

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

48. Jahrgang / November 2018 www.bzoeg.de

Mundhygiene
pflegebedürftiger
Menschen – Schulung
des Pflegepersonals

Quantifizierung
des Kariesrisikos

(M)ein starkes Team
für gesunde Zähne!



Frühkindliche Karies
– ein interdisziplinäres
Präventionsprogramm

2.18

EDITORIAL



Dr. Claudia Sauerland Dr. Michael Schäfer MPH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt die zweite Ausgabe 2018 des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes.

Als Vorstand sind wir allen Autorinnen und Autoren dankbar, dass sie mit ihren Veröffentlichungen in unserer Zeitschrift eine Auswahl der qualitativ hochwertigen Maßnahmen und Tätigkeiten in ihren Kommunen und im Land darstellen.

Den Zahnärztlichen Diensten ist der Handlungsbedarf im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit bei kleinen Kindern im Kindergarten (U3), Kindern mit Migrationshintergrund, Kindern mit Behinderungen und Kindern von Zuwanderern sehr bewusst. Aus diesem Grund erstellen unsere Dienste Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung, die die Krankheitslast durch kariöse Zähne sowie deren Spätfolgen zu vermeiden helfen.

So können Dolores Salabarría und Petra Haak im vorliegenden Heft ein durch den Erfolg geprägtes Resümee für das Bundesland Brandenburg – „25 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne“ ziehen.

Der Zahnärztliche Programmteil des BVÖGD/BZÖG-Kongresses in Osnabrück im Mai 2018 war gut besucht und beinhaltete fachlich herausragende Beiträge. Hervorzuheben ist **„Gemeinsam gegen Karies. Ein interdisziplinäres Präventionsprogramm zur Vermeidung der Frühkindlichen Karies“** von Claudia Schütz und Birgit Bartsch aus Dormagen, das in Zusammenarbeit mit Klaus Pieper und Julia Winter von der Universität Marburg entstand und mit dem Wrigley-Prophylaxe-Preis 2017 bedacht wurde.

Wie und wie lange schon in Niedersachsen in allen Landkreisen und Städten die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe mit positivem Ergebnis umgesetzt wird, kann beispielgebend im Artikel **„Zahnärztlicher Dienst des Landkreises Osnabrück 1987 bis heute – (M)ein starkes Team für gesunde Zähne!“** der ehemaligen Landesstellenleitung Niedersachsen des BZÖG, Frau Brunner-Strepp nachgelesen werden.

Machen zahnmedizinische Datenauswertungen mit dem Gini-Koeffizient Sinn, wenn die Karieslast nur noch einen kleinen Teil der Kinder betrifft? Stellen sie für das Ranking von Einrichtungen eine beachtenswerte Alternative dar? Antworten zu diesen Fragen und Unterschiede zu herkömmlichen Rankingmethoden wurden in Osnabrück von Michael Herzog vorgestellt.

Die in diesem Jahr mit dem Wrigley-Prophylaxe-Preis gekrönte Arbeit zur Verbesserung der Mundhygiene von Pflegebedürftigen durch Schulung von Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen von Tina Krömer und der Erfahrungsbericht von Hans-Christian Hushahn zu Untersuchungen von neu zugewanderten Kindern liefern weitere Anregungen.

Eine interessante Lektüre wünschen Ihnen Claudia Sauerland und Michael Schäfer Bundesvorsitzende

- 03 Editorial
Claudia Sauerland, Michael Schäfer

Berichte

- 05 25 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne
im Land Brandenburg
Petra Haak, Dolores Salabarría

Verband

- 06 Würdigung
Michael Schäfer, Claudia Sauerland

Kongressbeitrag

- 07 Gemeinsam gegen Karies – Ein interdisziplinäres
Präventionsprogramm zur Vermeidung der Frühkindlichen Karies
Claudia Schütz, Birgit Bartsch, Julia Winter, Klaus Pieper

- 11 Quantifizierung des Kariesrisikos – der Gini-Koeffizient
Michael Herzog, Rafael Weißbach

