

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

50. Jahrgang / Juli 2020 [www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

Zahnärzte im  
Pandemieeinsatz

---

Bergheimer Netzwerk  
Gesundes Essen in der Kita

---

ZÄD Service Design  
in Neukölln



## Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen

# 1.20



# EDITORIAL



**Dr. Silke Riemer**  
BZÖG, Redaktion Zeitung



**Klaus Menzner**  
BZÖG, Landesstellenleiter  
Saarland



**Dr. Uwe Niekusch**  
BZÖG, Wissenschaftlicher  
Referent

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Sind eins und eins noch zwei?“ Schon der schottische Philosoph David Hume (1711-1776) warnte seine Mitmenschen davor, von ihren Erfahrungen auf die Zukunft zu schließen.

Ab März dieses Jahres hat sich unser Arbeitsplatz stärker gewandelt als wir es bei möglicher Vorbereitung je zugelassen hätten. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Fluoridierungen von Kindern und Jugendlichen durch den ÖGD in der über Jahrzehnte etablierten Weise wurden eingestellt. Ein Kerninstrument der gruppenprophylaktischen Vorsorge „Die Unterweisung des systematischen Zähneputzens“ ist derzeit bis auf unbestimmte Zeit ausgesetzt.

Nicht wenige hochambitionierte Kolleginnen und Kollegen aus unseren Reihen treffen in diesen Zeiten maßgebliche Entscheidungen zur Eindämmung der Pandemie als Leiter\*innen oder deren Stellvertreter\*innen von Gesundheitsämtern. Zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen in den Ämtern besetzen vollkommen neue Positionen, dabei werden sie auch grundsätzlich zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Infektion eingesetzt. An die Stelle von zahnärztlichen Untersuchungen, sozialkompensatori-

scher Tätigkeit und Fluoridierungen sind Ermittlungen von Kontaktpersonen, die telefonische Betreuung von Bürgern in Isolation oder Quarantäne und die Beratung von Praxen, Heimen oder Schlachthöfen sowie Reiserückkehrer\*innen getreten. Ganze Ämter wurden umstrukturiert, Zahnärztliche Dienste wurden komplett oder teilweise „stillgelegt“, die Mitarbeiter\*innen in neue Tätigkeitsbereiche umgesetzt oder als aufeinander eingespielte Personaleinheit mit einer neuen Aufgabe betraut.

Zunehmend werden allerdings Rufe lauter, die die Rechte der Kinder auf medizinische Betreuung, Gesundheitsförderung sowie Vorsorgeuntersuchungen in den Fokus rücken. Erste Studien zur Bestimmung des Übertragungsrisikos für SARS-CoV2 in Kitas laufen, Hygienekonzepte für zukünftige Untersuchungen in Einrichtungen für Kinder unter Pandemiebedingungen werden erstellt und geprüft. Vereinzelt sind erste Prophylaxefachkräfte als „Vorreiterinnen“ alternativ unter freiem Himmel und mit strengen hygienischen Auflagen in der Gruppenprophylaxe tätig geworden.

Der 70. Kongress der Bundesverbände der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter dem Motto „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Große Gesundheitsziele fördern wir hier von klein auf“ wurde auf Grund der aktuellen Entwicklungen erst verschoben und dann am 15. Juli abgesagt. Nach den derzeitigen Planungen soll der

71. Wissenschaftliche Kongress vom 17. bis 19. Mai 2021 ebenfalls in der Congresshalle Saarbrücken stattfinden.

Die traditionelle Einladung des Gastgeberlandes und die damit verbundenen Hinweise auf fachliche Leistungen und regionale Sehenswürdigkeiten treten im Zusammenhang mit den aktuellen Geschehnissen bedauerlicherweise bis auf weiteres in den Hintergrund.

Perspektivisch wagen wir dennoch einen kleinen Blick ins Gastgeberland Saarland und seine regionalen Sehenswürdigkeiten. Politisch ist die Region Saar-Lothringen, durch ihre bewegte Geschichte bikulturell geprägt, seit Kriegsende eine Keimzelle für die europäische Integration. Wenn Reisen wieder uneingeschränkt möglich sind, werden Sie auf beiden Seiten der Grenze Menschen mit einem liebenswerten Hang zum „savoir vivre“, einer vielfältig geprägten Kultur und einer ausgesprochenen Gastfreundschaft kennenlernen. In unmittelbarer Nähe finden sich neben eher ländlichen Gegenden auch Sehenswürdigkeiten, die man zunächst nicht erwartet hätte. Allen voran das sehenswerte Weltkulturerbe Völklinger Hütte als stummer Zeuge der jüngeren Industriegeschichte.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bleiben Sie in diesen Zeiten mit sich täglich verändernden und hohen Anforderungen gesund.

Klaus Menzner, Uwe Niekusch  
und Silke Riemer

- 03 Editorial  
*Klaus Menzner, Uwe Niekusch, Silke Riemer*

### Verband · Aktuelles

- 05 Bericht: Zahnärztliche Dienste im Pandemie-Einsatz  
*Grit Hantzsche*

Masernschutzgesetz – Was muss beachtet werden  
*Grit Hantzsche*

- 06 Erratum ZGD 2.19

### Bericht

- 07 Bericht: Gutachterfortbildung 3.0 in Düsseldorf  
*Angela Bergmann*

- 09 Spezial zum diesjährigen Tag der Zahngesundheit 2020  
„Gesund beginn im Mund – Mahlzeit!“

**Gesundes Essen in den Bergheimer Kindertages-**  
**einrichtungen – Bildungsnetzwerk Kindergesundheit**

*Karin Moos, Pantelis Petrakakis, Eva Brebeck-Nysten, Susanne  
Cardinal von Widdern, Ruth Wirtz*

- 11 Pakt für den ÖGD  
*Grit Hantzsche*

- 12 15. Kongress der EAPD 2020 – Kurzauswahl von Themen  
*Silke Riemer*

- 13 Auszug aus dem Bericht:  
Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen  
in der Stadt Erfurt  
*Winnie Melzer*

- 18 Typisch Behörde?  
Forschungsprojekt mit neuem Service Design in Neukölln  
*Hannes Rehfeldt*

### Aktuelles

- 20 Zahnärztliches Programm 2020  
70. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD  
und des BZÖG

**ABGESAGT!**

#### Bildrechte (copyright):

Titelbild: Alle Bildrechte liegen beim Bezirksamt Neukölln von Berlin  
Editorial, Beiträge und Artikel: Alle Bildrechte liegen bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren,  
bzw. deren kommunalen Arbeitgebern

## Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.20  
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, M. A.  
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  
Dr. Holger Spalteholz, Chemnitz

#### 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 zuge-  
lassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung  
des Herausgebers nicht gestattet.  
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persön-  
liche 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](http://www.bzoeg.de)

Grit Hantzsche

## Zahnärztliche Dienste im Pandemieeinsatz

Die Krisenbewältigung im Zusammenhang mit der Eindämmung von SARS-CoV-2 stellt an die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere an die kommunalen Gesundheitsämter, nicht zu erahnende Anforderungen. Wie Dr. Michael Schäfer, 1. Vorsitzender des BZÖG, im Interview mit der „zm“ (zm 110, Nr. 7, 1.4.2020, 678) beschrieb, sind „die regelhafte Durchführung aller Maßnahmen im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, wie zahnärztliche Untersuchungen, Fluoridierungsmaßnahmen, Beratung, Aufklärung, Konzeption und gutachterliche Tätigkeit nahezu eingestellt“. Stattdessen sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Prophylaxe-Assistentinnen und Mitarbeiter der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter eingebunden in die Aufgaben nach Infektionsschutzgesetz. Im Zuge der Pandemiebewältigung sind dies:

### ■ Ermittlung und Meldung

Nach Eingang einer Labormeldung im Gesundheitsamt über den Nachweis von SARS-CoV-2 bei einer Person wird diese telefonisch kontaktiert, zum Gesundheitszustand befragt und über das weitere Verhalten aufgeklärt. Es wird zunächst mündlich die 14-tägige Quarantäne ausgesprochen und sie wird aufgefordert, eine Liste mit Kontaktpersonen der letzten Tage zu erstellen und einzusenden. Der Fall wird im Fachprogramm erfasst und tagesaktuell an die Landesgesundheitsbehörde und das Robert-Koch-Institut gemeldet.

### ■ Testung und Überwachung

Die Kontaktpersonen werden angerufen und es wird eruiert, wann und in welchem Umfang der Kontakt war. Je nach Intensität und Charakter des Kontakts wird mündlich die 14-tägige Quarantäne ausgesprochen. Kontaktpersonen werden zur Beprobung eingeladen um auszuschließen, dass bereits eine Infektion erfolgte. Infizierte und Kontaktpersonen werden täglich nach ihrem Befinden gefragt. In bestimmten Fällen erfolgt am Ende der Quarantäne eine weitere Testung, damit keine Infizierten die häusliche Quarantäne verlassen.

### ■ Quarantäne und Tätigkeitsverbote

Über die häusliche Quarantäne erhalten Infizierte und Kontaktpersonen einen schriftlichen Bescheid zur Vorlage bei ihrem Arbeitgeber. Befindet sich eine infizierte Person in einer Pflege- oder Gemeinschaftseinrichtung ist festzulegen, wie die Isolation erfolgen kann, um die Infektionskette zu unterbrechen. Sind Beschäftigte in Pflege- oder Gemeinschaftseinrichtungen betroffen, sind die Maßnahmen entsprechend der RKI-Empfehlungen durchzusetzen. So sind infizierte Personen von der Betreuung auszuschließen, bei nicht nachgewiesener Infektion und bei Personalmangel im medizinischen und Pflegebereich kann unter Auflagen weitergearbeitet werden.

### ■ Schließung von Einrichtungen, Genehmigung von Hygienekonzepten und Information der Bevölkerung

In allen Aufgabenbereichen kommen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zahnärztlichen Dienste zum Einsatz. Ihre Kenntnisse im Bereich der Mundhöhle ermöglicht ihren Einsatz in „Abstrichteam“ für den Rachenabstrich zum Virusnachweis. Auch ihre Erfahrung mit der Auswertung und Aufbereitung großer Datenmengen können sie in die Bewältigung des Nachverfolgens von Infektionsketten einbringen. Nicht zuletzt sind die in Beratungen geschulten Kräfte kompetent in schwierigen Gesprächssituationen bei der Kontaktnachverfolgung.

Auch wenn jetzt Kitas und Schulen wieder öffnen, wird es doch noch eine Weile dauern, bis normaler Alltag in den Ämtern einkehrt. Mit den aktuellen Verfügungen ist die Verantwortung für eindämmende Maßnahmen an die kommunale Ebene gegangen. Das bedeutet eine noch genauere Verfolgung von Infektionsketten, umfassendere Tests und schnelle Auswertungen. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Gesundheitsämtern werden mit ihrem Assistenzpersonal weiter mit an der vorderen Front stehen, hoffentlich nicht mehr im 10- bis 12-Stunden-Tag, wie es über mehrere Wochen der Fall war.

Grit Hantzsche

## Masernschutzgesetz – Was muss beachtet werden?

Das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) ist am 13.02.2020 im Bundesgesetzblatt verkündet worden (BGBl. I S. 148) und seit dem 01.03.2020 gültig. Ziel des Gesetzes ist, dass Schul- und Kindergartenkinder wirksam vor Masern geschützt werden.

### Welche Personen müssen einen Masernschutz vorweisen?

- nach dem 31.12.1970 Geborene,
- die in einer Gemeinschaftseinrichtung (§ 33 1 bis 3 IfSG) für überwiegend Minderjährige betreut werden und tätig sind,
- die in einer Gesundheitseinrichtung (§ 23 (3) Satz 1 IfSG) tätig sind – Kran-

kenhäuser, Arztpraxen, Praxen humanmedizinischer Heilberufe, ... (auch Verwaltungskräfte),

- die gesetzlich untergebracht sind in Kinderheimen und Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber und Flüchtlinge (§ 36 (1) Nr. 4),
- die in einer erlaubnispflichtigen Kindertagespflege betreut werden und tätig sind,

- auch andere Berufsgruppen, die in oben genannten Einrichtungen tätig sind, wie Küchen- und Reinigungspersonal, Praktikantinnen und Praktikanten, ehrenamtlich Tätige, wenn sie regelmäßig (nicht nur einen Tag) und nicht nur zeitlich begrenzt (mind. 1 Woche lang) in einer Gemeinschaftseinrichtung arbeiten.

