

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

44. Jahrgang / Mai 2014 www.bzoeg.de

Mundgesundheit
Berliner Kinder
und Jugendlicher

9 Jahre gemeinsame
Gesundheitsbericht-
erstattung in Hessen

Tag der Zahngesundheit
2014



„Ein Herz für Zähne“

1.14

EDITORIAL



Ingrid Frost

Liebe Leserinnen und Leser,

heute nun lade ich Sie alle in die Ottostadt Magdeburg zum 64. Wissenschaftlichen Kongress der Bundesverbände der Ärztinnen und Ärzte und der Zahnärztinnen und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. ein.

Der diesjährige Kongress findet vom 15. bis 17. Mai 2014 statt und steht unter dem Motto „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Professionell auf dem Weg“.

Der ÖGD unterlag in den letzten Jahrzehnten einer Entwicklung von einer Kontrollbehörde hin zu einer serviceorientierten öffentlichen Einrichtung für Bürgerinnen und Bürger vor Ort. Um diesem veränderten Aufgabenspektrum gerecht zu werden, bedarf es breit ausgebildeter und hochqualifizierter Fachkräfte.

Zunächst aber möchte ich Sie ein wenig neugierig auf unsere Stadt machen. Die Ottostadt Magdeburg verdankt ihren Namen den beiden „großen Ottos“ – dem ersten römisch-deutschen Kaiser, Otto I. dem Großen, sowie dem Erfinder und Diplomaten Otto von Guericke, der durch seinen Versuch mit den Magdeburger Halbkugeln zum Begründer der Vakuumtechnik wurde.

Erstmals urkundlich erwähnt im Jahr 805 ist Magdeburg eine sehr alte, geschichtsträchtige Stadt mit vielen Sehenswürdigkeiten und interessanten Stätten. Der Dom, das Kunstmuseum Kloster Unser lieben Frauen, das Hundertwasserhaus „Grüne Zitadelle“, der Alte Markt mit dem Magdeburger Reiter und nicht zu vergessen die Grusonischen Gewächshäuser zählen zu den touristischen Anziehungspunkten.



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Hier gleich ein „Kultur Tipp“ – zum Zeitpunkt unseres Kongresses wird in der „Grünen Zitadelle“ eine große Hundertwasser-Ausstellung zu sehen sein. Diese Ausstellung dokumentiert das Schaffen eines der populärsten Künstler des 20. Jahrhunderts als Maler, Architekt und Ökologe. „Hundertwasser in Magdeburg“ zeigt einen Querschnitt aus dem außergewöhnlichen graphischen Werk von 1951 bis 1999. Sie können also gespannt sein.

Als Landeshauptstadt von Sachsen-Anhalt ist Magdeburg heute eine moderne Universitätsstadt. Gelegen in der Mitte Europas und im Herzen Deutschlands gliedert sich das Bundesland Sachsen-Anhalt in 11 Landkreise und drei kreisfreie Städte – Magdeburg, Halle und Dessau. Landschaftlich wird die Gegend geprägt durch die Altmark, die Magdeburger Börde, das Harzer Mittelgebirge und das Thüringer Vorland. In kulinarischer Hinsicht sind Ihnen als landesspezifische Produkte sicher auch Rotkäppchen, Halloren, Halberstädter Würstchen und Kathi Backmischungen bekannt.

Unseren Kongress werden wir bei all den schönen Dingen, die Sie in unserer Elbmetropole entdecken können, aber nicht vergessen.

Die Wurzeln der Jugendzahnpflege gehen sehr weit zurück, sie wurden schon als sogenannte „Volksbelehrungen“ beschrieben. Nach dem 2. Weltkrieg verlief die Entwicklung der Jugendzahnpflege in beiden deutschen Staaten sehr unterschiedlich. In der DDR bildete sich die Kinderzahnheilkunde relativ rasch zu einem starken Teilbereich der Zahnmedizin heraus. Es war eine Facharztausbildung zum Kinderstomatologen möglich. In der BRD dagegen entwickelte sich zögernd der öffentliche Gesundheitsdienst.

Nach dem Zusammenschluss beider deutscher Staaten übernahmen daher in Sachsen-Anhalt viele dieser speziell ausgebildeten Zahnärzte die Leitung in den entstehenden Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter. Die Arbeitsaufgaben blieben zum großen Teil identisch, nur die Behandlung der Kinder wurde fast überall durch die niedergelassenen Zahnärzte sichergestellt.

Die Jugendzahnärzte übernahmen die Vorsorgeuntersuchungen in den Kindertagesstätten, Grund-, Sekundar- und Förderschulen sowie in den Gymnasien und die präventiven Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe. Ihre Tätigkeit wurde sehr stark von der 1992

gegründeten Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Sachsen-Anhalt e. V. (LAGJ SAN e. V.) unterstützt. Durch ein Mitglied des BZÖG werden die Interessen der Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte im Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege vertreten.

Gemeinsam erarbeitete man ein Aktionsprogramm zur Umsetzung der Maßnahmen des § 21 SGB V zur Basis- und Intensivprophylaxe und bis heute wird es in unserem Bundesland umgesetzt. Durch die finanzielle Unterstützung der LAGJ SAN e. V. konnte eine einheitliche Software in den Landkreisen und kreisfreien Städten eingeführt werden. Sie bildet die Grundlage für eine landeseinheitliche Erfassung und Auswertung der zahnärztlichen Untersuchungen und der Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe.

Seit dem Schuljahr 2007/2008 erfolgt einmal jährlich eine elektronische Datenübermittlung an das Landesamt für Verbraucherschutz. Hier wird eine zentrale Auswertung in Form einer Landes-Gesundheitsberichterstattung erstellt.

Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen laufen in unserem Land flächendeckend und zu einem recht hohen Prozentsatz. So wurden im Schuljahr 2011/2012 72 % der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen erreicht und eben so viele bekamen einen ersten Prophylaxeimpuls. Ca. 36 % der Kinder wurden mit einem zweiten Impuls betreut.

Natürlich werden die Zahnärzte in den Gesundheitsämtern bei den gruppenprophylaktischen Maßnahmen auch von der Zahnärztekammer und einigen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aktiv unterstützt.

Dies zeigt, dass die Zahnärzte in Sachsen-Anhalt intensiv an dem Gesundheitsziel – Verbesserung der Zahngesundheit auf Bundesebene (Bundesdurchschnitt) – arbeiten und dass die Prävention in der Zahnmedizin in unserem Land durchaus einen hohen Stellenwert besitzt. Hierzu wollen wir einen aktiven Gedankenaustausch pflegen und uns gegenseitig Impulse zur Gestaltung unserer gemeinsamen Aufgabe geben.

Ich wünsche uns allen einen gelungenen Kongress, interessante Vorträge und fruchtbringende kollegiale Gespräche. Ich freue mich auf Ihren Besuch in der sachsenanhaltinischen Landeshauptstadt MAGDEBURG.

Mit besten Grüßen
Dipl.-Stom. Ingrid Frost

3 Editorial

Kongressbeitrag

5 Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher
– von der Schulzahnklinik Berlins zu den Zielen der BZÄK 2020

8 Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung und Kinderschutz

Berichte

13 Alles mit dem Mund, alles in den Mund

Aktuelles

16 Gesund beginnt im Mund – ein Herz für Zähne!

16 Tag der Zahngesundheit 2013 in Sömmerda

Verband

18 9 Jahre gemeinsame Gesundheitsberichterstattung
zur Mundgesundheit hessischer Kindergartenkinder

20 Neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe

21 Bundesverdienstkreuz für Dr. Michael Schäfer

22 Zum Tode von Dr. med. Ernst-August Schürmann

22 Schnuller ablecken – hilfreich oder gefährlich?

24 Kongressprogramm

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.14
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des
Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

1. Vorsitzender:

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

2. Vorsitzende:

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

Geschäftsführung:

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

Redaktion Zeitung:

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

Redaktion Internet:

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

Anzeigenverwaltung:

Schatzmeister: Bernd Schröder
Kirchstr. 215, 47198 Duisburg
Tel. 0203/283-8579, Fax 0203/283-8572
E-Mail: schroeder@bzoeg.de
Bankverbindung: Foerde Sparkasse
IBAN: DE55210501700019205558
BIC: NOLADE21KIE

Wissenschaftlicher Referent:

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

Zeitungsbeirat:

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

Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH, Reissstr. 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 persön-
liche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung
des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

Inis Adloff

Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher – von der Schulzahnklinik Berlins zu den Zielen der BZÄK 2020

Als die Schulzahnpflege Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland ihren Anfang nahm, war der zahngesunde Mensch eine Ausnahme – der Zahnkranke die Regel.

Das Bemühen um Zahngesundheit hatte in der Bevölkerung keinen hohen Stellenwert, finanzielle Mittel waren selten vorhanden, die Krankenversicherung wurde erst 1883 eingeführt – all das waren Gründe für schlechte Zahngesundheit. Infolge von Karies und Schmerzen konnten Kinder dem Unterricht nicht folgen oder fehlten in der Schule. Die Notwendigkeit der Errichtung von Fürsorgestellen, um hier Abhilfe zu schaffen, fand aber schnell Anerkennung und das Bestreben, Zahnuntersuchungen bei Vorschulkindern durchzuführen, breitete sich landesweit aus.

1879 führte Hofzahnarzt Zimmer in Kassel die ersten Reihenuntersuchungen an Schulkindern durch und gilt als einer der Väter deutscher Jugendzahnpflege.

Die erste Gesetzgebung ging 1898 vom Preußischen Kultusministerium aus. In dem Erlass heißt es u. a.: „Die Ergebnisse der vorgenommenen Untersuchungen der Schulkinder machen es notwendig, dass auch seitens der Schule der

Zahnhygiene größere Aufmerksamkeit als bisher zugewendet wird. Wir ersuchen daher die Schulbehörden, dafür Sorge zu tragen, dass bei dem naturkundlichen Unterricht regelmäßig auf die Bedeutung der rationellen Zahn- und Mundpflege nachdrücklich hingewiesen und den Schülern die hierfür erforderliche Anleitung gegeben wird.“

Als Reaktion auf Untersuchungen mit 95 % an Karies erkrankten Schulkindern und mit tatkräftiger Unterstützung engagierter Zahnärzte wurde am 15.10.1902 von Dr. Jessen die erste deutsche Schulzahnklinik in Straßburg eröffnet. Anhand seiner Erfahrungen stellte er Leitsätze seiner Aufklärungen zusammen:

- Die Zahnkaries ist die heute verbreitetste Volkskrankheit; sie schädigt die Entwicklung des Kindes, beeinflusst die Schul- und Militärauglichkeit und begünstigt die Infektionskrankheiten.

- Ihre Bekämpfung ist notwendig und ohne zu große Belastung der Gemeinde möglich.
- Der Erfolg einer Schulzahnklinik für das Kind ist sofort, der für die Allgemeinheit in wenigen Jahren sichtbar.

Sätze, die nach über 100 Jahren immer noch stimmen.

Krankenkassen, Landesversicherungsgesellschaften und Sponsoren kamen für Unkosten auf, vielerorts war aber auch eine kleine Eigenbeteiligung der Eltern notwendig.

1907 wurde die „Kommission zur Einführung zahnärztlicher Hilfen an Krankenhäusern und Schulen“ gestellt, die Notwendigkeit von Schulzahnfürsorgestellen zur Verbesserung der Volksgesundheit erkannte und am 1.2.1909 bildete sich das „Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen“ (DZK).

Ab 1910 gab es die Zeitschrift „Schulzahnpflege“, welche bis 1937 das Blatt für Veröffentlichungen auf diesem Gebiet war. Hier lässt sich vieles über Behandlungen, statische Befundauswertungen, Finanzierungen aber auch über die Notwendigkeit der Integration der Kleinkinder in die zahnärztliche Betreuung nachlesen.

Nach dem 1. Weltkrieg entwickelten sich in den Regionen Deutschlands verschiedene Systeme der Schulzahnpflege. Reihenuntersuchungen vor 100 Jahren waren keine aufsuchende Betreuung, es gab feste Standorte, die sich über viele Jahrzehnte gehalten haben.

Interessant sind dabei Leitgedanken, die auch nach 100 Jahren nichts an Aktu-



Foto:
Vorsorgeuntersuchung
im Jahre 2013



Foto:
Archivbild
Heimat-
museum,
1930

alität verloren haben, z. B. „die Lehre vom kleinen Loch“ – Kantorowicz verlangte schon 1919, dass die allerersten Anfänge der Fissurenkaries oder Kontaktinfektion behandelt werden. „Jedes große Loch war einmal ein kleines Loch und jede schwierige Zahnbehandlung war wenige Monate oder Jahre vorher eine Leichtbehandlung.“

1935 wurde das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens erlassen. Damit wurden die Gesundheitsämter auch für die Schulgesundheitspflege zuständig. Der Amtsarzt hatte die einwandfreie Durchführung zu überwachen, diente ein aus zahnmedizinischer Sicht gesunder Volkskörper doch ebenfalls der Stärke der Wehrkraft. Für die folgenden Jahre bestand damit die erste gesetzliche Grundlage schulzahnärztlichen Handelns. Die Schulfürsorge war durch Runderlass geregelt und wurde inhaltlich durch eine Art Notprogramm genauer dargestellt.

1939 nahmen in Deutschland 500 hauptamtliche und 1500 nebenamtliche Schulzahnärzte Reihenuntersuchungen vor. In Berlin war in den 30er Jahren das Aufgabenfeld der Schulzahnpflege gut beschrieben. Zu untersuchen waren Schüler aller Schularten und es wurden Sanierungen zum Teil ganzer Jahrgänge vorgenommen.

Erleichtert wurde das Erreichen mundgesundheitslicher Ziele ab 1949 durch den Zusammenschluss von Zahnärzten, kommunalen Verwaltungen und Krankenkassen in der Gründung des „Deutschen Ausschusses für Jugendzahnpflege“ (DAJ). Nun entwickelte sich eine planmäßige Schulzahnpflege

und Einzelaktionen traten in den Hintergrund.

1964 wurde diese erfolgreiche Entwicklung scheinbar gestoppt, denn das vom Bundestag beschlossene „Bundes-

/// Kantorowicz verlangte schon 1919, dass die allerersten Anfänge der Fissurenkaries oder Kontaktinfektion behandelt werden.

gesetz über Jugendzahnpflege“ wurde vom Bundesrat nicht angenommen. Jugendzahnpflege blieb Ländersache und so entwickelte sich ein Netz von Landesarbeitsgemeinschaften, die gruppenprophylaktische Aktivitäten durchführten.

In Berlin wurden mit sogenannten „Rundverfügungen“ die Aufgaben der

Schulzahnkliniken festgesetzt und man findet kleine und große Meilensteine.

