartet, da der nächste und einzige Zahnarzt 4 bis 5 Stunden Busfahrt entfernt ist. Die Bevölkerung leidet sehr unter der Nichtversorgung der Munderkrankungen. Eine der Ursachen für die schlechte Mundgesundheit ist das häufige Kauen von Betelnüssen.

Die Früchte der Areka-Palme werden zerstoßen und in ein mit gelöschtem Kalk bestrichenes Blatt des Betelpfeffers gerollt. Wegen des bitteren Geschmacks werden häufig Gewürze wie Pfefferminze, Lakritze oder auch Kautabak hinzugegeben. Es erhöht das Wohlbefinden, wirkt gegen Müdigkeit und dämpft den Appetit. Regelmäßiges Kauen kann neben angegriffener Schleimhaut und tiefroten bis schwarzen Ablagerungen auf den Zähnen auch Mundhöhlenkrebs verursachen. Oft kommt es auch zu Absplitterungen der Zahnschmelzsubstanz.

Unsere Hauptarbeit bei diesen Exkursionen ist in erster Linie Chirurgie. Da die Patienten in der Regel noch nie versorgt wurden, wird von uns eine ausreichende Kompetenz erwartet. In den drei Tagen unserer Anwesenheit kamen 300 Patienten zur Behandlung. Wir hätten die Zeit gern verlängert, aber unsere Reisepläne ließen sich nicht mehr ändern.

In Gebieten, in denen wir noch nicht so lange arbeiten, werden in erster Linie Extraktionen gemacht. Erst nach einigen Aufenthalten und im Verband mit mehreren Zahnärzten können auch Füllungen gemacht werden. In

Linthar zum Beispiel sind wir jetzt seit 2008 tätig und die Menschen kennen und schätzen unsere Arbeit. In den sieben Schulen der Region von Ngapali Beach haben wir alle Kinder untersucht und im nächsten Jahr können wir dank unserer neuen burmesischen Mitarbeiterin, Khin San Wai, ein präventives Angebot starten. Ein solches Projekt sollte bereits in den letzten Jahren ins Leben gerufen werden, aber die Sprachbarrieren sind doch zu hoch. In manchen Schulen funktioniert es gut, weil wir auf motivierte und vor allem englisch sprechende Lehrer treffen. Viele Lehrer sprechen jedoch kaum englisch und wir natürlich kein burmesisch, so dass einige praktische und organisatorische Dinge besprochen werden können, nicht jedoch ein umfangreicheres Angebot zur Gesundheitserziehung.

Durch die Schulung unserer neuen Mitarbeiterin und die Übersetzung des Angebotes ins Burmesische soll die Situation weiter verbessert werden. Wir werden einen Beamer kaufen, der die bisher verwendeten Tafeln ersetzen kann. Ein weiterer Ansatz ist die

enge Kooperation mit der burmesischen Köche-Vereinigung. Hier haben wir bereits Informationsmaterial erstellt, das den Kindern die Bedeutung von gesunder Ernährung zeigen soll. (Abb. 7)

In den letzten beiden Monaten haben mein Mann Axel Frühbuss und Dr. Helmut Brinkmann noch einmal fast 900 Patienten der Dorfbevölkerung in Kayin Chaung und der Ngapali Beach Region sowie fast alle Schulkinder untersucht und behandelt. Fazit der gesamten Reise: Es wurden ca. 1900 Patienten durch die Mitglieder unseres Vereins untersucht und behandelt. Die Kosten für Reise, Unterkunft und Verpflegung tragen die Mitglieder selbstverständlich selbst. Der Verein finanziert ausschließlich Geräte, Instrumente und Material.

In diesem Monat wurde die Steuererklärung beim Finanzamt Oberndorf für die letzten drei Jahre eingereicht und wir erwarten, erneut die „Gemeinnützigkeit“ für die nächsten Jahre zu erhalten. Dann wird auch ein Antrag bei Transparency International gestellt werden, der mit seinem Siegel der „Transparenten Zivilgesellschaft“ die Nachvollziehbarkeit unserer Ausgaben bestätigen kann.

Spenden werden gern entgegen genommen. Auf Wunsch erhält man unter Angabe des Namens und der Adresse eine Spendenbescheinigung von unserem Verein.