Nicht betroffen sind Bewohner und Betreuer von Wohngruppen, Vereine, Universitäten sowie Freizeiteinrichtungen ohne Ausbildungsgedanken genauso wie Patienten in Gesundheitseinrichtungen.

### Wann muss der Nachweis erbracht werden?

- Alle, die ab 01.3.2020 neu in den o. g. Einrichtungen aufgenommen werden sollen bzw. ihre Tätigkeit beginnen, müssen den Nachweis vor Aufnahme bzw. Beginn der Tätigkeit erbringen.
- Bereits in den o. g. Einrichtungen Tätige und Betreute müssen den Nachweis bis zum 31.07.2021 erbringen.

### Wer ist für Überprüfung und Dokumentation des Masernschutzes verantwortlich?

- Verantwortlich ist in jedem Fall der Leiter der Einrichtung.

### Was gilt als Nachweis eines Masernschutzes?

- Ein Impfausweis oder ärztliches Zeugnis (Haus-/Kinderarzt), dass Impfschutz gegen Masern besteht (Alter < 1 Jahr nicht relevant, 1 bis 2 Jahre 1 Impfung, > 2 Jahre 2 Impfungen) – Zur Erleichterung wird das ärztliche Formular, das für die Aufnahme von Kindern in eine Einrichtung vorgelegt werden muss, um die Angaben zum Masernschutz ergänzt.
- Ein Ärztliches Zeugnis, mit dem Nachweis, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt oder aufgrund medizinischer Kontraindikation nicht bzw. vorübergehend nicht geimpft werden kann.
- Eine Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen vom Gesetz betroffenen Einrichtung – Hier erfolgt eine Ergänzung des Formulars zur Mitteilung des Ergebnisses der Schulaufnahmeuntersuchung um

die Angaben zum Masernschutz. Das Gesetz sieht auch die Übergabe der Daten zwischen den Einrichtungen und Schulen vor.

### Wann erfolgt eine Meldung der personenbezogenen Daten ans Gesundheitsamt durch den Leiter?

Wenn:

- der Nachweis eines Masernschutzes nicht fristgemäß vorgelegt wird (auch bei Neuanmeldungen),
- der Eintrag im Impfausweis bzw. das ärztliche Zeugnis nicht eindeutig, in einer anderen Sprache oder verdächtig ist,
- der Nachweis erst später vorgelegt werden kann, weil aufgrund einer vorübergehenden medizinischen Kontraindikation gerade nicht geimpft werden kann.

Nicht gemeldet werden braucht, wenn aufgrund einer medizinischen Kontraindikation Kinder bzw. Erwachsene nicht geimpft werden können.

Ein an das Gesundheitsamt gemeldeter Erwachsener darf erst in der Einrichtung die Tätigkeit aufnehmen, wenn er dem Leiter den ausreichenden Schutz nachweist. Das gilt nicht für Schulkinder (Schulpflicht) bzw. gesetzlich Untergebrachte in Kinderheimen und Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber und Flüchtlinge.

### Welche Maßnahmen ergreift das Gesundheitsamt nach Eingang einer Meldung?

- Das Gesundheitsamt hat zur Vervollständigung des Impfschutzes aufzufordern und die Vorlage des Nachweises anzuordnen (Frist 4 Wochen bzw. nach Auslaufen einer vorübergehenden Kontraindikation).
- Das Gesundheitsamt kann danach zum Gespräch einladen.
- Das Gesundheitsamt kann Betretungs-/Tätigkeitsverbote aussprechen.
- Das Gesundheitsamt erhebt ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR,
  - wenn die Personen/Sorgeberechtigten der Pflicht zur Vorlage des Nachweises nicht nachkommen. (ggf. jedes Schuljahr erneut, aber nur einmal in Kita),
  - wenn gegen ein Betretungsverbot verstoßen wird,
  - wenn die Leitung Personen mit Betretungsverbot duldet,
  - wenn die Leitung Meldung über fehlenden Masernschutz nicht richtig/vollständig, rechtzeitig vornimmt.

Weitere Informationen finden Sie unter [bundesgesundheitsministerium.de](http://bundesgesundheitsministerium.de)

## Erratum ZGD 2.19, Seite 17

### Auszug aus der Pressemeldung des internationalen Fluoridsymposiums in Sindelfingen

Im Beitrag von Prof. Dr. Elmar Hellwig auf Seite 17, erster Absatz, heißt es korrekt:

Man geht daher heute davon aus, dass Fluorid zusätzlich posteruptiv an

der Zahnoberfläche vorliegen muss, um eine kariespräventive Wirksamkeit zu entfalten.

Angela Bergmann

## Bericht: Gutachterfortbildung 3.0 in Düsseldorf

Am 18. Januar 2020 trafen sich die Privat- und Gerichtsgutachter der ZÄK Nordrhein zur traditionellen Tagung. Es referierten die Professoren Dr. Dr. Bilal Al-Nawas und Dr. Dr. Knut A. Grötz zu den Themen Leitlinien, grobe Behandlungsfehler sowie Einsatz von Antibiotika.

Die Zahnärztekammer (ZÄK) Nordrhein unterstützt ihre Gutachter\*innen mit speziell ausgesuchten Fortbildungen, einem Curriculum, dem Mentoring-Programm der ZÄK Nordrhein oder interdisziplinär im Austausch mit der neuen Vorsitzenden der Gutachtenkommission, Richterin a. D. Frau Beate Hillgärtner (Abb. 1). Da die ZÄK Nordrhein und der Verband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen einen guten kollegialen Austausch pflegen, sind seit ca. zwei Jahren auch Gutachter\*innen des ÖGD zur Tagung der Gutachter eingeladen. Insgesamt fünf Zahnärzte aus dem ÖGD Nordrhein (NW) und Westfalen-Lippe (WL) nahmen an der Fortbildung teil.



Abb. 1: Vorsitzende der Gutachtenkommission Frau Beate Hillgärtner, Richterin a. D.

Dr. Georg Thomas, Vorstandsreferent der ZÄK Düsseldorf (Abb. 3), stellte nach einer formellen Begrüßung aller Teilnehmer zunächst das große Engagement aber auch die zunehmenden Herausforderungen für zahnärztliche Gutachter\*innen heraus, die er mittels seiner Aktivitäten in der ZÄK NW würdigen und stützen möchte.

Zum wissenschaftlichen Teil der Tagung begrüßte er als ersten Referenten Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz aus Wiesbaden (Abb. 2). Prof. Grötz, der selbst seit 1987 als Gutachter tätig ist, wies zunächst auf die schwierige Doppelrolle zwischen Behandler und neutralem Gutachter hin, bevor er auf seine Themen, die Zusammenhänge von Gutachten und Leitlinien, einging.

Eine Leitlinie bezeichne eine Handlungsempfehlung, die sich aus bester verfügbarer wissenschaftlicher Evidenz und der besten verfügbaren Empirie, auch als interne Evidenz oder Expertise bezeichnet, ableitet. Je nach Qualität der Grundlagen zur Handlungsempfehlung übersetzen die Leitlinienautoren diese in Empfehlungen mit „soll, sollte oder kann“.

Eine konkrete Behandlungsentscheidung würde individuell in Anlehnung an die Handlungsempfehlung vom Zahnarzt getroffen und spiegelte das „pflichtgemäße Ermessen des Arztes“ wider. Am Beispiel von kompromittierten multimorbiden Patienten, die mit Implantaten versorgt werden sollten, bedeutete dies etwa, dass das Risiko a) eines krankheits- oder medikamentenbedingten veränderten Knochenstoffwechsels (im Hinblick auf eine Kiefernekrose), b) einer Wundheilungsstörung (durch Angiopathie und Angiogenesehemmung) und c) einer Infektion und Infektionsausbreitung abgewogen werden müsste. Die Leitlinien zur a) Strahlentherapie, zu Antiresorptiva (z. B. Bisphosphonate und Denosumab), b) zum Diabetes mellitus, zu Antiangiogenetika (z. B. Bevacizumab, Sunitinib) und c) zur Bakteriämie im Hinblick auf die Endokarditis-Prophylaxe und eine TEP-Besiedelung) sowie zu Immunsuppression/Immundefizienz gäben dazu konkrete Handlungsempfehlungen.

### Leitlinien und Gutachten

Leitlinien ersetzen nicht das Sachverständigengutachten, betonte er, es gehörte aber dazu, sie und andere Publikationen angemessen zu berücksichtigen. Sie stellten Handlungsempfehlungen z. T. auf sehr



Abb. 2: Referent Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz aus Wiesbaden

hohem Niveau dar, die generelle Relevanz für Zahnärzte hätten. Aber gemäß des BGH-Beschlusses vom 28.03.2008 (VI ZR 57/07) könnten, zitierte er, „Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden (im Gegensatz zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) nicht unbedenken mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden.“. Daher ersetzten Leitlinien auch keine Gutachten. Weiterhin hob er hervor: Obwohl Leitlinien den Empfehlungskorridor definierten, könnte ein Arzt bei guter Begründung, pflichtgemäßem Ermessen und in Rückkoppelung mit dem Empfehlungsgrad der Leitlinie (soll, sollte, kann) davon abweichen. Auch ein Sachverständiger müsste nicht mit der betreffenden Leitlinie konform gehen, betonte Prof. Grötz, sollte sich dann aber intensiv mit den konkreten Inhalten der Leitlinie auseinandersetzen.

Es sei auch wichtig, immer die Fragestellung der beauftragenden Behörde zu beachten und, falls notwendig, das Ausmaß der Prüfung zu erfragen. Als Gutachter für die Kammer empfiehlt Prof. Grötz den Kollegen, das Gericht um Auskunft und Nachricht zu bitten, inwieweit eine zitierte und dem Schriftsatz des Gutachters beigelegte wissenschaftliche Stel-

lungnahme (wie etwa eine der DGZMK) in die gutachterliche Wertung und die Beurteilung in Bezug auf die vorliegenden Beweisthemen mit einbezogen werden sollte.

Im Hinblick auf diese grundlegenden Regeln führte er mit vielen praktischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Aufdeckung von Behandlungsfehlern, zu Aufklärungsversäumnissen und Dokumentationspflichtversäumnissen an vielen Beispielen durch die einzelnen Aspekte des Themas.

Prof. Dr. Dr. Al-Nawas (Abb. 3), Mainz, folgte mit seinem Thema Antibiotika (AB) in der Zahnmedizin und klärte zunächst über die Daten zu den Infektionen im Gesundheitssystem weltweit auf. Wie bereits in der Fachpresse stark hervorgehoben wurde, ist die Anzahl an Patienten mit Resistenzen stark angestiegen und wird bei unsachgemäß verordneter Antibiotikagabe weiter steigen. Auf Veranstaltungen wie etwa dem „European Antibiotic awareness day“ wurde versucht, einen bewussten Umgang mit der Antibiotikaverordnung weltweit unter den Medizinerinnen zu verbreiten.

Ein sachgerechter Einsatz von Antibiotika setzte den verantwortungsvollen Umgang mit dem Spektrum voraus, hob er hervor und zeigte einem Überblick über die Stoffgruppen und Einsatzgebiete. Zum Thema AB-Prophylaxe ja oder nein riet Prof. Al-Nawas: „Der Kliniker sollte immer die Frage der Relevanz stellen!“, und das entschiede eben nicht der Mikrobiologe. Auch wäre es wichtig zu reflektieren, dass neben den aktuellen Antibiotika nicht unbegrenzt neue für die nächste Generation zur Verfügung ständen. Behandler sollten die schwer zu therapierenden Infektionen mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen mit Resistenzen gegen drei bzw. vier der vier Antibiotikagruppen (3MRGN bzw. 4MRGN) im Auge haben. Interessant wäre es in diesem Zusammenhang, den Blick nach außen zu lenken und den restriktiven Umgang mit Antibiotika in den nördlichen Ländern (EARS-NET, 2010) zu betrachten.