1953 wurde die Aufklärung über Zahnpflege in den Schulen geregelt, die Untersuchung wurde Pflicht.

1955 ordnete man die zahnärztliche Betreuung aller Kindergartenkinder im Alter von 3–6 Jahren an.

1962 wurde die Durchführung einer Kariesprophylaxe mit Fluoridtabletten eingeführt.

1967 erfolgte die Einführung einer neuen zahnärztlichen Karteikarte zur statistischen Auswertung.

1967 empfahl man die Ausgabe von Zahnpflegebeuteln an die Schulanfänger.

Ein größerer Meilenstein wurde vom Senat in Form der „Richtlinien für den Zahnärztlichen Dienst“ gelegt und als 1975 mit einer neuen Fassung des Schulgesetzes die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung zum verbindlichen Unterricht erklärt wurde, war die Basis für eine ausgedehnte Schulzahnpflege geschaffen.

Für die Jugendzahnpflege in der DDR waren mehrere Jahrzehnte verschiedenste Anordnungen und Richtlinien die Basis für die Überwachung der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen. Konzepte der Gesunderhaltung erhielten Vorrang gegenüber Maßnahmen der Kariesbekämpfung, Reihenuntersuchungen hatten immer notwendige Behandlungen zur Folge. Kinderzahnheilkunde wurde ein eigenständiges Lehrgebiet und rund 25 % der Stomatologen sollten Kinderzahnärzte sein. Die Betreuung fand hauptsächlich in Jugendzahnkliniken, Schulambulanzen und regional auch in fahrbaren Ambulanzen statt, die positivste Ergebnisse in den Auswertungen zeigten.

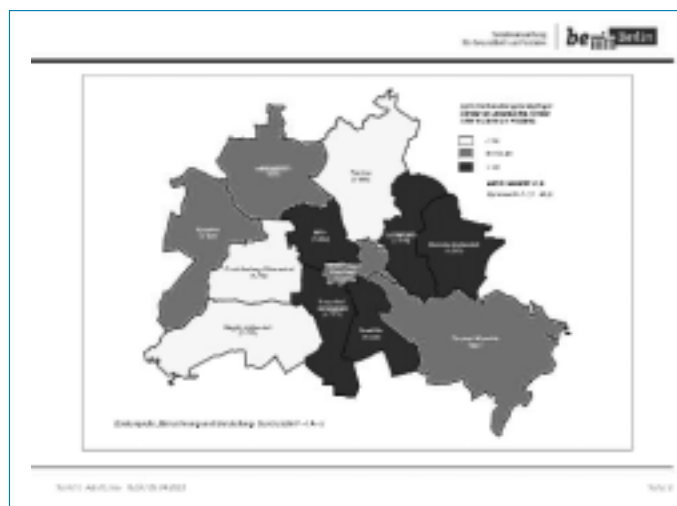


Abb. 1

Auf der Grundlage des § 21 SGB V wurde 1990 in Berlin mit Gründung der „Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e. V.“ (LAG) die Gruppenprophylaxe auf eine neue Basis gestellt und vom erfolgreichen System der neuen Bundesländer Abstand genommen. Ein Partner in der LAG ist die Zahnärzteschaft, die den finanziellen Beitrag über die Berliner Zahnärztekammer leistet. Gute Kontakte zur Zahnärztekammer (ZÄK), zur Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV), zu den bezirklichen Kinderschutzkoordinatoren und dem Berliner Beauftragten für Fragen des Kinderschutzes verbinden dazu noch die Vorsorge und Beratung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit der Prophylaxe und der kurativen Behandlung durch die niedergelassene Kollegenschaft.

„Es geht nicht ohne den ÖGD und er nimmt uns nichts weg!“ Wenn der Berliner KZV-Vorsitzende mit solch einleitenden Worten eine ganztägige Fortbildung zum Thema „update Kinderzahnheilkunde“ einleitet, dann ist Zusammenarbeit gewinnbringend und gemeinsam Gesundheit zu verbessern möglich.

Wer ist derzeit zuständig für Gesundheit und speziell Zahngesundheit bei Kindern?

Die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) vermitteln das aktuelle Wissen moderner Kinderzahnheilkunde. Dabei werden Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ) und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ) an Eltern und Multiplikatoren weitergegeben, um die Fürsorge zu verbessern.

Neben dem gesetzlichen Unterbau und der zahnmedizinischen Aus- und Weiterbildung sind noch Kenntnisse ganz anderer Art erforderlich. Ziel der Bemühungen ist, sowohl den Einzelnen zu motivieren als auch die zahngesundheitliche Gesamtlage der Kinder und Jugendlichen zu bewerten und Gesundheitsförderung in die Lebenswelten der Menschen zu bringen.

2012 wurden durch die ZÄD in Berlin 486.267 Prophylaxemaßnahmen und 195.492 Untersuchungen abgerechnet.

Bezirk	Zahnstatus		
	kariesfrei	behandlungsbedürftig	versiegt
	in Prozent		
Mitte	38,0	47,7	36,8
Lichtenberg	41,5	46,6	31,9
Neukölln	35,9	48,8	34,3
Reinickendorf	44,8	38,2	17,0
Marienhilfsfeld	44,0	48,6	35,4
Friedrichshagen-Königsberg	25,5	32,2	34,3
Spandau	47,8	36,8	15,4
Charlottenburg-Wilmersdorf	58,3	31,8	34,9
Tempelhof-Schlöbenberg	43,0	48,2	9,8
Trierstraßenquartier	23,0	36,5	30,5
Pankow	43,6	38,8	35,5
Steglitz-Zehlendorf	69,1	17,2	23,6
BERLIN - GESAMT	50,9	34,6	14,5

Zahnstatus in Prozent der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 6-jährigen Kinder, im Schuljahr 2010/2011 in Berlin.
Datenquelle: Berechnung auf Grundlage SenatsIV - IA 1

Abb. 2

„Es geht nicht ohne den ÖGD und er nimmt uns nichts weg!“ Wenn der Berliner KZV-Vorsitzende mit solch einleitenden Worten eine ganztägige Fortbildung zum Thema „update Kinderzahnheilkunde“ einleitet, dann ist Zusammenarbeit gewinnbringend und gemeinsam Gesundheit zu verbessern möglich.

Wie sieht nun konkret die aktuelle Rolle der ZÄD aus und wo gibt es veränderte Aufgaben und Ziele?

Die tägliche Untersuchungsarbeit ist von einer hohen Entscheidungsdichte geprägt. 4 Klassen mit 25 Kindern, alle Zähne und einige Zusatzbefunde erfordern schnell mal 3.000 Entscheidungen am Vormittag. Berlin hat den Anspruch einer standardisierten Befunderfassung, um damit die Qualität der Entscheidungsfindung hoch zu halten.

Bei der Altersgruppe der 6-Jährigen lag 2010/2011 der Erreichungsgrad bei den Vorsorgeuntersuchungen in den einzelnen Bezirken zwischen 46 % und 91 %-Anteilen. Hier konnten nur 51 % naturgesunde Gebisse dokumentiert werden, 14 % sanierte Gebisse und eine Behandlungsbedürftigkeit von 35 % vervollständigten das Ergebnis. Berlin ist auf diesem Gebiet noch sehr weit vom angestrebten Ziel der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) entfernt, bis 2020 in dieser Altersgruppe eine Kariesfreiheit von 80 % zu erreichen (Abb. 2).

Doch was folgt der gelben Elterninformation, wenn notwendige zahnmedizinische Maßnahmen unterlassen werden? Wie können ÖGD und niedergelassene Kollegen gemeinsam für die Zahn-, Kinder- und Familiengesundheit agieren? Was kommt in den Zahnarztpraxen an Information an? Welche Nachrichten erreichen den ZÄD aus der Praxis? Diese Fragen und Aktivitäten prägen heute den Aktionsraum des modernen Zahnärztlichen Dienstes, denn gesunde (Kinder-)Zähne sind das Ziel der täglichen Arbeit.

Korrespondenzadresse:

Inis Adloff
Senatsverwaltung für
Gesundheit und Soziales,
Ref. IE 14b
Oranienstraße 106, 10969 Berlin
E-Mail: inis.adloff@sengs.berlin.de

Dr. S. Riemer

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung und Kinderschutz

Ein Erfahrungsbericht des Zahnärztlichen Dienstes am Gesundheitsamt
Treprow-Köpenick von Berlin

Der Bericht liefert erste Darstellungen von Charakteristika der Untersuchungsgruppe mit Anzeichen von zahnmedizinischer Vernachlässigung sowie eine Betrachtung der Messinstrumente. Es können noch keine Verallgemeinerungen vorgenommen werden.

Seit 2010 besteht eine einheitliche Vorgehensweise der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) der Gesundheitsämter Berlins bei Verdacht auf zahnmedizinische Vernachlässigung [37, 38]. Handlungsweisend sind das Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes (KiSchuG Bln) und das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG), die wie auch die Anpassungen des SGB VIII in Folge der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention verabschiedet wurden [19]. Diese Gesetze regulieren in gleichem Sinn den Handlungsablauf bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung einschließlich einer mehrstufigen Beurteilung und die Informationspflicht gegenüber den betroffenen Eltern und Kindern. Im KiSchuG Bln nimmt das Rückmeldewesen für Früherkennungsuntersuchungen einen großen Raum ein. Haupt Handlungsrichtungen des BKSchG sind die Frühen Hilfen und der Ausbau von Netzwerken [2, 7].

Auch in anderen Bundesländern justierten ZÄD ihr Fallmanagement. Im Land Brandenburg wird ein Betreuungscontrolling bei Folgeerhebung von indikatorengestützten pathologischen Zahnbefunden durchgeführt [20]. Hamburg-Altona etablierte ein Einladungs- und Rückmeldeverfahren mit Kontrolluntersuchung und Kariesprophylaxeangebot im Gesundheitsamt [6]. In Hessen wird ein Ampelsystem zur Gefährdungsbeurteilung bei Karies im Milchgebiss genutzt und im Kreis Mettmann (NRW) werteten die Zahnärzte Befundcharakteristika bei Kindern mit Anzeichen von zahnmedizinischer Vernachlässigung und mögliche Hilfestellungen aus [35, 5]. In Norwegen wurden Zahnärzte ab Mitte 2000 aufgefordert, bewusster mit Anzeichen von Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung der Zahngesundheit bei

Kindern umzugehen. Besonders der öffentliche Zahngesundheitsdienst habe die Möglichkeit, die Kinder während des gesamten Aufwachsens mehrmals zu untersuchen. Bei Auffälligkeiten solle eine Besorgnismeldung an die Jugendhilfe erfolgen [25]. Bei der Unterscheidung von Kindeswohlgefährdung werden die Komponenten Vernachlässigung und Misshandlung abgegrenzt [21, 23]. Letztere kann im oralen Bereich durch Frontzahntraumata, Weichteilverletzungen und Hämatome erkennbar werden. Bei sexuellem Missbrauch (Fellatio) kann es zu Verletzungen der Mundwinkel, zum Einriss der Frenula oder zu Petechien am weichen Gaumen kommen [10, 12, 25]. Dazu zählen auch Bisswunden [23, 25].

Die Vorsorgeuntersuchungen der zahnärztlichen Dienste haben einen aufsuchenden, subsidiären Charakter.

Die Befundcharakteristika bei zahnmedizinischer Vernachlässigung bestehen häufig in profunder Primärkaries mehrerer Zähne, die über einen langen Zeitraum wiederholt registriert wurde und dem daraus resultierenden, altersbezogenen Behandlungsbedarf sowie dem notwendigen Schutz vor Komplikationen. Anhaltspunkte für zahnmedizinische Vernachlässigung geben seltener Komplikationen unbehandelter Karies, multiple sekundäre kariöse Läsionen, unbehandelte Frakturen der Zähne oder unkorrigierte, die Kau- und Sprechfunktion stark einschränkende Zahnstellungs- oder Kieferanomalien [30, 23, 5, 32]. Folgen der Vernachlässigung sind Einschränkung oder Verlust der Kaufunktion, Sprechstörungen, Entstellung durch Frontzahnlücken oder sichtbare Kavitäten, Schmerzen, Komplikationen, z. B. Infektionen der umgebenden Gewebe und Platzmangel in der zweiten Dentition im Bereich der Eckzähne oder der 2. Prämolaren [30]. Bei der heutigen Bewertung spielen die zunehmende Polarisierung der

Karies [22, 24, 26] und fachliche Standards von Therapien des Milchgebisses eine Rolle [Vgl. 29, 14]. Auch Unterschiede zu Kariesrisikokindern (DAJ Kriterien) und zur Zahngesundheit der Ausgangspopulation finden Beachtung.

Die Vorsorgeuntersuchungen der zahnärztlichen Dienste haben einen aufsuchenden, subsidiären Charakter. Dadurch werden viele Kinder erreicht, die keine oder zu selten Vorsorgeuntersuchungen bei niedergelassenen Zahnärzten in Anspruch nehmen. Durch die Elternmitteilungen der ZÄD erhalten die Sorgeberechtigten ausreichende Informationen über die Notwendigkeit von Behandlungen [36]. Wenn bei Folgeuntersuchungen im nächsten Turnus (ca. ein Jahr) keine oder keine adäquate Behandlung der multiplen, profunden, kariösen Läsionen erkennbar ist, muss der Verdacht geäußert werden, dass dem Kind der Zugang zu zahnmedizinischer Behandlung nicht ermöglicht wird. Bei diesen Kindern (Kontroll-Fälle) kommt in Berlin ein dreistufiges Einladungs- und Rückmeldeverfahren zum Einsatz. Die Eltern werden zusätzlich zu den Elternmitteilungen bis zu dreimal postalisch über die Erkrankung ihres Kindes und den dringenden Behandlungsbedarf unterrichtet. Sie werden gebeten Kontakt mit dem ZÄD aufzunehmen und eine Inanspruchnahme von Therapie für ihr Kind glaubhaft zu machen. Ihnen wird Unterstützung angeboten. Spätestens ab dem zweiten Brief lädt der ZÄD zur Nachuntersuchung ins Gesundheitsamt (GA) ein. Wird von Seiten der Eltern zweimal nicht reagiert, erhalten sie einen Berlineinheitlichen Brief mit dem Hinweis, dass der Kinderschutzbeauftragte des Gesundheitsamtes informiert werden muss, falls die Kontaktaufnahme zum ZÄD weiter ausbleibt. Nach erneuter Abwägung des Kasus, unter den Kriterien des altersbezogenen Schweregrads der Erkrankungen, erfolgt die Meldung an den Kinderschutzbeauftragten des GA, wo eine weiterführende Risikoabschätzung erfolgt [38].