- 13 Zahnärztlicher Dienst des Landkreises Osnabrück
1987 bis heute – (M)ein starkes Team für gesunde Zähne!
Brigitte Brunner-Strepp

- 14 Verbesserung der Mundhygiene pflegebedürftiger Menschen
durch Schulung des Pflegepersonals im Kreis Ostholstein –
Ergebnisse einer Interventionsstudie
Tina Krömer

- 17 Zahnärztliche Untersuchungen bei neu
zugewanderten Kindern – Ein Erfahrungsbericht
Hans-Christoph Hushahn

Aktuelles

- 20 Vorschau – 69. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD
und des BZÖG
Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Mitten in der Gesellschaft.

Bildrechte (copyright):

Titelbild: Alle Bildrechte liegen bei der Landeshauptstadt Düsseldorf
Haak, Salabarría: Alle Bildrechte liegen bei Reinhardt & Sommer
Schütz et al.: Alle Bildrechte liegen bei thinkstock

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.18
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des
Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

1. Vorsitzender:

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

2. Vorsitzende:

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

Geschäftsführung:

Dr. Cornelia Wempe
Erikastraße 73, 20251 Hamburg
Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 79 03 375
E-Mail: wempe@bzoeg.de

Redaktion Zeitung:

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

Redaktion Internet:

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

Anzeigenverwaltung:

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

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch
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, Hagen

Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH, Reisstr. 42, 01257 Dresden

Bezug:

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung
des Herausgebers. Mit Ausnahme der gesetzlich
zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne
Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die 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

Petra Haak, Dolores Salabarría

25 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne im Land Brandenburg

Festveranstaltung und Fachtagung am 20. September 2018 in Potsdam

Am 23. Juni 1993 wurde die Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGBV im Land Brandenburg unterzeichnet. Das 25-jährige Jubiläum war Anlass, am 20. September 2018 auf der von Frau Dr. Gudrun Rojas moderierten Festveranstaltung und Fachtagung im „Potsdam Museum“ Bilanz zu ziehen und die maßgeblichen Akteure zu würdigen.

Vor mehr als 100 Gästen, unter ihnen die Teams der Zahnärztlichen Dienste, Vertreter der Gesundheitsbehörden und Krankenkassen sowie anderer Institutionen, wurde verdeutlicht, welche hervorragende Entwicklung die Gesundheit der Kinderzähne im Land Brandenburg genommen hat. Während vor 25 Jahren nur 37 % der 12-Jährigen naturgesunde Zähne hatten, können heute 76 % dieser Altersgruppe mit gesunden Zähnen durchs Leben gehen. Einen großen Anteil an diesem Erfolg hat die flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung durch die Zahnärztlichen Dienste der Landkreise und kreisfreien Städte. Über die positive Entwicklung der Mund-

gesundheit informiert der anlässlich des Jubiläums vom Gesundheitsministerium herausgegebene Gesundheitsbericht „25 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne“.

Herr Dr. Ulrich Widders, Referatsleiter für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Gesundheitsministerium, wies auf die Entwicklung verlässlicher Strukturen der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg hin. Er hob die Leistungen der Teams der Zahnärztlichen Dienste insbesondere für die flächendeckende zugehende kariespräventive Betreuung der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg hervor und dankte ihnen, dem Beirat für Zahngesundheit und dem Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe für ihre Arbeit.

Herr Jürgen Herbert, Präsident der Landeszahnärztekammer Brandenburg, erinnerte an den Tag der Unterzeichnung der Vereinbarung und brachte Frau Dr. Gudrun Rojas, die maßgeblich zum Aufbau und zur Entwicklung der Brandenburger Gruppenprophylaxe beigetra-

gen hat und seit 1993 den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Beirat für Zahngesundheit der Landeszahnärztekammer vertritt, eine besonders hohe Wertschätzung entgegen.