### Penizilline sind besser als ihr Ruf

Angaben von Patienten zu AB-Allergien empfahl er grundsätzlich kritisch zu prüfen, gerade bei der Penizillinallergie. Penizilline seien besser als ihr Ruf und



Abb. 3: Dr. Georg Thomas, Vorstandsreferent der ZÄK Düsseldorf (links) und Referent Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas aus Mainz (rechts)

der tatsächliche Anteil an Penizillinallergien geringer als man denken würde. Manchmal läge keine eigentliche Allergie vor, sondern ein unangenehmes Empfinden des Patienten im Zuge der bekannten Nebenwirkungen (wie etwa der Diarrhoe), stellte er heraus. Im Artikel von M. Kunkel aus der 12. Zeitschrift des MKG-Chirurg letzten Jahres (2019, S. 271-272) mit dem Titel „Mein Haus, mein Auto, mein Boot, meine Penizillinallergie“ würde diese Problematik thematisiert. Der Autor zeigte in seiner Publikation auf, dass es Lösungsstrategien zur Falsifizierung der nationalen fake-Diagnose Nr. 1 Penizillinallergie gäbe.

Den Teilnehmern empfahl er daher grundsätzlich eine genaue Prüfung der Indikationsstellung, eine sparsame AB-Verordnung, und bei Einsatz Anwendung des Prinzips „Hit them hard and short“. „Denken Sie zunächst an Penizillin und dann erst an Clindamycin, bezüglich der damals aus werblichen Motiven betonten erhöhten Knochengängigkeit des Clindamycins gäbe es keine Grundlagen“. Moxifloxacin nannte er als Ausweichpräparat und bei Komplikationen empfahl er den Teilnehmern, Amoxicillin ggfs. mit Clavulansäure zu ergänzen. Zur AB-Prophylaxe bei Implantatbehandlungen äußerte er, dass diese nicht standardisiert sondern abhängig von der Komplexität des Falles angewendet werden sollte. Neue Substanzklassen seien nicht verfügbar und auch nicht in naher Zukunft zu erwarten, „Auch unsere Kinder müssen noch mit diesen Antibiotika auskommen“.

### Behandlung von Patienten mit AB-Resistenzen

Nicht bei allen multiresistenten Patienten sei die Behandlung in der Praxis aufwendig, ergänzte er. Patienten, die gegen drei von vier oder vier von vier Antibiotikagruppen resistent seien, bedürfen nach dem Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen nicht immer besonderen Hygienevorkehrungen in der Praxis, teilte er mit. Gemäß Krinko sollten nur 4MRGN-Patienten isoliert (analog wie beim MRSA-Vorgehen) behandelt werden, bei 3MRGN-Patienten reiche eine gute Basishygiene aus. Auch nach diesem Vortrag folgten viele Fragen, die den erfahrungs- und wissensreichen sowie humorvollen Referenten immer wieder forderten. Ein sensibler Umgang mit Antibiotika entsprach dem allgemeinen Konsens im Auditorium, aber die Absicherung und Risikobewertung beim Thema Antibiotika wurden hart diskutiert, gerade im Zusammenhang mit der für die ZÄK-Gutachter relevanten Aufgabe der Prüfung einer Sorgfaltspflichtverletzung.

Im lockeren Ambiente klang die, mehrfach von den Teilnehmern als „Championsleague“ bezeichnete, schönste Fortbildung im Jahr anschließend aus.

### Korrespondenzadresse

Dr. Angela Bergmann,  
Gesundheitsamt der LH Düsseldorf  
Zahnärztliche Gutachten und Hilfen,  
Kariesprophylaxe  
angela.bergmann@duesseldorf.de



Special zum diesjährigen Tag der Zahngesundheit 2020  
 „Gesund beginnt im Mund – Mahlzeit!“

Karin Moos, Pantelis Petrakakis, Eva Brebeck-Nysten, Susanne Cardinal von Widdern, Ruth Wirtz

# Gesundes Essen in den Bergheimer Kindertageseinrichtungen – Bildungsnetzwerk Kindergesundheit

Zweitpublikation nach EILDienst LKT NRW Nr. 9/September 2019, S. 465-467

In ihrem Studienbericht „Is(s)t KiTas gut?“ präsentierte die Bertelsmann-Stiftung 2014 erstmalig repräsentative Zahlen zur Mittagsverpflegung in Kindertagesstätten (Kitas). Demnach orientierte sich nur ca. ein Drittel der befragten Kitas an externen Ernährungsstandards wie beispielsweise jenen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE). Dabei ist eine gute und ausgewogene Ernährung ein wichtiges Merkmal guter Kita-Qualität, da sie einen wesentlichen Beitrag zur Kindergesundheit und dem kindlichen Wohlbefinden leistet. In der Kreisstadt Bergheim im Rhein-Erft-Kreis (REK) wurde dieses Problem bereits im Jahr 2009 erkannt. In Kooperation mit verschiedenen kommunalen Akteuren wurde ein ganzheitliches Ernährungskonzept aufgelegt, um die Kitas der Stadt auf ihrem Weg zur Entwicklung eines qualitativ hochwertigen Ernährungsangebotes multiprofessionell zu begleiten.

## Entwicklung und Zielsetzung des Konzepts

Insbesondere bei Kleinkindern ist eine ausgewogene Ernährung wichtig für ein gesundes Aufwachsen. Sie stellt zu einem frühen Zeitpunkt die Weichen für die gesamtgesundheitliche Entwicklung der Kinder und ermöglicht gesundheitliche Chancengleichheit. In Kitas stellt eine gesunde und ausgewogene Ernährung einen wichtigen Baustein für eine ganz-

heitliche Prävention und Gesundheitsförderung dar.

Eine optimale Berücksichtigung der Ernährungsbedarfe von Kindern kann nur erfolgen, wenn in der Kita entsprechende Kenntnisse, Konzepte und Standards vorhanden sind. Dass das Fehlen dieser wichtigen Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern zusätzlich auch negative Effekte auf die Abläufe in der Kita und auf das Kita-Fachpersonal haben kann, zeigten in Bergheim die Rückmeldungen aus dem so genannten „Trägerübergreifenden Arbeitskreis“, der im Jahr 2008 von der Stadt Bergheim ins Leben gerufen wurde. Dort nutzen Vertreter aller Kita-Träger die Möglichkeit zum Austausch, zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Manöverkritik. Immer wieder wurde in diesem Gremium über häufige Diskussionen zu Ernährungsfragen und die damit verbundene Verunsicherung in den Einrichtungen berichtet. Das Fehlen jeglicher Ernährungsstandards bzw. die vielen unterschiedlichen Konzepte in den Kitas führten zu einer Situation, die in hohem Maße vom Anspruchsdenken einiger Eltern, den damit verbundenen Konflikten und einer eher kontraproduktiven Konkurrenzsituation zwischen den Einrichtungen geprägt war.

Vor diesem Hintergrund und zum Zweck der Qualitätsbildung haben im Jahr 2009 die Fachberatung der städtischen Kitas des Bergheimer Jugendamts, das Gesundheitsamt und eine Diplom-Oecotrophologin ein Ernährungskonzept

für Kindertagesstätten entwickelt und umgesetzt. Die Konzeptentwicklung orientierte sich dabei am Projekt der DGE „FIT KID - Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas“, das durch die Bundesinitiative INFORM finanziert wurde.

## Ein Konzept das Kreise zieht – Das Bergheimer Bildungsnetzwerk Kindergesundheit

Die beständige Netzwerkarbeit führte dazu, dass weitere Akteure, wie das Veterinäramt sowie der Erftverband und die Westnetz GmbH (beide als Wasserversorger) gewonnen werden konnten. Bereits im Jahr 2010 wurde für die multiprofessionellen Akteure das Bergheimer Bildungsnetzwerk Kindergesundheit (BBK) als Kooperations- bzw. Steuerungsgremium ins Leben gerufen. Unter der Leitung des Jugendamtsdezernenten der Kreisstadt Bergheim war das Ziel des Netzwerks eine themenbezogene, interdisziplinäre Kooperation zu den Qualifizierungsschwerpunkten Ernährung, Bewegung und Sprache. Die Multiprofessionalität der Beteiligten ermöglichte die Erweiterung des Qualifizierungsschwerpunkts „Gesunde Ernährung“ um die Bereiche Infektions- und Verbraucherschutz, Zahngesundheitsförderung und Wasserqualität.

Was im BBK zunächst als lockere interdisziplinäre Kooperation von Fachleuten verschiedener Institutionen begann, wurde im Jahr 2014 mit einem Kooperationsvertrag für die Dauer von fünf Jahren festge-

schrieben. Im gleichen Jahr wurden weitere wichtige Meilensteine für das Bergheimer Ernährungskonzept gesetzt. Die Übernahme der Schirmherrschaft durch die Bürgermeisterin der Stadt Bergheim sowie eine Aktionswoche mit den Bergheimer Kitas und dem Gesundheitsamt, die mit einem Festakt in Anwesenheit des Landrats abgeschlossen wurde, gaben dem Konzept die notwendige politische Bedeutung. Die offizielle Vergabe des Qualitätssiegels „Gesund und Lecker“ an 30 von insgesamt 38 Bergheimer Kitas durch den Jugendamtsdezernenten und Vorsitzenden des BBK bildete im gleichen Jahr den vorläufigen Abschluss und eröffnete die Möglichkeit, das Ernährungskonzept einer größeren Öffentlichkeit zu präsentieren.

### Finanzierung, Qualifizierungsprozess und Auditierung

Bis zur Siegelvergabe im Jahr 2014 war es jedoch ein weiter Weg. Zunächst mussten Finanzierungsfragen geklärt werden. Zwischen den Jahren 2009 und 2012 wurden die mit der Umsetzung des Konzepts verbundenen Kosten durch die Verbraucherzentrale NRW getragen. Ab dem Jahr 2013 bis 2014 erfolgte die Finanzierung des Konzepts in erster Linie durch Projektmittel der Stadt Bergheim. Seit 2015 werden die Schulungen und Audits teils durch den REK und teils durch die jeweiligen Kita-Träger in Form von Kursgebühren finanziert. Um den Kitas die Qualifizierung zu ermöglichen, wurden für die pädagogischen und hauswirtschaftlichen Fachkräfte seit Herbst 2009 bis 2014 Schulungen, Workshops und Coachings durch die Oecotrophologin angeboten, die sich an den im Frühjahr 2009 veröffentlichten Standards der DGE orientierten. Eine wichtige und wegweisende Erkenntnis, die im Laufe der Qualifizierungsmaßnahmen und anhand der Rückmeldungen im trägerübergreifenden Arbeitskreis gewonnen werden konnte, bestand darin, dass viele Kitas zum Abschluss ihrer Qualifizierungsmaßnahme eine Zertifizierung wünschten. Um dies für die Kitas zu ermöglichen, wurden zunächst Überlegungen angestellt, die Zertifizierung mit Unterstützung der DGE nach den Vorgaben des FIT KID-Konzepts durchzuführen. Nach interner Abstimmung der Kooperationspartner wurde jedoch der Entschluss gefasst, den Zertifizierungsprozess in Eigenregie auszuführen. Die

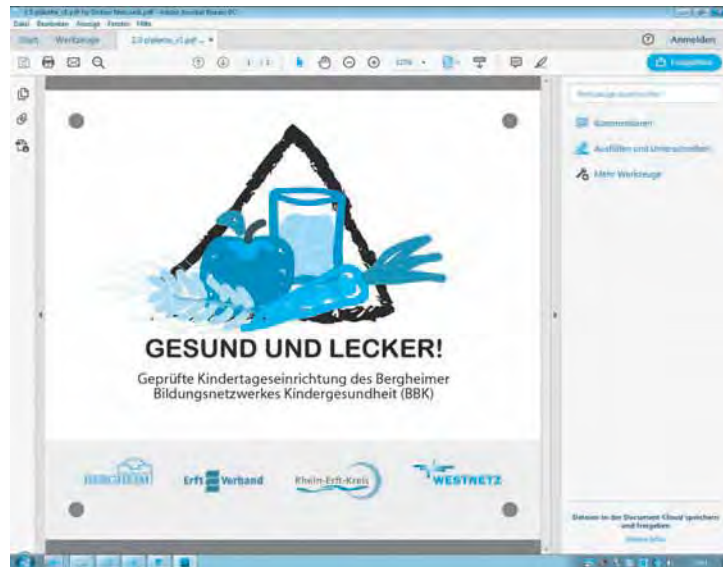


Abb. 1: Qualitätssiegel der Kreisstadt Bergheim für zertifizierte Kitas.

damit verbundene Auditierung der Kitas wurde mit Unterstützung der durch die mit Qualifizierungsprozessen erfahrenen Ingenieure der Wasserversorger im BBK mit entwickelt und begleitet. Die Auditierung erfolgt bis heute durch die Oecotrophologin und eine Co-Auditorin/einen Co-Auditor, die im Vorfeld entsprechend geschult werden und die sich aus den Mitarbeitern der verschiedenen Kooperationspartner des BBK rekrutieren. Kitas, die den Auditierungsprozess erfolgreich

durchlaufen, können fortan für den Zeitraum von drei Jahren das eigens dafür entwickelte Qualitätssiegel „Gesund und Lecker“ führen (Abb. 1). Die im Laufe der Workshops und Coachings gesammelten Erfahrungen wurden – und werden auch weiterhin – in einen Dokumentationsordner zusammengeführt. Die Dokumentation dient für die Kitas als Handreichung zur Umsetzung des Basis-Ernährungskonzepts und zur Vorbereitung auf den Auditierungsprozess (Abb. 2). Die Ordner-



Abb. 2: Dokumentationsordner des Basis-Ernährungskonzepts zur Vorbereitung auf die Audits und zur Aktualisierung der Konzeptinhalte.

struktur bietet den Kitas die Möglichkeit, als „lernende Organisation“, fortlaufend neue Erkenntnisse und Änderungen der Konzeption in die bestehende Dokumentation zu integrieren. Die Audits werden drei Jahre nach der ersten Qualifizierung wiederholt. Wurde die Auditierung erfolgreich abgeschlossen, erfolgt das nächste Audit nach weiteren fünf Jahren.

