

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



BUNDESVERBAND
der Zahnärztinnen und Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

49. Jahrgang / März 2019 www.bzoeg.de

Stufenmodell bei erhöhtem
(Be-)Handlungsbedarf

Zahnärztlicher Dienst im
Kieler Gesundheitsbericht

Zukunftsforum
Öffentliche Gesundheit



Sicherheits- und Wirkungsaspekte beim Einsatz von Fluoriden

1.19

EDITORIAL



**Dr. Sibylle
Bausback-Schomakers**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Landesstelle Hessen freut sich, viele von Ihnen persönlich auf dem 69. Wissenschaftlichen Kongress unserer Verbände in Kassel begrüßen zu dürfen.

Das diesjährige Leitthema „**Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Mitten in der Gesellschaft**“ bietet zum einen Raum, die vielfältigen Gesundheitsdienstleistungen und Angebote des ÖGD und deren Bedeutung für die Gesellschaft darzustellen, zum anderen muss und kann auch in diesem Rahmen über die Probleme des ÖGD und die Folgen für die Gesellschaft diskutiert werden. Dazu seien nur die Auswirkungen des Nachwuchsmangels für einige Gesundheitsämter genannt. In Kassel werden sich wieder viele Gelegenheiten für den fachlichen Austausch und für kollegiale Zwiegespräche bieten.

Mit ca. 200.000 Einwohnern stellt die documenta-Stadt das kulturelle und wirtschaftliche Zentrum Nordhessens dar. Kassel ist landschaftlich sehr schön eingebettet und reich an Parks und Grünanlagen. Weltweites Renommee genießt Europas größter Bergpark mit Schloss Wilhelmshöhe, den Wasserkünsten, dem Herkules sowie der Löwenburg, der seit Juni 2013 den Titel Weltkulturerbe tragen darf.

Weiterhin verfügt Kassel über eine einzigartige Museumslandschaft. So ist das Museum für Sepulkralkultur mit seinen Themenfeldern in seiner Form einzigartig. In der Galerie Alte Meister im Schloss Wilhelmshöhe kann man unter anderem eine der größten Sammlungen des berühmten Malers Rembrandt bestaunen.

Die bekanntesten Söhne der Stadt sind die Gebrüder Grimm, wodurch Kassel als eine der wichtigsten Stationen an der Deutschen Märchenstraße gilt.

Auch die Jugendzahnpflege hat in Hessen eine lange Tradition: OMedRat Dr. Hans-Joachim Tholuck (1888 – 1972), der als Schulzahnarzt ein eigenes System zur schulischen Zahnpflege entwickelte, führte diesen Begriff ein. Er entwarf das **Frankfurter System**: die Untersuchung der Kinder erfolgte in haupt- oder nebenamtlich besetzten Schulzahnpflegestellen, die notwendigen Behandlungen wurden überwiegend in Praxen durchgeführt.

In Hessen ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gut aufgestellt: Zur Umsetzung existieren neben der Landesarbeitsgemeinschaft (LAGH) 21 Arbeitskreise Jugendzahnpflege (AKJ). Hier arbeiten die gesetzlichen Krankenkassen, die zahnärztlichen Teams des Gesundheitsamtes (Jugendzahnärzte) und die Zahnarztteams in freier Praxis („Patenschaftszahnärzte“) gemeinsam und einheitlich nach dem Hessischen Konzept „5 Sterne für gesunde Zähne“.

- Zähne putzen zuhause direkt nach dem Frühstück
- Zuckerfreier Vormittag und Zähne putzen üben (KAI^{plus} Systematik)
- Süßes am Nachmittag, bewusst und maßvoll
- Eltern putzen nach dem Abendessen Kinderzähne sauber
- Zweimal jährlich zur zahnärztlichen Vorsorge

Kindertageseinrichtungen können sich durch eine hessenweit einheitliche Zertifizierung hervorheben, die ein vorbildliches Engagement zur Förderung der Zahngesundheit im Rahmen des hessischen Gruppenprophylaxekonzeptes zeigen. Ihnen wird das Prädikatsiegel „**Rundum mundgesund: Wir sind dabei!**“ mit Urkunde und Schautafel für die Öffentlichkeit verliehen. Um diese publikumswirksame Auszeichnung zu erhalten, müssen im Konzept der Kindertageseinrichtung alle Maßnahmen der Gruppenprophylaxe verankert sein und umgesetzt werden. Eine beachtliche Anzahl hessischer Kindertagesstätten erfüllt bereits diese Qualitätsstandards.

Freuen Sie sich auf drei interessante Kongresstage in Kassel mit einem informativen Austausch!

Mit besten Grüßen

Dr. Sibylle Bausback-Schomakers

- 03 Editorial
Sibylle Bausback-Schomakers

Verband

- 05 Ehrung für Frau Dr. Gudrun Rojas
Michael Schäfer, Claudia Sauerland

Berichte

- 06 Stufenmodell für Kinder mit erhöhtem (Be-) Handlungsbedarf im Rhein-Erft-Kreis
Pantelis Petrakakis
- 08 Sicherheits- und Wirkungsaspekte beim Einsatz von Fluoriden
Pantelis Petrakakis
- 11 Auszug aus dem Kieler Gesundheitsbericht 2016 zur Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger – Ergebnisse des Zahnärztlichen Dienstes
Sabine Herlitzius, Frank Sick

- 13 Zukunftsforum Öffentliche Gesundheit: Mehr Gesundheit für alle
Grit Hantzsche

- 14 Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen
Grit Hantzsche

Kongressbericht

- 15 Leitlinien und ihre Bedeutung
Pantelis Petrakakis

Aktuelles

- 17 BZÖG-Mitglieder erhalten kostenlose Rechtsberatung
- 18 Zum Kapitel Zahnärztliche Untersuchung in der Kinderschutzleitlinie
Michael Schäfer, Silke Riemer
- 19 Erratum ZGD 2.18
- 20 Zahnärztliches Programm 69. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Mitten in der Gesellschaft“

Bildrechte (copyright):

Titelbild: Alle Bildrechte liegen bei der Landeshauptstadt Düsseldorf
Beitrag Kieler Gesundheitsbericht: Alle Bildrechte liegen bei der Stadt Kiel

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.19
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ – Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

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 79 03 375
E-Mail: wempe@bzoeg.de

Redaktion Zeitung:

Dr. Silke Riemer
Möllhausenufer 33, 12557 Berlin
Tel.: 0176/58 67 90 58
E-Mail: riemer@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:

Schatzmeisterin: 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, Hagen

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: 600 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

Michael Schäfer, Claudia Sauerland

Ehrung für Frau Dr. Gudrun Rojas

Anlässlich des 28. Brandenburgischen Zahnärztetages am 23. November 2018 erhielt Frau Dr. Gudrun Rojas aus den Händen des Präsidenten der Landes Zahnärztekammer Brandenburg, Herrn Jürgen Herbert, die Silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft.

Die Bundeszahnärztekammer verleiht diese hohe Ehrung in Würdigung der Verdienste von Frau Dr. Rojas beim Aufbau einer funktionierenden zahnärztlichen Selbstverwaltung und dem persönlichen jahrelangen Einsatz für die Belange der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Lande Brandenburg.

Der Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gratuliert hierzu auf das Herzlichste.

Frau Dr. Rojas hat sich in außerordentlichem Maße um die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verdient gemacht. Sie ist Wegbereiterin und Motor der Brandenburger Gruppenprophylaxe und setzt sich unermüdlich ehrenamtlich für das Ziel ein, den Kindern in Brandenburg ein mundgesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Von den Kolleginnen und Kollegen wird sie aufgrund ihrer Hilfsbereitschaft, ihrer entgegenkommenden und empathischen Art, ihrer hohen Einsatzbereitschaft und ihres Fachwissens sehr geachtet und hoch geschätzt.

Frau Dr. Rojas war von 1980 bis 1990 als Zahnärztin in der Jugendzahnklinik der Stadt Brandenburg an der Havel tätig und hat dort seit 1991 im ÖGD die Leitung des Zahnärztlichen Dienstes übernommen.

1985 hat sie die Fachzahnarztanerkennungen für Kinderstomatologie und 1994 für Öffentliches Gesundheitswesen erworben sowie 1986 ihre Promotion abgeschlossen.

Die nachfolgenden Tätigkeiten und Auszeichnungen belegen nur exemplarisch die jahrzehntelange verdienstvolle Tätigkeit von Frau Dr. Rojas.

Seit der Gründung der Landesstelle Brandenburg des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) engagiert sie sich ehrenamtlich und war von 1991 bis 2001 Leiterin der Landesstelle.



Die „Silberne Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft“ erhielten anlässlich des 28. Brandenburgischen Zahnärztetages (v.l.n.r.): Dr. Benno Damm, Dr. Gudrun Rojas und Dr. Harald Renner. Rechts außen Kammerpräsident Dipl.-Stom. Jürgen Herbert. (Foto: Birgit Keilbach/LZÄKB)

Folgerichtig erhielt sie 1999 das Ehrenzeichen des BZÖG in Bronze für Verdienste im ÖGD des Landes Brandenburg. Nach ihrem Ausscheiden als 2. Bundesvorsitzende des BZÖG wurde sie 2005 mit dem Silbernen Ehrenzeichen des Verbandes ausgezeichnet. Am 6. April 2018 schließlich erhielt Frau Dr. Rojas aus den Händen von Brandenburgs Ministerpräsident Dr. Woidke den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland.

Seit Inkrafttreten der „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg“ (1993) hat sich Frau Dr. Rojas als Mitglied des Beirats für Zahngesundheit federführend für den Aufbau der Strukturen und die Umsetzung der flächendeckenden gruppenprophylaktischen Betreuung der Kinder und Jugendlichen eingesetzt und vertritt diese Belange als Sprecherin der AG Mundgesundheit im Bündnis „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“.

1995 hat sie als Leiterin des Fachausschusses Zahnärztlicher Dienst beim Gesundheitsministerium mit dem Aufbau und der Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung im zahnmedizinischen Bereich auf kommunaler und Landesebene begonnen und besondere Verdienste erworben. Zahlreiche Gesundheitsberichte sind durch ihre Mitarbeit geprägt worden.

Mit der Entwicklung des Leitfadens für Zahnärztliche Dienste im Land Brandenburg und ihrer Mitwirkung an der Erarbeitung von Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für ZÄD im ÖGD des BZÖG hat sie einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung im ÖGD geleistet.

Seit Gründung der Landes Zahnärztekammer Brandenburg (1991) ist Frau Dr. Rojas Mitglied der Kammerversammlung und arbeitet aktiv in verschiedenen Ausschüssen, u. a. für den ÖGD und die Prävention mit.

Schließlich wurde Frau Dr. Rojas im Jahr 2003 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Informationsstelle für Kariesprophylaxe und ist seit 2008 stellvertretende Sprecherin dieses Gremiums.

Ihre wissenschaftliche Arbeit äußert sich in einer Vielzahl von Veröffentlichungen und Fachbeiträgen sowie Vortragstätigkeit bei landes- und bundesweiten Fortbildungsveranstaltungen und der Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD ist stolz, Frau Dr. Rojas in seinen Reihen zu wissen und schließt sich dem Dank der Bundeszahnärztekammer sowie der Landes Zahnärztekammer Brandenburg an.

Dr. Michael Schäfer
Dr. Claudia Sauerland
Bundesvorsitzende der Zahnärztinnen
und Zahnärzte des ÖGD e.V. (BZÖG)

Pantelis Petrakakis

Stufenmodell für Kinder mit erhöhtem (Be-)Handlungsbedarf im Rhein-Erft-Kreis

Einleitung

Mit den §§ 21 und 22 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) wurde Ende der 1980er-Jahre in Deutschland die rechtliche Basis für die Etablierung der zahnärztlichen Gruppen- und Individualprophylaxe geschaffen. Die Individualprophylaxe (IP) nach § 22 findet in der Zahnarztpraxis statt und steht gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen vom sechsten bis zum unvollendeten 18. Lebensjahr zur Verfügung. In § 21 SGB V wird die Finanzierung der Gruppenprophylaxe (GP) geregelt. Die zahnärztlich-präventive Betreuung erfolgt in den meisten Bundesländern durch Zahnärztinnen und Zahnärzte der kommunalen Gesundheitsämter. Die GP setzt im Gegensatz zur IP früher an, findet aufsuchend in Kindertageseinrichtungen (Kita) und Schulen statt und beinhaltet neben einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung Zahnputzunterweisungen, Ernährungsberatungen sowie Fluoridierungen. Maßnahmen auf diesen beiden Präventionsebenen trugen in den letzten Jahrzehnten wirkungsvoll zum Schutz und zur Förderung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen bei. Es zeigt sich aber, dass nicht alle Adressaten gleich gut von der positiven Entwicklung profitieren. Daher ist es wichtig, bereits im frühen Kindesalter zahnmedizinische Präventionsarbeit in die Lebenswelten der Kinder zu integrieren und spezifische Risikoprogramme für benachteiligte Bevölkerungsschichten zu entwickeln, um in unserer Gesellschaft eine (zahn-)gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen.