Die Regionalvertreterin Berlin und Brandenburg des BKK Landesverbandes Mitte für die Verbände der Krankenkassen, Frau Daphne Bongardt, würdigte die Leistungen aller Akteure der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg und sprach den Dank der Verbände der Krankenkassen aus. Sie sicherte den anwesenden Kolleginnen und Kollegen aus den Zahnärztlichen Diensten die weitere finanzielle Unterstützung der Krankenkassen bei der Umsetzung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen zu.

Herr Stefan Pospiech, Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. als Träger des Büros der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe, hob das große Engagement der Koordinatorin des Büros, Frau Bettina Bels, für ihren Aufgabenbereich sowie die gelebte Vernetzung des Büros der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe mit den unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin und Brandenburg tätigen Personen und Institutionen hervor.

Herr Steffen Hampel, Vorsitzender des Verbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder Brandenburg und Berlin und Leiter des Gesundheitsamtes Märkisch-Oderland, würdigte ebenfalls die Strukturen der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg und die Leistungen der Zahnärztlichen Dienste. Mit einer beispielhaften Aufzählung gegenwärtiger Kindernamen brachte er die aktuellen Herausforderungen, vor denen die Teams der Zahnärztlichen Dienste hinsichtlich der kariespräventiven Betreuung von Kindern aus Familien in schwierigen Lebenslagen oder mit Migrationshintergrund stehen, zum Ausdruck.

Prof. Dr. Stefan Zimmer, Universität Witten/Herdecke · Foto: Reinhardt & Sommer



Festredner Prof. Dr. Stefan Zimmer (Universität Witten/Herdecke) stellte die im „prophylaxe impuls“ Heft 3/2018 veröffentlichten wissenschaftlich aufgearbeiteten Erhebungen aus 24 Schuljahren vor. Sie zeigen, dass sich die Mund- und damit die Kindergesundheit im Land Brandenburg positiv entwickelt hat. Die regelmäßige flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung mit ihrem sozialkompensatorischen Charakter, die die Kinder in ihrer Lebenswelt erreicht, hat dazu beigetragen. Die Vermeidung der frühkindlichen Karies gelingt durch interdisziplinäres und vernetztes Handeln. Er wies auf das aus der Brandenburger Gruppenprophylaxe hervorgegangene Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ hin und die über die Brandenburger Landesgrenzen hinausgehende Ausstrahlung dieses fachübergreifenden Aufklärungs- und Ernährungsprogramms zur Schaffung eines mundgesundheitsförderlichen Kita-Alltags.

Mit dem Fachvortrag „Motivierende Gesprächsführung in der Gruppenprophy-



Hans-Jürgen Haak, Ginko Stiftung für Prävention · Foto: Reinhardt & Sommer

laxe“ fand die eindrucksvolle Jubiläumsveranstaltung einen informativen und anregenden Abschluss. Herr Hans-Jürgen Haak von der Ginko Stiftung für Prävention erläuterte in seinem Vortrag, mit welchen Techniken und Prinzipien der Gesprächsführung Eltern und Multiplikatoren zu positiven Verhaltensänderungen motiviert werden können.

Weitere Informationen unter www.brandenburger-kinderzaehne.de
Korrespondenzadresse
Dr. Petra Haak
 Zahnärztlicher Dienst des
 Gesundheitsamts Frankfurt (Oder)
 Logenstr. 6 · 15230 Frankfurt (Oder)
 Tel. 0335-5525314
 E-Mail: Petra.Haak@frankfurt-oder.de

Michael Schäfer, Claudia Sauerland

Würdigung – 25 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne im Land Brandenburg

Am 20. September 2018 hat das Land Brandenburg in einem Festakt unter Moderation von Frau Dr. Rojas auf 25 Jahre Brandenburger Gruppenprophylaxe zurückgeschaut. Zum Jubiläum gratuliert der Vorstand des BZÖG sehr herzlich.

Als führendes Bundesland in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe überzeugt das Land Brandenburg mit einem starken ÖGD einmal mehr durch seine Institutionen und Maßnahmenpakete zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Das kommt nicht von ungefähr, denn im Jahr 2017 konnte das gruppenprophylaktische Programm im Lande Brandenburg bislang bereits zum zweiten Mal einen Preis erzielen.