Vereinskonto:

DAB München, Dr. Juliane Frühbuss (Myanmar)
IBAN: DE 70701 20 400 32 33 66 4006
BIC Swift Code: DAB BDE MM XXX

Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Juliane Frühbuss MPH, MBH
Via Bellera 23, 22010 Pianello del Lario (Co.), Italien; E-Mail: pianello@web.de

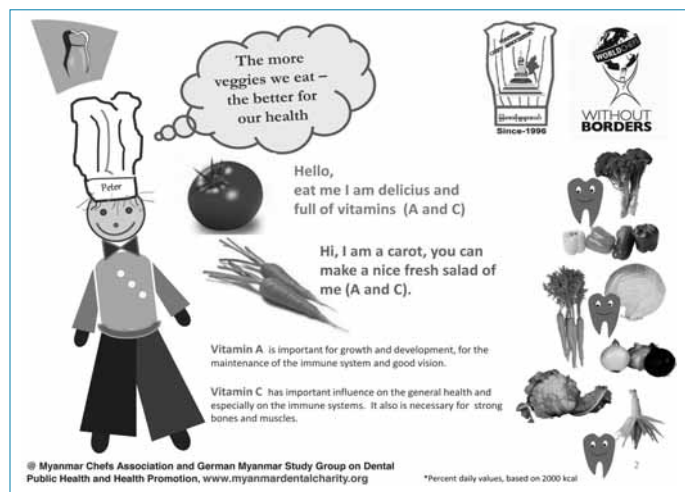


Abb. 7: Informationsmaterial zur gesunden Ernährung

Brandenburg an der Havel hat ein Herz für Kinderzähne

Das Motto „Gesund beginnt im Mund – ein Herz für Zähne“ wurde in der Stadt Brandenburg an der Havel zum Anlass genommen, um auf Angebote, die es für gesunde Kinderzähne gibt, aufmerksam zu machen.

Ab dem 1. Milchzahn werden die Kinder in der Kita und Tagespflege jährlich zahnärztlich untersucht. In spielerischer Atmosphäre erleben die Kinder mit dem Zahnputzmaskottchen KROCKY die gruppenprophylaktische Betreuung und Eltern werden über Behandlungsnotwendigkeiten informiert. Dass und wie man Milchzahnkaries vermeiden kann, darüber informieren der Zahnärztliche Dienst, Zahnärzte, Kinderärzte, Erzieher sowie die Familienhebamme und Familienpaten. Die Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für „Mutter & Kind“ sowie „Vorschulkinder“, themenspezifische Flyer, die Internetseite www.brandenburger-kinderzaehne.de und nicht zuletzt das Präventionsprogramm

„Kita mit Biss“ tragen dazu bei, dass Kinderzähne gesund bleiben. In 40 Kitas und 10 Tagespflegestellen sind praktikable Handlungsleitlinien, wie der zuckerfreie Vormittag, kauintensive Obst- und Gemüsezwischenmahlzeiten und das tägliche Zähneputzen Standard im Kita-Alltag geworden. Das Abstellen der Lutschgewohnheiten zu fördern, gehört ebenfalls dazu und daraus entstand in Zusammenarbeit mit vielen Partnern das „Nuckelbaum-Projekt“.

Kinder brauchen oft einen Nuckel als Tröster oder zum Einschlafen. Um Zahn-, Kiefer- und Zungenfehlstellungen sowie Sprachentwicklungsstörungen zu vermeiden, sollte das Nuckeln jedoch bis zum 3. Geburtstag abgewöhnt werden. Ein „Nuckelbaum“, an dem Nuckel befestigt werden können, kann das erleichtern. Dieser Brauch aus Dänemark ist weltweit Tradition.

Ein „Nuckelbaum“ für die Stadt Brandenburg an der Havel

Die Idee hat Frau Vogel, Leiterin der Kita „Sunnykids“, aufgegriffen und bewarb sich mit einem Konzept bei der BRAWO-Aktion „Traumtaler“. Das Konzept überzeugte und ein „Nuckelbaum“ konnte mit „Traumtalern“ finanziert werden. Die Spiel Bau GmbH hat ihn angefertigt und im DRK-Kinderdorf aufgestellt. Von einem Graffiti-Künstler wurde er mit einem Riesennuckel versehen und am 09.09.2014 mit einem fröhlichen Kinderfest eingeweiht.