Das Stufenmodell im Rhein-Erft-Kreis

Der Rhein-Erft-Kreis (REK) ist ein Landkreis im Südwesten des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen (NRW). Er wurde im Rahmen der Kreisreform 1975 gebildet und besteht aus zehn kreiseigenen Städten. Die Bevölkerungsdichte ist hoch und liegt deutlich über dem NRW-Landesdurchschnitt. Vier zahnärztliche Teams, bestehend aus je einer Zahnärztin/einem Zahnarzt und einer Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA), sind für den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD)

des Gesundheitsamts des REK tätig. Auf Grundlage des § 21 SGB V besteht zwischen dem REK und den kommunalen Krankenkassen ein langjähriger Kooperationsvertrag, auf dessen Grundlage die Finanzierung von GP-Maßnahmen erfolgt. Dadurch wird die zusätzliche prophylaktische Betreuung der Einrichtungen im REK durch sechs bei einer Krankenkasse angestellte ZFA ermöglicht. Pro Schul- bzw. Kindergartenjahr werden durchschnittlich 25.000-30.000 Kinder und Jugendliche z. T. bereits ab dem ersten Lebensjahr in Kitas und Schulen untersucht und prophylaktisch erreicht.

Dental neglect

Erfahrungen aus den regelmäßigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zeigen, dass bestimmte Kinder nicht an der positiven Entwicklung der Zahngesundheit teilhaben und zudem zahnärztlich un- bzw. unterversorgt sind. Auch zeigt sich, dass trotz schriftlicher Elternmitteilungen über auffällige Kariesbefunde, keine oder eine nur unzureichende zahnärztliche Versorgung erfolgt. Dieser auch als „dental neglect“ bezeichnete Befund ist bedeutsam, da er ein erster Hinweis auf eine Kindesvernachlässigung sein kann [2,3]. Aus dieser Beobachtung heraus wurde im Schuljahr 2015/2016 neben der standardmäßigen Elternbenachrichtigung, die alle untersuchten Kinder erhalten, probeweise eine erweiterte Systematik in Form eines Stufenmodells zur Erfassung von Kindern mit auffälligen Kariesbefunden und einer zusätzlichen Elterninformation eingeführt.

Ziele und Ablauf des Stufenmodells

Grundlage des Stufenmodells bildet Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG). Er eröffnet Angehörigen von Heilberufen seit dem 1. Januar 2012 die Möglichkeit, bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung Informationen an Dritte weiterzugeben. Vorher jedoch sind die Sorgeberechtigten gemäß § 4 Abs. 1 auf eine Inanspruchnahme von Hilfen hinzuweisen. Scheidet eine Abwendung der Gefährdung trotz der Hinweise aus, so sind Geheimnisträger ärzt-

licher Informationen nach § 4 Abs. 3 befugt, das Jugendamt darüber in Kenntnis zu setzen.

Die Ziele der ersten Phase des Stufenmodells waren:

1. Zeitnahe zahnärztliche Versorgung der betroffenen Kinder.
2. Konkretisierung des Verdachts einer Kindeswohlgefährdung bei dental neglect und die Weitergabe der Information an das zuständige Jugendamt.
3. Wirksamkeitsnachweis des Modells.

Das Modell besteht aus einem derzeit noch zweistufigen, schriftlichen „Mahnverfahren“. Es beinhaltet den Hinweis an die Sorgeberechtigten über den dringenden Behandlungsbedarf sowie die freundliche Aufforderung, mit dem Kind unverzüglich zum Zahnarzt zu gehen. Auf einem beigefügten Formular bestätigt der Zahnarzt beim ersten Termin, dass sich das betroffene Kind mit seinen Eltern vorgestellt hat und dass weiterführende Behandlungsmaßnahmen erfolgt bzw. vorgesehen sind. Dieses Formular soll anschließend mit einem beschrifteten Freiumschlag an das Gesundheitsamt zurückgesendet werden. Wird das Formular nicht innerhalb eines intern konsentierten Zeitraums von sechs bis acht Wochen an das Gesundheitsamt zurückgeschickt, tritt die zweite Stufe des Mahnverfahrens in Kraft. In dieser Stufe wird ein zweites Anschreiben in einem verschlossenen Umschlag über die Einrichtung an die Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes weitergeleitet. Dort wird eine feste Frist von sechs Wochen vorgegeben und gleichzeitig mitgeteilt, dass bei Nichtrücksendung des Briefes weiterführende Maßnahmen, wie die Weitergabe von Informationen (als dritte Stufe des Modells), an das zuständige Jugendamt erfolgen müssen (Abb. 1).

Obwohl das Konzept bei allen zehn kreiseigenen Jugendämtern auf eine hohe Akzeptanz stieß, konnte seine Erweiterung um die dritte Stufe aus verschiedenen Gründen bislang noch nicht umgesetzt werden.

Dennoch liegen erste Erkenntnisse zur Wirksamkeit des derzeit bestehenden zweistufigen Verfahrens bereits vor und sollen folgend kurz vorgestellt werden.

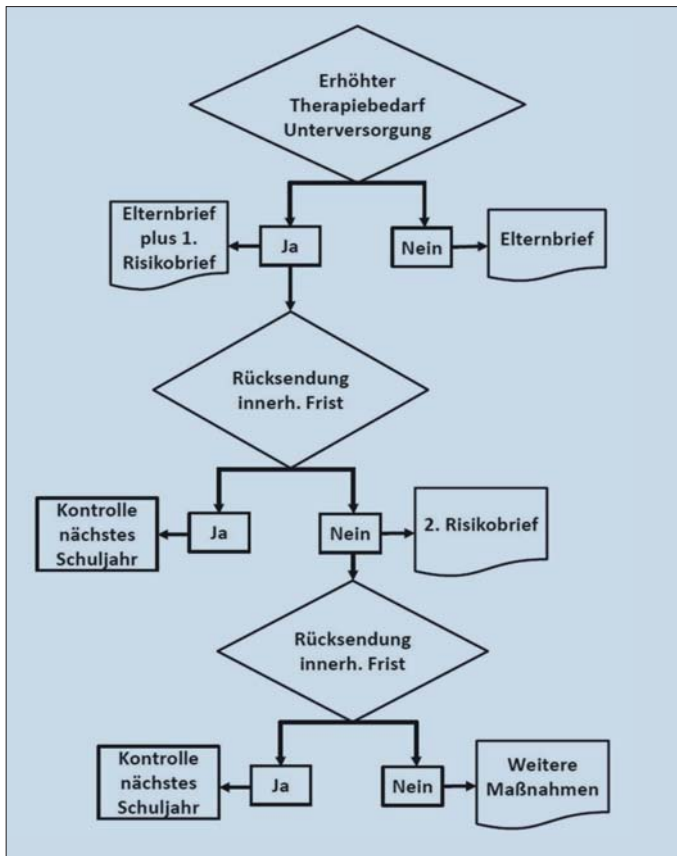


Abb. 1: Ablaufschema des Stufenmodells zahnärztlicher Risikoprävention

heit oder Unterschätzung der Krankheits-schwere. Anhand des Feedbacks war es u. a. auch möglich, bestehende Schwachpunkte des Stufenmodells aufzudecken.

Fazit und Ausblick

Die Annahme, dass ein auffälliger Zahnbe-fund nicht zwingend mit dem Tatbestand einer Kindeswohlgefährdung verbunden sein muss, konnte auf Grundlage des aktuellen zweistufigen Konzepts weder bestätigt, noch verworfen werden. Es scheint aber mit relativ einfachen Mitteln und ohne großen Kostenaufwand möglich zu sein, einen Teil der Eltern für die Zahngesundheit ihrer Kinder besonders zu sensibilisieren. Wie die Ergebnisse zeigen konnten, bedeutet ein fehlender Rücklauf der Briefe nicht zwingend, dass Eltern die Informationen ignorieren. Allerdings findet die Versorgung zu einem viel zu späten Zeitpunkt statt. Ziel sollte sein, mittels primärpräventiver Maßnahmen die Karies gar nicht erst entstehen zu lassen.

Sieht man vom Kariesrisikoschema der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend-zahnpflege e.V. bzw. der Neuauflage der Empfehlungen zur Standardisierten Gesundheitsberichterstattung des BZÖG ab, gibt es derzeit kein allgemein konsentiertes Erhebungs-instrument zur Bestimmung erhöhter Risiken in allen Altersstufen. Daher wurde der Konsens getroffen, dass eine Aufnahme in das Stufenmodell bei fehlenden Anzei-chen zahnärztlicher Versorgungsleistungen bzw. einem Versorgungsgrad $< 10,0\%$ und einer Anzahl unversorgter, kariöser Zähne ≥ 4 (je nach Phase der Dentition entspricht das einem hypothetischen Funktionsverlust von $\geq 20,0\%$) durchgeführt wird. Die sub-jektive Einschätzung des Untersuchers stellt dabei jedoch einen nicht zu unterschätzen-den Einflussfaktor dar, wie die bisherigen eigenen Erfahrungen im REK zeigen konnten. Ein weiteres Ziel müsste daher zukünftig sein, einen entsprechend sensitiven Risikoscore zur Erfassung und Beurteilung des multifaktoriell bedingten Krankheits-phänomens Karies zu entwickeln.

Die Gespräche über der Kooperation der zehn Jugendämter und des Gesundheitsamts des REK wurden zwischenzeitlich wieder aufgenommen, und es scheint, dass die 3. und letzte Stufe des Stufenmodells 2019 auf den Weg gebracht werden kann.

Die Übersetzung der Risikobriefe in verschiedene Sprachen ist zudem derzeit in Vorbereitung.

Dr. Pantelis Petrakakis
petrakakis@bzoeg.de

Erste Ergebnisse

Im Schuljahr 2015/2016 wurden $N=147$ Kinder und Jugendliche in die Pilotphase des Stufenmodells einbezogen. Im Schuljahr 2016/2017 konnten aus dieser Gruppe $n=103$ Kinder (70,1 %) nachuntersucht werden.

Der Rücklauf der Elternbriefe lag bei nur 45,6 % (67 Rückläufe von 147 Briefen). Die Ergebnisse dieser ersten Auswertung stimmten trotz der relativ geringen Rück-laufquote dennoch sehr zuversichtlich. Innerhalb des Beobachtungszeitraums konnte beispielsweise im Milchgebiss eine signifikante Zunahme des Versorgungsgrades von 12,2 % auf 42,2 % festgestellt werden (Abb. 2). Auch der Sanierungsgrad bleibender Zähne und die Anzahl der Versiege-

lungen hatten signifikant zugenommen. Positiv ist hervorzuheben, dass gleichermaßen im Milch- und bleibenden Gebiss die bevorzugte Versorgungsform die Zahnfüllung und nicht die Zahnextraktion war.

Eine weitere Erfahrung war, dass die schriftlichen Mitteilungen im Rahmen des Stufenmodells in mehreren Fällen dazu führten, dass die Eltern Kontakt zu Mitar-beitern des Zahnärztlichen Dienstes suchten. Auf diese Weise konnten die Eltern und Sor-geberechtigten einerseits entsprechend fach-lich beraten werden. Andererseits führten die Gespräche mit den Betroffenen zu wich-tigen Informationsgewinnen über besondere familiäre Umstände, Alleinerziehung, feh-lendes Sprachverständnis sowie Unwissen-

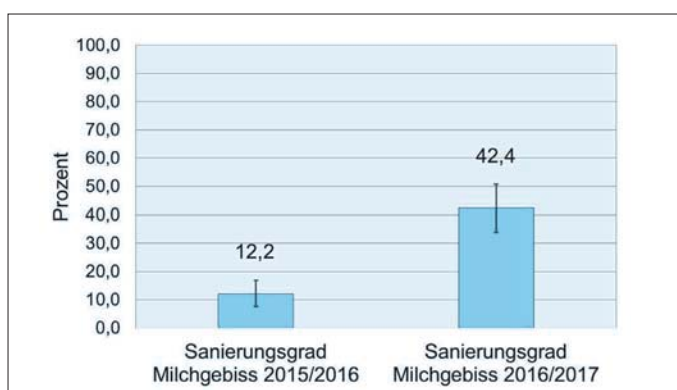


Abb. 2: Signifikante Verbesserung des Sanierungsgrades im Milchgebiss

Pantelis Petrakakis

Sicherheits- und Wirkungsaspekte beim Einsatz von Fluoriden

Einleitung

Die lokale kariespräventive Wirksamkeit von Fluoriden wird in zahlreichen Publikationen demonstriert. Alleine die Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasta hat in den letzten Jahrzehnten zu einer wirksamen Kariesreduktion beigetragen [1]. Häufig ist jedoch – sowohl im beruflichen Alltag als auch in der öffentlichen Meinung – festzustellen, dass in der Individual- und Gruppenprophylaxe eine kritische Haltung gegenüber dem Einsatz des Fluorids und den damit verbundenen potenziellen gesundheitlichen Folgeschäden besteht. Diese wird nicht zuletzt durch die Berichterstattung in den Medien zusätzlich angefacht.