Das Programmpaket „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne im Land Brandenburg“ überzeugte die unabhängige Jury im Rahmen des Preisausschreibens „Zahnmedizin interdisziplinär“, welches von der

Bundeszahnärztekammer und der Fa. CP GABA ausgelobt war. Die Etablierung verlässlicher und nachhaltiger Strukturen in einer fächerübergreifenden Ausrichtung hat zu einem kontinuierlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot für Kinder und Jugendliche geführt.

Kernstück des seit 2004 bestehenden Prozesses „Gesund Aufwachsen“ sind fünf Arbeitsgruppen, zu denen auch die Arbeitsgruppe „Mundgesundheit“ gehört. Hier rücken Mund und Zähne als Teil der Kindergesundheit in das Bewusstsein der Akteure und das Kind steht im Focus aller Bemühungen.

Ein Zieleprozess mit drei Teilzielen verpflichtet die Teilnehmenden zu konzertiertem Handeln in einem interdisziplinär ausgerichteten Ansatz.

Ein herausragendes Element im Teilziel 1 stellt das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ dar. Handlungsleitlinien machen die Förderung der Mundgesundheit und Ver-

meidung der frühkindlichen Karies für die Praxis darstellbar und belegen für teilnehmende Kitas einen gesundheitsbezogenen Qualitätsstandard.

Das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ hat dabei längst die Grenzen des Landes Brandenburg überschritten und ist in mittlerweile sechs Bundesländern angekommen.

Es ist sehr zu wünschen, dass diesem Erfolgsprogramm weiterhin der ihm gebührende Platz in den Kommunen aller sechzehn Bundesländer eingeräumt wird, um so dem sog. „Bunten Kanon“ in der Zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe einen qualitativ hochwertigen Standard zu geben.

Dr. Michael Schäfer MPH
Dr. Claudia Sauerland FZÄ f. ÖGW
 Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Claudia Schütz, Birgit Bartsch, Julia Winter, Klaus Pieper

Gemeinsam gegen Karies – Ein interdisziplinäres Präventionsprogramm zur Vermeidung der Frühkindlichen Karies

Einleitung

Die Frühkindliche Karies (Early Childhood Caries/ECC) ist in den vergangenen Jahren vermehrt in den Fokus wissenschaftlicher Betrachtungen gerückt. Lokale Studien deuten darauf hin, dass es im Milchgebiss – anders als bei den älteren Kindern – zu einer Stagnation des Caries-Decline bzw. sogar zu einem Anstieg der Krankheitsfälle gekommen sein könnte [1–6]. Bundeseinheitliche Daten zur Zahngesundheit von 3-Jährigen wurden jedoch erstmals im Rahmen der aktuellen epidemiologischen Begleituntersuchung erfasst. Hiernach weist diese Altersgruppe eine Karies-Prävalenz von 13,7 % bei einem mittleren dmf-t von 0,48 auf. Betrachtet man nur die Kinder mit Karieserfahrung (dmf-t > 0), so haben diese einen erschreckend hohen mittleren dmf-t-Wert von 3,57 [7]. Die Milchzahnkaries stellt daher bei einem Teil der Kinder ein großes Gesundheitsproblem dar. Kinder aus sozial schwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund sind hierbei besonders häufig von ECC betroffen.