## Inhalte der Konzeption und curriculäre Fortbildung

Die Vermittlung von Grundlagenwissen ist ein wichtiger Bestandteil der theoretischen Schulungsmaßnahmen. Der praktische Teil berücksichtigt die Rahmenbedingungen in den Tageseinrichtungen sowie die rechtlichen Bestimmungen zur Hygiene und Kennzeichnung von Lebensmitteln.

Seit 2017 werden allen Kitas im REK in einem strukturierten Curriculum fünf ganztägige theoretische Module zu folgenden Themenfeldern angeboten:

- Ernährungsbildung und Elternarbeit,
- Planung von Mittagsmahlzeiten,
- Differenzierung des Verpflegungsangebots (u. a. altersspezifische Ernährung, kulturelle Besonderheiten),
- Präsentation und Partizipation,
- Erstellung eines kitaspezifischen Ernährungskonzepts.

Ergänzt werden die Module um einen halbtägigen Workshop zu Allergenen in Lebensmitteln. In einem ganztägigen Zusatzmodul werden den Teilnehmern Inhalte zu den Bereichen Wasserqualität, Verbraucherschutz, Infektionsschutz und Zahngesundheit vermittelt. Zu diesen Wissensbereichen können bei Bedarf zusätzliche Veranstaltungen hinzugebucht werden. Das Modul Zahngesundheit kann beispielsweise mit einem praktischen Workshop (Umsetzen des Zähneputzens, Einhaltung hygienischer Grundregeln) ergänzt werden. Alle theoretischen Module werden evaluiert.

Über einen Zeitraum von ca. einem Jahr werden praktische Coachings in der Einrichtung u. a. zu folgenden Themen durchgeführt:

- Die Implementierung des Konzepts im Team der Einrichtung,
- Elterninformation und Elternschulung,
- Vertiefung des theoretischen und praktischen Wissens.



Abb. 3: Logo der Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“

Die beiden Qualifizierungsschwerpunkte Bewegung (in Kooperation mit dem Kreissportbund) und Sprache sind derzeit im Aufbau.

## Wissenschaftliche Evaluation des Konzepts

Die im Rahmen einer Masterarbeit für den Studiengang Public Health an der Universität Düsseldorf ermittelten Untersuchungsergebnisse zu den Effekten des Qualitätsprozesses zeigten, dass das Ernährungskonzept nicht nur einen positiven Einfluss auf die Kinder hat. Durch die strukturellen Verbesserungen konnten Arbeitsabläufe in den Einrichtungen vereinfacht und das Personal entlastet werden. Der Wissensgewinn führte dazu, dass die Kita-Fachkräfte sich sicherer fühlen und selbstsicherer u. a. gegenüber Eltern auftreten können. Eltern ihrerseits erkannten die Veränderungen in der Kita und waren bereit, aktiv die neue Konzeption zu unterstützen.

## Aus der Praxis – mit der Praxis – für die Praxis

In insgesamt fünf Qualifizierungskursen wurden seit Beginn des Curriculums über 450 Kita-Mitarbeiterinnen aus allen kreisangehörigen Kommunen in den verschiedenen Modulen geschult. Zwischenzeitlich wurde die Auditierung in allen 38 Bergheimer Kitas erfolgreich abgeschlossen. 36 Kitas schlossen die Re-Zertifizierung 2017 erfolgreich ab. Als erste nicht-Bergheimer Kita wird eine Einrichtung der Stadt Kerpen 2019 am Zertifizierungsprozess teilnehmen. Das Qualifizierungskonzept wurde dieses Jahr in die Projektdatenbank „Gesundes Land NRW“ aufgenommen und darf das Logo der Landesinitiative führen (Abb. 3). Die bisherigen Erfahrungen bestätigen die Praxistauglichkeit des Konzepts. Erkenntnisse, die aus der Praxis für die Praxis gewonnen und umgesetzt werden können, bringen die

Akteure des BBK beständig ihrem Ziel näher, möglichst allen Kindern die gleiche Chance für ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

**Korrespondenzadresse**  
Dr. Pantelis Petrakakis  
petrakakis@bzoeg.de

## Pakt für den ÖGD

Im Konjunkturpaket der Bundesregierung ist die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) vorgesehen. Mitglieder der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health haben anhängende Empfehlungen für die Ausgestaltung des Paktes für den ÖGD erarbeitet. Maßgabe sollte das Leitbild des ÖGD sein, das 2018 von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder beschlossen wurde. Zentral ist eine Orientierung an den prioritären Bedarfen der Bevölkerungsgesundheit. Dazu gehören neben dem Infektionsschutz: die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, eine strukturelle Stärkung des ÖGD auf kommunaler, Landes- und Bundesebene, eine Stärkung der wissenschaftlichen Basis des ÖGD in Forschung und Lehre, die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, die Multiprofessionalität und Interdisziplinarität der Arbeit, eine umfassende Nutzung digitaler Technik, eine proaktive Wahrnehmung von Planungs- und Koordinationsaufgaben.

**Quelle: zukunftsforum-public-health.de**

Dr. Grit Hantzsche  
hantzsche@bzoeg.de

Silke Riemer

## 15. Kongress der EAPD 2020 – Kurzauswahl von Themen

Der Kongress der European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) wurde erstmalig virtuell abgehalten. Vom 3. bis 4. Juli 2020 fanden Freitagmittag beginnend, mit nächtlicher Pause bis Samstagabend digital Vorträge, Symposien u. a. der Firmen CP Gaba, 3M, Oral B sowie eine Industrieausstellung und Preisverleihungen statt. Die großen Fachthemen waren die „Molar Incisor Hypomineralisation“ (MIH), „Early Childhood Caries“ (ECC), Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) und das „Dental Trauma“. Am Freitag liefen die Vorträge zur Ätiologie und Therapie der MIH. Den Vorsitz teilten sich Prof. Dr. **Katrin Bekes**, Medizinische Universität Wien, Prof. Dr. Dr. **Norbert Krämer**, Universität Gießen, und Prof. Dr. **Ulrich Schiffner**, Universität Hamburg. Bekes wechselte 2015 von der Universität Halle-Wittenberg an den ersten Lehrstuhl im Fach Kinderzahnheilkunde in Österreich. An der dortigen Universitätszahnklinik implementierte sie vor drei Jahren eine Spezialambulanz für MIH. Sie ist seit Oktober 2019 die jüngste Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ). Krämer amtiert seit 2019 als Präsident der International Association of Paediatric Dentistry (IAPD).

Zum Fachlichen: die Ätiologie der MIH wird weiter als unklar und multifaktoriell beschrieben. Es sprachen dazu Referent\*innen aus Frankreich, Finnland und Deutschland. Prof. Dr. **Sylvie Babajko**, Molekular- und Zellpharmakologin am Centre de Recherche des Cordeliers (CRC) in Paris berichtete über Endokrine Disruptoren (ED). Für diese Stoffe, zu denen auch Bisphenol A gehört, können ursächliche schädigende Einflüsse auf die Zahnschmelzmineralisation bei Ratten in vivo nachgewiesen werden. Geringe Dosen der getesteten ED können große Effekte haben. Männliche Tiere waren signifikant stärker von der provozierten Mineralisationsstörung betroffen. Dr. **Elja Samela**, Spezialistin für Kinderzahnheilkunde an der Universität Helsinki, sprach über die ätiologisch mit MIH assoziierten Faktoren Erkrankungen im Kleinkindalter und Antibiotikagabe. Ihr Fazit war u. a., dass wegen des zu geringen Evidenzniveaus mit prospektiven Studien weiter geforscht werden sollte. Professor Dr. **Jan Kühnisch**, Universität München, stellte in seinem Vortrag die Bedeutung der Definition der MIH durch die EAPD von 2009 mit den bekannten Kriterien für Indexzähne heraus. Ein „First Permanent

Molar“ muss betroffen sein, um die Diagnose zu stellen, siehe <https://www.eapd.eu/index.php/policies-and-guidelines>.

Er lenkte den Blick aber auch auf die Tatsache, dass phänotypisch der MIH sehr ähnliche Veränderungen an allen Zähnen und Zahnflächen der ersten und zweiten Dentition gefunden werden können. Es gibt erste Hinweise, darauf, dass hohe Vitamin D-Gaben bei Schwangeren auf die Mineralisation von Hartgewebe des Kindes einen positiven Effekt zeigen. Am Samstagmorgen liefen aktuelle Vorträge zu Covid-19. Der Mediziner Dr. **Daniel Koch** äußerte sich zur Statistik der SARS-CoV-2 Pandemie in der Schweiz, wo er bis vor kurzem am Bundesamt für Gesundheit tätig war. Er vertrat die Ansicht, dass nach derzeitigen Ergebnissen Kinder bis zum Alter von zehn Jahren nicht zu den entscheidenden Überträgern der Erkrankung zählen, anders als z. B. bei Influenza. Prof. Dr. **Paul Coulthard**, Queen Mary Universität in London, ließ das Auditorium an den Anpassungen der zahnärztlichen Behandlung während der SARS-CoV-2 Pandemie teilhaben (Persönliche Schutzausrüstung, Telefonkonsultationen, Aufrechterhaltung der Schmerzbehandlung). „Wenn du heute zum Zahnarzt gehst, gibt es eine Überraschung“ könnten wir den Kindern sagen. „Du wirst einen Superhelden treffen.“ Über Erfahrungen bei der zahnmedizinischen Versorgung von Kindern in griechischen Flüchtlingslagern berichtete Prof. Dr. **Sotiria Gizani**, Universität Athen. Sie wies u. a. auf die gegenüber dem Heimatland der Kinder veränderte Ernährung hin, die in den Aufnahmeländern mit höherem Zuckerverzehr verbunden sei. Dr. **Richard Steffen**, Mitglied des Scientific Board der Swiss Paediatric Dental Society, berichtete neben seinem Vortrag zur Schmerzkontrolle bei MIH-affizierten Zähnen in einem Beitrag zur ECC u. a. über die Anwendung eines neuartigen, langhaltenden, kunststoffmodifizierten Fluoridlacks, die als „Coating“ bezeichnet wurde. Dieser Lack soll für die Haftung am Zahn eine gegenüber Versiegelungsmaterialien geringere Oberflächenbehandlung benötigen und nach dem Auftragen haltbarer als konventioneller Fluoridlack sein (bis zu sechs Monate). Ein von Oral B unterstütztes Dental Public Health Projekt „Strong Teeth – Strong Kids“ wurde von Dr. **Peter Day** (Großbritannien) vorgestellt. Day arbeitet sowohl an der University of Leeds als auch beim Bradford Community Dental Service. Er leitet ein multidisziplinäres Forschungs-

team, welches komplexe Interventionen zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern entwickelt und evaluiert. Das „Starke Zähne Projekt“ soll das zahnärztliche Team befähigen, erfolgreich Gespräche mit anscheinend behelungsresistenten Eltern zu führen. Mit der Präsentation von Gesprächstechniken und unterstützenden Materialien (Flyer, Apps, Zahnbürsten) legten die Forscher\*innen dar, welche Maßnahmen bei den Eltern zu mundgesundheitsförderndem Verhalten führen können. Prof. Dr. **Sebastian Paris**, Charité Universitätsmedizin Berlin, berichtete über zehnjährige Erfahrungen mit dem von ihm mit inaugurierten Verfahren der Infiltration von approximalen kariösen Läsionen mit fließfähigem Komposit. Prof. Dr. **Anne O’Connell**, Head of Paediatric Dentistry am Trinity College, Dublin, und zudem amtierende Präsidentin der International Association of Dental Traumatology (IADT) verwies auf die 2020 aktualisierten Leitlinien „Guidance on emergency management of traumatic dental injuries“. Diese werden in Kürze auf der Homepage der IAPD frei zugänglich sein. Auch Übersetzungen in mehrere Sprachen seien geplant. Derzeit gibt es Links zu vier Fachartikeln, die den Leitlinien zugrunde liegen. Tenor war, dass die Vitalerhaltung der Pulpa auch bei tiefen Frakturverläufen bei der Mehrheit der Fälle das therapeutische Ziel sein sollte. Im kommenden Jahr findet der 21. World Congress on Dental Traumatology vom 2. bis 5. Juni in Lissabon statt, siehe <https://www.iadt-dentaltrauma.org/>