In diesem Zusammenhang kann die epidemiologische Langzeituntersuchung von Bashash et al. zum Einfluss von erhöhten Fluoridkonzentrationen im Urin von Schwangeren sowie im Urin ihrer sechs- bis zwölfjährigen Kindern auf die Intelligenz beispielhaft genannt werden, die vor zwei Jahren auch die Fachwelt in Deutschland erschütterte [2]. Dabei handelt es sich bei weitem nicht um die einzige Studie zum Zusammenhang von Fluorid und Intelligenz. Bisher wurden zu diesem Thema insgesamt 53 Studien veröffentlicht, die fast alle zu ähnlichen Ergebnissen wie die Bashash-Studie kommen [3].

Weitere gesundheitsschädliche Auswirkungen von Fluorid wie etwa Zusammenhänge zwischen der Entstehung maligner Neoplasien und einer Fluoridexposition werden außerdem diskutiert [4].

Weitere Beispiele für die Effekte einer Dosis-Wirkungsbeziehung ganz anderer Art können an vielen Stellen im Internet abgerufen werden.

In der Reihe „Ein rätselhafter Patient“ der Online-Plattform des renommierten Spiegel Verlags wird beispielsweise der Fall einer 47-jährigen Britin vorgestellt. Im Artikel mit dem Titel „It’s tea time“ ist zu lesen, dass ein massiver Teekonsum über einen Zeitraum von 17 Jahren dra-

matische Wirkungen für Zähne und Knochen zur Folge hatte. Das Fluorid aus dem Tee führte demnach nicht nur zu einer Knochenfluorose, sondern auch zu einer Zerstörung aller Zähne, die nicht mehr erhalten werden konnten und extrahiert werden mussten.

In einer älteren Publikation der New York Times aus dem Jahr 1979 wird ein noch drastischerer Fall mit leider fatalen Folgen vorgestellt. Der dreijährige William Kennerly trank demnach nach einer Zahnreinigung im Rahmen einer zahnärztlichen Prophylaxesitzung unbemerkt 45 ml einer zweiprozentigen Zinnfluoridlösung aus. Wie sich später herausstellte, hatte die zuständige Hygienefachkraft es offensichtlich verpasst, den Jungen zu instruieren, dass die Lösung nicht zum Trinken, sondern zum Ausspülen des Mundes gedacht war. Kurz darauf klagte der Junge über Magenkrämpfe, Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit und fiel anschließend ins Koma. Obwohl Wiederbelebungsversuche zunächst erfolgreich waren, verstarb er nach etwas mehr als vier Stunden an Herzversagen. Der Familie wurden vor Gericht 750.000 US Dollar Schmerzensgeld zugesprochen.

Unabhängig von fachlichen Aspekten und dem Wahrheitsgehalt wirken die beiden letztgenannten Pressemeldungen verunsichernd und sind willkommene Quellen für eine Argumentation gegen die zusätzliche lokale Anwendung von Fluoriden neben der häuslichen Mundhygiene.

Beim Versuch, die beiden letztgenannten Beispiele in einem fachlichen Diskurs zu analysieren, fällt zunächst auf, dass das erste Beispiel fachlich zu widerlegen ist. Schäden in Form einer Zahnfluorose können nur durch eine chronische Intoxikation während der Ausbildung der klinischen Kronen der bleibenden Zähne im kindlichen Kiefer entstehen, während eine Knochenfluorose lebenslang entstehen kann und bei einer entsprechenden Behandlung – anders als die Zahnfluorose – reversibel ist. In der Fluoridierungs-

leitlinie der Irish Oral Health Services Guideline Initiative wird davon ausgegangen, dass während der ersten fünf bis sieben Jahre nach der Geburt bei einer systemischen Fluoridüberdosierung ein erhöhtes Fluoroserisiko besteht [5]. Auf bereits durchgebrochene Milch- und bleibende Zähne hat die systemische Fluoridzufuhr indes keinen pathologisch wirksamen Effekt. Insofern ist der beschriebene verheerende Einfluss des Fluorids auf die Zähne der Patienten fachlich widerlegbar. Über Ursachen für die beschriebenen Schäden der Zahnhartsubstanz und den anschließenden Verlust aller Zähne kann an dieser Stelle nur spekuliert werden.

Was das zweite Beispiel einer offensichtlich akuten Fluoridvergiftung eines Kleinkindes betrifft, so ist eine unmittelbare fachliche Stellungnahme nicht möglich, ohne dass man zum Taschenrechner greift und die Dosis des Fluorids pro Kilogramm Körpergewicht berechnet. In diesem Zusammenhang sollten die Grenzwerte für eine potenzielle sowie eine sichere toxische Dosis (Potential Toxic Dose, PTD und Certainly Toxic Dose, CTD) bekannt sein, um Aussagen zum Wahrheitsgehalt dieser Pressemeldung treffen zu können. Eine PTD wird ab einer Menge von 5 mg Fluorid je Kilogramm Körpergewicht erreicht [6-8]. Es besteht Grund zur Annahme, dass eine CTD bei Kindern bereits ab 16 mg/kg erreicht ist [9], während die CTD bei Erwachsenen in einem weiten Streubereich von 32 bis 64 mg Fluorid je Kilogramm Körpergewicht liegt [10].

Risikobestimmung anhand der Berechnung der Fluoriddosis

Fluoroserisiko und Fluorid-Grenzdosen

Ungeachtet der Tatsache, dass eine akute Fluoridintoxikation bei Kleinkindern durch die unkontrollierte Einnahme von fluoridhaltigen Zahnpasten, Lösungen, Gelen, etc. durchaus im Bereich des Möglichen liegt [7,10], ist in der täglichen Pra-

xis in der Regel eher von Fragestellungen auszugehen, die eine chronische Überdosierung des Fluorids betreffen. Die sichere Beantwortung von Fragen zu Nutzen und Risiken einer Fluoridanwendung im Kleinkindalter ist nicht einfach zu erbringen, denn die derzeitige Evidenz zu erhöhten Risiken einer chronischen Intoxikation durch Fluoride aus Zahnpasten ist nicht eindeutig [11]. Auch die exakte systemische Grenzdosis der Fluoridmenge, ab welcher ein erhöhtes Fluoroserisiko besteht, ist nicht genau bekannt. In der Literatur wird eine optimale Fluoriddosis von 0,05–0,07 mg/kg Körpergewicht pro Tag angegeben [4,12]. Auf Grundlage empirischer Erkenntnisse besteht Konsens, dass bei Kindern ab einer täglichen Dosis von 0,1 mg/kg Körpergewicht das Risiko für eine Fluorose während der Ausbildung der bleibenden Zähne besteht [13,14]. Bislang steht ein valider wissenschaftlicher Nachweis über einen verbindlichen Grenzwert jedoch aus.

Eindeutig ist jedoch, dass das Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta neben der systemischen Einnahme von Fluoridsupplementen, fluoridhaltiger Lebensmittel und fluoridhaltigem Trinkwasser zu den so genannten „Four Major Risk Factors“ für die Ausbildung einer Dentalfluorose gezählt wird [15].

Fluorid-Dosierung

Aktuell empfehlen mehrere zahnärztliche Fachgesellschaften in Deutschland bereits ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes bis zum zweiten Geburtstag das zweimal tägliche Zähneputzen mit einer erbsengroßen Menge Zahnpasta mit 500 ppm oder mit einer reiskorngroßen Menge Zahnpasta mit 1.000 ppm. Kinder vom zweiten bis zum sechsten Geburtstag sollen ihre Zähne zweimal täglich mit einer erbsengroßen Menge Zahnpasta mit 1.000 ppm Fluorid putzen.

Aus Reviews der Cochrane Collaboration und anderer Autorengruppen ist bekannt, dass eine wirkungsvolle Kariesprophylaxe durch Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta nur ab Konzentrationen von 1.000 ppm und mehr erreicht werden kann [1,16–19]. Daher ist die Forderung der Fachgesellschaften aus kariespräventiver Sicht zunächst nachvollziehbar. Gleichzeitig aber scheint die verbesserte Kariesprotektion mit einer erhöhten Fluoroseprävalenz einherzugehen [1,11]. Auch seit beobachtet wurde, dass ein

hoher Anteil Kinder beim Zähneputzen offensichtlich dazu neigt, einen Großteil der Zahnpasta zu verschlucken, müssen potenzielle Fluoroserisiken in Erwägung gezogen werden [20–27]. In einer Übersichtsarbeit wurde geschätzt, dass Kinder beim Zähneputzen zwischen 0,01–0,04 mg Fluorid je kg Körpergewicht pro Tag verschlucken können und dass bereits dadurch die empfohlene, optimale Dosis

Die Ergebnisse von Untersuchungen zum elterlichen Dosierungsverhalten von Zahnpasta bei Kindern bis zum Alter von sechs Jahren zeigten, dass Eltern Probleme bei der richtigen Dosierung haben.

von 0,05–0,07 mg/kg Fluorid pro Tag fast erreicht wird, ohne dass weitere Fluoridquellen berücksichtigt werden [20].

Daher wird empfohlen, die Entscheidung für die Fluoridkonzentration in der Zahnpasta als Risiko-Nutzen-Abwägung in Abhängigkeit vom Kariesrisiko und der Inkaufnahme für erhöhte Risiken der Entstehung einer milden Fluorose zu treffen [1,11,16].

Vor dem Hintergrund der bestehenden, jedoch aktuell nicht mehr gültigen Fluoridleitlinie (mit der strikten Empfehlung einer Fluoridkonzentration von 500 ppm in Kinderzahnpasten), den aktuellen Empfehlungen der zahnärztlichen Fachgesellschaften und der derzeitigen Studienlage zum Risiko-Nutzen-Verhältnis höher dosierten Fluorids in Zahnpasten für Kinder unter sechs Jahren wird die Entscheidung für die „richtige“ Fluoridkonzentration erschwert. Die Zahnärzteschaft wird mit einer erhöhten elterlichen Skepsis vor einer möglichen Fluoridüberdosierung konfrontiert und vor die Aufgabe gestellt, individuelle zahnärztliche Empfehlungen zu den bestehenden alternativen Vorgehensweisen beim Einsatz fluoridierter Zahnpasten bei Kleinkindern auszusprechen.

Zudem legt die neue Dosisgrenze von 1.000 ppm Fluorid hohe Maßstäbe an die Eltern an. Diese müssen nicht nur über entsprechende Kenntnisse zur notwendigen altersabhängigen Menge applizierter Zahnpasta auf die Zahnbürste verfügen.

Sie müssen die Dosierung auch richtig anwenden können.

Eine reiskorngroße Menge Zahnpasta bzw. ein „Smear“, entsprechend der Empfehlungen der American Dental Association, enthält bei einer Zahnpastamenge von 0,125 g – bezogen auf Zahnpasten mit einer Konzentration von 1.000 ppm – ca. 0,125 mg Fluorid [12]. Eine erbsengroße Menge wiegt ca. 0,25 g und enthält dementsprechend 0,25 mg Fluorid.

Die Ergebnisse von Untersuchungen zum elterlichen Dosierungsverhalten von Zahnpasta bei Kindern bis zum Alter von sechs Jahren zeigten, dass Eltern Probleme bei der richtigen Dosierung haben [28,29]. In einer Untersuchung wurden die Eltern unter Dreijähriger gebeten, eine reiskorngroße Menge Zahnpasta auf die Zahnbürste aufzutragen. Mit einer mittleren Menge von $0,21 \pm 0,19$ g Zahnpasta konnten signifikant höhere Mengen als die empfohlenen 0,125 g gemessen werden [29]. Wurden die Eltern hingegen gebeten, die übliche Menge Zahnpasta aufzubringen, mit welcher ihrer Ansicht nach ihre Kinder täglich Zähneputzen sollen, lag die Menge an Zahnpasta mit einem Mittelwert von $0,30 \pm 0,21$ g sogar noch deutlich höher. In einer Studie, die in den USA, England und Deutschland durchgeführt wurde, wurden die Eltern aufgefordert, eine erbsengroße Menge Zahnpasta auf die Zahnbürste aufzutragen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass insbesondere in Deutschland die empfohlene Menge von 0,25 g teilweise um das Sechsfache überschritten wurde [28]. Basierend auf diesen Erkenntnissen wird daher empfohlen, die Applikationsmengen praktisch zu demonstrieren, da sich mündliche Instruktionen zur richtigen Dosierung als alleinige Maßnahme als ineffektiv herausstellten [29,30].