Die Frühkindliche Karies kann bei den Betroffenen zu weitreichenden Folgen mit Auswirkungen auf die Entwicklung im ganzen weiteren Leben führen. Neben den vordergründigen Problemen wie Schmerzen, Entzündungen und Schädigung der bleibenden Zahnkeime kann es durch frühzeitigen Zahnverlust zu Lautbildungsproblemen und später zu Engständen kommen. Kinder mit ECC weisen eine erhöhte Infektanfälligkeit und ein erhöhtes Eisenmangelanämie-Risiko auf [8–11]. Studien belegen eine enge Beziehung zwischen frühkindlicher Zahngesundheit und der allgemeinen Lebensqualität [12] sowie dem sozialen und gesund-

heitlichen Wohlergehen im weiteren Leben mit Auswirkungen unter anderem auf Schulbildung, soziale Kompetenz, Berufschancen und Einkommen [13–16]. Die oftmals nur in Intubationsnarkose

„Der Zahnarztbesuch ist für diese Kinder aufgrund des massiven Behandlungsbedarfs meist ein äußerst traumatisches Erlebnis mit der Gefahr lebenslanger negativer Auswirkungen auf die weitere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen.“

durchführbare Sanierung der Milchgebisse ist mit einem erhöhten Risiko für das Kind und einem hohen Kostenaufwand für das Gesundheitssystem verbunden [17–19]. Kinder mit Frühkindlicher Karies entwickeln häufig auch im bleibenden Gebiss signifikant mehr Karies [20–22]. Der Zahnarztbesuch ist für diese Kinder aufgrund des massiven Behandlungsbedarfs meist ein äußerst traumatisches Erlebnis mit der Gefahr lebenslanger negativer Auswirkungen auf die weitere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen.

Angesichts der Zunahme Frühkindlicher Karies forderte daher die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) bereits im Jahr 2010 in einer Presseerklärung die Partner im Gesundheitswesen zum gemeinsamen Handeln auf. Dabei wurde festgestellt, dass die Einflussnahme auf das frühkindliche Zahngesundheitsverhalten zu spät einsetzt. Die von der DAJ durchgeführte

Literatur-Recherche zeigte darüber hinaus, dass eine frühe Ansprache der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten durch aufsuchende Betreuung sowie eine Vorstellung der Kinder bei einem Zahnarzt bereits mit Durchbruch der ersten Milchzähne wirksame Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Karies, insbesondere der Nuckelflaschenkaries darstellen können [23].

Wichtig in diesem Zusammenhang ist vor allem das Wissen der Eltern um die entscheidenden Einflussfaktoren für eine zahngesunde Entwicklung ihrer Kinder. Hier bestehen erhebliche Wissensdefizite bei Eltern von Kleinkindern: So wussten fast 13 % der in einer Studie befragten Mütter nicht, dass kariöse Milchzähne behandelt werden müssen. 45 % der Mütter glaubten sogar, dass Karies hauptsächlich genetisch bedingt sei [24].

Auch viele Pädiater in Deutschland sind nur sehr unzureichend über die richtigen Empfehlungen zur kindlichen Zahnprophylaxe informiert. In einer Umfrage gaben z. B. nur 9 % der teilnehmenden Kinderärzte an, Eltern überhaupt bezüglich zahngesunder Ernährung, Fläschchengebrauch, Mundhygiene und Zahnarztbesuch zu beraten [25]. Darüber hinaus besteht in Deutschland nach wie vor Uneinigkeit zwischen den zahnärztlichen und kinderärztlichen Fachgesellschaften hinsichtlich grundlegender Prophylaxe-Empfehlungen zum Einsatz von Fluoriden.

Das Projekt „Gemeinsam gegen Karies“

Das hier vorgestellte Pilotprojekt wurde in der Kleinstadt Dormagen im Rhein-Kreis Neuss im Jahr 2011 durch das Gesundheitsamt ins Leben gerufen. Die

Stadt Dormagen liegt zwischen Düsseldorf und Köln und hat rund 63.000 Einwohner. Die jährliche Geburtenrate liegt bei knapp 500 Kindern. Von den in Dormagen lebenden Menschen haben mit 24,1 % überdurchschnittlich viele einen Migrationshintergrund und die Berufstätigen insgesamt ein leicht unterdurchschnittliches Einkommen [26].

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen durch das Gesundheitsamt zeigten in den Jahren 2007 bis 2010 bei den Dormagener Schulneulingen eine deutlich höhere Kariesprävalenz und einen höheren mittleren dmf-t als in den anderen kreisangehörigen Kommunen. Dies deutete auf einen erhöhten Handlungsbedarf zur Eindämmung der ECC bei den hier lebenden Kindern hin.