Das EAPD Kongresskomitee und die Referenten bedauerten, dass sie nicht, wie geplant, in Hamburg zusammenkommen und sich persönlich von Angesicht zu Angesicht austauschen konnten. Herausforderungen gab es bezüglich der knappen Vorbereitungszeit und der mangelnden Vertrautheit mit der Technik. Dennoch wurde das Ergebnis mit Stolz als großer Gewinn betrachtet, nicht zuletzt auch wegen der hohen Teilnehmerzahl von über Eintausend weltweit. Die Teilnehmer\*innen erhielten zudem die Möglichkeit, nach Kongressende in der Mediathek Vortragsvideos noch zwei Wochen zu nutzen. Das nächste EAPD Seminar soll vom 23. bis 24. April 2021 in Oslo und der nächste Kongress vom 15. bis 18. Juni 2022 in Lissabon stattfinden, siehe <http://www.eapd.eu/>. Die IAPD plant ihren 28. Kongress vom 9. – 12. Juni 2021 in Maastricht, siehe <https://iapdworld.org/>.

riemer@bzoeg.de

Winnie Melzer

# Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Stadt Erfurt – Ein Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung im Rahmen des kommunalen Gesundheitsförderungsprozesses (Auszug)

Die Gesundheitsberichterstattung ist eine der Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie ist laut Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. ein „wirkungsvolles Instrument zur Qualitätssicherung, sowie (...) Entscheidungsgrundlage in Zeiten knapper Mittel (...)“ [1]. Im vorliegenden Bericht wurden auf Grundlage des „Leitfadens für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen“ standardisiert erhobene Mundgesundheitsdaten auf kommunaler Ebene ausgewertet. Ziel war neben der epidemiologischen Beschreibung des IST-Zustandes auch die Evaluation gruppenprophylaktischer Maßnahmen. Darüber hinaus erfolgte die Einordnung in den sozialraumbezogenen, landesbezogen und bundesweiten Kontext. Zudem sollten Problemlagen und Bedarfe aufgezeigt werden. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf das Schuljahr 2017/ 2018, eine Gesamtuntersuchungszahl von 15.565 Kindern, die Altersgruppen Dreijährige, Fünf- und Sechsjährige, Sechs- und Siebenjährige, Zwölfjährige und 15-Jährige und versucht, folgende Fragestellungen zu beantworten:

- Wie steht es um die Zahngesundheit Erfurter Kinder und Jugendlicher?
- Wie gut sind unsere Kinder zahnmedizinisch versorgt?
- Gibt es innerstädtische Unterschiede?
- Was bedeutet Gruppenprophylaxe in Erfurt und wie viele Kinder wurden durch gruppenprophylaktische Maßnahmen erreicht?

Der Bericht kann somit als Diskussionsgrundlage bei aktuellen Koordinie-

rungs- und Umstrukturierungsprozessen der Gesundheitsförderung in Thüringen und speziell in der Stadt Erfurt dienen.

## Gesundheitszieleprozess – ÖGD

Das Beispiel Mundgesundheit im Gesundheitszieleprozess gestattet einen Einblick in die derzeitigen Strukturierungsvorgänge im Bereich Gesundheitsförderung in Thüringen und auf Bundesebene.

1998 wurde von der Weltgesundheitsversammlung die WHO-Strategie „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ verabschiedet. Mit Blick auf die Ottawa-Charta von 1986, in welcher Gesundheit definiert wird als „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ [2] und welche die Gesundheitsförderung in den zentralen Handlungsmittelpunkt rückt, zeigt sich, dass selbstverständlich auch die Mundgesundheit ein wichtiges Gesundheitsziel auf internationaler wie auch nationaler Ebene darstellt. Die derzeit neun vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ formulierten Nationalen Gesundheitsziele inkludieren auf direkte und indirekte Weise Zahn- und Mundgesundheit. So findet sich Mundgesundheit in Zielen wie „Gesundheit rund um die Geburt“, „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“, aber auch in Zielen wie „Tabakkonsum reduzieren“ wieder [3, 4].

Die sechs „Mundgesundheitsziele für Kinder und Jugendliche bis 2020“ der Bundeszahnärztekammer repräsentieren den fachlichen Ausblick. Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei sechsjährigen Kindern soll mindestens 80 % betragen. Der DMF-T-Index bei Zwölfjährigen soll auf einen Wert von unter 1,0 reduziert werden. Der Anteil der Zwölfjährigen mit

hohem Kariesbefall (DMF-T > 2) wird halbiert. Die Ernährungsberatung durch den Zahnarzt zur deutlichen Reduzierung des (versteckten) Zuckerverzehrs bei Säuglingen und Kindern wird verstärkt und somit die Prävalenz früh auftretender Karies verringert in forcierter interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Pädiatern, Gynäkologen und Hebammen. Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad für Kinder und Jugendliche zwischen dem dritten und 16. Lebensjahr soll auf 80 % erhöht werden.[6]

Daraus wird ersichtlich, welche Bedeutung die Gruppenprophylaxe zur Erreichung der Mundgesundheitsziele neben der hauszahnärztlichen Betreuung hat. Die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Landkreise und kreisfreien Städte, sowie die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege mit ihren regionalen Arbeitskreisen tragen auf Basis des § 21 SGB V mit „flächendeckenden Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ...“ dazu bei, möglichst allen Kindern und Jugendlichen ein mundgesundes Aufwachsen zu ermöglichen [7].

Das von der Gesundheitsministerkonferenz 2018 befürwortete „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ unterstreicht diese wichtige sozialkompensatorische Seite unserer Tätigkeit. Der große Vorteil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes „...wissenschaftsbasiert, gemeinwohlorientiert und ohne kommerzielle Interessen ...“ [8] für die Gesundheit am Menschen tätig zu sein, ist dabei von unschätzbarem Wert.

Das Präventionsgesetz, welches 2015 in Kraft trat, hat die Intention die Zusammenarbeit der Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung zu intensivieren. Im „Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2

SGB V“ der GKV-Spitzenverbände wird Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen, sowie orientiert an den Settings Kita, Schule, Betriebe und Pflegeeinrichtungen, als Ziel definiert [9].

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (AGETHUR) hat auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung mit dem Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport den Auftrag „Koordinierung von Beratung und Angeboten für gesunde Schulen“ (KOBAGS) erhalten. Gleichzeitig ist laut § 8 der „Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ der öffentliche Gesundheitsdienst verantwortlich für die „Gesundheitliche Aufklärung und Beratung“ der Bevölkerung [10].

Der § 47 des Thüringer Schulgesetzes formuliert, dass „(...) die Schule (...) durch geeignete Maßnahmen die Gesundheitserziehung zu unterstützen“ ... hat. Verantwortlich für die Schulgesundheitspflege sind laut § 55 Thüringer Schulgesetz dabei die Gesundheitsämter [11]. Die Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespflVO) regelt dabei konkret im § 7: „Das Gesundheitsamt wirkt maßgeblich an der Gesundheitsförderung in Schulen mit“ [12].

Die hier beispielhaft genannten gesetzlichen Grundlagen, Gesundheitsziele und Vereinbarungen zeigen eindrucksvoll die Komplexität des derzeitigen Strukturierungsprozesses im Bereich Gesundheitsförderung auf. Es gilt, verschiedenste Akteure mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen auf unterschiedlichsten gesetzlichen Grundlagen, aber ähnlicher Intention zu koordinieren, um ein Konkurrenieren in den verschiedenen Settings zu verhindern, evidenzbasierte, nachweislich erfolgreiche Konzepte und Arbeitsweisen zu schützen, aber auch Bedarfe aufzudecken und Lösungen anzubieten.

Die Stadt Erfurt, seit 1991 Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk, hat sich auf diesen Weg begeben und ist am 01.11.2018 offiziell dem kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ beigetreten [13]. Darüber hinaus hat der Stadtrat im Oktober 2018 eine Stellungnahme abgegeben, welche die Rolle der Gesundheitsämter im Bereich schulischer Gesundheitsförderung auf den gesetzlichen Grundlagen klar definiert und eine

„... enge Abstimmung mit allen Projektbeteiligten ...“ empfiehlt, „um Parallelstrukturen zu vermeiden ...“ [14]. Die Basis einer guten gesamt kommunalen Handlungsstrategie zur Förderung der Gesundheit bedarf dabei einer fundierten Gesundheitsberichterstattung. Valide, fachlich korrekte Daten, die unter stan-

dardisierten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Bedingungen erhoben und ausgewertet werden, bilden das Fundament einer konstruktiven Auseinandersetzung um Ressourcen, Bedarfe, Zuständigkeiten, Prioritäten und Zielsetzungen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung.