Im Schuljahr 2010/11 untersuchte die Zahnärztin des GA Treprow-Köpenick (T-K) 7.755 Kinder und Jugendliche [28]. Die Zahl

der Behandlungsbedürftigen betrug 2.089. 684 Kinder hatten ein erhöhtes Kariesrisiko. Es wurden 199 Verdachtsfälle mit Anzeichen von zahnmedizinischer Vernachlässigung registriert (2,57 % der gesamten Untersuchungsgruppe). Fünf Fälle wurden an den Kinderschutzkoordinator des Gesundheitsamtes und einer direkt ans Jugendamt gemeldet (3 Mädchen und 3 Jungen) (0,08%). Bei diesen Kindern und Jugendlichen kamen weitere Faktoren wie Informationen über prekäre familiäre Situationen, in einem Fall Obdachlosigkeit, hinzu. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren in T-K wurde 2010 auf 31.702 beziffert [1]. Verglichen mit der Bevölkerungspyramide für die Bundesrepublik weist T-K nach 1990 eine deutliche Reduktion der Geburtenzahlen auf

[33], ab 2009 wieder steigende (per 31.12.2010 T-K 242.583 Einwohner, Berlin 3.460.725) [1]. Der Jugendquotient beträgt 23,6 und der Altenquotient 40,3. Bezogen auf Einwohner unter 18 Jahren haben 15,1 % einen Migrationshintergrund, verglichen mit Nachbarbezirken: Marzahn-Hellersdorf 20,7 %, Lichtenberg 28,7 %, Neukölln 65,8 % und Friedrichshain-Kreuzberg 58,4 %. Der ZÄD T-K versandte im Schuljahr 2010/11 in drei Bearbeitungsperioden insgesamt 235 Anschreiben an die Eltern betroffener Kinder, davon 113 mit Nachuntersuchungstermin. Die Zustellung war häufig durch fehlende oder falsche Adressen erschwert. Eine Auswertung der elterlichen Kommunikationsweise (Anruf, Briefe oder E-Mails, Bestätigungen von Zahnärzten) und

der Frequenz könnte die Verfahrensweise optimieren. Eine Evaluation und die zukünftige Partizipation der Zielgruppe sind anzuraten [18, 9]. Von der Gesamtuntersuchungsgruppe besuchten 26 % eine Kindertagesstätte (Kita) (N=2024) und 74 % waren Schulpflichtige (N=5731) [28]. Von den Kindern mit Anzeichen von zahnmedizinischer Vernachlässigung waren 29 % Kita-Kinder und 71 % Schulkinder. Der Vergleich zeigt, dass die Kita-Kinder eine belastete Gruppe darstellen. Im Untersuchungszeitraum wurde vorrangig an Schulen untersucht, die nach dem neuesten Ranking der LAG Berlin einen Bedarf an kariesprophylaktischen Maßnahmen einschließlich Fluoridierung auswiesen, das sind die Bedarfsgruppen (BG) III-IV [16, Vgl. 17]. Zur BG III zählen in T-K zehn Grundschulen und fünf Förderschulen, letztere zum Teil mit Sekundarschulzweig. Von den Schulen der BG II nahmen drei von sieben und von BG I zwei von elf teil. Die Auswertung ergab, dass die drei Schulen der BG II mit 3,57 % einen höheren Anteil an Kindern mit Anzeichen zahnmedizinischer Vernachlässigung auswiesen als die der BG III (2,16 %). Bei der Gesamtauswertung der Grundschulen zeigten vier Schulen Anteile von 3,6 % - 4,8 % der Schüler. Zwei der Schulen rangieren in BG II (Abb. 1).

Bei den Förderschulen liegen die Anteile der Kinder mit Anzeichen zahnmedizinischer Vernachlässigung zwischen 3,2 % und 9,2 %. Für zwei Schulen ergaben sich Werte von über 8 %. Was die Teilnahme an Fluoridierungsmaßnahmen bei Schulkindern mit Anzeichen von zahnmedizinischer Vernachlässigung betrifft, lag die Inanspruchnahme bei 47 %. 111 Schulkinder hätten laut Organisationskonzept teilnehmen können. Bei 52 Kindern lag eine Erlaubnis vor. Ein Kind gab eine Negativbescheinigung ab. Eine erhöhte Rücklaufquote der Einwilligungserklärungen könnte durch mehrmalige Vorlage des Formulars erreicht werden.

In 37 von 98 Kindertagesstätten (Kitas) des Bezirks fanden Vorsorgeuntersuchungen statt. 48 der 98 Kitas gehören zur BG III-IV (in den Kitas wird nicht fluoridiert). Die Hälfte dieser Kitas (n=24) und 13 Kitas der BG I (von insgesamt 50 Kita der BG I-II) nahmen an Untersuchungen teil. Die Ergebnisse zeigen, dass in 14 von 24 Kitas der BG III-IV Kinder mit Anzeichen von zahnmedizinischer Vernachlässigung betreut wurden und nur in 3 von 13 Kitas der BG I (Abb. 2). Zwei der 14 Kitas der BG III-IV wiesen 9,7 %, respektive 26,3 % auf. Sieben weitere Einrichtungen liegen mit Werten von 4,9 % - 5,9 % der betreuten Kinder auch

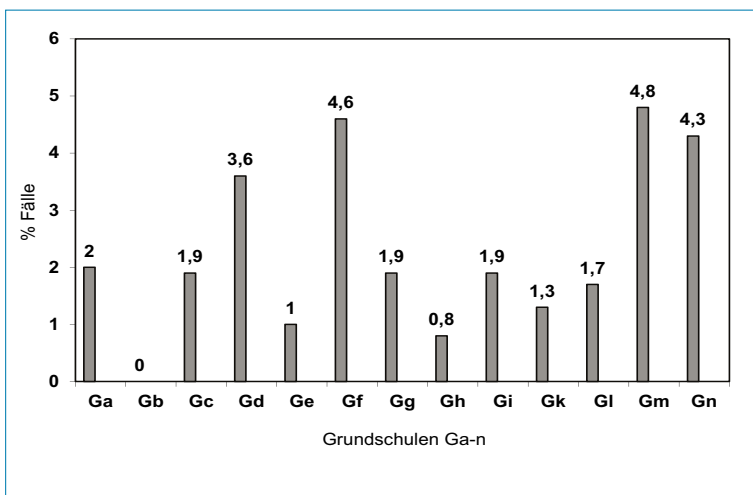


Abb. 1: Anteile in % von Kindern mit Anzeichen von zahnmed. Vernachlässigung in Grundschulen der BG II-III

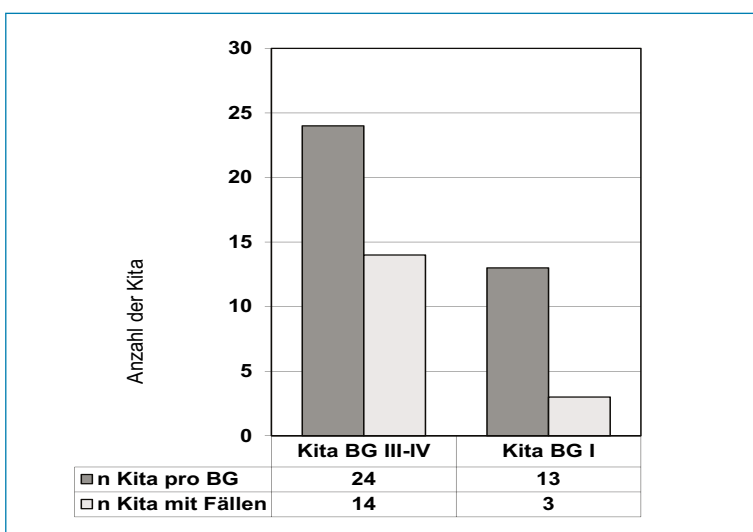


Abb. 2: Vergleich der Kita der BG III-IV und BG I nach Vorkommen von Kindern mit Anzeichen von zahnmed. Vernachlässigung

relativ hoch (Abb. 3). Zwei der Kitas der BG I zeigten Werte von 5,0 % respektive 8,3 %. Für Korrelate zu sozialen Aspekten kann das Monitoring der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) Berlins herangezogen werden. Danach ist T-K in 20 Bezirksregionen und 34 Planungsräume aufgeteilt (Berlin gesamt hat 60 Prognoseräume, 138 Bezirksregionen, 447 Planungsräume). Für die Bewertung von Korrelaten zwischen den Anteilen von Kindern, die unter erschwerten sozialen Bedingungen leben und dem Vorkommen von zahnmedizinischer Vernachlässigung erscheint für T-K der Indikator Nr. 5 – Anteil der nichterwerbsfähigen Empfänger und Empfängerinnen von Existenzsicherungsleistungen unter 15 Jahren – besonders sensibel. Verdichtungen entsprechender Bevölkerungsanteile fanden sich 2010 in den Planungsräumen Wohngebiet II (Bezirksregion Altglienicke) mit einem Anteil von 59,6 %, in Oberschöneeweide West (54,8 %) und in der Köllnischen Vorstadt (54,4 %). Weitere Räume, deren Anteile zwischen 30,2 % und 40,0 % liegen, gehören in steigender Reihenfolge, zu den Bezirksregionen Allendeviertel, Baumschulenweg, Alttreptow, Plänterwald, Oberschöneeweide, Niederschöneeweide und Altstadt-Kietz. Zu beachten ist auch, dass T-K u. a. in Alttreptow an den „Aktionsraum plus“ von Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg grenzt, der wegen der Konzentration hoher, erschwerenden Indikatoren Förderungsbedarf aufweist [27].

Die Schulen mit anteilmäßig vielen Kindern mit Anzeichen zahnmedizinischer Vernachlässigung befinden sich erwartungsgemäß in Alttreptow, in Oberschöneeweide, Niederschöneeweide, im Wohngebiet II (Altglienicke) und in Altstadt-Kietz, was sich auch für die Kitas größtenteils wiederholt. Diese liegen in Oberschöneeweide West und Wohngebiet II (Altglienicke), Alttreptow, Baumschulenweg, Altstadt-Kietz und Plänterwald. Ausnahmen ohne hohen Indikator 5 bilden Johannisthal [44] und die Region Schmöckwitz-Karolinenhof-Rauchfangswerder [27]. Die statistische Prüfung der Korrelate steht noch aus.

Altersbezogen ergeben sich bei Kindern mit Anzeichen von Vernachlässigung der Zahngesundheit die größten Häufungen von Fällen bei Sechs- und Siebenjährigen, die nächst höheren bei Fünf- und Vierjährigen, gefolgt von Acht- bis Neunjährigen (Abb. 4). Bis zum 5. Lebensjahr sind aus physiologischer Sicht die Milchzähne betroffen, was auch für die Gruppen der 6- bis 9-Jährigen noch Geltung hat (Abb. 5). Das gerin-

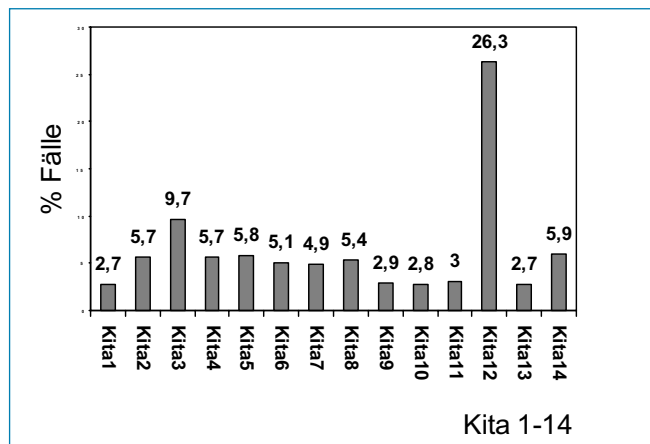


Abb. 3: Anteile in % von Kindern mit Anzeichen von zahnmed. Vernachlässigung in 14 Kita BG III -IV

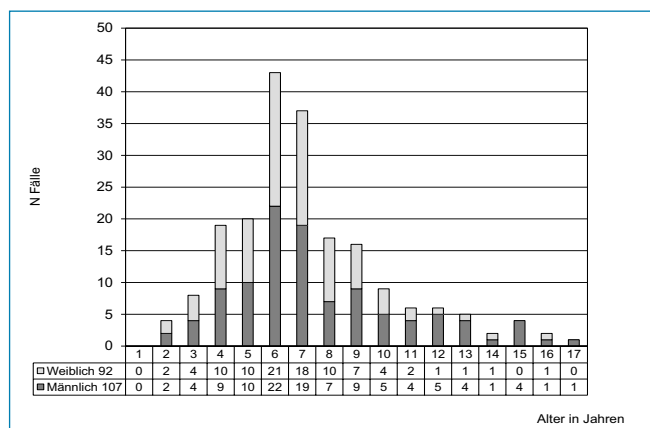


Abb. 4: Alter und Geschlecht der Kinder mit Anzeichen von zahnmed. Vernachlässigung

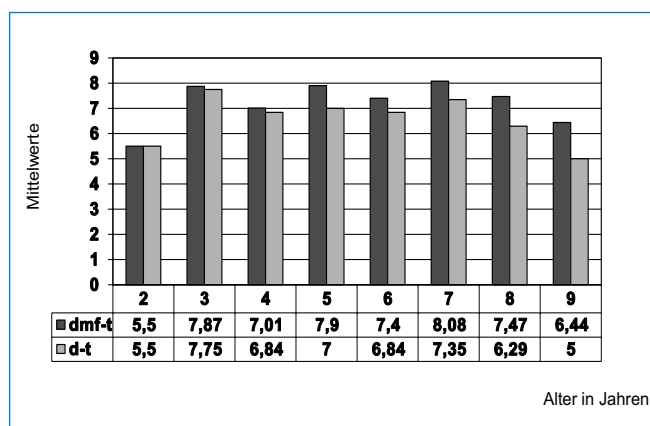


Abb. 5: dmf-t und d-t der altersbezogenen Aufnahmebefunde bei Anzeichen von zahnmed. Vernachlässigung, N pro Alter, siehe Abb. 4

gere Auftreten von Kasus nach dem 9. Lebensjahr ist neben der geringen Untersuchungsteilnahme von Sekundarschülern auch durch Exfoliation bedingt. Die Verteilung nach Geschlecht weist bis zum 7. Lebensjahr kaum Unterschiede auf. Im 8. Lebensjahr sind deutlich mehr Schülerinnen als Schüler betroffen. Das ändert sich im 9. Lebensjahr bis zum 17. Lebensjahr zu Ungunsten der männlichen Probanden (Abb. 4). Für den Sekundarbereich der Förderschulen ist generell ein höherer Anteil von Jungen bekannt.