Fluoridrechner

Neben der notwendigen praktischen Anleitung der Eltern könnte in der täglichen Praxis eine einfache Rechenapplikation als zusätzliches Hilfsmittel bzw. als Beratungsmedium dienen, um die mögliche Fluoridaufnahme beim Zähneputzen mit unterschiedlich großen Mengen Zahnpasta zu berechnen und anschaulich darzustellen.

Diese Applikation würde nicht nur ein sinnvolles Instrument für die Patientenberatung darstellen, sie könnte auch für die

Planung kariesprotektiver Maßnahmen mittels Fluorid in Abhängigkeit von der jeweiligen Fluoridanamnese der Patienten und der Berücksichtigung möglicher Quellen einer zusätzlichen systemischen Fluoridzufuhr eingesetzt werden, um eine relativ sichere Risiko-Nutzen-Bewertung des Fluorideinsatzes vornehmen zu können.

Der BZÖG entwickelte zu diesem Zweck im Rahmen eines Pilotprojekts eine Anwendung in MS Excel, mit welcher die personenbezogene Berechnung des Fluoroserisikos sowie der PTD und CTD in Abhängigkeit von der Menge und Konzentration des zugeführten Fluorids möglich sind.

Für eine einfache Berechnung der Fluoriddosis werden die Parameter Körpergewicht des Probanden, Fluoridkonzentration (ppm bzw. mg/l), Anzahl Anwendungen sowie die Menge an zugeführtem Fluorid benötigt.

Basierend auf zwei wesentlichen Publikationen, nämlich die der American Dental Association aus dem Jahr 2014 [12] sowie der Veröffentlichung von Wiegand und Attin aus 2003 [31] wurde dieser Fluoridrechner validiert.

Abbildung 1 zeigt ein theoretisches Rechenbeispiel. Es wird postuliert, dass eine im Mittel leicht höhere Menge als die empfohlenen 0,25 g einer erbsengroßen Menge Zahnpasta mit 1.000 ppm für ein vierjähriges Kind mit einem Gewicht von 20 kg von den Eltern auf die Zahnbürste appliziert wird. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass das Kind sich dreimal am Tag die Zähne putzt und dabei theoretisch die gesamte Menge Zahnpasta herunterschluckt. Nach Eingabe aller Werte in die dafür vorgesehenen Felder in der zweiten Zeile, erscheint im letzten Feld unten rechts die Fluoridgesamt-dosis, die aus der Zahnpasta pro Tag theoretisch aufgenommen werden könnte. Bei einer Überschreitung des Grenzwertes von 0,1 g/kg Körpergewicht pro Tag wird das Feld mittels einer bedingten Formatierung rot eingefärbt, um das Überschreiten des konsentierten Grenzwertes der täglichen Fluoridaufnahme und potenzielle Risiken einer chronischen Fluoridintoxikation zu veranschaulichen.

Wie man sieht, ist bei der Anwendung einer 1.000 ppm Zahnpasta und der theoretischen Annahme, dass die gesamte Zahnpastamenge verschluckt wird, die optimale Fluoridzufuhr von 0,05–0,07 mg pro Kilogramm pro Tag fast erreicht.

Menge Zahncreme/Tube (ml)	Menge Fluorid (ppm)	Anzahl Tuben/Anwendungen	Körpergewicht (kg)	
0,30	1000	3	20	
Umrechnung in mg	Menge Fluorid (mg/l bzw. mg/kg)	wirksames Fluorid (mg)	Gesamtdosis (mg)	Dosis Fluorid mg/kg Körpergewicht
0,30	1,00	0,30	0,90	0,045

Abb. 1: Theoretische Aufnahme wirksamen Fluorids bei einem dreijährigen Kind nach dreimal täglichem Zähneputzen mit einer mittleren Menge von 0,3 mg Zahnpasta pro Anwendung

Menge Zahncreme/Tube (ml)	Menge Fluorid (ppm)	Anzahl Tuben/Anwendungen	Körpergewicht (kg)	
45,00	20000	1	20	
Umrechnung in mg	Menge Fluorid (mg/l bzw. mg/kg)	wirksames Fluorid (mg)	Gesamtdosis (mg)	Dosis Fluorid mg/kg Körpergewicht
45,00	20,00	900,00	900,00	45,000

Abb. 2: Potenzielle Fluoriddosis bei einer akuten Fluoridintoxikation eines dreijährigen Kindes nach Einnahme von 45 ml einer 2%igen Zinnfluoridlösung

Erkenntnisse aus Untersuchungen legen nahe, dass ein überwachtes Zähneputzen [21,27] und ein Ausspülen des Mundes nach dem Zähneputzen [24] zu einer Reduktion des Fluoroserisikos führen können. Eltern sollten daher auch dahingehend beraten werden, wie wichtig ein überwachtes Zähneputzen und das Ausspülen des Mundes im Kleinkindalter sind, um Fluoroserisiken zu reduzieren.

An dieser Stelle sei noch einmal auf das Beispiel der akuten Fluoridintoxikation des kleinen William Kennerly hingewiesen. Es stellt sich die Frage, ob die Einnahme von 45 ml einer 2%igen Zinnfluoridlösung (20.000 ppm) tatsächlich letal wirksam werden konnte. In der New York Times wurde der mit dem Fall betraute Toxikologe zitiert. Dieser gab an, dass mit der aufgenommenen Menge an Fluorid die Dosis einer CDT für Kinder um das Dreifache überschritten worden war.

Die Berechnung der Parameter zeigt, dass bei einer Aufnahme von 45 ml einer Fluoridlösung mit 20.000 ppm und einem angenommenen Körpergewicht von 20 kg eine Gesamtdosis von 45 mg/kg Körpergewicht erreicht werden kann. Bei einer CTD von 16 mg/kg Körpergewicht bei Kindern entspricht die Gesamtdosis in

etwa eines um das Dreifache höheren Werts und bestätigt somit die Angaben des zitierten Toxikologen (Abb. 2).

Der Fluoridrechner kann im internen Bereich der BZÖG-Internetpräsenz heruntergeladen werden. Derzeit bestehen Planungen, den Rechner weiterzuentwickeln und für diesen eine App-Anwendung für einen einfachen und anwenderfreundlichen praktischen Einsatz zu programmieren.

Der Rechner könnte sich als einfaches und anschauliches Beratungstool eignen, das niedrigschwellig und effizient für die Aufklärung von Patienten, Eltern, Erziehern, Lehrern, Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden könnte.

Dr. Pantelis Petrakakis
petrakakis@bzoeg.de

Literatur beim Autor

Sabine Herlitzius, Frank Sick

Auszug aus dem Kieler Gesundheitsbericht 2016 zur Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger – Ergebnisse des Zahnärztlichen Dienstes

Der Kieler Bericht zur Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern ist eine Fortschreibung des Gesundheitsberichts „Gesunder Start ins Schulleben“ aus dem Jahr 2006. Zahnerkrankungen bei Kindern können Folgeerkrankungen bis hin zu Entwicklungshemmnissen verursachen. Karies gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Sie kann das Essverhalten, die Sprachfähigkeit und Ästhetik und damit das Sozialverhalten stark beeinträchtigen. Die gesetzliche Grundlage der zahnärztlichen Vorsorge (Prophylaxe) ist im Sozialgesetzbuch V und dort in den Paragraphen 21 für die Gruppenprophylaxe und 22 für die Individualprophylaxe formuliert. Im Bereich der Gruppenprophylaxe sind die Krankenkassen, die Zahnärztinnen und Zahnärzte und die in den Ländern für die „Zahngesundheitspflege“ zuständigen Stellen zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Umsetzung wird durch eine Rahmenvereinbarung geregelt, die in Kiel von den gesetzlichen Krankenkassen und den Kommunen unterzeichnet wurde. Darüber hinaus ist die Öffentliche Zahngesundheitspflege im Gesundheitsdienstgesetz Schleswig-Holsteins verankert.

Im Schuljahr 2015/2016 wurden 1.980 Sechs- bis Siebenjährige aus der Klassenstufe Eins untersucht. Die Diagnose Karies wird ergänzt um die schon behandelten kariesbedingten Zahnschäden sowie um eine Einstufung der individuellen Mundhygiene. Auf dieser Grundlage erfolgt die Bewertung der aktuellen und prognostizierten Mundgesundheit. Darüber hinaus werden aber auch nicht kariesbedingte Befunde, beispielsweise aufgrund von Unfällen, Zahnfehlstellungen, ernährungsbedingten Abnutzungen, Knirschen oder Erkrankungen der Gingiva bzw. der Mucosa erfasst und den Erziehungsberechtigten schriftlich mitgeteilt.

Die Bewertung der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Handlungs-

bedarfs auf der Ebene der jeweiligen Ortsteile erfolgt durch vier Indikatoren basierend auf dem DMF(T)/dmf(t)-Index. Er fasst die aktuell wegen Karies behandlungsbedürftigen (decayed), bereits verlorenen gegangenen (missed) bzw. bereits mit Füllungen/Zahnersatz (filled) versehenen Zähne (teeth) als Summe (der Zähne mit Karieserfahrung) zusammen. Zur Unterscheidung werden für bleibende Zähne große Buchstaben und für Milchzähne kleine Buchstaben verwendet. Zu beachten ist, dass im Zahnärztlichen Dienst die Auswertung der Daten auf der Basis des Schulstandortes und nicht des tatsächlichen Wohnortes erfolgt.

Insgesamt haben 15.520 Kinder und Jugendliche im Schuljahr 2015/2016 an einer zahnärztlichen Reihenuntersuchung in Kindertageseinrichtungen und Schulen teilgenommen. Davon erhielten 1.717 Kinder im Schulbereich (6. – 16. Lebensjahr) Angebote der Basisprophylaxe (jährlicher Unterricht zur Mundgesundheit mit Zahnputzübung) und 4.095 Kinder Angebote der Risikoprophylaxe (Einbürstung eines fluoridhaltigen Gelées im vierzehntägigen Rhythmus) mit insgesamt 110.000 Fluoridierungsanwendungen. In den Kindertageseinrichtungen konnten 5.513 Kinder mit Prophylaxeangeboten erreicht werden. Die Risikoprophylaxe in den Kindertagesstätten beinhaltet häufigere gruppenprophylaktische Besuchsangebote.

Ergebnisse für Indikator a – Naturgesunde Gebisse

Naturgesunde Gebisse haben diejenigen Kinder, die noch niemals einen an Karies erkrankten Zahn in ihrer Mundhöhle hatten. Es bestehen deutliche Unterschiede im Erhalt von naturgesunden Gebissen bei Sechs- bis Siebenjährigen im Vergleich der Sozialräume untereinander und gegenüber dem Anteil im Stadtgebiet insgesamt. Im Ortsteil Holtenau ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen mehr als dreimal so hoch wie in den Ortsteilen Mettenhof oder Gaarden. Betrachtet man die Fortentwicklung bezogen auf die Schuljahre 2005/2006 und 2015/2016 prozentual, so lässt sich insgesamt eine Verbesserung der Mundgesundheit feststellen: 2005/2006 hatten im Kieler Stadtgebiet 49,82 % der Sechs- bis Siebenjährigen ein naturgesundes Gebiss, im Schuljahr 2015/2016 waren es 52,98 %. Dennoch konnten nicht alle Ortsteile in gleicher Weise von dieser Entwicklung profitieren. Im Ortsteil Gaarden wurde eine Stabilisierung erreicht. In Ellerbek/Wellingdorf und Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf sind die Anteile der Bezugsgruppe mit naturgesundem Gebiss rückläufig. In Mettenhof, wo der Anteil trotz Anstieg im Vergleich zum gesamten Stadtgebiet niedrig ist, besteht weiterhin hoher Unterstützungsbedarf (Abbildung Seite 12).