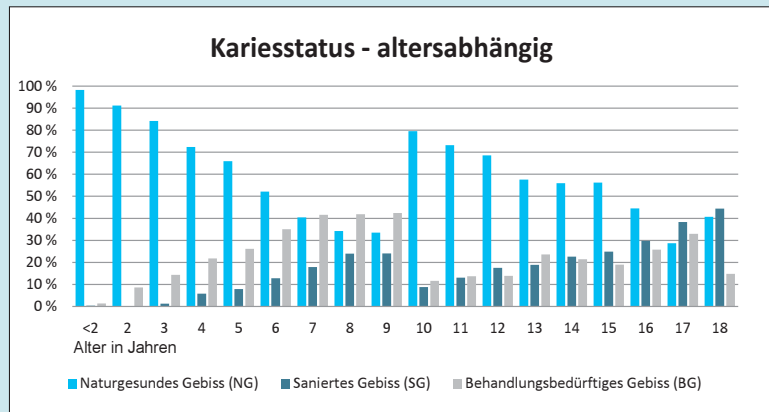


Abb. 1: Prozentuale Verteilung Kariesstatus 2017–2018

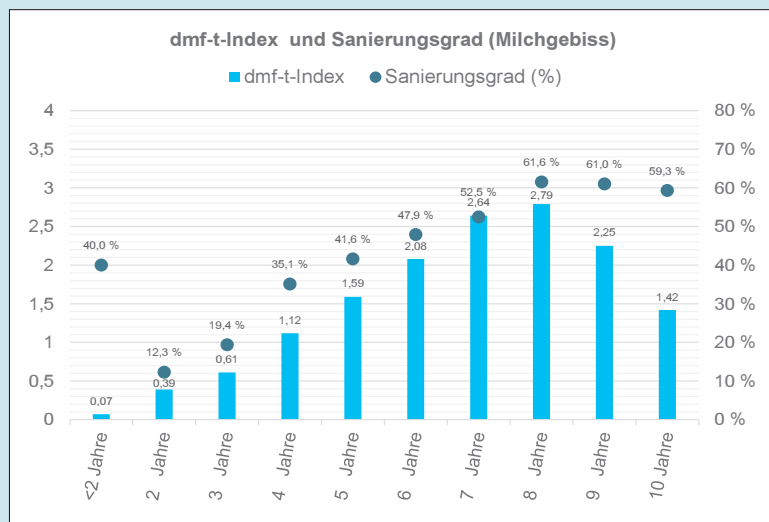


Abb. 2: Kariesprävalenz (dmf-t) / Sanierungsgrad Milchgebiss 2017–2018

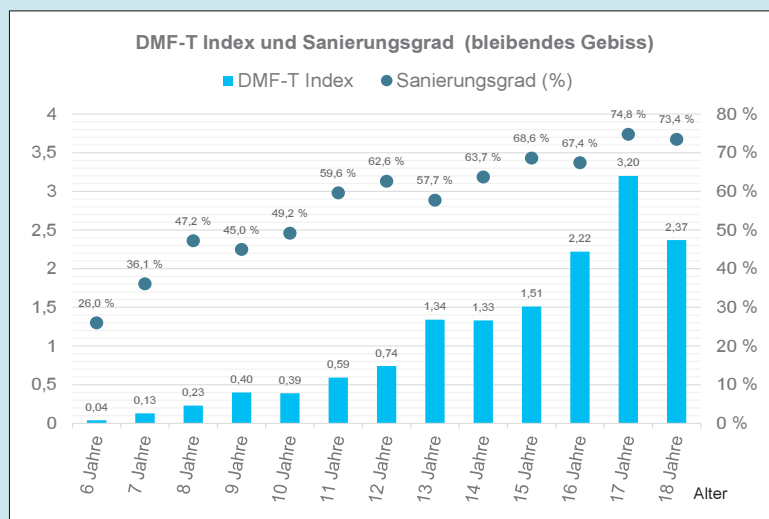


Abb. 3: Kariesprävalenz (DMF-T) / Sanierungsgrad bleibendes Gebiss 2017–2018

## Lokale Daten und Fakten

Die Landeshauptstadt Erfurt hat 213.354 Einwohner, davon 33.370 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Die Stadt gliedert sich in 53 Ortsteile, neben den Ortsteilen werden die Planungsräume des Jugendamtes als Orientierungshilfe genutzt.

In Erfurt gibt es derzeit 97 Kindergärten, 30 Grundschulen, 10 Regelschulen, 9 Gymnasien, 3 Gesamtschulen, 9 Gemeinschaftsschulen, 7 Förderschulen und 20 berufsbildende Schulen [16].

Die epidemiologische Befunderhebung erfolgte entsprechend der Vorgaben des Leitfadens für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen [17]. Beide Zahnärztinnen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes (KJZÄD) sind durch die DAJ im Rahmen der epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe für die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindergärten und Schulen im Jahr 2015 kalibriert worden. Die altersbezogene Auswertung bezieht sich auf das Schuljahr 2017/ 2018.

## Kariesstatus

Der Kariesstatus erlaubt die Aussage, wie viele Kinder ein naturgesundes, ein saniertes oder behandlungsbedürftiges Gebiss haben (Abb. 1). Der Kariesstatus gilt als Indikator sowohl für den Versorgungsgrad, als auch für die sozialraum- und risikoorientierte Analyse. Die prozentuale Darstellung bezieht sich dabei auf die Anzahl der untersuchten Kinder.

Trotz der deutlich erkennbaren Abnahme der Kinder ohne Karieserfahrung im Kindergartenalter bis zum Alter von 6 Jahren (52 %) ist das Mundgesundheitsziel, „80 % der 6-Jährigen kariesfrei“, ist noch längst nicht erreicht. Es wird gezeigt, wie wichtig gruppenprophylaktisches Handeln gerade im Bereich der Kleinsten ist. Die Behandlungsbedürftigkeit steigt kontinuierlich bis zum Zahnwechsel und dann wieder ab dem 13. Lebensjahr.

## Karieserfahrung und Sanierungsgrad

Die Karieserfahrung oder Prävalenz wird mithilfe des dmf-t-Index (Milchgebiss) / DMF-T-Index (bleibendes Gebiss) ange-

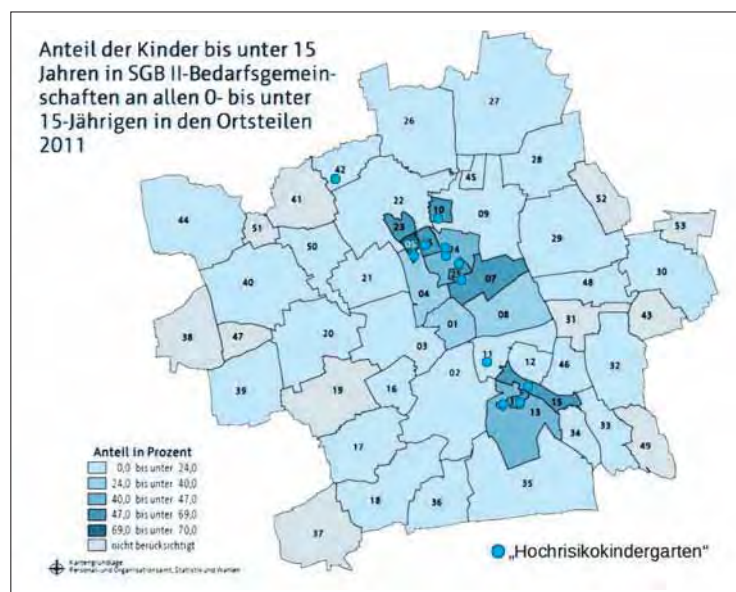


Abb. 4: Projektion „Hochrisikokindergärten“

geben. Dabei werden kariöse, aus Kariesgründen entfernte und gefüllte Zähne erfasst [18] (Abb. 2 und 3).

Die altersbezogene Auswertung der erhobenen Befunde zeigt bei den Dreijährigen einen dmf-t-Index von 0,61 und einen Sanierungsgrad von 19,4 %. Bei den Sechsjährigen besteht ein dmf-t-Index von 2,08 und ein Sanierungsgrad von 47,9 %. Im bleibenden Gebiss haben die Sechsjährigen einen DMF-T-Index von 0,04 und einen Sanierungsgrad von 26,0 %. Zwölfjährige Erfurter Schülerinnen und Schüler zeigen 2017/2018 einen DMF-T-Index von 0,74 und einen Sanierungsgrad von 62,6 %, 15-jährige einen DMF-T-Index von 1,51 mit einem Sanierungsgrad von 68,6 %.

Das zweite Mundgesundheitsziel, bei Zwölfjährigen einen mittleren DMF-T von unter 1 zu erreichen, ist erfüllt. Jedoch stellt die Polarisation der Karies ein Problem dar (68,6 % der 12-Jährigen naturgesund). Dies bedeutet, dass wenige Kinder einen Großteil der Karies auf sich vereinen. Diese Kinder gilt es zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

## Sozialer Gradient

Wie stimmen die erzielten Ergebnisse mit den bundesweit erhobenen Ergebnissen zu Gesundheit und sozioökonomischem Status überein? Um die differierenden Lebenslagen der Erfurter Bevölkerung darzustellen, wurde 2013 vom Dezernat Soziales, Bildung und Kultur der „Sozialstrukturatlas 2012“ [16] veröffentlicht. Mittels festgelegter Indikatoren wurde die

soziale Situation der Gesamtstadt, sowie der einzelnen Ortsteile beschrieben. Im Ergebnis werden Ortsteile sichtbar, in denen Kinder im Bereich Gesundheit, ökonomische Situation, aber auch im Bereich Bildung schlechter gestellt sind.

„Die Ergebnisse aus der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) belegen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen aufweisen“ [19]. In der V. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) wurde der Zusammenhang ebenfalls belegt [20]. Doch ist dies auch auf die Mundgesundheit in Erfurt übertragbar? In Abbildung 4 wurden die mittels Risikoanalyse festgelegten Hochrisikoeinrichtungen im Bereich Kita auf die Karte „Kinder bis unter 15 Jahren in SGB II-Bedarfsgemeinschaften 2011“ [16] projiziert. Die Korrelation ist auch hier deutlich nachzuvollziehen.

## Mundgesundheit im Vergleich

Um die aktuellen Untersuchungsergebnisse interpretieren zu können, sind Bezugsgrößen unabdingbar. Ein Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit älteren Erhebungen, sowie mit thüringen- und deutschlandweiten Daten soll dies ermöglichen. Der KJZÄD der Stadt Erfurt verfasst seit 1997 regelmäßig Mundgesundheitsberichte. 2004 veröffentlichte die Stadtverwaltung Erfurt ihren „Kindergesundheitsbericht“ [21]. Darin

wurde u. a. die Mundgesundheit der Erfurter Vorschulkinder (Fünf- bis Sechsjährige) vorgestellt. Die Auswertungen 1997 und 2004 bezogen sich auf die Altersgruppe der Vorschüler. Die Einführung neuer pädagogischer Konzepte und altersgemischter Kindergartengruppen machen die Erhebung innerhalb dieser Gruppe heute unmöglich. Um trotzdem eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurden daher für das Schuljahr 2017/2018 alle Fünf- und Sechsjährigen betrachtet (Abb. 5).

Die Mundgesundheit Erfurter Kinder im Vorschul- bzw. Einschulalter hat sich kontinuierlich verbessert. Es gibt stetig mehr Kinder ohne Karieserfahrung. Die Prävalenz der Karies sinkt in dieser Altersgruppe beständig. Trotzdem sind die Mundgesundheitsziele der BZÄK in dieser Altersgruppe noch nicht erreicht.

Die Vergleichsdaten stammen aus den „Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016“ der DAJ [22]. Die Vergleichsdaten beziehen sich jeweils auf die Sechs- bis Siebenjährigen in den 1. Klassen, sowie die Zwölfjährigen in den 6. Klassen (Abb. 6).

Der Vergleich zeigt, dass Dreijährige Kinder in Erfurt eine höhere Kariesprävalenz aufweisen als Durchschnitte für Thüringen und für die Bundesrepublik. Die Kariesprävalenz der sechsjährigen Kinder in Erfurt ist vergleichbar mit den Sechs- bis Siebenjährigen auf Landesebene, liegt jedoch wie bei Dreijährigen über dem bundesweiten Durchschnitt.

Auch im Bereich der Zwölfjährigen zeigt sich Handlungsbedarf durch DMF-T-Werte über den Durchschnitten. Durch die personell schlechte Situation im Schuljahr 2017/18 sind die Daten dieser Altersgruppe aber nur bedingt auswertbar. In einer flächendeckenden Untersuchung im aktuellen Schuljahr müssen diese Werte bestätigt werden.