Für 171 der 199 Kinder mit Anzeichen von zahnmedizinischer Vernachlässigung folgte eine Verlaufkontrolle. 28 Kinder blieben ohne Kontrolluntersuchung, respektive

vergleichende Auswertung. Für dmf-t/DMF-T Werte wurden die arithmetischen Mittelwerte aus den altersbezogenen Einzelwerten berechnet. Eine weitere statistische Bearbeitung erfolgte nur für die Komponente der unbehandelten Zähne (d-t/D-T), welche für diese Probandengruppe die stärkste Aussagekraft hat, dargestellt durch den Median, Faktor 1 der Standardabweichung und den kleinsten respektive größten Messwert für die Gruppe mit Folgeuntersuchung [Vgl. 31]. Die Werte des dmf-t der 2- bis 5-Jährigen mit 5,5; 7,9; 7,0 respektive 7,9 von Karies betroffenen Zähnen sind besorgniserregend hoch (Abb. 6). 6- bis 9-Jährige hatten dmf-t Werte von 7,4; 8,1; 7,5 respektive 6,4. In T-K betragen die dmf-t

Werte für 3- und 6-Jährige 0,39 respektive 1,98 und der DMF-T für 12- und 15-Jährige 0,66 respektive 2,56 [28]. Für 6- und 7-jährige Berliner Kinder wurde 2009 ein SiC-Wert von 6,12 (1. Dentition) berechnet, für 12-jährige 2,56 und für 15-jährige 3,96 [4]. Deutlicher erscheint der Behandlungsbedarf, wenn die Komponenten d-t, f-t, m-t getrennt betrachtet werden. Während d-t annähernd dem mittleren Gesamtwert des dmf-t entspricht (Abb. 5), liegt die Komponente f-t bis zum Alter von 9 Jahren zwischen 0 und 0,9 Zähnen. Der Mittelwert für die wegen Karies entfernten Zähne fällt noch geringer aus. Bis zum Alter von 9 Jahren sind wenige bleibende Zähne von Karies betroffen.

Der DMF-T bei 10-Jährigen betrug 3,1, bei 12-Jährigen 6,3 und bei den 15-Jährigen 7,5 (Abb. 6). Die Komponente D-F lag für 12-Jährige bei 0,8 Zähnen und für 15-Jährige bei 1,7. Die mittlere Anzahl extrahierter Zähne war mit einem Höchstwert von 1,0 bei 15-Jährigen ebenfalls gering.

Die Verlaufskontrollen fanden in der Regel bei Folgeuntersuchungen an den Einrichtungen im Turnus des Schuljahres 2011/12 oder 2012/13 statt, die bis Ende Februar 2013 Eingang in die Auswertungen fand. In der Phase der Verlaufskontrolle kam eine Untersucherin hinzu. Die Teilnahme an individuellen Nachuntersuchungen war sehr gering. Die Ergebnisse zeigen, dass von den 171 Kindern zum Zeitpunkt der Kontrolle 23 eine Sanierung aller Zähne, 91 Kinder eine Teilsanierung und 57 keine Sanierung erhalten hatten. Zur Auswahl für die Bewertung der Kontrolle kam jeweils der Befund mit dem höchsten Anteil an Zahnbehandlungen (m+f/M+F) der vormals unbehandelten kariösen Zähne. Trotzdem ist die Aussagekraft der dmf-t/DMF-T Werte und Komponenten für die Fallbeurteilung bei zahnmedizinischer Vernachlässigung streng betrachtet nur begrenzt, weil das Ausmaß der Substanzerstörung des Einzelzahns nur ungenügend beschrieben wird. Zukünftig sollte der Schweregrad der Erkrankung zusätzlich über

ICDAS registriert werden [Vgl. 13]. Der Verlauf zeigt einen Anstieg von dmf-t/DMF-T-Werten in allen Altersgruppen (Abb. 7–9). Karies ist für die Betroffenen ein wachsendes Problem. Es kam jedoch zu Steigerungen bei Füllungstherapien und Zahnentfernungen, welche altersbezogen unterschiedlich ausfielen. Für Kleinkinder mit Aufnahmebefunden im Alter von 2, 3 und 4 Jahren stiegen die Sanierungskomponenten (m+f) deutlich (Abb. 7). Der Abstand der Folgeuntersuchung F zur Ausgangsuntersuchung im angegebenen Alter variiert zugangsbedingt bis zu 2,25 Jahren. Bei dieser Gruppe ist trotz sichtbarer Erfolge zu bedenken, dass eine Indikation zur Behandlung in Intubationsnarkose (ITN) bestehen kann [14]. Der Zugang zu dieser Therapie sollte finanziell abgesichert sein. Die Primärprävention könnte durch eine stärkere Einbindung zahnärztlichen Sachverständes in die Frühen Hilfen verbessert werden. Ein aktueller Ratgeber zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern in belasteten

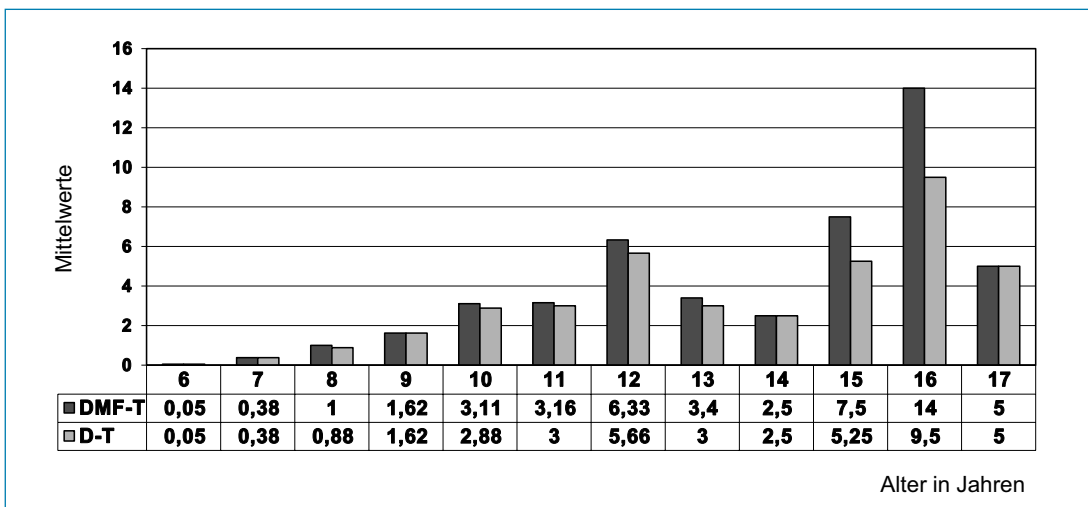


Abb. 6: DMF-T und D-T der altersbezogenen Aufnahmebefunde, N pro Alter siehe Abb. 4

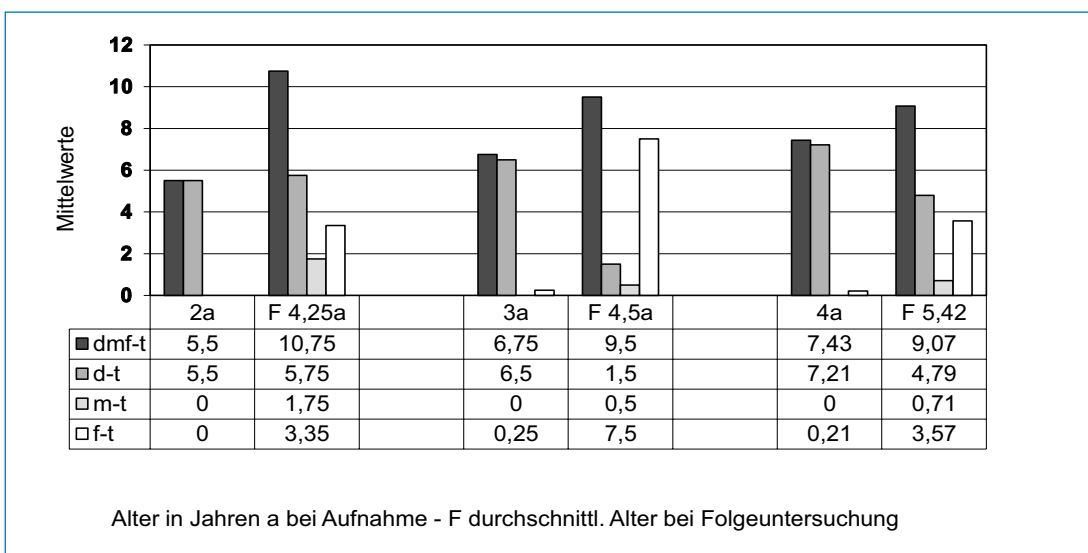


Abb. 7: dmf-t - Komponenten vor und nach Intervention bei Kleinkindern mit Anzeichen von zahnmed. Vernachlässigung in der Gruppe mit Folgeuntersuchung, N2a=4, N3a=4, N4a=14

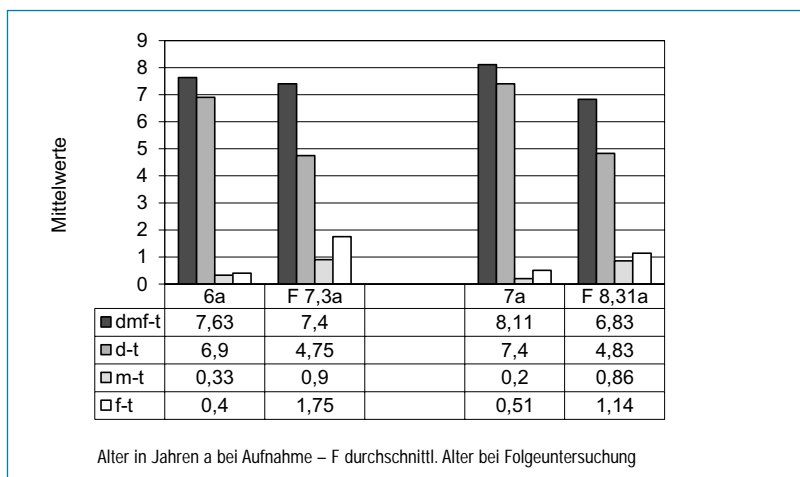


Abb. 8: dmf-t - Komponenten vor und nach Intervention bei anfangs 6- und 7-Jährigen mit Anzeichen von zahmed. Vernachlässigung, N6a=40, N7a=35

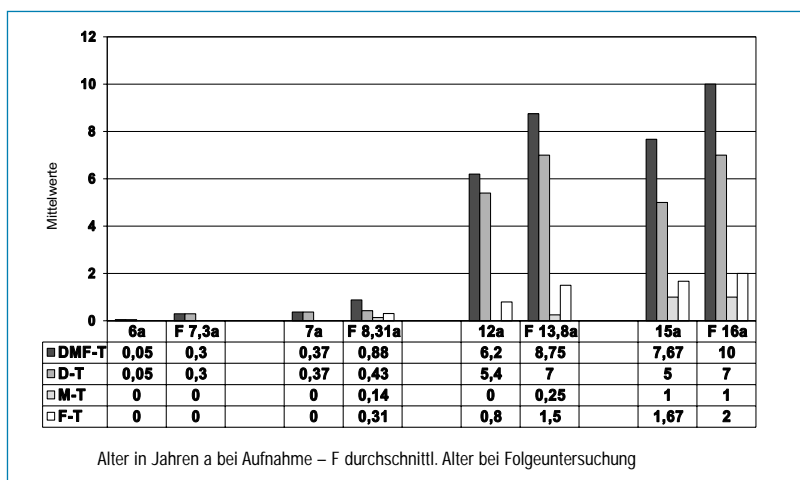


Abb. 9: DMF-T-Komponenten vor und nach Intervention bei 6-, 7-, 12- und 15-Jährigen mit Anzeichen zahmed. Vernachlässigung der Gruppe mit Folgeuntersuchung, N6a=40, N7a=35, N12a=5, N15a=3

Lebenslagen Berlins gibt leider an, dass Zahnarztbesuche etwa nach drei Lebensjahren beginnen sollen [8].

Beim Vergleich der Altersgruppen der bei der Erstbefunderhebung 6-Jährigen und 7-Jährigen ist zu erkennen, dass die Zunahme der Karies auch die bleibenden Zähne betrifft. Der Abstand der Folgeuntersuchung F zur Ausgangsuntersuchung variiert hier bis zu 2,5 Jahren. Durchschnittlich erfolgten die Folgeuntersuchungen bei 6-Jährigen im Alter von 7,3 und bei den vormals 7-Jährigen im Alter von 8,3 Jahren. Die Anzahl der füllungsbehandelten/extrahierten Milchzähne steigt in beiden Altersgruppen nur leicht von 0,7 auf 2,6 respektive von 0,7 auf 2,0 (Abb. 8). Auch die Komponenten M-T und F-T ändern sich wenig für diese Altersgruppe (M+F-T 0,45) (Abb. 9).

Bezogen auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen nach Intervention ergaben sich bei Fissurenversiegelungen Verbes-

serungen. Im Ausgangspunkt wies ein 7-jähriges Kind zwei versiegelte Molaren auf (0,95 %), (N der Kinder mit 1. u. 2. Molaren bei Aufnahme=105). Der Anteil der zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung 6- bis 9-jährigen Kinder mit einer bis vier Versiegelungen (1. Molaren) stieg auf 11 %. Bei den Kindern traten bereits kariöse bleibende Zähne auf, darunter viele 1. Molaren. Trotz Indikation verblieben jedoch Molaren unversiegelt. Der Vergleich zu Durchschnittswerten im Schuljahr 2010/11 zeigt, dass in Berlin 52 % der 9-Jährigen einen bis vier versiegelte Molaren aufweisen [28]. Laut DAJ Begleituntersuchung sind für Berliner der Altersgruppe 6 bis 7 Jahre 20,7 %, für Gleichaltrige aus Mecklenburg-Vorpommern 23,2 % und aus Rheinland-Pfalz 14,2 % ermittelt worden [4].

Für die Gruppe der 6- bis 7-jährigen Kinder ist eine umfangreichere Sanierung des Milchgebisses und ein Einsatz für die Inan-

spruchnahme der präventiven Leistungen nach § 22 SGB V anzustreben. Betrachtet man die Entwicklung bezogen auf die Inanspruchnahme von Therapie bei den 12- und 15-Jährigen, die zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung 13,8 respektive 16 Jahre alt waren, ergibt sich ein besonders interventionsträchtiges Bild. Die Kontrolle zeigt steigende DMF-T Werte, die Komponenten der Behandlung zeigen nur marginale Veränderungen von 0,8 auf 1,7 Zähne respektive von 2,7 auf 3 Zähne (Abb. 9). Es bleibt zu untersuchen, ob Zugangsprobleme wie wiederholt versäumte Termine die Nichtinanspruchnahme von Therapie verursachen.