In diesem Zusammenhang stellten sich folgende Fragen:

- Wie lässt sich eine Verhaltensänderung herbeiführen, um die ECC einzudämmen?
- Wie kann man vor allem sozial schwache Schichten und Familien mit Migrationshintergrund erreichen?
- Wie lassen sich vorhandene Strukturen nutzen?

Studienergebnisse und die eigene Erfahrung zeigen, dass Angebote mit einer reinen „Komm-Struktur“ wie Elternabende und Infoveranstaltungen von den Familien mit hohem ECC-Risiko erfahrungsgemäß nicht in Anspruch genommen werden. Ein Ziel war es daher, eine Struktur mit aufsuchenden Elementen und niedrigschwelligem Zugangswegen zu etablieren. Hier erwies es sich als Glücksfall, dass das Amt für Jugend- und Sozialförderung der Stadt Dormagen im Jahr 2007 ein Netzwerk für Familien begründet hatte und im Rahmen des Programms „Willkommen im Leben“ alle Eltern mit Neugeborenen durch Hausbesuche und Babybegrüßungspakete erreichte. Hier wurde der Kontakt gesucht und eine enge Zusammenarbeit entwickelt. Zusätzlich sollten alle Gynäkologen, Hebammen, Pädiater und Zahnärzte mit ins Boot geholt werden, denn diese sind wichtige Multiplikatoren zur Weitergabe von Informationen rund um die Gesunderhaltung der Kinderzähne (Abb. 1). So suchen schwangere Frauen in NRW zu über 97 % mehr als fünfmal im Laufe der Schwangerschaft den Gynäkologen auf [27]. Nach der Geburt wird jeder Mutter eine Hebamme zur Seite gestellt. Die kinder-

Abb. 1: Interdisziplinäre Partner unter Koordination des Gesundheitsamtes



Abb. 2: Die für das Projekt entwickelten Materialien



ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U7 werden nach der KIGGS Basiserhebung [28] von über 90 % der Familien in Anspruch genommen.

Zunächst wurden daher die Angehörigen dieser Berufsgruppen in Dormagen durch das Gesundheitsamt zu Informationsveranstaltungen eingeladen und/oder persönlich aufgesucht und umfassend über das Projekt und die fachlichen Aspekte informiert. Die in Frage kommenden Multiplikatoren erklärten sich zu 100 % zur Teilnahme bereit. Gleichzeitig wurde durch den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes umfangreiches Informationsmaterial in Form von zwei Broschüren sowie ein Vorsorgepass, eine Terminvereinbarungskarte und ein Poster entwickelt. Alle Informationsmaterialien

sind auch in türkischer Sprache verfügbar. Aufgrund der großzügigen Unterstützung durch Hersteller von Prophylaxeartikeln konnten situations- und altersgerechte Präsentsets zusammengestellt werden. Diese enthalten neben einem Flyer z.B. eine Kinderzahnbürste, eine Zahnpasta oder eine Zahnputzuhr (Abb. 2).

Für alle Partner wurden „Checklisten“ erstellt, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen und die Aufgaben schnell erledigen zu können. So können ab Beginn der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes insgesamt sieben bis zehn persönliche Informationsgespräche mit der Mutter/den Eltern geführt und sieben Informations- und Präsentpäckchen zum Thema „Frühkindliche Karies“ ausgehändigt werden.

Seit Anfang 2011 kommen nun alle werdenden Eltern und Familien mit Kleinkindern in Dormagen nach einem festgelegten Zeitplan und einheitlichen inhaltlichen Vorgaben in den Genuss des Projektes. Hierbei werden die bereits vorhandenen Strukturen und Vorsorgeprogramme genutzt, um zahnärztliche Inhalte zu vermitteln.