### Gruppenprophylaxe in Erfurt

Die Umsetzung der Gruppenprophylaxe in Thüringen wird über die „Rahmenvereinbarung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Thüringen e.V.“ [23] geregelt. In den Kindergärten wird die Gruppenprophylaxe durch die Prophylaxe-Fachkräfte der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen (LAGJTh) und Patenschaftszahnärzte realisiert. Koordinierend und unterstützend wirken dabei die Vorsitzenden der regio-

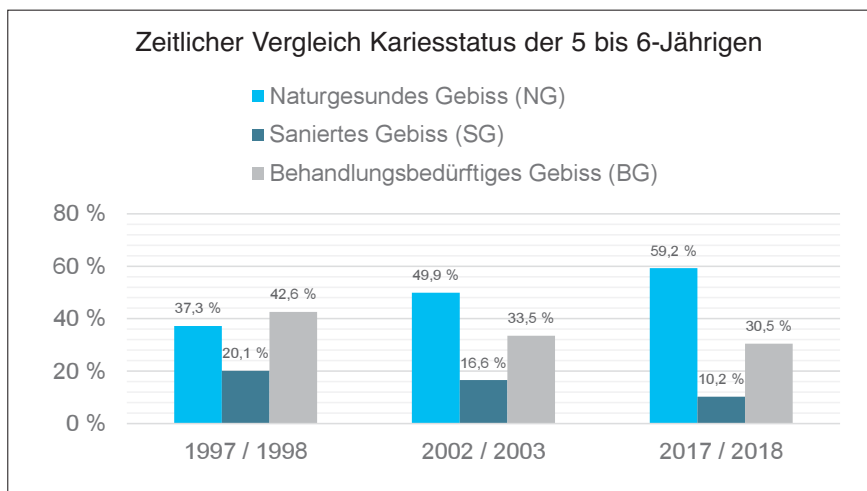


Abb. 5: Zeitlicher Vergleich Kariesstatus der 5- bis 6-jährigen Kinder prozentual

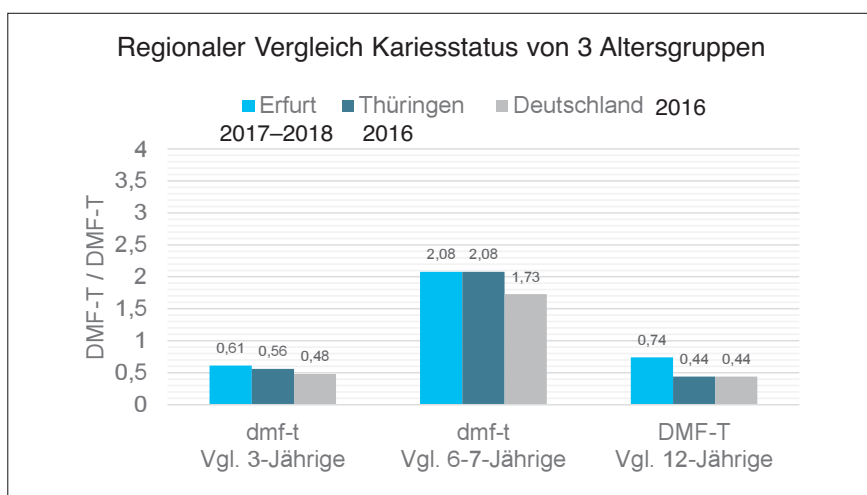


Abb. 6: Regionaler Vergleich Karieserfahrung (dmf-t / DMF-T) für die Altersgruppen 3-Jährige, 6- bis 7-Jährige und 12-Jährige

nalen Arbeitskreise, die in der Regel Zahnärzte in den Gesundheitsämtern sind. Die Vorsorgeuntersuchungen in Schulen und Kindergärten, sowie alle weitergehenden Gruppenprophylaxe-Maßnahmen im Schulbereich sind Aufgabe der KJZÄD. Dabei besteht die Gruppenprophylaxe in Erfurt aus den Bausteinen Vorsorgeuntersuchung, Mundhygienetraining, Fluoridierung, Gesundheitsunterricht, Elternarbeit, Multiplikatoren Schulungen, Projektstage und Zahnputzfeste.

Für eine ressourcenorientierte, zielgerichtete Umsetzung wird anhand der Untersuchungsdaten einrichtungsbezogen eine Risikoanalyse durchgeführt, die Entscheidungen zur Basis- oder Intensivprophylaxe gefällt und unter Berücksichtigung der personellen und zeitlichen Ressourcen der Maßnahmenkatalog für jede Einrichtung festgelegt. Als Parameter für die Risikoanalyse fließen ein: Anteil der

Kinder mit naturgesunden Gebissen (PG), Kariesprävalenz (dmf-t / DMF-T), Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ-Kriterien (Risiko %) und der einrichtungsbezogene SiC-Wert (Mittelwert des DMF-T des Drittels der Kinder mit den höchsten DMF-T-Werten).

Die Umsetzung der Gruppenprophylaxe im Schuljahr 2017/2018 und die in den Zielgruppen erreichten Personen durch den KJZÄD stellen sich folgendermaßen dar:

- 15.565 Kinder wurden untersucht.
- 6.091 Schulkinder führten ein angeleitetes Mundhygienetraining durch.
- Bei 4.293 Schulkindern wurde halbjährlich Fluoridlack appliziert.
- An 8 Elternabenden wurden 425 Eltern erreicht.
- Es wurden 79 Einzel- und 1 Gruppenberatung mit 8 Teilnehmern durchgeführt.



- Es gab 22 Fortbildungen für Lehrer und Erzieher, in denen 149 Multiplikatoren erreicht wurden.
- Es fanden 13 Gesundheitstage oder Infostände statt, an denen 440 Multiplikatoren und 690 Kinder erreicht wurden.

Es wurden alle Maßnahmen vorgehalten, jedoch konnte aufgrund zeitlicher und personeller Engpässe keine flächendeckende Betreuung erreicht werden. Auch die Intensivprophylaxe konnte nicht in allen Risikoeinrichtungen durchgeführt werden. Hier erfolgte eine befundorientierte Gewichtung, sowie eine Orientierung an der Umsetzbarkeit in den Einrichtungen (Interesse, Kooperation, Räumlichkeiten).

## Fehlerbetrachtung

Um aus den erhobenen Daten folgerichtige Schlüsse ziehen zu können, ist die Suche nach Unschärfen und Fehlerquellen unumgänglich. Insgesamt wurden im Schuljahr 2017/2018 durch den erheblichen Personalmangel Untersuchungen v. a. mit Fokus auf Risikoeinrichtungen durchgeführt. Dies führt zu schlechteren Ergebnissen, da Einrichtungen mit vielen mundgesunden Kindern nicht oder nur stichprobenartig im Bereich der Kernzielgruppen untersucht werden konnten. Die Abweichungen in den Vergleichen zwischen den Altersgruppen wurden bereits für Fünf- bis Sechsjährige und Zwölfjährige dargelegt. Im Bereich ab 16 Jahren wurden fast ausschließlich Förderschüler untersucht. Dies erklärt die erhöhten DMF-T-Werte im Bereich ab 16 Jahren [24]. Die Gültigkeit des SiC wird aktuell diskutiert, da sich in dem Drittel der Kinder mit den höchsten DMF-T-Werten durch die Kariespolarisation noch immer viele Kinder ohne Karieserfahrung befinden. Dies lässt eine Aussage über den Kariesstatus in der Risikogruppe nur bedingt zu, da diese Gruppe ggf. bei Einschluss von Kindern ohne Karieserfahrung nicht korrekt definiert ist. Darüber hinaus sind Erhebungs-, Eingabe- und Rundungsfehler in Untersuchung und Auswertung möglich. Diese konnten jedoch durch die Kalibrierung der Untersucher, regelmäßige Schulung der Assistenten und die softwareunterstützte Auswertung für die aktuellen Daten minimiert werden.

## Wo wollen wir hin?

„Daten für Taten“ – eine Metapher aus der Zeit der Regierung von Willy Brandt, ist zum geflügelten Wort im Bereich (Dental) Public Health geworden. Doch was gilt es zu erreichen und was sind mögliche Wege?

Die Untersuchungsergebnisse zeigen klare Problemfelder auf. So zeigt der vorliegende Bericht, dass gerade die Jüngsten durch die derzeitigen gruppenprophylaktischen Maßnahmen nur unzureichend erreicht werden. Auch die aktuelle DAJ-Studie kommt hier zu gleichen Ergebnissen [22].

Die frühzeitige Information von Eltern, bereits ab der Schwangerschaft, über die Entstehung frühkindlicher Karies muss hier zukünftig noch stärker in den Fokus gerückt werden. Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten drei zusätzlichen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen vor dem 3. Lebensjahr für Kinder gesetzlich Versicherter sind dafür ein wichtiger Schritt. Doch Familien aus problembelasteten, strukturell schwachen, bildungsferneren Bereichen nehmen Terminangebote in Hauszahnarztpraxen unzureichend wahr und werden deshalb durch diese Maßnahme nicht sicher erreicht. Hier greift die aufsuchende, flächendeckende Arbeit der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste.

Aufklärung, Übermittlung in adäquate hauszahnärztliche Behandlung, aber auch Elternarbeit durch beispielsweise Informationsnachmittage und Beratungssprechstunden, sind hier wichtige Instrumente sozialkompensatorischer Tätigkeit. Die derzeitige personelle Situation des Zahnärztlichen Dienstes der Stadt Erfurt ist den steigenden Kinder- und Einrichtungszahlen nicht gewachsen. Hier gilt es Ressourcen zu schaffen, um den Aufgaben weiterhin gerecht werden zu können.

Doch Verhältnis- und Verhaltensprävention setzt im Alltag an. Mundgesundheit erfordert gesunde Ernährung in Kitas und Schulen, zuckerfreie Getränke und das tägliche Zähneputzen in der Einrichtung. Dies ist leider noch nicht oder nicht mehr in allen Einrichtungen selbstverständlich. Hier bedarf es konstruktiver enger Zusammenarbeit mit den Trägern von Kitas, Fachberaterinnen und -beratern und Kitaleitungen, aber auch Schülern und Schuldirektoren und Hortkoordinatoren. Diese müssen entsprechend geschult und sensibilisiert werden, um in den Einrichtungen und ihren fachspezifischen Gremien als Multiplikatoren wirken zu können. Die Anpassung gruppenpro-

phylaktischer Maßnahmen an pädagogische Konzepte wie der offenen Arbeit bedarf der Kommunikation zwischen den Institutionen, um die tägliche Zahnpflege vor allem für Kita-Personal und in der Ganztagsbetreuung in Schulen leistbar zu machen. Auch hier spielt der Personalschlüssel eine tragende Rolle. Doch auch die räumlichen Voraussetzungen müssen stimmen. Abstimmungen bei der Sanierung von Schulen und Kindertageseinrichtungen über die Gestaltung von Sanitärräumen mit dem Fokus auf beispielsweise ausreichende, maßnahmengerecht angeordnete Waschbecken sind nur ein Aspekt, der verdeutlicht, warum ämterübergreifende Kommunikation in der Umsetzung von Gesundheitszielen so wichtig ist.

Um Risikogruppen nachhaltig betreuen zu können und Eltern in der Wahrnehmung ihrer Gesundheitsfürsorge zu unterstützen, ist ein „System der nachgehenden Fürsorge“, wie in vielen Zahnärztlichen Diensten deutschlandweit bereits etabliert, ein effektives Instrument. Grundlage dafür ist eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.

Eine gemeinsame Sprechstundenzeit mit der Mütterberatung der Stadt Erfurt ist ein weiterer Ansatz um Zielgruppen zu identifizieren und zu erreichen. Darüber hinaus ist die Mitarbeit in Netzwerken wie beispielsweise den „Frühen Hilfen“ notwendig, um gemeinsame Strukturen zu nutzen und fehlende Kommunikationsstraßen zu bauen.

„Health in All Policies“ [25] ist Schlussfolgerung, Ergebnis und Zielsetzung zugleich. Die Koordination und Umsetzung muss dabei Aufgabe innerhalb der Stadtverwaltung sein. Die Stabsstelle „Integrierte Planung“ der Stadt Erfurt kann dabei in Abstimmung mit den zuständigen Ämtern und Abteilungen einen wertvollen Beitrag für die Stadt Erfurt leisten und die Zahnärztlichen Dienste unterstützen, ihren gesetzlichen Auftrag gut leisten zu können. Um dem Anspruch einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und nachhaltig erfolgreichen Gesundheitsförderung gerecht zu werden, sind klare Verantwortlichkeiten und strukturierte koordinierte Projekte/Aktionen interner und externer Beteiligter notwendig und förderlich.

– Literatur bei der Redaktion –

### Korrespondenzadresse

Winnie Melzer

Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsamt Erfurt  
Juri-Gagarin-Ring 150, 99084 Erfurt  
E-Mail: Winnie.Melzer@erfurt.de

Hannes Rehfeldt

## Typisch Behörde? Forschungsprojekt mit neuem Service Design in Neukölln

Eingespielte Verwaltungsprozesse geben in deutschen Behörden den Takt vor, dem die Bürger sich möglichst beugen sollen. Die Disziplin Service Design dreht den Spieß um und versucht, Prozesse aus Sicht von Nutzerinnen und Nutzern zu gestalten.

Länder wie Finnland, Großbritannien und Österreich sind hier schon deutlich weiter und integrieren seit Jahren erfolgreich Expertenwissen und Methoden des Service Designs. Gerade aber für den Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes hilft ein bürgerzentrierter Ansatz, um Bedürfnisse besser verstehen zu können. So können Angebote z. B. im Bereich der Prävention entwickelt werden, die auch tatsächlich angenommen werden.

Am Beispiel des zahnärztlichen Dienstes im Berliner Bezirk Neukölln hat nun ein gemeinsames Projekt zweier Berliner Hochschulen gezeigt, wie das funktionieren kann. Das Forschungsteam der HTW Berlin und der HWR Berlin startete das Experiment, die Methoden des Service Designs ganz konkret anzuwenden und zu beobachten, wie sich diese Prozesse in einer typischen deutschen Behörde umsetzen lassen.