Netzwerk- und Kooperationspartner der ZÄD am GA sind dabei die Zahnärztekammer, die niedergelassen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die LAG, die Jugendämter, die Freien Träger der Jugendhilfe oder des Kinderschutzes und die GKV. Soweit es sich um Einrichtungen des medizinischen Versorgungssystems handelt, sind in Berlin die Koordinationsstellen Kinderschutz der Gesundheitsämter für die Sicherstellung der Kooperation zuständig [2, Vgl. 7]. Ziel sollte es sein, die Inanspruchnahme präventiver und kurativer Leistungen zur Mundgesundheit bei dieser Gruppe mit geeigneten Hilfen zu erhöhen. Möglichkeiten werden sowohl in der wiederholten Erinnerung an Termine, in Begleitungen zum Zahnarzt, als auch in einer Etablierung von Drop in (unaufgefordertes Kommen) in Zahnarztpraxen mit Kooperationsvereinbarung gesehen. Bei Meldungen an Kinderschutzkoordinatoren, die eine generelle Gefährdungsbeurteilung zum Ziel haben, sollte geklärt werden, wer die Inanspruchnahme von zahnärztlicher Therapie absichert. Eine Rückmeldevereinbarung über geplante Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen wäre vorteilhaft, da die betroffenen Kinder im nächsten Turnus möglicherweise erneut mit Anzeichen von Vernachlässigung registriert werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Silke Riemer
 Bezirksamt
 Treptow-Köpenick von Berlin
 Gesundheitsamt,
 Zahnärztlicher Dienst
 E-Mail: dr.silke.riemer@ba-tk.berlin.de

- Literatur beim Verfasser -

Prof. A. Makuch

Alles mit dem Mund, alles in den Mund

Tagungsbericht vom 4. interdisziplinären Symposium kindlicher Entwicklung (ISKE)
Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit

Alles mit dem Mund, alles in den Mund



**4. Symposium Kindlicher Entwicklung –
Förderung Interdisziplinärer Zusammenarbeit**

Leipzig, 1. März 2014



Wie schon in den Jahren davor konnte zu Beginn der Tagung mit einem Verweis auf die neuerliche Spende im Jahr 2013 das Markenzeichen der Veranstaltung hervorgehoben werden, denn alle Aktiven (Referenten, Steuerberater) verzichteten wiederum auf ein Honorar. Der Verein zur Förderung diabetischer Kinder und Jugendlicher erhielt 3000 Euro.

Das diesjährige, nunmehr 4. ISKE hatte als Thema „Die Vielfältigkeit des Einflusses der Ernährung auf die kindliche Entwicklung“. Im bekannten Ambiente auf dem Leipziger Universitäts-campus trafen sich am 1. März 2014 mehr als 130 Interessierte aus den verschiedensten beruflichen Sparten und konnten so die interdisziplinäre Betrachtungsweise kindlicher Entwicklung demonstrieren. Das betraf das Auditorium wie auch das Referententeam gleichermaßen. Frau Prof. em. Dr. Almut

Makuch (wissenschaftliche Tagungsleitung, Leipzig) eröffnete den wissenschaftlichen Teil der Tagung mit den Worten: „Wenn wir Sie heute mit der Thematik – der vielfältige Einfluss der Ernährung auf die kindliche Entwicklung – konfrontieren, fällt das in einen Zeitraum, wo sich vielerorts aus zahlreichen Einzelbetrachtungen eine komplexe Betrachtungsweise zu formieren beginnt und der Ernährung insgesamt aus den verschiedensten Gründen starke Beachtung geschenkt werden muss.“ Ging es im Fach Zahnheilkunde bisher vorrangig um eine Reduktion der Aufnahme niedermolekularer Kohlenhydrate und die Verringerung ihrer Verweildauer auf der Zahnoberfläche, so gewinnt die Entwicklung der gesamten orofazialen Region unter dem Einfluss von Ernährung immer mehr an Bedeutung und damit an Beachtung.

Es gibt keine Alltagserfahrung, die wie das Essen und Trinken alle Sinne gleichzeitig anspricht.

In ihrem einleitenden Vortrag ging Frau Prof. Makuch auf die vielfältigen Möglichkeiten der Nahrungsaufnahme ein. Sie stellte zunächst die altersabhängigen Besonderheiten heraus, wie angeborene Süßespräferenz und die Bedeutung von pränataler und postnataler Prägung auf die spätere Akzeptanz/Aversion von Nahrungsmitteln. Des Weiteren ging sie auf die Rolle der Mundregion für die Äußerung und Befriedigung von angeborenen Bedürfnissen nach Nahrung, Zuwendung und Kommunikation ein. Viele der in diesem Zusammenhang ausgelösten frühen sozialen Lernvorgänge behalten ihre positive wie auch negative Bedeutung für spätere Verhaltensweisen, also auch für Ernährungsverhaltensweisen, wie z. B.

Frequenz, Regelmäßigkeit, Zeitpunkt, Menge und konsistenzabhängige Art der Nahrungsaufnahme. Die Referentin erläuterte die Zusammensetzung einer kindgemäßen ausgewogenen Ernährung, wobei heute in „empfohlene“ und „geduldete“ Lebensmittel unterschieden werden sollte.

Zu den vielfältigen Lernvorgängen über die Sinne kann die Art der Nahrungsaufnahme beim „Begreifen“ der Welt und der Entwicklung der Feinmotorik einen wichtigen Beitrag leisten. Das äußert sich beim Ergreifen der Nahrung per Hand (Förderung von Auge-Hand-Koordination, Fühlen und Tasten) wie auch beim Essen mit Löffel und Gabel. Die starke Abhängigkeit des kindlichen Ernährungsverhaltens vom in jeder Hinsicht nachahmenswerten Erwachsenen (vor allem der Eltern) wird außerdem variiert durch das soziale Umfeld wie auch durch kulturelle, ethische und religiöse Einflüsse.

Moderne Kinderernährung

Hierzu äußerte sich Frau Dipl. oec. troph. Sibylle Kapellen von der Universitätskinderklinik in Leipzig folgendermaßen:

In den ersten vier Lebensmonaten sollte, wenn möglich, ausschließlich gestillt werden. Ist dies nicht möglich, ist industriell gefertigte Säuglingsnahrung (Stufe Pre) der sicherste Ersatz für Muttermilch. Die Beikostfütterung kann nach dem 4. Lebensmonat begonnen werden, spätestens jedoch nach dem 6. Monat (Ernährungsplan für das erste Lebensjahr vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (fke)). Alternativ zur Breikost bieten sich im Ganzen gegarte Lebensmittel an, die das sitzende Kind selbst zum Mund führen kann („baby led weaning“). Als Getränke sind ungesüßte Tees, Wasser bzw. Mineralwasser empfehlenswert. „Verbotene“ Lebensmittel gibt es nicht mehr, da die bisherigen Empfehlungen zur Allergieprophylaxe sich nicht bewährt haben (ausgenommen leicht aspirierbare Lebensmittel, wie z. B. Nüsse). Gegen Ende des ersten Lebensjahres will und kann das Kind bereits an Familienmahlzeiten teilnehmen.

Für Kinder jeden Alters sind Vollkornprodukte, reichlich Gemüse und Obst sowie eine ausreichende Menge an Milchprodukten besonders von Bedeu-

tung (siehe Kinderernährungspyramide des fke). Die Realität sieht leider meist anders aus.

Probiotika in aller Munde

Zu der brisanten Problematik „Probiotika und Mundgesundheit“ referierte Frau Prof. em. Dr. Susanne Kneist (Diplombiologin, Jena).

Mögliche Mechanismen von Probiotika werden in der Normalisierung der intestinalen Mikroflora, in der Modulation der Immunreaktion und in metabolischen Effekten gesehen. Probiotische Wirkungen in der Mundhöhle dürften der intestinalen gleichen. Aufgenommen werden probiotische Bakterien über Milch und Milchprodukte, wobei hauptsächlich Bifidobakterien- und Lactobazillenstämme von der Lebensmittelindustrie genutzt werden.

„Verbotene“ Lebensmittel gibt es nicht mehr, da die bisherigen Empfehlungen zur Allergieprophylaxe sich nicht bewährt haben.

Ob eine orale Besiedlung durch probiotische Bakterien der Prävention und/oder Behandlung oraler Erkrankungen dienen kann, beschäftigt heute auch die zahnmedizinische Forschung. Eine Senkung der Keimzahlen von Mutansstreptokokken oder die Förderung des Speichelflusses (Senkung von *C. albicans*) könnte erreicht werden. Klinische Studien zur tatsächlich erreichten Kariesprävention bei Kindern sind noch rar. Da Lactobazillen die Kariesprogression an bereits kavitierten Zähnen vorantreiben, empfiehlt die Referentin den Genuss von Probiotika nicht für Kinder mit unsanierten Gebissen.

Vom Zahnarzt zum Sozialmediziner

Mit ihrem umfassenden Beitrag über „Karies und Kariesprävention im Kontext zu anderen chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ folgte Frau Prof. em. Dr. Dr. Annerose Borutta (ehem. Direktorin des WHO Kollabora-

tionszentrum „Prävention oraler Erkrankungen“, Jena) dem innovativen Denksatz, dass Karies als multifaktoriell ausgelöste, chronische Erkrankung vergleichbar ist mit anderen chronisch nicht übertragbaren Erkrankungen. Übergewicht, Adipositas, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und orale Erkrankungen haben gemeinsame Risikofaktoren, wie ungesunde Ernährung, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch als Ursache. Zu ihrer Vermeidung sind daher ein multidisziplinärer Ansatz und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin, Medizin, allen Politikerebenen und in allen Politikbereichen von entscheidender Bedeutung. Zahnärzte müssen über ihre eigentliche Mission hinaus mehr Verantwortung für die Verbesserung der allgemeinen Gesundheit, Lebensqualität und das Wohlbefinden des einzelnen Patienten und der breiten Öffentlichkeit übernehmen. Im Einklang mit der FDI Vision 2020 erklären sich Zahnärzte bereit, den WHO-Aktionsplan 2013–2020 NCD zu unterstützen.

Was ist zuerst da, das dicke Kind oder das bewegungsarme Kind?

Mit der Thematik „Bewegung und Ernährung in ihrer Wechselwirkung bei Kindern“ setzte sich Herr Marc-Oliver Löw (Master für angewandte Sportpsychologie und Master für Prävention und Ernährung, Halle) auseinander. Er zeigte in einem interessanten Vortrag auf, dass das Übergewicht gern mit Verzehrgeohnheiten und dem Mangel an Bewegung in Zusammenhang gebracht wird. Allerdings konnte eine britische Studie (Early Bird 45 study) überraschend andere Ergebnisse vorweisen. Nicht der Bewegungsmangel löst Fettleibigkeit aus, sondern das Übergewicht führt zum Bewegungsverlust. Bei kritischer Betrachtung beider Ansätze lässt sich schlussfolgern: In der Prävention ist in erster Linie der Fokus auf eine gesunde Ernährung zu richten. Körperliche Aktivität ist dabei für die Regulierung wichtiger Stoffwechselprozesse auf jeden Fall sinnvoll (Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck u. Ä.) und erforderlich.

Verschiedene aktuelle Projekte, die sich dieser Problematik bereits widmen – Netzwerk „Gesunde Kita“, Bewegungskindergarten, Tigerkids – konnten in diesem Zusammenhang aufgezeigt werden.

Esstörungen bei Kindern

Über Essstörungen, die zu massiven Gewichtsverminderungen führen, konnte dagegen Frau Dipl.-Psych. Jana Paetz, niedergelassene Kinderpsychotherapeutin in Leipzig, berichten. Betroffen sind sowohl Kinder im Säuglingsalter mit sogenannten Fütter- und Gedeihstörungen, die vor allem auf Störungen der Eltern-Kind-Interaktionen beruhen. Die wohligen Gefühle von Spannung und Entspannung zwischen Hunger und Sättigung sind nicht vorhanden, eine Esssituation wurde unangenehm erlebt und/oder es gab eine unangenehme Erfahrung mit einer Speise. Da Essen hauptsächlich ein ernährungskommunikativer Vorgang ist, sollte das „Essen-Lernen“ in lustvoller und guter Atmosphäre geschehen.

Von Essstörungen betroffen sind aber auch pubertierende Kinder und Jugendliche. Bulimie oder Anorexie sind hier typische Erkrankungen, die ständig im Zunehmen begriffen sind.

Ihre Ursachen sind sehr komplexer Art und reichen über Persönlichkeitsstörungen bis hin zu Angststörungen, aber auch Störungen im familiären Zusammenleben (u. a. Überbehütung, Konfliktvermeidung, Kritik am Essverhalten, Kritik an Figur und Gewicht, Veränderungen der familiären Struktur).

In der sich anschließenden Diskussion ging es um die Behandlung minderjähriger Patienten, die bei Verweigerung durch eine familienrichterliche Genehmigung nach § 1631b BGB legitimiert werden kann.

Vom Saug-Schluckmuster zum Kau-Schluckmuster

Im Doppelvortrag von Frau Mathilde Furtenbach (Logopädin, zertifizierte Myofunktionstherapeutin, Innsbruck) und Frau Sabine Fuhlbrück (niedergelassene zertifizierte Myofunktionstherapeutin, Leipzig) ging es zunächst um die Entwicklung vom Saug-Schluckmuster zum Kau-Schluckmuster und die Therapie möglicher Störungen.

Kiefer, Zunge, Lippen und Gaumensegel erreichen ihre Funktionstüchtigkeit durch die Möglichkeiten der adäquaten Nahrungsaufnahme und durch das orale Explorieren (Wahrnehmung durch den Mund). Störungen treten auf durch den Gebrauch von Fremdkörpern, wie

Schnuller, Nuckelflasche und Co. Es kommt zur Verhinderung bzw. Verzögerung der Reifung der Kau- und Schluckfunktion, die „Kaufaulheit“ wird dadurch gefördert wie auch die offene Mundhaltung, die Mundatmung und Schluckfunktionsstörungen. Die orofaziale Muskulatur kann nicht physiologisch arbeiten. Sie wird fehlbelastet und fehlgesteuert zu Dysgnathien führen.