Vier zahnmedizinische Indikatoren

- a) noch nie an Karies erkrankte Kinder mit naturgesundem Gebiss
- b) an Karies erkrankte Kinder und das Ausmaß der Erkrankung
- c) an Karies erkrankte Kinder mit aktueller Behandlungsnotwendigkeit
- d) an Karies erkrankte Kinder mit aktuell hohem Risiko weiterer kariesbedingter Schäden (Kariesrisikokinder)

Ergebnisse für Indikator b – Häufigkeit und Ausprägung von Karieserkrankungen

Eine Kenngröße, die den Anteil der Bevölkerung mit der Diagnose Karies wiedergibt, ist die Kariesprävalenz. Die Ausprägung der chronischen Erkrankung Karies in einzelnen Bevölkerungsgruppen und Ortsteilen ist an der durchschnittlichen Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung (DMF(T)/dmf(t)-Wert größer Null) ablesbar. Bezogen auf die vergangenen zehn Jahre ist für alle Ortsteile ein Rückgang des Werts festzustellen. Im Vergleich der Schuljahr 2005/2006 und 2015/2016 sank die durchschnittliche Anzahl der Zähne der ersten Dentition mit Karieserfahrung (dmf-t) bei Sechs- bis Siebenjährigen in Kiel von 2,23 auf 1,78.

Ergebnis für Indikator c – Behandlungsnotwendigkeit

Die Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit der Karies ist in Schleswig-Holstein durch einheitliche Landeskriterien definiert, die von den Zahnärztinnen und Zahnärzten der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter zusammen entwickelt wurden.

Die Behandlungsnotwendigkeit erlaubt konkrete Aussagen über die zurzeit benötigten Behandlungsressourcen und Interventionsprogramme. Im Schuljahresvergleich 2005/2006 und 2015/2016 wurde insgesamt eine Reduktion der Behandlungsbedürftigkeit um fast fünf Prozent von 25,72 % auf 20,89 % festgestellt. Eine Abnahme war in allen Ortsteilen mit Ausnahme des Ortsteils Gaarden zu verzeichnen.

Ergebnisse für Indikator d – Kariesrisiko

Nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ) ergibt sich für die Zielgruppe der Sechs- bis Siebenjährigen ein erhöhtes Kariesrisiko, wenn bereits mehr als fünf Milchzähne des frühen Wechselgebisses erkrankt sind bzw. mindestens ein bleibender Zahn eine Karieschädigung aufweist. Der Anteil der Kinder mit aktuell hohem Risiko, weitere Zahnschäden durch Karies zu erleiden, erlaubt ergänzend zum Indikator c Aussagen über die zukünftig benötigten Behandlungsressourcen und zusätzliche spezielle Interventionsprogramme. Vom Schuljahr 2005/2006 hin zum Schuljahr 2015/2016 konnte für alle Ortsteile eine Senkung des Risikoprofils in Bezug auf die Karies erreicht werden. Dennoch hatte in Mettenhof jedes dritte Kind ein besonders hohes Kariesrisiko.

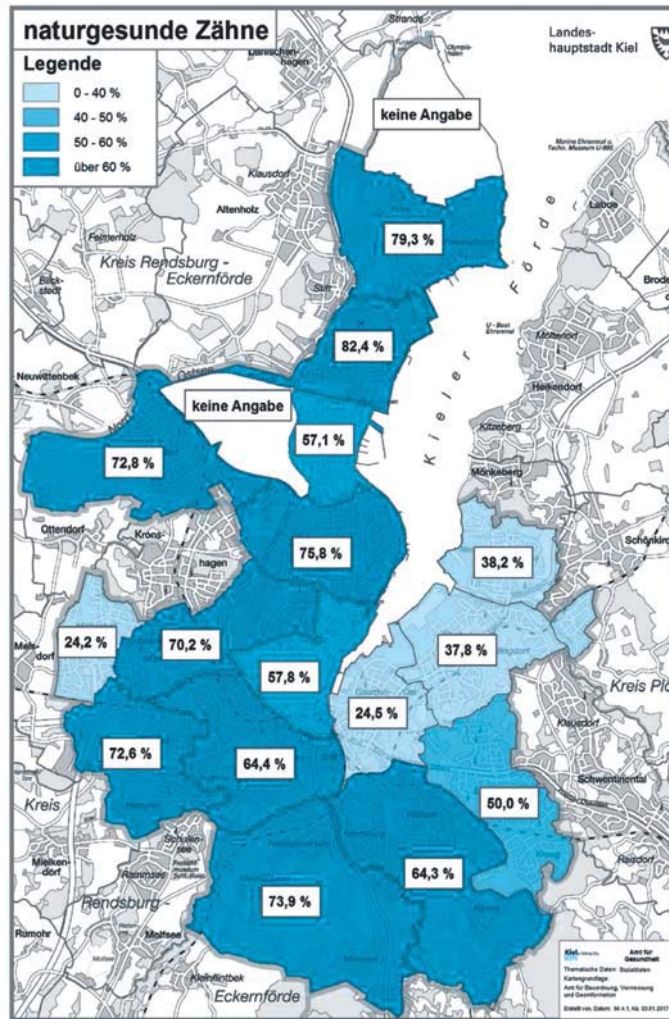


Abb. Karte 1: Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen nach Kieler Ortsteilen: Die höchsten Anteile an Kindern mit naturgesunden Zähnen finden sich in den Ortsteilen: Holtenau, Pries/Friedrichsort, Ravensberg/Brunswik/Düsterbrook. Die geringsten Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen finden sich in: Mettenhof, Gaarden, Ellerbek/Wellingdorf; siehe: https://kiel.de/de/gesundheits_soiales/gesundheitsvorsorgen_heilen/gesundheitsberichterstattung/

Zusammenfassung

Die gewonnenen Daten ermöglichen Aussagen über die Verteilung der chronischen Erkrankung Karies bei Schulkindern in den jeweiligen Ortsteilen und zeigen damit deutliche Unterschiede in Kiel. Es ist gelungen, das schon vor zehn Jahren hohe Niveau der Mundgesundheit der betrachteten Schülerinnen und Schüler in den ersten Klassen weiter zu verbessern. Für die Ortsteile Ellerbek/Wellingdorf und Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf musste entgegen des Trends eine Verschlechterung des Zahngesundheitszustands verzeichnet werden. Der Erfolg, bezogen auf das Stadtgebiet insgesamt, kann als das Ergebnis einer über lange Zeiträume kontinuierlich gewachsenen Zusammenarbeit des Amtes für Gesundheit mit vielen Beteiligten und Kooperationspartnern zur Förderung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie zur Unterstützung der Eltern angesehen werden. Dieser Entwicklung liegen regelmäßige, aufsuchende Untersuchungen und abgestimmte vorbeugende Angebote in den Kindertageseinrichtungen und Schulen zugrunde. Dass tägliche

Zähneputzen in den Kindertagesstätten und die Fluoridierungsangebote in den Schulen werden als wirkungsvolle Maßnahmen angesehen. Ritualisierung, Verfahrenssicherheit und ein Lernen von anderen Kindern ermöglichen ein frühes Verfestigen gesunderhaltender Handlungen.

Ausblick

In Prävention und Gesundheitsförderung kommt insbesondere jenen Beteiligten, die in Schlüsselpositionen tätig sind, eine besondere Verpflichtung zu: Sie sind diejenigen, die durch eine geschickte Weichenstellung Orientierung geben und Entwicklung ermöglichen, Netzwerke bilden und Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb derer eine lebensraumbezogene Unterstützung der Kinder und Jugendlichen überhaupt realisiert werden kann. Einrichtungen für Kinder als Lebenswelt erhalten auch im Hinblick auf Zahngesundheit eine immer stärkere Bedeutung und Verantwortung, die über die unterstützende Erziehung durch Eltern deutlich hinausgeht. Kinder verbringen einen immer größer werdenden Anteil ihrer wichtigen Entwicklungs-

zeit in Kindertageseinrichtungen und Ganztagesesschulen und somit weniger im Rahmen der Familie. Dieser sich in den letzten Jahren vollziehende Wandel in der Gesellschaft bezieht selbst die Kleinsten durch den flächendeckenden Aufbau von Krippen mit ein. Damit gewinnt die Gruppenprophylaxe an Bedeutung. Alle Verantwortlichen in den Lebenswelten der Kinder wie Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind gefordert, gesundes Verhalten und Selbstverantwortung zu fördern. Der Zahnärztliche Dienst braucht diese Kooperationspartner, um seine Angebote und Unterstützung für Kinder, Eltern und Betreuungspersonal in die Einrichtungen zu bringen. Leider ist in den letzten Jahren eine sinkende Bereitschaft zur Unterstützung des Bildungsauftrages Gesundheitserziehung in Bezug auf Mundgesundheit in den Kinder-

tagesstätten zu finden. In jeder Kindertageseinrichtung sollte das Zähneputzen eine Selbstverständlichkeit sein. Auch Schulen sollten dazu Möglichkeiten bieten, besonders in den Ortsteilen mit hohen Indikatoren b bis d. Darüber hinaus befindet sich auch ein Fluoridierungsangebot für Kindertageseinrichtungen in Planung.

Die Aufklärung und statistischen Erfassung im Bereich frühkindliche Karies sollte ausgeweitet werden. Zukünftig ist auch die Altersgruppe der Kinder vom ersten bis zum dritten Lebensjahr in die zahnärztliche Gruppenprophylaxe einzubeziehen. Die Eltern sollten in ein Betreuungskonzept insbesondere in der Vorgeburtsphase und dem ersten Lebensjahr des Kindes eingebunden werden. Im Bereich der sozialraumassoziierten Fokussierung der Erkrankung Karies ist ein weiterer gezielter und niedrigschwelliger

Ausbau der Vorort-Betreuung in modularer Form mit hohem Vernetzungsgrad (andere Professionen und Organisationen) notwendig. Generell muss der wechselseitige Zusammenhang zwischen mangelnder Mundhygiene und damit verbundenen immungekoppelten Entzündungsvorgängen mit vielen zunehmenden Allgemeinerkrankungen wie Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Atemwegserkrankungen bewusst gemacht werden, um damit die Akzeptanz für die Notwendigkeit der Mundhygiene bei allen Verantwortlichen zu schaffen. Hierzu sind insbesondere zielgruppenbezogene, objektive und unabhängige Informationen erforderlich, die auch unter Einsatz von modernen Medien verbreitet werden sollten.

Korrespondenzadresse

Dr. Sabine Herlitzius
sabine.herlitzius@kiel.de

Grit Hantzsche

Zukunftsforum Öffentliche Gesundheit: Mehr Gesundheit für alle

Maßnahmen von Public Health haben in der Vergangenheit wesentlich dazu beigetragen, Krankheit zu vermeiden, Leben zu verlängern und Gesundheit zu fördern. Um dieses Potential auch in Zukunft umfassend einzulösen, braucht Deutschland eine Public-Health-Strategie. Eine Voraussetzung und zentraler Baustein hierfür ist die erfolgreiche Zusammenarbeit von Praxis, Politik und Wissenschaft. Mit diesem Ziel vor Augen sollte das dritte Symposium des Zukunftsforums Public Health bestehende Ansätze und internationale Erfahrungen mit erfolgreichen Modellen des Zusammenwirkens von Praxis, Politik und Wissenschaft in Public Health beleuchten, Perspektiven für Deutschland entwickeln und Bausteine für eine deutsche Public-Health-Strategie liefern.

In Berlin wurde durch das Zukunftsforum Public Health/Öffentliche Gesundheit dazu am Freitag, 25. Januar 2019, die Road Map für die Zukunftsstrategie „Mehr Gesundheit für alle“ vorgestellt.

Gute Gesundheit ist nicht einfach ein natürlicher Zustand, sondern verlangt immer auch koordinierte menschliche Anstrengungen. Es geht dabei um den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und deren Qualität, um die Qualität von Luft, Wasser und Boden, um gesunde Städte und gesunde

natürliche Umwelten, um gesunde Arbeits- und Lebenswelten und um bestmögliche gesundheitliche Chancen für alle.

Die 300 Experten tauschten sich unter Nutzung verschiedener Moderationsformen innerhalb der 12 Arbeitsgruppen, die für die Themenvielfalt stehen, aus:

- AG 1:** Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis – Beispiele aus dem ÖGD
- AG 2:** Public Health in der Arbeitswelt
- AG 3:** Die Sicherung der Kinder- und Jugendgesundheit in den Kommunen
- AG 4:** Künftige Forschungsschwerpunkte für Public Health
- AG 5:** Health in All Policies
- AG 6:** Entwicklung integrierter kommunaler Konzepte für die Zusammenarbeit von Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft
- AG 7:** Institutionen und Verfahren für die Evidenzbasierung von Public Health
- AG 8:** Verhältnisprävention auf Bevölkerungsebene: Strategien politischer Durch- und Umsetzung
- AG 9:** Global und Public Health Strategie – zwei Seiten einer Medaille?
- AG 10:** Public-Private Partnerships (PPPs) in Public Health
- AG 11:** Karrierewege in Public Health
- AG 12:** Big Data und Public Health

Dr. Michael Schäfer, 1. Vorsitzender des BZÖG, wurde erstmals zum Treffen eingeladen und in die AG 1 einbezogen. Bei den unterschiedlichen Ebenen findet allerdings Dental Public Health noch keine Berücksichtigung. Eine Arbeitsgruppe, die sich insbesondere dieser Thematik widmet, wäre seiner Ansicht nach im Gesamtkontext eine sinnvolle und gewinnbringende Ergänzung.