Der zu diesem Anlass herausgegebene Flyer „Ohne Nuckel spricht es sich besser“ gibt Eltern Tipps zum Abgewöhnen von Lutschgewohnheiten und informiert über den „Nuckelbaum“, an dem inzwischen schon viele Nuckel hängen.

Dr. Gudrun Rojas
Zahnärztlicher Dienst
der Stadt Brandenburg an der Havel
E-Mail:
Gudrun.Rojas@stadt-brandenburg.de

Ohne Nuckel spricht es sich besser

Liebe Eltern,

für viele Kinder sind Nuckel oder Daunen kleine „Freunde“. Sie beruhigen und trösten. So manchem Kind fällt der Abschied deshalb besonders schwer und das Abgewöhnen ist nicht immer einfach.

Ihre Hilfe, Zuneigung und Konsequenz sind ausschlaggebend für den Erfolg!

Der zu lange Gebrauch von Nuckel oder Daunen (über den 3. Geburtstag des Kindes hinaus), aber auch ungeeignete Berührungssauger (angessene Größe, falsche Beschaffenheit) können Folgen für die Gesundheit Ihres Kindes haben, die Sie kennen sollten:

- Zahn- und Kieferfehlstellungen (insbesondere lutscheffener Biss)
- undeutliches oder fehlerhaftes Sprechen
- verzögerte Sprachentwicklung
- Mandibuläre
- erhöhte Infektanfälligkeit (Atemwegsinfektionen, Mittelohrentzündung)

www.brandenburger-kinderzaehne.de

Im Alter von 2 bis 3 Jahren sind alle Milchzähne durchgebrochen. Deshalb sollten Sie Ihrem Kind jetzt das Nuckeln abgewöhnen. Folgende Tipps können dabei helfen:

- Erklären Sie Ihrem Kind, dass es für den Nuckel schon zu groß ist.
- Oft gelingt der Verzicht auf den Nuckel oder den Daunen im Kita-Alltag bereits. Verstärken Sie nun auch Ihre häuslichen Bemühungen.
- Lassen Sie Ihr Kind mitscheiden, was mit dem Nuckel geschehen soll. Man kann ihn dem Opa schenken bzw. Weihnachtsmann schenken oder an einen „Nuckelbaum“ binden.

Eine schöne Tradition aus Dänemark, die auch in der Stadt Brandenburg an der Havel bekannt ist. Im DRK-Kinderdorf wurde ein „Nuckelbaum“ gepflanzt, der Platz für viele Nuckel hat. Ihr Kind kann seinen Nuckel, den es doch gar nicht mehr braucht, dort abhängen und sich von ihm verabschieden.

Weitere Tipps zum Abgewöhnen von Lutschgewohnheiten gibt Ihnen Ihre Zahnärztin oder das Team des Zahnärztlichen Dienstes der Stadt Brandenburg an der Havel.

Danke – Ihrem Kind zuliebe.

Tag der Zahngesundheit 2014 – Die Stadt Duisburg war auch in diesem Jahr dabei!

Wie viele Zuckerwürfel verstecken sich in einer Packung Cerealien? Wie bereitet man ein zahnfreundliches Frühstück vor? Kann so ein Frühstück überhaupt lecker schmecken? Was leuchtet da so gelb auf den Zähnen und wie kriegt man das wieder weg? Was passiert eigentlich am Zahnarztstuhl, und wie werden Zahnfüllungen gemacht? Diese und weitere Fragen konnten beim diesjährigen Tag der Zahnge-

sundheit den Schülerinnen und Schülern der GGS Kirchstraße in Duisburg-Homburg ausführlich beantwortet werden.