Wie mit solcherart entstandenen Anomalien umgegangen werden kann, konnte Frau Fuhlbrück eindrucksvoll belegen. In mehreren Bild- und Videobeispielen zeigte sie in Vorher-Nachher-Dokumentationen, welche Bedeutung der

Da Essen hauptsächlich ein ernährungskommunikativer Vorgang ist, sollte das „Essen-Lernen“ in lustvoller und guter Atmosphäre geschehen.

konsistenzabhängige Einfluss des Abbeißen und des Kauens auf die Behebung z. B. eines offenen Bisses und damit die Förderung der Nasenatmung haben kann. Mit entsprechend spielerischen Elementen (z. B. Kauschlauch, eine schöne Möhre) lernten die Kinder vorrangig im Klein- bzw. Vorschulalter den physiologischen Gebrauch der gesamten orofazialen Muskulatur. Es konnte damit eine alte Erkenntnis bestätigt werden: Die Funktion bestimmt die Form bzw. „Weichgewebe formt Hartgewebe“.

Lutschen als Trieb und Habit

Zur Thematik „Lutschen als lebensnotwendiger Trieb bis zum Lutschen als Habit und seinen Folgen für die Gesundheit“ sprach Frau Prof. em. Dr. Rosemarie Grabowski (ehem. Direktorin der PK für KFO, Univ. Rostock). Sie leitete vom Stand der mundmotorischen Entwicklung ab, dass das gesunde Neugeborene sofort nach der Geburt atmen und trinken kann, also lebensnotwendige Funktionen bestehen. Die Entwicklung der perioralen Weichteilkapsel gestaltet sich dagegen anders. Das ist vor allem den sich nun ändernden Ansprüchen an die Nahrungsaufnahme, aber auch z. B. dem

Spracherwerb geschuldet, und reicht über die gesamte Zeit der Milchgebissentwicklung hin mit allen in dieser Zeit lauenden Gefahren für die Physiologie der Mundmotorik. Durch lang anhaltende Lutschgewohnheiten kommt es zur Retardierung der Entwicklung des Lippenchlusses, der Muskulatur der Zunge u. v. a. m. Diese Wirkungen müssen als Haltungsschwächen angesehen werden, da sie nach intensiven Lutschgewohnheiten immer wieder festgestellt werden konnten. Dabei ist die offene Mundhaltung als Ausdruck dieser Haltungsschwäche zu werten. Dem gegenüber stehen dentoalveoläre Veränderungen (Lutschprotrusion) und skeletale Veränderungen (lutschoffener Biss). Lutschen wird deshalb für die weitere Entwicklung des Kindes eine Belastung. Sie entspricht zudem den bei Schuluntersuchungen gemachten Erfahrungen der nicht angemessenen motorischen Entwicklung auch in anderen Bereichen.

In einer lockeren, sehr kollegialen Atmosphäre wurden die Diskussionszeiten gern in Anspruch genommen. Jo Herz, ein bekannter Schnellmaler, trug auf seine Weise zum Tagungsthema bei, indem er das Auditorium zum Schmunzeln bringen konnte.

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass die breit gestreute Thematik „Ernährung und kindliche Entwicklung“ großen Anklang beim anwesenden Publikum fand.

Korrespondenzadresse:

Prof. em. Dr. med. habil.
Almut Makuch
Diplompsychologin
www.iske-leipzig.de

Tag der Zahngesundheit 2014: Gesund beginnt im Mund – ein Herz für Zähne!



Die Assoziationen, die das diesjährige Motto „Gesund beginnt im Mund – ein Herz für Zähne!“ zum Tag der Zahngesundheit am 25. September 2014 hervorruft, sind durchaus gewollt: Wer bei dem Slogan an „Kinder“ denkt, ist auf der richtigen Spur. Der Begriff „Fürsorge“ ist im positiven Wortsinn Kernthema des diesjährigen Tages der Zahngesundheit. Insbesondere die Eltern besitzen Verantwortung für das Wohl ihrer Kinder, da Gesundheit, auch die Zahn- und Mundgesundheit, nicht ohne Unterstützung zu erreichen ist. Kinder brauchen in den ersten Lebensjahren sehr viel Zuwendung. Sie brauchen verantwortungsvolle und informierte Eltern, die auf die Gesundheit ihrer Kinder achten, auch auf die Gesundheit der Milch- und später der bleibenden Zähne.

Bei der zentralen Pressekonferenz im Vorfeld des Tages der Zahngesundheit, der jedes Jahr traditionell am 25. September stattfindet, geht es auch um die Auswirkungen von Vernachlässigung auf die (Mund-)Gesundheit von Kindern. Was passiert, wenn Kinder sich selbst überlassen bleiben – wenn Eltern beispielsweise meinen, um Milchzähne müsse man sich

nicht kümmern, oder, dass das Kita-Kind doch schon sehr gut selbst seine Zähne putzen könne? Neben dem Unwissen ist es oft auch Überforderung, die Eltern davon abhält, sich um ihre Kinder auch im gesundheitlichen Sinne zu sorgen und sie entsprechend zu betreuen. Die Kariesrate bei Familien mit schwierigem sozialen und wirtschaftlichen Hintergrund ist deutlich höher als diejenige in den sog. Durchschnittsfamilien. Manchmal lässt sich an den Kinderzähnen der Mangel an Zuwendung ablesen.

„Ein Herz für Zähne!“ will nicht nur auf die Lage vernachlässigter Kinder aufmerksam machen, sondern auch aufzeigen, welche Unterstützungs-Netzwerke es für Eltern heute bereits gibt. So arbeiten Zahnärzte, Kinderärzte, Krankenkassen, Hebammen und Familienhilfen immer enger zusammen, um die Eltern dabei zu unterstützen, ihrer Verantwortung besser nachkommen zu können.

Das Motto bietet aber auch eine gute Möglichkeit, auf weitere Assoziationen rund um das Thema Zahn- und Mundgesundheit einzugehen und diese für interessante und spannende Veranstaltungen zu

nutzen. „Ein Herz für Zähne!“ lässt sich ganz allgemein auf die Zahn- und Mundgesundheit übertragen, beispielsweise auf Prophylaxe und Zahnerhalt, auf Betreuungskonzepte für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung oder auch auf den Zusammenhang zwischen Mund- und Allgemeingesundheit. Alljährlich nehmen tausende von kleinen, größeren und großen regionalen Organisationen den 25. September zum Anlass, mit verschiedenen Veranstaltungen und Aktivitäten auf die Mundgesundheit aufmerksam zu machen. Die Vollversammlung zum Tag der Zahngesundheit lädt alle Beteiligten herzlich dazu ein, die inzwischen erfreulich hohe Bekanntheit des Tages der Zahngesundheit für Informations- und Aktionsveranstaltungen zu nutzen, um so die Mundgesundheit in Deutschland noch weiter zu fördern.

Pressekontakt:

Birgit Dohlus / dental relations
Tel.: 030 – 3082 4682
Fax: 030 – 3082 4683
info@zahndienst.de

Tag der Zahngesundheit 2013 in Sömmerda



Das Thema des Tages der Zahngesundheit „Gesund beginnt im Mund – Zähneputzen macht Schule“ war für den Arbeitskreis Jugendzahnpflege Sömmerda und das Gesundheitsamt des Landratsamtes Anlass, mit einem großen Aktionstag am 23. September 2013 die Grundschüler der Staatlichen Grundschule „A. Diesterweg“ Sömmerda auf die Bedeutung der Zahn- und Mundgesundheit hinzuweisen und das Zähneputzen „Schule“ machen zu lassen.

Foto links: Stefanie Kretschmann überzeugte als „Jule“ mit ihrem Mitmach-Programm „Jule wäscht sich nie“.

Für die 270 Schüler der ersten bis vierten Klassen fanden an diesem Tag in der Turnhalle der Schule 2 Aufführungen mit „Jules Kindertheater“ statt. Mit dem Programm „Jule wäscht sich nie“ wurden die Kinder mit viel Spaß auf die Bedeutung entsprechender Körperhygiene und regelmäßiger Zahnpflege hingewiesen.

Ein vom Arbeitskreis Jugendzahnpflege Gera ausgeliehener Kariestunnel und ein Putzbrunnen sorgten auf dem Schulhof für reges Interesse. Hier wurde den Kindern von den Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes die richtige Zahnpflichtechnik gezeigt

und gleich auch geübt. Das Ergebnis konnte man anschließend im Kariestunnel überprüfen und viele Mädchen und Jungen waren erstaunt, dass sie an oder zwischen den Zähnen doch noch die eine oder andere Stelle mit Zahnbelag entdeckten. Die Belohnung für gutes Putzen war eine neue Zahnbürste bei der großen Zahnbürsten-Umtausch-Aktion.

An anderen Stationen testeten die Grundschüler ihr Wissen und Können zu verschiedenen gesundheitlichen Belangen, insbesondere zur Zahngesundheit. An

einem Tisch sorgte ein Angelspiel für viel Spaß, aber zum Teil auch große Verwundung. Gesunde und weniger zahngesunde Lebensmittel sollten „geangelt“ und dann entsprechend zugeordnet werden. Das war nicht immer ganz einfach, denn nicht viele Kinder wussten, dass zum Beispiel Ketchup oder Eistee sehr viel Zucker enthalten und deshalb nicht so gut für die Zähne sind.

Dass nicht nur kariesfreie, sondern auch gerade Zähne wichtig für ein gesundes Gebiss sind, erläuterte mit vielen praktischen Beispielen eine ortsansässige

Kieferorthopädin, die zu diesem Thema viele Fragen zu beantworten hatte.

Unterstützt wurde der Aktionstag durch die regionalen Krankenkassen und den Obstbau Kindelbrück, der zum Abschluss für jedes Kind noch einen großen roten Apfel spendierte.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Stom. Sabine Ulonska
LRA Sömmerda, Amt 44
Jugendzahnärztlicher Dienst
Wielandstr. 4
99610 Sömmerda
Tel.: 03634 354 759
Fax: 03634 354 780
E-Mail:
sabine.ulonska
@lra-soemmerda.de



Foto oben: Spielerisch lernen mit dem Angelspiel

Foto unten: Zähneputzen am Putzbrunnen ist eine tolle Sache

+++ Erratum +++++

In der Ausgabe 2.13 unserer Zeitschrift hat sich auf S. 5 ein Fehler eingeschlichen.

Im Kongressbeitrag „Mundgesundheit von Anfang an – nachhaltige Konzepte von der Kita bis zur Schule aus dem Land Brandenburg“ wurde irrtümlich ein falsches Autorenteam genannt.

Der Artikel wurde von Frau Dr. Gudrun Rojas, Frau Dr. Petra Haak und Frau Dr. Yvonne Jonczyk, erarbeitet, so wie es auch bei den Korrespondenzadressen auf S. 7 aufgeführt wurde.

Erdmuth Kettler
Redakteurin Zeitschrift

Dürr, K.-G., Füllkrug, A., Gnegel, J., Graf, P., Hartmann, Th., Hesse, U., Issing, S., Menzel, G., Müller-Balzarek, R., Pollok, R., Prenosil, A., Seeger, M. Schmidt-Schäfer, S., Völkner-Stetefeld, P., Wleklinski, C., Wohner-Deul, N.

9 Jahre gemeinsame Gesundheitsberichterstattung zur Mundgesundheit hessischer Kindergartenkinder

Fünfte Querschnittsuntersuchung 3–5 Jähriger in acht Landkreisen und drei kreisfreien Städten in Hessen

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte der hessischen Gesundheitsämter untersuchen regelmäßig Kinder in Kindertagesstätten. Die Ergebnisse gehen in die Gesundheitsberichterstattung der jeweiligen Region ein und liefern wichtige Daten zum Stand der Mundgesundheit und zur Planung gruppenprophylaktischer Maßnahmen. Im zweijährigen Rhythmus entsteht aus einer repräsentativen Stichprobe dieser Untersuchungen ein Regionen übergreifender Bericht, der Zahlen und Trends für Hessen liefert. Die bisherigen Studien sind u. a. in den Zeitschriften „Der Hessische Zahnarzt“ und dem „Zahnärztlichen Gesundheitsdienst“ veröffentlicht worden. Im Folgenden werden neben den aktuellen Ergebnissen von 2012/2013 alle Untersuchungen im Zeitvergleich dargestellt. Ziel ist es, Trends und Veränderungen beobachten und beschreiben zu können.

Material und Methode

An der aktuellen Untersuchung haben sich beteiligt: die Städte Frankfurt am Main, Offenbach, Wiesbaden, sowie die Landkreise: Kreis Hersfeld-Rotenburg, Kreis Offenbach, Lahn-Dill-Kreis, Main-Kinzig-Kreis, Main-Taunus-Kreis, Marburg-Biedenkopf, Rheingau-Taunus-Kreis, Vogelsbergkreis.

Die Auswahlkriterien und die Untersuchungsdetails wurden vor der Untersuchung festgelegt. Die Stichprobe umfasst 10 % der Kindertagesstätten der betreffenden Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Die Stichprobenziehung der Kindertagesstätten erfolgte auf Basis der Kita-Liste der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen. Alphabetisch wurde jede 10. Einrichtung für die Untersuchung ausgewählt. In die Untersuchung einbezogen wurden alle 3-, 4- und 5-jährigen Kinder.

Die Untersuchung erfolgte in den Kindertagesstätten vor Ort im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung. Erhoben wurde ein vollständiger Zahnstatus auf der Basis des dmf-t Index. Die Befunde wurden dokumentiert und die Datenzusammenfassung erfolgte einheitlich auf einem vorher

festgelegten Dokumentationsbogen. Die Untersucher waren kalibriert und in der Befunderhebung für statistische und epidemiologische Auswertungen erfahren.

So stand in 2012/2013 eine Stichprobe von 147 Kindertagesstätten mit insgesamt 5867 Kindern zur Verfügung (davon 1658 Dreijährige, 2076 Vierjährige und 2133 Fünfjährige).

Auswertung

Die Daten wurden anonymisiert und anschließend EDV-gestützt ausgewertet. Für jede Altersgruppe wurden die drei

Parameter naturgesund (ng; dmf-t=0), behandlungsbedürftig (beh.bed.) und saniert (Anzahl Kinder minus der naturgesunden und behandlungsbedürftigen) erhoben. Zusätzlich wurde die durchschnittliche Anzahl der an Karies erkrankten (d-t), der wegen Karies bereits extrahierten (m-t) und der gefüllten (f-t) Milchzähne erfasst und daraus der dmf-t Mittelwert ermittelt.

Die Gruppe der Kinder, die schon Karieserfahrung haben, wird gesondert dargestellt, da diese Befunde epidemiologisch interessant sind.