„Um mehr Gesundheit für alle zu erreichen, muss Gesundheit ein Querschnittsthema in allen Politikfeldern werden“, sagt Susanne Moebus, Professorin für Urbane Epidemiologie des Universitätsklinikums Essen. „Die Cholera wurde vor allem durch sauberes Wasser und ein funktionierendes Abwassersystem besiegt, eine Idee aus dem damals neuen Wissensfeld der Hygiene. Wir brauchen heute einen globalen Ansatz, der wissenschaftlich und handlungsorientiert ist, eine weltweite Perspektive einnimmt und gleichzeitig Gesundheit in den vielen nur scheinbar kleinen politischen Entscheidungen vor Ort mitdenkt.“

Die Road Map „Mehr Gesundheit für alle“ des Zukunftsforums fordert eine solche deutschlandweite, politikfeldübergreifende Strategie für Öffentliche Gesundheit (englisch: Public Health), welche in den kommenden drei Jahren gemeinschaftlich ausgearbeitet und umgesetzt wird.

Quelle und Weitere Informationen unter:
zukunftsforum-public-health.de

Dr. Grit Hantzsche
hantzsche@bzoeg.de

Grit Hantzsche

Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, hat in seiner Sitzung am 17. Januar 2019 die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten beschlossen. Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und der Veröffentlichung im Bundesanzeiger treten diese ab 1. Juli 2019 in Kraft.

Besonders für Kinder, die nicht durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V erreicht werden, sollen Früherkennungsuntersuchungen vor Vollendung des sechsten Lebensjahres der Erkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie der Vermeidung von Karies und Gingivitis dienen. Es sollen Neuerkrankungen festgestellt und eine Behandlung frühzeitig eingeleitet werden.

Zusätzlich zu den bisherigen Früherkennungsuntersuchungen wurden für Kleinkinder vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat neue Maßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Abgestimmt auf die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U7, bei denen der Kinderarzt die Eltern zum Zahnarzt verweisen soll, haben Versicherte dieser Altersgruppe Anspruch auf insgesamt drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen – im Alter vom 6. bis 9., vom 10. bis 20. und vom 21. bis 33. Lebensmonat. Inhalt dieser Untersuchungen sollen neben der Inspektion der Mundhöhle die Aufklärung der Betreuungspersonen über die Ätiologie oraler Erkrankungen sein. Die Ernährungs- und Mundhygieneberatung einschließlich der praktischen Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhygiene beim Kind, die Erhebung der Fluoridanamnese und die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel stehen bei diesen zusätzlichen Maßnahmen im Fokus. Damit kann nun die Forderung, dass der erste Zahnarztbesuch des Kindes nach

Durchbruch des ersten Zahnes erfolgen soll, mit Leben gefüllt werden.

Unabhängig von einer Kariesrisikoeinschätzung haben die Kleinkinder bis zum vollendeten 33. Lebensmonat zweimal je Kalenderhalbjahr Anspruch auf eine Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung. Auch wenn das Fazit des Rapid-Reports der IQWiG Hinweise anerkennt, dass Fluoridlack bei Kindern mit und ohne (initial)kariösen Läsionen einen höheren Nutzen haben könnte als ohne Applikation des Lacks, so bevorzugen die zahnmedizinischen Fachgesellschaften in ihren Stellungnahmen risikojustierte Fluoridapplikationen.

Bei den 2004 bereits eingeführten drei Früherkennungsuntersuchungen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres wurde nur die zeitliche Anpassung, jetzt ab dem 34. Lebensmonat, zu den neuen Untersuchungen vorgenommen. Auch diese sollen die Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe ergänzen und sind auf diese abzustimmen. Die Anwendung von Fluoridlack ist bei den Kindern dieser Altersgruppe abhängig vom Kariesrisiko angezeigt.

Nach wie vor sind kariöse Defekte vorrangig zu sanieren.

Es bleibt nun abzuwarten, wie sich die Inanspruchnahme der zusätzlichen Untersuchungen entwickelt. Die 2004 eingeführten Früherkennungsuntersuchungen erreichten im Jahr 2016 nur 35 % der Kinder (KZBV Jahrbuch 2017).

Der BZÖG versteht die Neufassung der Richtlinien als einen Baustein zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern mit Milchgebissen. „Dabei wird nicht verkannt, dass in der Gruppenprophylaxe nur ein Teil der Kinder unter drei Jahren erreicht wird, allerdings wird sich dieser Teil in den kommenden Jahren durch den weiteren Ausbau der Betreuungsquoten in den Kindertagesstätten sowie der sog. Großtagespflege (hier v.a. in den großen Städten) deutlich ändern. So stieg beispielsweise die Betreuungsquote von

2016 auf 2017 um über 42.000 Kinder auf 33,1 % (von ca. 720.000 auf 762.000). Entscheidend ist aber, dass der Betreuungsbedarf der Eltern für Kinder im Alter unter 3 Jahren bei derzeit 45,2 % liegt und weiter steigen wird (Kindertagesbetreuung Kompakt, Ausbaustand und Bedarf 2017, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 06/2018). Diesem Anspruch der Sorgeberechtigten wird ein Ausbau der kommunalen Kindertageseinrichtungen folgen. Des Weiteren verfolgen zahlreiche Kommunen momentan den Weg des Ausbaus der sog. Tagespflege. Ein nicht kleiner Teil der zu betreuenden Kinder wird über diesen Weg gezielt versorgt, wobei diese Tagespflege der Verantwortung des Trägers der Öffentlichen Jugendhilfe unterstellt ist und damit der kommunalen Verantwortung.“, heißt es in der Stellungnahme des BZÖG. „Wenngleich die fachlich-inhaltliche Verantwortung innerhalb der Zahnärzteschaft liegt, legt die Sozial-epidemiologische- und Public-Health-Forschung nahe, dass im Hinblick auf Risikokonstellationen in belasteten Familien nur eine Netzwerkstruktur umfassende Beratung, Information und Hilfe gewährleistet.“

Weitere Information und den vollständigen Wortlaut der Richtlinie finden Sie unter:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/>

Dr. Grit Hantzsche
hantzsche@bzoeg.de

Pantelis Petrakakis

Leitlinien und ihre Bedeutung

Medizinische Leitlinien werden kontrovers aufgefasst. Für Befürworter bedeuten sie eine „Sichtbarmachung“ des medizinischen Standards. Für Leitliniengegner bilden sie die therapeutische Realität nicht ab und schränken die ärztliche Therapiefreiheit ein.

Hintergrund

Der Sachverständigenrat zur Konzentrieren Aktion im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem Sondergutachten aus dem Jahr 1995 die Entwicklung von medizinischen Leitlinien für Deutschland angeregt, die von der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) erarbeitet werden sollten [23]. Gefordert wurden u. a. die Etablierung eines indikationsgerechten ärztlichen Handelns sowie die Aufdeckung potenzieller Fehlverteilungen von gesundheitsrelevanten Ressourcen [23,27]. Die AWMF begann im gleichen Jahr mit der Sammlung von diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien, die dem Ziel der Verbesserung der Qualitätssicherung dienen sollte. Seit Anfang der 2000er-Jahre ist die AWMF als Leit- und Koordinierungsstelle federführend bei der Leitlinienerstellung tätig. Etwa zeitgleich wurde innerhalb des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) gegründet und den beiden berufspolitischen Landesorganisationen Bundeszahnärztekammer e.V. (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung e.V. (KZBV) zugeordnet [28]. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK) übernahm als verantwortliche Organisation für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin die Abstimmung der Fortentwicklungsprozesse mit den berufspolitischen Landesorganisationen. Sie initiiert und priorisiert Leitlinienvorhaben und koordiniert die Leitlinienerstellung. DGZMK und ZZQ verbindet seit dem Jahr 2008 ein Kooperationsmodell mit zwei Delegierten aus der

DGZMK im Beirat der ZZQ, um u. a. die Leitlinienerstellung zu begleiten [30]. Da eine Leitlinienerstellung auch durch andere zahnärztliche Fachgesellschaften initiiert werden kann, müssen alle Leitlinienvorhaben bei der AWMF angemeldet werden, um Dopplungen zu vermeiden. Ein Koordinierungsgremium der AWMF sichtet in Zusammenarbeit mit der ZZQ die Vorhaben. Die abschließende Priorisierung der Leitlinien erfolgt durch die BZÄK und die KZBV unter Berücksichtigung versorgungsrelevanter Aspekte [28,30].

Was sind Leitlinien und wozu dienen sie?

Die moderne Informationstechnologie hat auch in der Wissenschaft zu einem enormen Wissenszuwachs und einer schnellen Verfügbarkeit von Informationen geführt. Die Halbwertszeit medizinischen Wissens liegt in einigen Fachgebieten nach Schätzungen unter fünf Jahren. Die daraus resultierende „multimodale Therapiesituation“ behindert die verlässliche Beurteilung, welche Methode den aktuellen Behandlungsstandard darstellt [13]. Zudem sind die Beurteilung von Studien nach ihrer internen und externen Evidenz und ihre kritische Bewertung nicht ohne weiteres durchführbar [19]. Evidenzbasierte Medizin (EbM) und Leitlinien stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. EbM wird definiert als gewissenhafter, ausdrücklicher und vernünftiger Gebrauch der jeweils bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz, um Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten treffen zu können. EbM soll dabei in keiner Weise den Handlungsspielraum des einzelnen Arztes einschränken, sondern eine rationale Grundlage für individuelle klinische Entscheidungen ermöglichen [35].

Die AWMF erläutert den Begriff Leitlinie in Anlehnung an die Definition der Agency for Health Care Policy and Research als systematisch entwickelte Darstellung und Empfehlung für Ärzte und Patienten, die den Zweck verfolgen, diese

bei der jeweiligen Entscheidung für angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung zu unterstützen. Sie sollen dabei den Stand des Wissens zur Eignung und Effektivität von Behandlungsverfahren wiedergeben [3]. Darüber hinaus werden sie als Regeln guten ärztlichen Handelns bezeichnet, die zur Sicherung oder Verbesserung der Qualität in der (zahn)ärztlichen Diagnostik und Therapie beitragen sollen und somit auch Aspekte des Patientenschutzes beinhalten [4,5,10]. Auf keinen Fall sind Leitlinien als Anleitung für eine rigide „Kochbuchmedizin“ zu verstehen. Sie ersetzen nicht die ärztliche Erfahrung, denn die Anwendbarkeit einer bestimmten Empfehlung in der individuellen Situation ist unter Berücksichtigung der vorliegenden Gegebenheiten zu prüfen [16,32].

Problematik von Leitlinien

Leitlinien werden gerne auch als „Leitlinien“ [15] bezeichnet oder als Eingriff und Reglementierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses aufgefasst [1,14]. Kritisiert wird neben der Einschränkung der Therapiefreiheit die mangelnde Aktualität und Qualität [25], ein fehlender Praxisbezug und insbesondere eine mangelnde Transparenz hinsichtlich von Interessenkonflikten der Leitlinienautoren [12,16,22]. Diesem Umstand ist es geschuldet, dass seit dem Jahr 2011 jeder Teilnehmer der Leitlinienerstellung im Vorfeld in einem Formular mögliche Interessenkonflikte offenlegt (z. B. Vortrags- und Schulungstätigkeiten, Tätigkeiten als Berater oder Gutachter, Verbindungen zur Industrie etc.) [18]. Leitlinien besitzen nur für einen begrenzten Zeitraum Gültigkeit und werden von der jeweiligen „fachkompetenten Stelle“ mit einem „Verfallsdatum“ versehen [33]. Abgelaufene Leitlinien werden auf der Internetseite der AWMF kenntlich gemacht. Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften können sich in qualitativer Hinsicht voneinander unterscheiden, indem die vorhandene wissenschaftliche Evidenz und die praktische Erfahrung entweder vollständig oder nur teilweise Berücksichtigung finden [11].