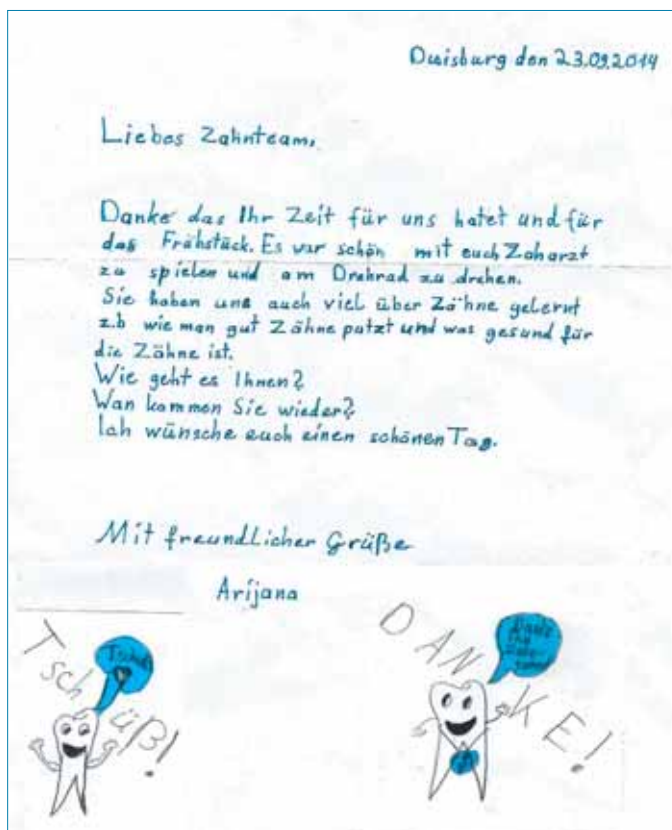
Zum Auftakt wurde allen Kindern ein gesundes Schulfrühstück angeboten. Entsprechend dem Motto „Nach dem Essen Zähneputzen nicht vergessen“ wurden die „schmutzigen“ Zähne mit einem Tropfen einer fluoreszierenden Flüssigkeit angefärbt, damit alle Beläge im Schwarzlicht

des Kariestunnels sichtbar gemacht werden konnten. Danach haben die Kinder ihre Zähne unter Anleitung der gruppenprophylaktischen Mitarbeiterinnen „blitzblank“ sauber geputzt. Um den eigenen Putzerfolg zu begutachten, durften sie das Karieszelt anschließend noch einmal besuchen.

An weiteren Stationen konnten die Schülerinnen und Schüler – unter einer

professionellen Anleitung und Aufsicht – bereitgestellte Gipsmodelle so bearbeiten, als ob das „echte Patientengebisse“ wären. Die „Kariesstellen“ wurden diagnostiziert und mit Hilfe eines „echten“ Bohrers entfernt. Danach wurden die betroffenen Zähne mit einer (Knete)Füllung wieder „gesund gemacht“. Außerdem konnten die Kinder eigene, individuelle Buttons mit Zahnmotiven basteln, tolle Preise am Glücksrad gewinnen und in der Zwischenzeit das vielfältige Infomaterial zum Thema „Zahngesundheit“ in Ruhe anschauen. Zum Schluss wurde das Zahnwissensquiz, welches schon im Vorfeld der Veranstaltung von den Schülerinnen und Schülern gelöst wurde, ausgewertet. Alle teilnehmenden Klassen sind mit einem Geldgeschenk für ihre Klassenkasse belohnt worden.

Für die eingeladenen Kindergarten-gäste gab es ein Extraangebot: Collagen aus Zeitungsausschnitten und Werbeblättern zum Thema „Gesunde Ernährung“ zum Selberbasteln.



Sowohl die Kinder als auch die Lehrerinnen und Lehrer waren begeistert, ebenso das Team des Zahnärztlichen Dienstes und die gruppenprophylaktischen Mitarbeiterinnen des Arbeitskreises Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg e. V.

Es war mit Sicherheit eine tolle Erfahrung für alle Beteiligten. Die Veranstaltung zum Tag der Zahngesundheit in Duisburg wurde vom Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg e. V. personell und finanziell unterstützt. Frisches Obst und Gemüse für das zahnfreundliche Frühstück spendete die FrischeKontor Duisburg GmbH.