Ausgewählt wurde der Zahnärztliche Dienst (ZÄD) des Bezirksamtes Neukölln. Er untersucht bei der Vorsorgeuntersuchung alle Kinder des Projektbezirkes vom 1. Lebensmonat bis zum 16. Lebensjahr, insgesamt ca. 32.000 Kinder. Zudem bestehen seine Aufgaben darin, die Gruppenprophylaxe bei den Kindern durchzuführen, Eltern beratend zur Seite zu stehen und sie für die Zahn- und Mundgesundheit ihrer Kinder zu sensibilisieren.

Der ZÄD weist auf mögliche Behandlungsbedürftigkeiten hin (kariöse Zähne und/oder Zahn- und Kieferfehlstellungen). Spätestens zu diesem Zeitpunkt müssen die Eltern mit Ihren Kindern zu einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin bzw. einem Kieferorthopäden oder einer Kieferorthopädin Ihrer Wahl gehen. Werden die Hinweise des ZÄD vorsätzlich oder auch nur fahrlässig nicht hinreichend beachtet, wird der Fall über die Kinderschutzbeauftragten im Gesundheitsamt an das Kinderschutzteam im Jugendamt weitergeleitet, da es sich womöglich um eine

Kindeswohlgefährdung handelt. Im Vordergrund aller Bemühungen steht das Ziel, die Mundhygiene der Kinder in einen akzeptablen und jedenfalls nicht gesundheitsgefährdenden Zustand zu versetzen. Die Zahn- und Mundhygiene aller Kinder soll optimiert und das tägliche Zähneputzen als Ritual eingeführt werden.

Eine besondere Herausforderung dieser Behörde ist die aufwendige Kommunikation mit Schulen und Eltern. Viele Eltern, die der deutschen Sprache nicht oder noch nicht mächtig sind, haben Probleme die Formulare zu verstehen und auszufüllen. Laut Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes hat jedes zweite Kind in Neukölln behandlungsbedürftige Zähne. Das Zähneputzen, als ein in den Alltag eingebettetes Ritual, ist nicht in allen Familien eine Selbstverständlichkeit. Umso wichtiger ist es die Kinder für das Thema Zahnhygiene zu sensibilisieren.

Bei bis zu 150 untersuchten Kindern am Tag muss bei den Beschäftigten jeder Handgriff sitzen. Prozesse haben sich über die Jahre hinweg eingespielt. Der am Ende des Tages überreichte so genannte „gelbe Brief“ (Ergebnisse und/oder Empfehlungen) nach der Vorsorgeuntersuchung ist ein in den letzten Jahren unverändertes Formular. Die Forscherinnen der Hochschule bekamen nun die Möglichkeit, die bestehenden Prozesse zu beobachten und mit Hilfe von Interviews und Beobachtungen besser zu verstehen. Erstmals wurden auch Kinder und Lehrende zu ihrer Wahrnehmung befragt.

Dieses Feedback diente als Grundlage für die von ZÄD und Hochschule partizipativ erarbeitete Definition von Maßnahmen, die das Forscherteam im Verlauf eines Jahres mit Unterstützung der politischen Führung des Bezirkes umsetzen konnte.

Falko Liecke ist Bezirksstadtrat für Jugend und Gesundheit in Neukölln und damit politischer Leiter des Gesundheitsamtes. Als er von dem Projekt erfuhr, hat er sofort seine Unterstützung zugesagt: „Wenn wir wollen, dass Kinder die Wichtigkeit von Zahnhygiene kennen lernen und vielleicht auch ein wenig Freude am Zähneputzen entdecken, müssen wir ihnen auch etwas bieten. Der erhobene Zeigefinger ist es aber sicherlich nicht.“

Innerhalb eines Jahres wurden die bestehenden Prozesse mit Interviews von Fachkräften und Kindern hinterfragt und neue Abläufe gestaltet. Gleichzeitig mit einem ohnehin geplanten Umzug aus der 100 Jahre alten Dienststelle sind neben der Gestaltung der neuen Räume so auch zeitgemäße didaktische Materialien und neue Formulare entstanden.

Aus dem am Verwaltungsprozess orientierten Prozess wurde ein an den Kindern orientierter Erlebnisraum, der gar nicht mehr nach Behörde aussieht und den kleinen Patienten – so die Hoffnung der Forscher – positiv in Erinnerung bleibt. Eine Kinderexpertengruppe aus sieben 13-Jährigen gibt der Forschungsgruppe detailliertes Feedback und ermöglicht so einen Vorher-Nachher-Vergleich.

Wichtigste Ergebnisse: Die am Forschungsprojekt beteiligten Kinder und Jugendlichen nehmen die Gruppenprophylaxe und die Vorsorgeuntersuchung im ZÄD sehr positiv wahr, anders als am Anfang des Projektes vermutet wurde. Entgegen aller Erwartungen wurde die Vorsorgeuntersuchung als das positivste Erlebnis beschrieben. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass das einzelne Kind die ungeteilte Aufmerksamkeit während der Untersuchung bekommt.

Die übrigen Teile des Verfahrens wurden als belastend oder irritierend beschrieben. So ist insbesondere die Wartezeit vor der Untersuchung als stresserhöhend empfunden worden. Die Präsentation der didaktischen Materialien wurde als unzeitgemäß begriffen. Die für die Information der Eltern und zur Einleitung ggf. notwendiger weiterer Schritte verwendeten Formulare wurden als schwer zugänglich und insbesondere bei Sprachdefiziten als unverständlich beschrieben. Vor diesem Hintergrund ist die intensive und selbstreflektierte Befassung mit der eigenen Zahngesundheit sowie die Aktivierung der Eltern erschwert. Sie wird dem Auftrag der kommunalen Gesundheitsförderung jedenfalls nicht vollständig gerecht.

Mit Blick auf diese Eindrücke wurden in der Umsetzungsphase des Projektes die Diensträume des ZÄD im Zuge eines ohnehin in der Umsetzung befindlichen Umzugs kindgerecht gestaltet (Abb. 1), neue digitale didaktische Materialien entwickelt (Abb. 2–3) und die Formulare für die Elterninformation neu gestaltet und mit digitalen Ausfüllhilfen in verschiedenen Sprachen erweitert. Die Wanddekorationen entwickelte die Illustratorin Sophia Ulbrich (<http://sophiaulbrich.de/>).

Professorin Daniela Hensel, Leiterin des Forschungsteams der HTW Berlin, ist dank-

bar für die Kooperation mit dem Bezirk, die in dieser Form einmalig ist: „Die Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Neukölln war aus wissenschaftlicher Sicht unglaublich aufschlussreich. Wir sind auf viel Bereitschaft zur Veränderung gestoßen, die in den Strukturen der Verwaltung aber oft ihre Grenzen findet. Das so authentisch zu erleben ist für unsere Forschung unglaublich wichtig.“

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes wurden am 25. September 2019 in den neuen Räumen des zahnärztlichen Dienstes vorgestellt. Mit dem Ende der Kooperation richten Falko Liecke und Daniela Hensel den Blick aber auch in die Zukunft. Die Orientierung am Service Design soll perspektivisch immer mehr in der Berliner Verwaltung ankommen. Potential dafür gibt es in jedem Fall: in jedem der zwölf Berliner Bezirke gibt es einen zahnärztlichen Dienst, der von den Ergebnissen des Forschungsprojektes direkt profitieren kann.

Mit dem Neuköllner Experiment ist es gelungen, ein anschauliches Beispiel zu schaffen, das zum intensiveren Austausch zwischen Verantwortlichen in Forschung und Verwaltung anregen soll. Letzten Endes soll dieses Projekt auch Mut machen, sich Gestaltungsräume in der Verwaltung zu erobern.

Eine Videodokumentation des Projektes gibt es hier: <https://vimeo.com/362001153>

Die digitalen Lehreinheiten zur Unterstützung der Information durch die kommunale Zahnärztin sind hier einsehbar (nächste Animationen durch Klicken): <http://lehreinheiten.gesundes-neukoelln.de/>

#### Korrespondenzadresse

Bezirksamt Neukölln von Berlin  
Abteilung Jugend und Gesundheit  
JugGes Dez PressRef  
Karl-Marx-Straße 83, 12040 Berlin  
Tel. 030 90239 4059  
[hannes.rehfeldt@bezirksamt-neukoelln.de](mailto:hannes.rehfeldt@bezirksamt-neukoelln.de)



Abb. 1: Wanddecoration im Zahnputzraum



Abb. 2: Mediaraum im ZÄD Neukölln



Abb. 3: Kinder im Mediaraum

# 70. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG 2020

## 12. bis 14. Oktober 2020, Congresshalle Saarbrücken

### Kongressprogramm BZÖG e.V.

**ABGESAGT!**

**Dienstag, 13. Oktober 2020, 09:30 Uhr bis 11:00 Uhr**

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
9:30 Uhr	Begrüßung/Einführung	Frau Dr. Sauerland
9:50 Uhr	Jugendzahnpflege im Saarland	Herr Menzner
10:25 Uhr	Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der bundesweiten KiGGS-Studie und Ansatzpunkte für Prävention	Frau Dr. Krause

**Dienstag, 13. Oktober 2020, 11:30 Uhr bis 13:00 Uhr**

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
11:30 Uhr	Das Mahnverfahren des ZÄD Hochsauerlandkreis bei dentaler Vernachlässigung – eine Erfolgsgeschichte	Frau Bomkamp
12:00 Uhr	Industrieförderung klinischer Studien in der Zahnmedizin – gekaufte Evidenz?	Herr Dr. Göstemeyer
12:30 Uhr	Orofaziale Therapie mit Hilfe von Stimulationsplatten nach Castillo Morales	Herr Prof. Schulte

**Dienstag, 13. Oktober 2020, 14:00 Uhr bis 15:30 Uhr**

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
14:00 Uhr	Diagnostik von Dysgnathien bei Kindern	Frau Dr. Zeilmann
14:30 Uhr	Mundgesundheit für Mutter und Kind. DAJ-Unterrichtsmodule für die Hebammenausbildung	Frau Berg
15:00 Uhr	Zahnteufel – bei uns nicht! – Ein Modellprojekt zur Vermeidung der frühkindlichen Karies	Frau Dr. Hertwig

**Mittwoch, 14. Oktober 2020, 09:00 Uhr bis 10:30 Uhr**

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
9:00 Uhr	Umsetzung von Leitbild 2030 und Gesundheitszielen im Zahnärztlichen Dienst der Stadt Mannheim – ein Beitrag zur gesamtstädtischen Strategie für eine nachhaltigere und gerechtere Stadtgesellschaft	Frau Dr. Breitenbach
9:15 Uhr	Gesund beginnt im Mund – erfolgreiche Zahngesundheitsförderung von Kindern im Landkreis Wittenberg	Frau Richter
9:30 Uhr	Fluoridaufnahme bei Zähneputzen mit 1000 ppm Zahnpasta im Alter von 3 bis < 6 Jahren	Frau Dr. Schreiber-Wazlak
10:00 Uhr	Pilot-Projekt zur Gruppenprophylaxe in weiterführenden Schulen des Rhein-Erft-Kreises	Frau Dr. Brix

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

**Hintergrund für die Absage ist die Corona-Pandemie.** Ute Teichert, Bundesvorsitzende des BVÖGD, begründet die Entscheidung mit der anhaltenden Belastung der Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern sowie mit dem prognostizierten Anstieg der Infektionszahlen nach den Sommerferien. Michael Schäfer, Bundesvorsitzender der Zahnärztinnen und Zahnärzte ergänzt, dass „auch die Zahnärztinnen und Zahnärzte die großen Herausforderungen in den Gesundheitsämtern mittragen und die Arbeit für die Bürgerinnen und Bürger in den Kommunen derzeit Priorität hat gegenüber dem bedeutsamen Austausch im Rahmen eines Kongresses. Nach den derzeitigen Planungen soll der 71. Wissenschaftliche Kongress des BVÖGD und des BZÖG vom **17. bis 19. Mai 2021 in Saarbrücken** stattfinden, siehe [www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de) und [www.bvoegd.de](http://www.bvoegd.de).

Über die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen werden ab September wieder Webinare zu SARS-CoV-2 und aktuellen Entwicklungen angeboten, siehe <https://www.akademie-oegw.de/programm/digitales-lernen/online-seminare.html>