Leitlinien und medizinischer Standard

Leitlinien sind nur dann medizinisch verbindlich, wenn sie dem ärztlichen Standard entsprechen. Dieser liegt vor, wenn die medizinische Behandlung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen, ärztlicher Erfahrung und der sogenannten „professionellen Akzeptanz“ ausgeübt wird [5,10,11]. Beim Medizinischen Standard handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff [10]. Nach der Definition des Mediziners Gert Carstensen (1922–2008) [4] entspricht er dem jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat [6]. Der Standard bildet den Maßstab für ärztliche Behandlungsabläufe und hat hohe Relevanz in berufs-, haftungs-, straf- und sozialrechtlicher Hinsicht [7]. Leitlinien tragen zudem zur Implementierung und Sicherung von Standards in der ärztlichen Praxis bei. Auf die Rechtspflicht des Zahnarztes zur regelmäßigen Fortbildung gemäß § 5 der Musterberufsordnung der BZÄK sei in diesem Zusammenhang hingewiesen [4,10].

Juristische Aspekte

Nach Ansicht der AWMF kommt Leitlinien weder eine haftungsbegründende noch eine haftungsbefreiende Wirkung zu. Sie definiert Leitlinien somit als für Ärzte rechtlich nicht bindend. Die Rechtsprechung bedient sich der Leitlinien dennoch. Das Nichtbefolgen einer Leitlinie führt im Falle eines Behandlungsfehlschlags zu einer Belastung des Behandlers und stellt ihn unter Rechtfertigungsdruck [26,34]. Andererseits ergibt sich aus Befolgen von Leitlinien im ärztlichen Haftungsfall nicht per se die Entlastung. Insbesondere beim Verstoß gegen eine gültige S3-Leitlinie können sie auch als Indiz für das Vorliegen eines Sorgfaltsverstoßes herangezogen werden [9]. Weicht ein Arzt/Zahnarzt von einer bestehenden Leitlinie im Einzelfall ab, hat er bei Vorliegen medizinischer Gründe eine Dokumentationspflicht. Leitlinien werden außerdem zur kritischen Überprüfung von Gerichtsgutachten herangezogen. Leitlinien besitzen vor Gericht in der Regel eine größere Akzeptanz als die Meinung des Sachverständigen [10]. Sie erleichtern die Feststellung eines Behandlungsfehlers und unterstützen die Rationalisierung der Rechtsan-

wendungsarbeit [5]. Dennoch können Leitlinien vor Gericht laut Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15. April 2014 (VIZR 382/12) nicht das Sachverständigengutachten ersetzen [5,9,29]. Das Urteil des Gerichts betrifft den Einzelfall und kann daher nur unter Berücksichtigung des gesamten Meinungsspektrums gefällt werden, welches neben einer gültigen Leitlinie auch das Fachwissen sowie die praktischen Erfahrungen des Sachverständigen umfasst [21,34]. Der Gutachter kann seinerseits bei der Erstellung des Gutachtens auf die allgemein akzeptierte Qualität des Expertenwissens in Leitlinien zurückgreifen. Im Idealfall dienen Leitlinien dem Arzt somit als Handlungsrichtschnur, dem Sachverständigen als Bewertungsmaßstab und dem Gericht als Urteilsgrundlage. Sie haben die Funktion von „Leitschienen“ und sind keine verbindlichen Rechtsnormen [31].

Qualitative Aspekte einer Leitlinie

Drei grundlegende Aspekte sollen die Qualität einer Leitlinie absichern: 1) Die Zusammensetzung des Leitliniengremiums, 2) die Evidenzbasierung und 3) die strukturierte Konsensfindung. Die Zusammensetzung des Leitliniengremiums sollte repräsentativ für den Kreis der Leitlinienanwender sein und neben Vertretern von Fachgesellschaften auch Vertreter von akademischen und nicht-akademischen Berufsverbänden sowie Patientenvertreter (Verbraucherzentrale) einbeziehen [16,17]. Die Bewertung der Evidenz der wissenschaftlichen Literatur basiert auf fünf Stufen nach systematischer Recherche, Auswahl und kritischer Würdigung [16]. Die höchste Evidenzstufe bilden systematische Übersichtsarbeiten (Systematische Reviews, Metaanalysen) mit gezielten Fragestellungen zu (im Idealfall) randomisiert kontrollierten klinischen Studien. Die fünfte, unterste Stufe kategorisiert Veröffentlichungen, die eine Expertenmeinung widerspiegeln [2]. Die sogenannte „Stärke der Evidenz“ (auch „Level of Evidence“, „Evidenzgrad“) wird auf Grundlage der methodischen Qualität der Studien als weiteres Kriterium ermittelt und steht für die Verlässlichkeit der für die Formulierung einer Leitlinienempfehlung zugrunde gelegten Studien [8]. Die klinische Bewertung der Evidenzlage und die Festlegung der Empfehlungen erfolgen in einem formalen transparenten Prozess unter Anleitung eines unabhängigen Moderators [16]. Zu den Aufgaben der Leitlinienautoren zählen die explizite Darlegung des gegenwärtigen

Erkenntnisstandes aus wissenschaftlicher Evidenz und Praxiserfahrung zu speziellen Fragestellungen, ihre Bewertung unter methodischen und klinischen Aspekten, die Bewertung gegensätzlicher Standpunkte sowie die Beschreibung und Begründung des derzeitigen Vorgehens unter Abwägung von Nutzen und Schaden. Anschließend werden die Leitlinienempfehlungen formuliert und mit einem „Empfehlungsgrad“ verknüpft. Die Stärke einer Empfehlung korrespondiert mit dem Ergebnis der Beurteilung der Aussagefähigkeit und Anwendbarkeit der methodisch aufgearbeiteten Evidenzen [16]. Anhand der Empfehlungen können sich Unterschiede zwischen der „Evidenzlage“ und der Empfehlung/Empfehlungsstärke ergeben. Um die Leitlinie vertrauenswürdig zu machen, müssen solche Unterschiede offen erklärt werden. Verzerrungen, die durch unerwünschte Einflüsse im Rahmen der Gruppendiskussion entstehen, werden mittels strukturierter Techniken zur Konsensfindung minimiert (Konsensustechniken) [16,17].

Klassifikation von Leitlinien

Die Leitlinienerstellung ist nach drei Stufen (S1-S3) klassifiziert. Für alle drei Stufen der Leitlinienentwicklung stehen Ablaufvorgaben in tabellarischer Form zur Verfügung. Jeder Entwicklungsschritt kann mit den jeweilig relevanten Fragen des Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstruments (DELBI) überprüft werden [30]. Die S1-Leitlinie bildet die niedrigste Leitlinienstufe und wird durch eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der AWMF erarbeitet [23,24]. Streng genommen werden die S1-Leitlinien nicht mehr als Leitlinien bezeichnet, da sie nicht mittels eines systematischen Entwicklungsprozesses gebildet wurden [16]. Bei der S2-Leitlinie wird nach S2e und S2k-Leitlinie unterschieden. Die S2e-Leitlinie wird auf Grundlage formaler Evidenzrecherchen erstellt. Die deutlich weiter verbreitete S2k-Leitlinie stützt sich auf eine Entscheidung, die in einem bewährten nominalen Gruppenprozess und einem formalen Konsensverfahren getroffen wird [23,24]. Der nominale Gruppenprozess wird in kleinen Gruppen von 15–20 Teilnehmern durchgeführt und bezieht alle Teilnehmer und deren Standpunkte unter Leitung eines unabhängigen geschulten Moderators ein, bis nach ausgiebiger Erörterung ein klarer Trend sichtbar wird, der zur abschließenden Abstimmung freigegeben wird [17]. Kon-

sensuskonferenzen können mit deutlich mehr Teilnehmern durchgeführt werden. Die AWMF gibt ca. 80–100 Teilnehmer an [3]. Im ersten Teil der Konferenz erarbeiten die Teilnehmer mit einem Moderator in Kleingruppen Stellungnahmen, die im zweiten Teil vorgetragen und zur Abstimmung gebracht werden [17]. Die Delphi-Technik ist ebenfalls Bestandteil der Konsensfindung. Diese läuft im Gegensatz zu den beiden vorgenannten Techniken anonymisiert mittels Fragebögen ab. Die Befragungsrunden werden dabei bis zum Erreichen einer einheitlichen Gruppenantwort, die sowohl im Konsens als auch im Dissens enden kann, fortgeführt [17]. Als optimal werden von der AWMF 60–100 Teilnehmer betrachtet [3].

Die S3-Leitlinie gilt als Erweiterung der S2-Leitlinie und wird anhand der fünf Komponenten Logik, EbM, Entscheidungsanalyse, systematischer Konsens und Outcome-Analyse erstellt [3,24]. Das Maß an Sicherheit bzw. Unsicherheit bei Erstellung einer Leitlinienempfehlung wird durch drei verschiedene Graduierungssysteme bestimmt [20]. Die Qualität der Evidenz wird anhand der zur Verfügung stehenden Studien und ihrer Qualität bestimmt (siehe Evidenzbasierung). Der Grad der Empfehlung wird

aus den Aussagen der Studienergebnisse ermittelt und einzelnen Empfehlungsstufen zugeordnet. Die Konsensstärke ergibt sich aus der Zustimmungquote der Konferenzteilnehmer.

Bedeutung für das Zahnärztliche Gutachtenwesen und für Beratungen im ÖGD

Leitlinien dienen auch bei Gutachten zur Entscheidungsfindung in Bezug auf die Notwendigkeit und Angemessenheit von geplanten zahnärztlichen Leistungen z. B. bei Gutachten für Beihilfestellen. Insbesondere unter dem Aspekt, dass die Begriffe der Angemessenheit und der Notwendigkeit rechtlich unbestimmt sind. Ein Beispiel: Bei der Begründung der Anwendung einer Heilmethode zitieren Behandler oder Abrechnungsgesellschaften oft das BGH-Urteil vom 12.03.2003 (IV ZR 278/01), in welchem ausgeführt wird, dass eine Heilbehandlung in den Fällen als medizinisch notwendig zu betrachten ist, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, diese als medizinisch notwendig anzusehen. Mit Blick auf die Leitlinienempfehlungen be-

steht in solchen Fällen unter Umständen die Möglichkeit, die Notwendigkeit einer Behandlungsmethode unter Zuhilfenahme der Leitlinienempfehlungen zu beurteilen bzw. in Frage zu stellen. Auch für Beratungen zu vorbeugenden Maßnahmen bieten Leitlinien einen Handlungs- und Empfehlungskorridor. Die S3-Leitlinie zur Fissuren- und Grübchenversiegelung (AWMF-Registernummer 083-002) kann bei zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Schulen zur Entscheidung über eine Empfehlung zur Versiegelung im bleibenden Gebiss herangezogen werden. Die „Grundlegenden Empfehlungen zur Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen“ (AWMF-Registernummer 083-021) bieten weitere Grundlagen zur Multiplikatoreninformation im Sinne einer Verbraucherberatung (Eltern, pädagogisches Personal, etc.). Die Fluoridierungsleitlinie, die zur Beratung über den Einsatz von lokalen Fluoridierungsmitteln bei Kindern und Jugendlichen Anwendung fand, besitzt derzeit keine Gültigkeit mehr. Mit der Überarbeitung dieser Leitlinie wird im März 2019 begonnen.

Dr. Pantelis Petrakakis
petrakakis@bzoeg.de
Literatur beim Autor

BZÖG-Mitglieder erhalten kostenlose Rechtsberatung durch die Kooperation mit dem Verband Fach- und Führungskräfte (VFF)

Seit dem 01.02.2019 vertraut der Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) auf die Angebote des Verbandes Fach- und Führungskräfte. Unsere Mitglieder profitieren damit ab sofort von der professionellen Beratung des VFF in allen sozialversicherungsrechtlichen sowie arbeits- und dienstrechtlichen Fragen. Darüber hinaus können sie zu Mitgliederkonditionen an den speziell auf Fach- und Führungskräfte zugeschnittenen Seminaren des Führungskräfte-Instituts teilnehmen.

„Im öffentlichen Gesundheitsdienst ist Netzwerken und ein Blick über den Teller-

rand ausschlaggebend für den Erfolg in der Arbeit. Es ist deshalb nur eine Frage der Zeit gewesen, den Kontakt zum VFF zu suchen, damit dessen Angebote und Serviceleistungen von unseren Mitgliedern genutzt werden können“, stellen die beiden Vorsitzenden des BZÖG, Dr. Michael Schäfer und Dr. Claudia Sauerland, fest.