Dr. Y. Jonczyk
Zahnärztlicher Dienst Duisburg
Y.Jonczyk@stadt-duisburg.de



Die Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Kreis Schleswig-Flensburg e. V. berichtet

Wie in den vergangenen Jahren hat auch in diesem Jahr die Zahn AG des Kreises Schleswig-Flensburg anlässlich des Tages der Zahngesundheit Ende September nun schon zum dritten Mal eine Woche der Zahngesundheit veran-

staltet. Dieses Jahr begann die „Tournee“ im Kindergarten in Kleinsolt und führte dann über die Grundschulen in Eggebek, Erfde und Böklund nach Schleswig ins Gesundheitsamt. Fast 500 Kinder und 50 Lehrer und Erzieher

erlebten die Geschichte des kleinen Piratenmädchens Clara, die es schafft, den Piraten und auch einem Seeungeheuer das Zähneputzen beizubringen. Anhand einer Bildergeschichte erzählte Martina Brüggemann, als Pirat verkleidet, wie Clara, das kleine Piratenmädchen, gespielt von der Zahn AG Mitarbeiterin Petra Hermes, es schafft, eine Zahnbürste an Bord eines Piratenschiffes zu schmuggeln und die Piraten, urkomisch verkörpert von der dritten Gruppenprophylaxe Mitarbeiterin Mechthild Zigahn-Iken, dazu bringt sich die Zähne zu putzen. Sogar das See-monster Kati, gespielt von der Jugendzahnärztin Frau Dr. Stappert, hilft mit seinem Riesengebiss den Kindern zu zeigen, mit welchen Formeln die Zähne in 3 Minuten sauber werden. So rufen alle gemeinsam: „HIN und HER – ist nicht schwer, von ROT nach WEISS – immer im Kreis und INNEN wischen – Zahn erfrischen“. Zur Belohnung nimmt jeder der kleinen Zuschauer eine von den Krankenkassen gestiftete Zahnbürste mit nach Hause, nachdem das Zahnputzritual noch einmal geübt wurde.

Die Schulleiterin der Böklunder Grundschule, Frau Juhasz, brachte es auf den Punkt: „Vielen Dank! Auch uns Erwachsenen hat die Aufführung viel Spaß gemacht und die Kinder haben spielerisch wieder viel gelernt!“

Kein Wunder, dass es im nächsten Jahr wieder ein Theaterspiel im Gesundheitsamt geben wird. Und bis dahin sind die Mitarbeiterinnen der Zahn AG im ganzen Kreis mit Krocky, dem Zahnputzkrokodil, unterwegs, um das diesjährige Motto des Tages der Zahngesundheit umzusetzen: „Gesund beginnt im Mund – je früher, desto besser!“.

Dr. Christiane Stappert
Fachdienst Gesundheit
Zahnärztlicher Dienst
Kreis Schleswig-Flensburg
E-Mail:
dr.christiane.stappert@schleswig-
flensburg.de



Abb. 1:
Tag der Zahngesundheit 2014 in der Grundschule in Böklund



Abb. 2:
Die Mitarbeiterinnen der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Kreis Schleswig-Flensburg: Dr. Ch. Stappert als Seeungeheuer, M. Zigahn-Iken, M. Brüggemann und P. Hermes als Piraten



Abb. 3:
Mit Kindern aus Schleswiger Kindergärten

„Barrierefrei²“ zum Thüringer Zahnärztetag 2014

Alle zwei Jahre kommen rund 1.300 Zahnärztinnen und Zahnärzte, Praxispersonal, Zahntechniker aber auch Auszubildende und Zahnmedizin-Studenten auf die Erfurter Messe, um die mehr als 40 Vorträge und Workshops zu besuchen. Aber auch etwa 90 Aussteller informieren auf der begleitenden Dentalausstellung über ihre neuesten Produkte und Dienstleistungen.

In diesem Jahr präsentierte sich die Landeszahnärztekammer Thüringen unter dem Motto „Barrierefrei²“ und spielte damit nicht nur auf die möglichst ungehinderte Erreichbarkeit der Zahnarztpraxen für ältere und behinderte Menschen an, sondern wollte auch ihren Partnern die Möglichkeit bieten, sich gemeinsam darzustellen.

„Gerade diese Thematik bietet aus unserer Sicht vielfältige Schnittmengen zwischen dem ÖGD, der von Ihnen vertretenen großen Gruppe der beim ÖGD tätigen Zahnärzte, und uns. Exemplarisch sei hier unser gemeinsames Engagement im Rahmen der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. oder des Tages der Zahngesundheit genannt. Ein weiteres Feld unserer gemeinsamen Aktivität liegt im Bereich der Weiterbildung, wo Sie uns mit Ihrem Sachverstand bei der Entwicklung der neuen Weiterbildungsordnung unterstützt haben. Diese nun mit Leben zu füllen ist eine der anstehenden Aufgaben.“, so der Geschäftsführer der Zahnärztekammer, Ass. jur. Henning Neukötter, in seinem Anschreiben an die Landesstellenleiterin des BZÖG, Frau Dipl.-Stom. Sabine Ulonska.