Abb. 1

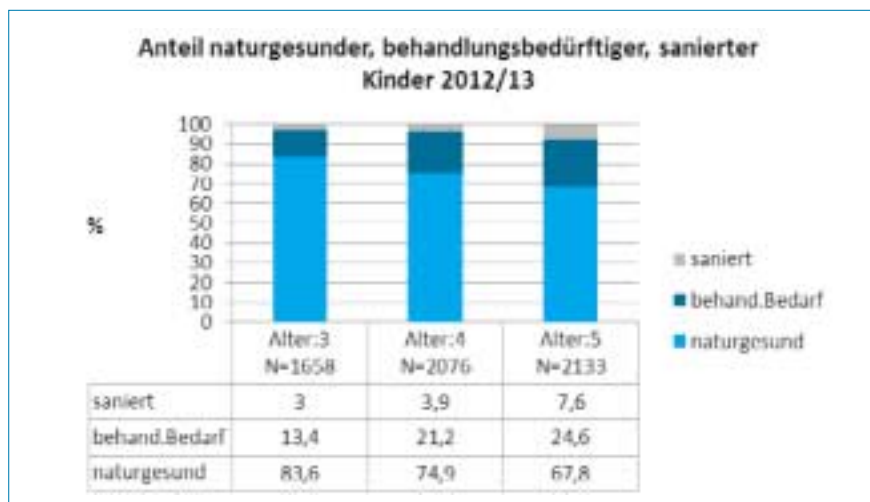
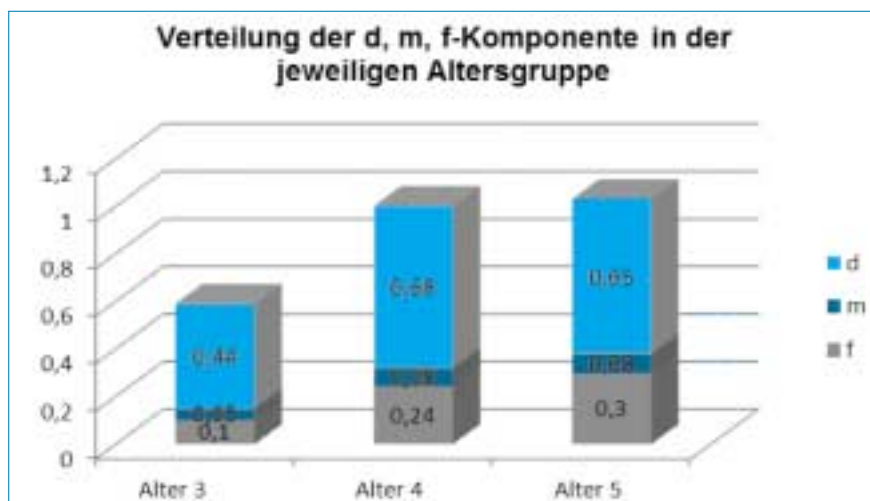


Abb. 2



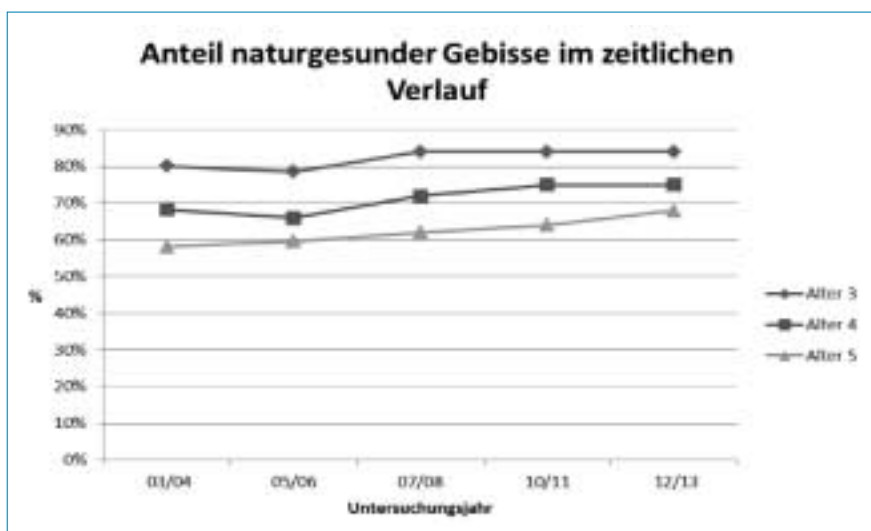


Abb. 3



Abb. 4

Ergebnisse

Zahnstatus - 2012/2013

Der Anteil kariesfreier, behandlungsbedürftiger und sanierter Kinder ist in Abbildung 1 dargestellt.

In der aktuellen Untersuchung haben ca. 2/3 der Fünfjährigen gesunde Milchzähne, allerdings ist in diesem Alter umgekehrt jedes 4. Kind behandlungsbedürftig, während nur 8 % saniert sind.

dmf-t Mittelwerte

Die Dreijährigen weisen in 2012/2013 einen dmf-t Mittelwert von 0,59 auf, die Vierjährigen von 1,00 und die Fünfjährigen von 1,39. Auffällig sind in diesem Zusammenhang die insgesamt hohen d – Komponenten. Entsprechend dem oben erwähnten Sanierungsgrad steigt mit zunehmendem Alter die f-Komponente (Abbildung 2).

Zahnstatus im zeitlichen Verlauf

Seit 2003 liegen mittlerweile Untersuchungsergebnisse von hessischen Kindergartenkindern vor. Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich die aktuellen Ergebnisse im Vergleich zu den vorherigen Untersuchungen nur geringfügig verändern. Tendenziell nimmt der Anteil kariesfreier Gebisse in allen Altersgruppen leicht zu, bei gleichzeitiger Reduktion der Behandlungsbedürftigkeit.

Bei den Dreijährigen zeigt sich erneut eine Stagnation. Durchschnittlich 84 % sind derzeit zahngesund.

Während sich die Sanierungsgrade der Milchzähne im Bereich 3 % bei Dreijährigen bis 8 % bei Fünfjährigen bewegen, liegt der Behandlungsbedarf in allen Altersgruppen im zweistelligen Bereich. Im Zeitraum von neun Jahren stieg beispielsweise der Anteil kariesfreier Fünfjähriger von 58 % auf 68 %, hingegen ging der Behandlungs-

bedarf nur von 29 % auf 25 % zurück (Abbildungen 3 und 4).

Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko

Der mittlerweile hohe Anteil kariesfreier Gebisse bei Kindern und Jugendlichen führt dazu, dass dmf-t Mittelwerte epidemiologisch an Aussagekraft verlieren. Karies bei Kindern unterliegt schon seit einiger Zeit keiner Normalverteilung mehr, sondern es kommt zu einer Polarisierung bzw. Schiefverteilung der Karies. Um diese Schiefverteilung genauer beschreiben zu können, wurden zusätzlich Kriterien definiert, um diese Kinder mit besonderer Kariesanfälligkeit zu identifizieren. Im Milchgebiss werden Kinder mit „erhöhtem Risiko“ nach DAJ-Kriterien ermittelt. Nach diesen Kriterien gelten in unserer hessischen Querschnittsstudie 15,3 % der Dreijährigen, 13,4 % der Vierjährigen und 12,0 % der Fünfjährigen als „Kariesrisikokinder“. Die Gesamtpopulation hat einen Kariesrisikoanteil von 13,4 %.

Zusammenfassung

Die Mundgesundheit hessischer Kindergartenkinder hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich weiter verbessert. In der aktuellen Untersuchung der Zahnärztinnen und Zahnärzte der teilnehmenden hessischen Gesundheitsämter sind mittlerweile 68 % der Fünfjährigen kariesfrei. Auch bei den Dreijährigen hat sich der Anteil der zahngesunden Kinder in den letzten neun Jahren von 80 % auf 84 % leicht erhöht.

Zurückgegangen ist im Gegenzug in allen Altersgruppen der Anteil behandlungsbedürftiger Milchzähne, allerdings ist der Sanierungsbedarf mit durchschnittlich 20 % bezogen auf alle untersuchten Kinder hoch.

Die Ergebnisse bestätigen erneut die Wirksamkeit der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten. Es ist daher konsequent, diese Betreuungsform künftig auch auf die U3 – Einrichtungen auszuweiten, um insbesondere die frühkindliche Karies wirksam zu vermeiden.

Korrespondenzanschrift:

Annette Füllkrug
Dr. Sibylle Bausback-Schomakers
Amt für Gesundheit/ Arbeitskreis
Jugendzahnpflege
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt
E-Mail: Annette.Fuellkrug@stadtfrankfurt.de

Neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe

Bericht über die gemeinsame Pressekonferenz von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung am 07. Februar 2014 in Berlin

Frühkindliche Karies vermeiden – Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern

Das Haus der Bundespressekonferenz diente als Rahmen, um das neue Versorgungskonzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern zur Vermeidung der frühkindlichen Karies vorzustellen, das von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) gemeinsam mit dem Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ), dem Deutschen Hebammenverband (DHV) und unter wissenschaftlicher Begleitung der Universität Greifswald entwickelt wurde.

Nach einem Problemaufriss durch Prof. Dr. Splieth (Universität Greifswald), der die frühkindliche Karies und ihre Auswirkungen darstellte und für die wissenschaftliche Begleitung bei der Erstellung des Konzeptes verantwortlich ist, schloss sich ein Statement von Dr. Esser (Vorstandsvorsitzender der KZBV) an, der das Konzept ausführlich erläuterte. Im Kern sollen drei neue Früherkennungsuntersuchungen (FU) für Kinder eingeführt werden, die in unterschiedlichen Zeitintervallen vor dem 30. Lebensmonat beginnen. Die Kinderärzte sollen bei den U-Untersuchungen auf die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen hinweisen und damit eine Art „Lotsenfunktion“ übernehmen. Außerdem soll der Pädiater bei der nächsten Untersuchung prüfen, ob die jeweilige vorherige FU erfolgt ist.

Die Gruppenprophylaxe ist Bestandteil dieses Konzeptes und Dr. Esser bezeichnete sie als das Angebot zur Vorsorge und Gesundheitsförderung mit der größten Reichweite in Kindergärten und Kindertagesstätten. Allerdings bestehe hier momentan eine Präventionslücke, da von den unter 3-Jährigen bundesweit aktuell erst 25 % der Kinder eine betreute Einrichtung besuchen.

Frau Steppat (Präsidiumsmitglied des Deutschen Hebammenverbandes e. V.) stellte heraus, welche Rolle die Hebammen als zentrale Ansprechpartnerinnen für junge Eltern auch zu Mundgesundheitsaspekten bei Mutter und Kind spielen können. Ihr Verband war an der Entwicklung des Konzeptes beteiligt.

Abschließend erklärte Prof. Dr. Oesterreich (Vizepräsident der BZÄK) ausführlich die Hintergründe und verschiedene Teilaspekte des Konzeptes. Ein wichtiger Punkt sei, dass Informationen über die richtige Mundhygiene, Ernährung u. v. m. die Eltern erreichen müssen. Derzeit werde bereits hervorragende Prophylaxearbeit in Kindergärten, Schulen und anderen Einrichtungen geleistet. Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe seien ein wichtiger Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit.

Auf mehrere Nachfragen der Journalisten wurde erläutert, wie die Eltern auf das Angebot in der Praxis aufmerksam werden, was sie dort erwarten können und wie häufig jetzt bereits Kinder dieser Zielgruppe die Zahnarztpraxen aufsuchen.

Aus der Sicht des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) ist es zu begrüßen, dass neben individuellen Prophylaxemaßnahmen die Gruppenprophylaxe ein Bestandteil des Konzeptes ist und ihr Ausbau im Krippenbereich gefordert wird. Die Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zu den zentralen Inhalten der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige, die der DAJ-Vorstand 2012 verabschiedet hat, sind beim derzeitigen Auf- und Ausbau der Gruppenprophylaxe für Kleinkinder eine wichtige Basis, wie aus einer Umfrage der DAJ bei den Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) hervorgeht. Ergebnisse und Erfahrungen der gruppenpro-

phylaktischen Betreuung von Kleinkindern, die aus einigen Regionen vorliegen und vom ÖGD publiziert wurden, sind in das Konzept eingeflossen.

Zahnärztliche Kinderpässe als wichtiges Instrument zur Umsetzung systematischer Vorsorge- und Früherkennungsprogramme sollten lt. Konzept gefördert und weiter entwickelt werden. Der BZÖG geht davon aus, dass zukünftig die gruppenprophylaktische Betreuung in den zahnärztlichen Vorsorge-Kinderpass aufgenommen wird. Dass die Zusammenarbeit mit anderen Professionen wichtig ist und Netzwerkbildung immer mehr an Bedeutung gewinnt, erleben die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD in der täglichen Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Der BZÖG begrüßt daher die Aussage von Prof. Dr. Oesterreich bzgl. der berufsgruppenübergreifenden Vernetzung mit gynäkologischen und kinderärztlichen Praxen sowie den Hebammen. Auch der hohe Stellenwert der Kinderzahnheilkunde in Aus- und Fortbildung wurde thematisiert.

Von diesem Konzept gehen Impulse aus, die zu einer besseren Mundgesundheit für die Kleinsten führen werden, ein Anliegen, das der BZÖG unterstützt.

Weitere Details sind nachlesbar unter: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/pk/140207/ECC_Konzept.pdf

Dr. Cornelia Wempe
Geschäftsführerin BZÖG





Foto:
Dr. Michael Schäfer (re.) neben Jürgen Nimptsch, Oberbürgermeister von Bonn (Mitte) und Siegfried Pater (li.), der ebenso die Auszeichnung erhielt.

Bundesverdienstkreuz für Dr. Michael Schäfer

Herzlichen Glückwunsch,
Herr Dr. Schäfer!

Der BZÖG schließt sich der durch den Bonner Oberbürgermeister als Vertretung des Bundespräsidenten ausgesprochenen Gratulation an: „Einer von uns“ hat das Bundesverdienstkreuz verliehen bekommen.

Aus der Begründung zur Ordensverleihung möchte ich deshalb gerne wie folgt zitieren:

„Herr Dr. Schäfer engagiert sich neben seinem Hauptberuf seit Jahren ehrenamtlich für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsvorsorge in Nordrhein-Westfalen und damit auch für den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG).

Sein besonderes Augenmerk legte Herr Dr. Schäfer von Anfang an auf die Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Gerade Heranwachsende aus sozial schwachen Familien sind oft auf die aufsuchende Gesundheitspflege durch Gesundheitsdienste in Kindergärten und Schulen angewiesen. Herr Dr. Schäfer hat sich diesem Gedanken einer sozialen und präventiven Zahnheilkunde in seinen zahlreichen Ehrenamtsfunktionen durch Kongresse, Vorträge, Arbeitskreise und Gremien gewidmet.