„Wir freuen uns, dass wir mit dem BZÖG einen weiteren Verband von unseren Leistungen überzeugen konnten“, so Susanne Schebel, 1. Vorsitzende des VFF. Verbände und Sprecherausschüsse von Organisationen haben im Rahmen von Sondermitgliedschaften die Möglichkeit,

den juristischen Service des VFF in Anspruch zu nehmen. Deren Mitglieder profitieren von der hohen rechtlichen Expertise und dem umfassenden Know-how des branchenübergreifenden Verbandes zu Themen, die Fach- und Führungskräfte betreffen.

Unseren Mitgliedern sei mitgeteilt, dass sie ab sofort den Service nutzen können. Dabei ist zu beachten, dass der Kontakt zum VFF stets nur über die Geschäftsführung des BZÖG zu laufen hat. Diese hat gegenüber dem VFF die Mitgliedschaft im BZÖG zu bestätigen und stellt anschließend die persönliche Verbindung her.

Michael Schäfer, Silke Riemer

Zum Kapitel Zahnärztliche Untersuchung in der Kinderschutzleitlinie

Am 7. Februar 2019 wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) die *S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)* publiziert. Herausgeber ist das Kinderschutzleitlinienbüro der Universitätskinderklinik Bonn.

Vier pädiatrische Fachgesellschaften, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin erarbeiteten die Leitlinie unter der Koordination der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. Weitere 82 Fachgesellschaften und Organisationen wurden in den Erstellungsprozess eingebunden. Darunter befinden sich der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. vertreten durch Dr. Gabriele Trost-Brinkhues und Dr. Michael Schäfer sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V. mit Dr. Reinhard Schilke und Dr. Katharina Bücher als Mandatsträger. Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich und Caroline Galon hatten Mandate für die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. [1].

Das Kapitel Zahnärztliche Untersuchung der Leitlinie richtet sich an zahnärztlich ausgebildete Personen. Ihnen kommen im Kinderschutz zwei Aufgaben zu:

1. *Anzeichen von (dentaler) Vernachlässigung und anderen Formen der Misshandlung zu erkennen, wenn Kinder ihre Praxis besuchen, sowie*

2. *die Untersuchung der Mundgesundheit von Kindern mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung im Rahmen des diagnostischen Prozesses (z.B. nach Überweisung durch andere Ärzte) durchzuführen* [Zit. Kinderschutzleitlinie S. 134].

Auf der Grundlage von fünf ausgewählten Fachartikeln wurden zwei evidenzbasierte Handlungsempfehlungen, ein Statement und zwei klinische Konsenspunkte (KKP) herausgearbeitet. Daneben finden sich in dem Kapitel drei Definitionen der

dentalen Vernachlässigung US-amerikanischer und Britischer Fachgesellschaften, eine Definition der Mundgesundheit sowie als Expertenmeinung eingestuft Die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung der Kinder und Jugendlichen und weiter eine Information zu Zähneputzen und manuelle Motorik im (Klein-)Kinderalter. Die evidenzbasierte Handlungsempfehlung Nr. 30 lautet:

Zahnärzte_innen sollen bei Kindern oder Jugendlichen mit Karies vor der Verdachtsdiagnose (dentale) Vernachlässigung und nach Ausschluss von Differentialdiagnosen für Zahnhartsubstanzdefekte mehrere Faktoren mit dem Kind oder dem der Jugendliche_n und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen besprechen:*

- *Beeinträchtigung durch die Karies,*
- *Dauer und Ausprägung der Karies,*
- *Kenntnis und Bewusstsein der Personensorgeberechtigten/ Bezugspersonen in Bezug auf Mundgesundheit#,*
- *die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung der Kinder und Jugendlichen,*
- *Verfügbarkeiten der und Bereitschaft zur zahnärztlichen Versorgung.*

Es gibt keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder keine anderen spezifischen Erkrankungen des Mundes, die zwangsläufig zu der Diagnose Vernachlässigung führen [Zit. Kinderschutzleitlinie S. 138].

Die evidenzbasierte Handlungsempfehlung Nr. 32, sowie die klinischen Konsenspunkte Nr. 33 und 34 beinhalten zusammengefasst bei Verdachtsfällen zwei wesentliche Vorgaben, erstere ist im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) schon seit vielen Jahren etabliert: die Anwendung des Artikels 1 des Bundeskinderschutzgesetzes und eine strukturierte medizinischen Diagnostik. Für letztere wird explizit auf den in Krankenhäusern angewendeten Operationen- und Prozedurenschlüssel 1-945 hingewiesen. Dieser beinhaltet u. a. ein multiprofessionelles Team unter der Leitung eines pädiatrisch ausgerichteten Facharztes, eine mehrdimensionale Diagnostik von mindestens drei Fachdisziplinen, zeitliche und

inhaltliche Mindestvorgaben für Befunderhebung, Dokumentation, Anamnese, Gespräche und Beobachtung. Bei der Aufzählung werden auch die Disziplinen Zahnmedizin und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie erwähnt. Eine Fallbesprechung ist obligatorisch; Fallkonferenzen können einberufen werden [2].

Zum KKP Nr. 34 werden außerdem in zwei erklärenden Auszügen der gewählten Fachliteratur die typischen intraoralen Verletzungen bei Missbrauch diskutiert [3].

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD ist auch das Statement Nr. 31. eine Bestätigung Ihres bisherigen Handelns:

Wurden Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen über die Art und das Ausmaß der (kariösen) Erkrankungen ihres Kindes, den Nutzen einer Behandlung, die spezifischen Behandlungsoptionen und den Zugang zu diesen Behandlungsoptionen zur Abwendung von weiterführenden Schäden informiert und enthalten sie ihren Kindern eine indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung und/oder erforderliche Unterstützung bei der Mundhygiene vor, ist dies ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung [Zit. Kinderschutzleitlinie S. 141].

Obwohl viele hier angeführte Inhalte des Kapitels Zahnärztliche Untersuchung für die Leserschaft des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes als bekannt eingeordnet werden können, finden sich im Volltext interessante Fakten, die das Wissen in diesem Gebiet erweitern, zum Beispiel Aussagen über die Expertise von Zahnärzten im Vergleich zu Ärzten in Bezug auf dentale Vernachlässigung sowie über das Verhältnis von Meldungen mit Verdacht auf dentale Vernachlässigung und den der Jugendhilfe bereits bekannten Fällen von Kindeswohlgefährdung. Nicht zuletzt stellt die Literaturübersicht eine wertvolle Grundlage für die weitere Beschäftigung mit dem Thema dar [4]. Für alle beteiligten Fachdisziplinen findet sich im Anhang der Leitlinie eine einheitliche schematische Übersicht Vorgehen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung, die medizinischem Personal immer zugänglich sein sollte.

Literatur:

[1] Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069, S. 2-9

[2] Ebd., S. 87-88.

[3] Ebd., S. 145.

[4] Ebd., S. 132-145.

ZGD 2.18, Seite 17:

Zahnärztliche Untersuchungen bei neu zugewanderten Kindern – Ein Erfahrungsbericht (Hushahn, Hans-Christoph) – Erratum

Auf Seite 18 heißt es in der mittleren Spalte beginnend: *„In Hamburg wurden im Schuljahr 2015/16 insgesamt 56.187 Schülerinnen und Schüler untersucht. Bei 2.649 davon wurden kariös erkrankte Gebisse dokumentiert (5 %). Nur 1,6 % der untersuchten Schülerinnen und Schüler weisen Zahnstatus mit vier oder mehr kariösen Zähnen auf.“*

Es sei darauf hingewiesen, dass sich die in Hamburg untersuchten 56.187 Schülerinnen und Schüler auf die Klassenstufen 0 (Vorschule) bis 10 und die Altersgruppen 5 bis 18 Jahre verteilen. Lediglich in den 1. Klassen ist von einer flächendeckenden Untersuchung auszugehen, in den 6. Klassen wurde im Rahmen der DAJ-Studie eine Stichprobenuntersuchung durch-

geführt. In allen anderen Altersgruppen wurde selektiv und den Bedarfen und Ressourcen entsprechend untersucht.

Der beschriebene Wert von 5 % der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ist für Hamburg nicht korrekt, in keiner der untersuchten Altersgruppen aus diesem Schuljahr gibt es einen derart geringen Behandlungsbedarf. Dies gilt auch für die Gesamtgruppe, wenn es sinnvoll und statthaft wäre, über eine, im Bezug auf das Alter, derart heterogene Gruppe eine gemeinsame Aussage zu machen.

Valide Aussagen können für das Schuljahr 2015/16 lediglich für die Altersgruppe der Klassenstufe 1 und 6 getroffen werden (s. „Zahngesundheit Hambur-

ger Schulkinder“ Kurzbericht zur Gesundheit, erschienen im Juni 2017). In der ersten Klasse weisen 24,6 % der 14.666 untersuchten Schülerinnen und Schüler Behandlungsbedarf im Milchgebiss auf. Bei den 12-Jährigen in der 6. Klasse sind es 6,1 % der 4.380 untersuchten Kinder mit behandlungsbedürftigen bleibenden Zähnen. Die Anzahl von Kindern entspricht einer Stichprobe, die vom Gesis-Institut, Mannheim, für diese Altersgruppe gezogen wurde.

Unabhängig von den aufgezeigten Fehlern bleibt die Tatsache, dass die 382 untersuchten zugewanderten Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 16 Jahren eine teils deutlich höhere Krankheitslast tragen.

69. Wissenschaftlicher Kongress

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Mitten in der Gesellschaft!“ 4. bis 6. April 2019 in Kassel · Vortragsprogramm

Donnerstag, 04. April 2019, 08:30 Uhr bis 12:00 Uhr; Gesellschaftssaal

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
08:30	Begrüßung	Frau Dr. Sauerland
08:45	Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen von Schülerinnen und Schülern in Frankfurter „Intensivklassen“ 2016/17	Frau Dr. Bausback-Schomakers
09:15	Medien und Gesundheitsverhalten	Frau von Nordheim
09:45	Ernährung und Verpflegung für gesundes Aufwachsen	Frau Kappelhoff
10:15	Diskussion und Pause	
11:00	Erkrankungen der Mundschleimhaut – was muss ich erkennen, was muss ich tun?	Frau Dr. Petruchin
11:30	Diskussion	



13:30 Uhr bis 14:30 Uhr: Eröffnung des Kongresses und der Industrieausstellung

Freitag, 05. April 2019, 09:00 Uhr bis 10:30 Uhr; Gesellschaftssaal

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
09:00	25 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne im Land Brandenburg	Frau Dr. Rojas
09:30	Forensische Altersdiagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden	Herr Dr. Dr. Grundmann
10:00	Diskussion	

Freitag, 05. April 2019, 11:00 Uhr bis 12:00 Uhr; Gesellschaftssaal

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
11:00	Seltene Erkrankungen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Herr Dr. Hanisch
11:30	Diskussion	

Freitag, 05. April 2019, 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr; Gesellschaftssaal

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
13:00	Zahnärztlich relevante Aspekte der neuen AWMF 53 (+) Kinderschutzleitlinie	Herr Dr. Schilke
13:30	Diagnose MIH – und was dann?	Frau Dr. Giraki
14:00	Betriebliche zahnmedizinische Prävention – Wie könnte sie aussehen?	Herr Prof. Dr. Zimmer
14:30	Dentalhygiene – ein Konzept für Entwicklungsländer in Asien	Frau Nguyen
15:00	Diskussion	
15:30	Postervorstellungen	
	Zahngesundheit hessischer Kindergartenkinder im Alter von 3–5 Jahren	Frau Dr. Füllkrug
	Frühstückswettbewerb: „Knackig-frisch hält fit – mach mit!“	Frau Dr. Ipek-Özdemir
15:45	Diskussion	
16:00	Verleihung Silbernes Ehrenzeichen	Herr Dr. Schäfer



Delegiertenversammlung BZÖG: 16:30 Uhr, Konferenzzimmer 1

Sonnabend, 06. April 2019, 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr; Gesellschaftssaal

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
09:00	Mundhygiene und Mundbefund in Pflegeheimen	Frau Dr. Schreiber
09:30	Zahnärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Hessen – eine Herausforderung	Herr Dr. Gerhard Weitz
10:00	Diskussion / Pause	
10:45	Die Fähigkeit zur Zahn- und Prothesenreinigung von geriatrischen Patienten schnell und einfach testen	Frau Dr. Schüler Frau Dr. Kwetkat
11:15	Vom „Schulzahnarzt“ zum kommunalen Zahnarzt	Herr Dr. Wleklinski
11:45	Diskussion	

Ansprechpartner: Dr. Uwe Niekusch (Tel.: 06221-522 1846 / E-Mail: niekusch@bzoeg.de)