Neben dem Thüringer Gesundheitsministerium, der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. AGETHUR, der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. und vielen anderen stellten sich am 28. und 29. November 2014 erstmalig auch die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als Partner der Landeszahnärztekammer Thüringen vor.

Interessiert zeigten sich Zahnärztinnen, Zahnärzte und Prophylaxehelferinnen, die im Rahmen einer Patenschaft eine Kindertagesstätte betreuen. Hier wurde nach neuen Prophylaxe-Materialien oder organisatorischen Details gefragt, was zum Teil auch der unmittelbaren Nähe der Ausstellungsfläche der LAGJTh. e. V. geschuldet war.

Das Interesse bei den übrigen niedergelassenen Zahnärzten zu wecken ist aber ohne Werbegeschenke und ansprechende Flyer nicht gelungen, woraus sich schlussfolgern lässt, dass der ÖGD im Allgemeinen und der BZÖG im Speziellen kaum bekannt sind. Aus Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen



weiß man, dass nur Wenige eine genaue Vorstellung von den vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst haben. Um so wichtiger ist

eine attraktive Präsentation nach Außen bei jeder sich bietenden Gelegenheit.

Erdmuth Kettler
Landesstelle Thüringen

Schämen verboten!

Sie wollten als BZÖG-Mitglied gerade doch einmal im internen Bereich der Internetseite nach einem Faltblatt für die nächste Veranstaltung in unserer Mediensammlung sehen – und wieder erscheint „Anmeldung fehlgeschlagen!“? Also stimmen Benutzername und/oder Passwort nicht.

Beim Versuch ein neues Passwort anzufordern, gibt es die Auskunft „Kein passendes Konto gefunden“? Dann ist die verwendete E-Mail-Adresse nicht im System hinterlegt.

Jetzt heißt es: nicht aufgeben! Einfach unter „Kontakt“, was rechts oben zu finden

ist, eine Nachricht hinterlassen – die Hilfe kommt, nicht sofort, aber meisten innerhalb des nächsten Tages!

Und sollte dann die Anmeldung gelingen, ist es sinnvoll, auf „Meine Seite“ die eigenen Daten zu kontrollieren. Diese sind außer für Sie nur für die Geschäftsführerin und die Internet-Redakteurin sichtbar. Mit einem Haken beim Newsletter werden auch Sie informiert, wenn es etwas Neues gibt.

Dr. Grit Hantzsche
Redaktion Internet
hantzsche@bzoeg.de

Kongressprogramm 2015

Donnerstag, 23.04.2015 · Sitzungen Block I von 10:00 Uhr – 12:00 Uhr; Moderation: Frau Dr. Zyriax/Frau Dr. Sauerland

Uhrzeit	Vortrag	Referent
10:00	Begrüßung	Frau Dr. Sauerland
10:15	Mal ernst, mal heiter – Kinderzahngesundheit in Mecklenburg-Vorpommern	Frau Dr. Zyriax/Frau Dipl.-Stom. Falk
10:45	Erste Erfahrungen zur Anwendung des ICDAS im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen	Herr Dr. Pfaff
11:15	Trends und Einflussfaktoren der Zahngesundheit von Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt: Auswertung der Daten des ÖGD im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung	Herr Dr. Wahl
11:45	Diskussion	

Freitag, 24.04.2015 · Sitzungen Block II von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr, Moderation: Frau Dr. Breitenbach/Frau Dr. Wempe

Uhrzeit	Vortrag	Referent
9:00	Kariöse Initiailläsionen: Fluoridierung, Versiegelung oder Infiltration?	Herr Prof. Splieth
9:30	Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung – Ergebnisse einer Langzeitstudie	Frau Dr. Meyer
10:00	Diskussion/Pause	
10:45	Moralen – Inzisiven – Hypomineralisation: Ein Überblick.	Frau Dr. Giraki
11:15	Postervorstellungen/Silbernes Ehrenzeichen	Herr Dr. Schäfer
11:45	Diskussion	