Immer war ihm die Vernetzung von ärztlichen und zahnärztlichen Präventionen ein besonderes Anliegen. Dabei hat er die Kon-

takte mit wichtigen Institutionen des deutschen Gesundheitswesens wie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, der Bundeszahnärztekammer, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert und gefestigt. Die Arbeit von Herrn Dr. Schäfer zeichnet sich besonders durch seine überragende fachliche Kompetenz sowie seine faire und ausgleichende Art aus. Für seine Verdienste wurde er 2010 zum Ehrenmitglied des BZÖG ernannt; 2013 mit dem Silbernen Ehrenzeichen des BZÖG ausgezeichnet.

Als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Informationsstelle für Karies-Prophylaxe setzt sich Herr Dr. Schäfer überdies seit 2002 für die Etablierung und Verbreitung der Speisesalz-Fluoridierung in Deutschland ein.

Von 2004 bis 2010 war er Mitglied des Vorstands der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). Dank seiner profunden Kenntnisse und Erfahrungen trat Herr Dr. Schäfer auch als Autor mit zahlreichen wissenschaftlichen Fachbeiträgen in renommierten Zeitschriften in Erscheinung, beispielsweise durch die Modellentwicklung zur Intensivbetreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Bereits Ende der 90-er Jahre erhielt er mehrere Auszeichnungen für hervorragende Verdienste im Bereich der präventiven Zahnheilkunde.

Neben seinem Einsatz für die Zahngesundheit hat sich Herr Dr. Schäfer mit Unterbrechungen seit 1981 für den Jugendsport engagiert. Als Übungsleiter für Volleyball trainierte er über 30 Jahre lang bis 2012, oft mehrmals wöchentlich, Jugend-, Damen- und Herrenmannschaften in seiner Heimatstadt Bonn und begleitete sie an Wochenenden zu Leistungsspielen, Trainingslagern und Sportfreizeiten.“

Wie der Herr OB dann zum Abschluss seiner Ansprache persönlich noch anmerkte, seien dies bestimmt die Mannschaften mit der besten Zahngesundheit gewesen.

Gerne sind aus diesem Anlass Familie, Freunde und Weggefährten am 14. März 2014 ins Bonner Rathaus gekommen, um der feierlichen Übergabe des Ordens beizuwohnen.

Unser Verband und ich ganz persönlich können uns nur wünschen, dass Michael Schäfer weiterhin viel Freude an seinem Engagement hat und bereit ist, sich für den BZÖG einzusetzen. Er zeichnet sich aus durch sein umfassendes Wissen und Problembewusstsein, gepaart mit Ideenreichtum und Lösungsorientiertheit, Durchhaltevermögen und hohen ethischen Ansprüchen.

Für sein zukünftiges Wirken wünschen wir ihm den nötigen Ansporn, Kraft und Gesundheit. Alles Gute für dich, lieber Michael!

Dr. Claudia Sauerland

Zum Tode von Dr. med. Ernst-August Schürmann

Es ist die traurige Pflicht, den Kolleginnen und Kollegen des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (BZÖG) mitzuteilen, dass am 24. Dezember 2013 unser allseits geschätzter Kollege, Herr Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Ernst-August Schürmann, nur wenige Monate vor der Vollendung des 90. Lebensjahres verstorben ist.

Im Jahre 1950 erhielt Herr Dr. Schürmann sowohl die ärztliche als auch die zahnärztliche Approbation. Im Anschluss an die Assistenzarztzeit trat er 1954 in den Dienst der Stadt Duisburg ein. Bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1989 widmete er sich intensiv der Jugendzahnpflege der ihm anvertrauten Kinder und Jugendlichen des Duisburger Nordens. Er war als langjähriger Leiter des zahnärztlichen Dienstes des Duisburger Gesundheitsamtes maßgeblich daran beteiligt, dass diese Abteilung in ihrer Blütezeit insgesamt 7 Zahnärztinnen und Zahnärzte beschäftigte.

Nach seinem Konzept wurden im wöchentlichen Wechsel vormittags sowohl Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen als auch umfangreiche zahnärztliche Behandlungen der Kinder und Jugendlichen in den verschiedenen Außenstellen des Duisburger Gesundheitsamtes durchgeführt. Hierzu wurden die Schülerinnen und Schüler per Fahrdienst von der Schule abgeholt und nach erfolgter Behandlung wieder zur Schule zurücktransportiert.

In den Nachmittagsstunden seines Dienstes führte er jahrzehntelang erfolgreich kieferorthopädische Behandlungen durch,

denen viele Duisburger heute noch ein perfektes Gebiss verdanken. Des Weiteren war er als Fachlehrer an den Duisburger Berufsschulen für eine gute Ausbildung der zukünftigen Zahnarzhelferinnen verantwortlich.

Bereits im Jahre 1985, weit vor den heute geltenden gesetzlichen Bestimmungen, wurde auf seine Initiative hin in Duisburg der „Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe“ gegründet und ein Zusammenschluss aller in der zahnmedizinischen Prophylaxe Beteiligten zum Wohle der Duisburger Kinder herbeigeführt.

Während seines langjährigen Berufslebens und darüber hinaus auch als Pensionär hat er im Institut für Rechtsmedizin der Stadt Duisburg sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Aufgaben wahrgenommen.

Neben seiner Funktion als Leiter des zahnärztlichen Dienstes war Herr Dr. Schürmann auch viele Jahre in der Funktion des stellvertretenden Duisburger Amtsarztes tätig.

Doch nicht nur in Duisburg hat er bleibende Spuren hinterlassen: bereits 1968 wurde er Vorstandsmitglied in der Landesstelle Nordrhein des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, ab 1977 war er deren stellvertretender Landesstellenleiter und ab 1979 Landesstellenleiter.

Nicht nur auf regionaler Ebene „bewegte“ er maßgeblich die Jugendzahnpflege: fast 20 Jahre lang, von 1973 bis 1990, war er Geschäftsführer unseres Bundesverbandes. In dieser Zeit organisierte und gestaltete er die Bundeskongresse und das dort

gebotene wissenschaftliche Programm zur Fortbildung der zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen Dienstes.

Wer mit so viel Sachverstand, Ehrgeiz, Engagement und Überzeugungskraft arbeitet und die Interessen sowohl der Kinder und Jugendlichen als auch die des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach außen vertritt, dem werden zahlreiche Ehrungen zuteil: Bereits im Jahre 1982 wurde Herrn Dr. Schürmann das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen.

Hieran schloss sich im Jahre 1994 die Überreichung des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an. Von Seiten des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgte im Jahre 1990 die Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens.

Das Lebenswerk von Herrn Kollegen Schürmann war es, den Funken „Jugendzahnpflege“ auf zahlreiche Kolleginnen und Kollegen sowie Politiker und Krankenkassenfunktionäre zu übertragen. Dies ist ihm mit großem Einsatz und Eifer hervorragend gelungen.

Daher verbeugen wir uns vor einem der großen Nestoren der Jugendzahnpflege. Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Im Namen der Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienstes

Dr. Dr. Claus Grundmann,
Duisburg

Schnuller ablecken – hilfreich oder gefährlich?

Das Baby strahlt vergnügt und gibt erste Laute von sich. Schon ist es passiert. Der Schnuller fällt zu Boden. Was nun? Ablecken und zurück in den Babymund? Wovor die Zahnärzte jahrelang warnten, könnte sich nun doch als hilfreich erweisen – nämlich zur Vorbeugung von Allergien. Denn eine schwedische Studie¹ konnte zeigen, dass Kinder, deren Eltern den Schnuller zum Säubern in den Mund nahmen,

seltener unter Allergien leiden. Für Karies-Experten Professor Dr. Stefan Zimmer, Sprecher der Informationsstelle für Kariesprophylaxe und Lehrstuhlinhaber an der Universität Witten/Herdecke gibt es jedoch auch Risiken.

In unserem Mund wohnt ein breites Spektrum an unterschiedlichen Mikroorganismen. Beim Ablecken des Schnullers gelangen diese von der Mutter in den

kindlichen Mund. Aus diesem Grund warnten Zahn- und Kinderärzte viele Jahre vor dieser Art der Schnullerreinigung. Stattdessen sollten Eltern den Schnuller besser unter Wasser reinigen und regelmäßig auskochen. Doch genau das wiederum stellen schwedische Wissenschaftler jetzt in Frage. In einer Studie untersuchten sie den Zusammenhang zwischen Schnuller-Ablecken und der Entwicklung von Ekzemen und Aller-

gien. Das Ergebnis: Die Kinder, die durch eine natürliche Geburt und das Schnuller-Ablecken bereits mit der Bakterienflora der Eltern in Kontakt gekommen sind, weisen deutlich weniger Ekzeme und Allergien auf.

Allergien auf dem Vormarsch

Experten diskutieren den fehlenden Kontakt mit Mikroorganismen als Ursache für die Zunahme von allergischen Erkrankungen in Industrieländern. Kinder, die auf Bauernhöfen aufgewachsen sind, zeigen ein deutlich niedrigeres Allergierisiko, vermutlich, weil ihr Körper sich bereits früh mit Mikroorganismen auseinandersetzen musste. Scheinbar ergibt sich ein ähnlicher Effekt, wenn Eltern den Schnuller oder Löffel ihres Kindes ablecken. Die schwedische Studie zeigte, dass das Ablecken des Schnullers bis zum Alter von sechs Monaten im Alter von 18 Monaten das Risiko des Auftretens einer Neurodermitis um 63 %

und das Auftreten von Asthma um 88 % reduzierte. Auch die Art der Geburt spielte eine signifikante Rolle. Nur etwa 20 % der Kinder, die natürlich geboren wurden und deren Eltern den Schnuller regelmäßig in den Mund nahmen, wiesen Ekzeme oder Allergien auf. Kaiserschnittgeborene Kinder, deren Eltern den Schnuller regelmäßig auskochten, litten dagegen zu 54 % an allergischen Symptomen. Gerade Kinder, die per Kaiserschnitt geboren wurden, könnten also von dieser Art der Immunisierung profitieren.

Auf bestehende Infektionen achten

Das Ablecken des Schnullers kann jedoch auch Gefahren bergen. „In dem elterlichen Bakteriencocktail befinden sich häufig auch Erkältungskeime oder andere Erreger von Infektionen“, erklärt Professor Zimmer. Fast jeder Erwachsene trägt auch Herpes-Viren in sich. Was bei Erwachsenen nur ein lästiges Übel ist,

kann bei Kindern vor allem in den ersten drei Lebensmonaten zur lebensbedrohlichen Gefahr werden. „Bei akuten Infektionen oder einem Herpes-Ausbruch sollte auf das Ablecken des Schnullers weiterhin verzichtet werden“, fasst Zimmer zusammen.

Quellen:

¹ Hesselmar B et al. (2013): Pacifier Cleaning Practices and Risk of Allergy Development. PEDIATRICS 131:6

Herausgeber:


Informationsstelle für
Kariesprophylaxe
Jana Zieseniß, Dirk Fischer
Leimenrode 29, 60322 Frankfurt
Telefon: 069 / 2470 6822
Fax: 069 / 7076 8753
E-Mail: daz@kariesvorbeugung.de
www.kariesvorbeugung.de

Kongress 2014 in Magdeburg

„Der ÖGD – Professionell auf dem Weg“

Donnerstag, 15.05.2014 · Sitzungen Block I von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr; Moderation: Frau Dipl.-Stom. Frost / Frau Dr. Breitenbach

Uhrzeit	Vortrag	Referent
10:00	Begrüßung	Frau Dr. Breitenbach
10:15	Die Arbeit der zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern von Sachsen-Anhalt	Frau Dipl.-Stom. Frost
10:45	Zähne auf Zack	Herr Dr. Müller
11:15	Monitoring der Zahngesundheit von Kita-Kindern und Schülern im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) für das Land Sachsen-Anhalt	Herr Dr. Wahl
11:45	Diskussion	

 Kongresseröffnung von 13:30 Uhr bis 15:30 Uhr, Festvortrag von 16:30 Uhr bis 17:30 Uhr

Freitag, 16.05.2014 · Sitzungen Block II von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr, Moderation: Herr Schröder / Frau Dr. Wempe

Uhrzeit	Vortrag	Referent
9:00	Zahnärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen – Eine Herausforderung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	Frau Prof. Heinrich-Weltzien
9:30	Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen	Frau PD Dr. Bekes
10:00	Diskussion/Pause	
10:45	Kariesprophylaxe ohne Fluoride – geht das wirklich gut?	Herr Prof. Klimek
11:15	Visuelle Kariesdiagnostik nach dem International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) in der Gruppenprophylaxe des ÖGD - Ergebnisse eines Praxisversuchs	Herr Dr. Pfaff
11:45	Diskussion	
12:00	Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens des BZÖG	Herr Dr. Petrakakis

Freitag, 16.05.2014 · Sitzungen Block III von 14:00 Uhr bis 16:45 Uhr, Moderation: Frau Dr. Hantzsche / Frau Dipl.-Stom. Kettler

Uhrzeit	Vortrag	Referent
14:00	Präventive Aktivität: Zusammenhänge von Merkmalen des Zahnarztes und seiner Praxis	Frau Dr. Hussein
14:30	Serious Games in der zahnärztlichen Prävention	Herr Dr. Wölber
15:00	Diskussion/Pause	
15:30	Dentale Sedierungen – Wann ist eine Lachgas oder orale Sedierung für die Zahnbehandlung sinnvoll?	Herr Dr. Mathers
16:00	Kinderzahnheilkunde – gut geplant ist halb gewonnen!	Frau Dr. Ladewig
16:30	Diskussion	

 Delegiertenversammlung BZÖG 17:00 Uhr

Samstag, 17.05.2014 · Sitzungen Block IV von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr, Moderation: Herr Dr. Petrakakis / Herr Dr. Niekusch

Uhrzeit	Vortrag	Referent
9:00	Vergleich der Befunde der Schuleingangsuntersuchung mit dem Zahnstatus	Frau Dr. Schreiber
9:30	Die zahnärztliche Untersuchung durch den ÖGD – Völlig überholt oder wichtiger denn je?	Frau Dr. Sauerland
10:00	Diskussion/Pause	
10:45	„Altern mit Biss“ – Ein Konzept zur zahnmedizinischen Betreuung in Alten- und Pflegeheimen	Frau Dr. Primas
11:15	Schulungen zur Zahn- und Mundpflege in der Pflege – Konzepte zur Verbesserung der Mundhygiene bei Pflegebedürftigen in Frankfurt am Main	Frau Dr. Bausback-Schomakers
11:45	Diskussion	

Veranstaltungsort: Maritim Hotel Magdeburg, Otto-von-Guericke-Straße 87, 39104 Magdeburg
 Weitere Informationen unter www.bvoegd.de