Freitag, 24.04.2015 · Sitzungen Block III von 14:00 Uhr bis 16:45 Uhr, Moderation: Frau Dr. Hantzsche/Frau Dipl.-Stom. Kettler

Uhrzeit	Vortrag	Referent
14:00	Früherkennung kariöser Läsionen in der Reihenuntersuchung – Wie geht das?	Herr PD Kühnisch
14:30	Evidenz ist gleich Versorgung? – Das Beispiel der Kariesexkavation	Herr Dr. Schwendicke
15:00	Diskussion/Pause	
15:30	Mundgesundheit für junge Familien. Saubere Zähne, gesundes Zahnfleisch – von Anfang an.	Frau Dr. Farhumand
16:00	Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern	Frau Dr. Löw
16:30	Diskussion	



Delegiertenversammlung BZÖG 17:00 Uhr

Samstag, 25.04.2014 · Sitzungen Block IV von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr, Moderation: Herr Dr. Petrakakis/Herr Dr. Niekusch

Uhrzeit	Vortrag	Referent
9:00	Verhaltensformung und Hypnose in der Kinderbehandlung	Herr Dr. Kuwatsch
9:30	Zähneputzen – Videobeobachtungen von Mundhygieneverhalten	Herr ZA Winterfeld
10:00	Diskussion/Pause	
10:45	Gibt es eine Chance für Füllungen in Milchzähnen?	Frau Dr. Santamaría
11:15	Verbesserung der Mundgesundheit von demenziell erkrankten Senioren im Pflegeheim	Dr. Zenthöfer
11:45	Diskussion	

Ansprechpartner: Dr. Uwe Niekusch
Telefon: 06221-522 1846
E-Mail: info@agz-rnk.de

25 Jahre Software aus Dresden – wir gratulieren!

Ob auf dem Gebiet Gesundheit & Soziales, Umwelt & Objekthygiene oder Abfallwirtschaft – die Firma easy-soft GmbH Dresden hat für viele Anwendungsbereiche passende Softwareprodukte.

Gegründet wurde das heute mittelständige IT-Unternehmen am 22. Februar 1990. Noch im selben Jahr wurden die beiden ersten Anwendungsprogramme vorgestellt: das Datenbanksystem easy-card sowie das geografische Informationssystem easy-GIS.

Ab 1995 ersetzt das Programmsystem Octoware® in den Bereichen Gesundheit und Gewerbe Schritt für Schritt das Vorgängerprodukt easy-card. Octoware® Gesundheit ist ein komplexes Datenbanksystem für die verschiedenen Aufgaben in den Gesundheitsämtern und dient auch zur Erfassung und Auswertung medizinischer Befunde. Im Jahr 2000 wird die Software bereits in über 150 Gesundheitsämtern in

11 Bundesländern eingesetzt. Mit dem Modul Zahnärztlicher Dienst arbeiten inzwischen viele Kolleginnen und Kollegen.

Die Umstellung der einzelnen Fachbereiche im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf das neu entwickelte Programmsystem OctoWare®TN begann 2008. Seit 2012 gibt es die neue Version auch für Zahnärztliche Dienste.

Die Firma easy-soft GmbH Dresden inseriert seit 2001 in unserer Verbandszeitschrift.

Zum diesjährigen Firmenjubiläum gratulieren wir herzlich und wünschen weiterhin viel Erfolg.

Im Namen des Vorstandes des BZÖG

Erdmuthe Kettler
Redakteurin

Termine

08.05.2015

Präventions- und Mundgesundheitstag 2015

Tagungsort: ATLANTIC Kongress Hotel Essen
Infos unter: www.praevention-mundgesundheit.de

09.05.2015

Frühjahrstagung der Thüringer Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Jena e. V. (TGZMK)

Tagungsort:
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8 · 99425 Weimar
Infos unter: www.tgzmk-tagung.de

11.09.2015 – 12.09.2015

12. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin auf der: Fachdentale Leipzig – Fachmesse für Zahnarztpraxen und Dentallabors
Infos unter: www.oemus.com

Aktuelle Termine finden Sie auch auf www.bzoeg.de