Wissenschaftliche Begleitung des Projektes

Um die präventive Wirkung des Vorsorgeprogramms zu beobachten, wurde das Projekt durch Herrn Prof. Dr. Klaus Pieper und Frau Dr. Julia Winter, Universität Marburg, wissenschaftlich begleitet. Hierzu wurde ein „historischer“ Vergleich mit einer Kohorte Gleichaltriger durchgeführt, die nicht von dem neu eingeführten Programm profitieren konnten und unmittelbar vor Beginn des Projektes untersucht wurden. Es erfolgte jeweils eine zahnärztliche Untersuchung der Kinder beider Kohorten und eine Elternbefragung.

Die zahnärztlichen Untersuchungen der drei- bis vierjährigen Kinder wurden durch zwei Zahnärztinnen des Gesundheitsamtes im Rahmen der jährlichen Reihenuntersuchungen auf Basis des ICDAS-Collapsed-Indexes gemäß nachstehender Einteilung nach sorgfältiger Schulung und Kalibrierung durchgeführt:

ICDAS Code 0: gesund

ICDAS Code 1+2: Karies im Anfangsstadium

ICDAS Code 3+4: etablierte Karies

ICDAS Code 5+6: ausgedehnte Karies

Die Untersuchung erfolgte mithilfe einer transportablen Halogen-Untersuchungslampe primär visuell mit zahnärztlichen Spiegeln nach Trocknung der Zähne mittels Wattestäbchen. Zur Sondierung von Defekten wurde eine stumpfe Parodontalsonde ohne Druckanwendung benutzt, um eine Schädigung an Zähnen mit frühen Kariesstadien zu vermeiden. Zielgrößen waren die mittlere Zahl kariöser sowie wegen Karies fehlender und gefüllter Milchzähne (dmf-t) und die Kariesprävalenz.

Die Eltern aller Probanden in der Prüf- und Kontrollgruppe erhielten ein Erläuterungsschreiben und einen Fragebogen. Dieser umfasste Fragen zu:

- Ernährungsverhalten,
- Häuslicher Einnahme von Fluoridtabletten,
- Beginn, Art und Umfang der Zahnpflege,
- Häuslicher Verwendung einer fluoridhaltigen Zahnpaste durch das Kind,
- Verwendung von fluoridiertem Speisesalz in der Familie des Kindes,
- Inanspruchnahme von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen,
- Sozialer Schichtzugehörigkeit.

Ergebnisse

In der Kontrollgruppe konnten 661 Kinder (Geburtszeitraum 06/2007–12/2008) und in der Prüfgruppe 706 Kinder (Geburtszeitraum 03/2011–09/2012) im Alter von drei bis vier Jahren **zahnärztlich untersucht** werden. Da die Untersuchungen im Rahmen der jährlichen Reihenuntersuchungen nach § 21 SGB V durchgeführt

wurden, konnten etwa 90 % der Grundgesamtheit aller Dormagener Kleinkinder im Untersuchungsalter erreicht werden. Die Alters- und Sozialschichtverteilungen in Kontroll- und Prüfgruppe zeigten keine signifikanten Unterschiede.

Die Auswertung der Kariesdaten nach ICDAS zeigte erhebliche Unterschiede zwischen Kontroll- und Prüfgruppe auf: So waren der mittlere $d_{3-6}mf-t$ und der mittlere $d_{5-6}mf-t$ in der Prüfgruppe nur halb so hoch wie in der Kontrollgruppe (Abb. 3).

Besonders deutlich sank die mittlere Anzahl an Zähnen mit ausgedehnter Karies (ICDAS 5+6). Hier war der Wert in der Kontrollgruppe rund dreimal höher als in der Prüfgruppe (Abb. 4).

Die Kariesprävalenz zeigte sich in der Prüfgruppe mit 13,7 % im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 21,2 % ebenfalls deutlich verringert. Wie bei anderen Studien zur Zahngesundheit von Kindern [29, 30] zeigte sich auch in Dormagen

Abb. 3: Vergleich der Mittelwerte von $d_{3-6}mf-t$ und $d_{5-6}mf-t$ in der Kontroll- und in der Prüfgruppe

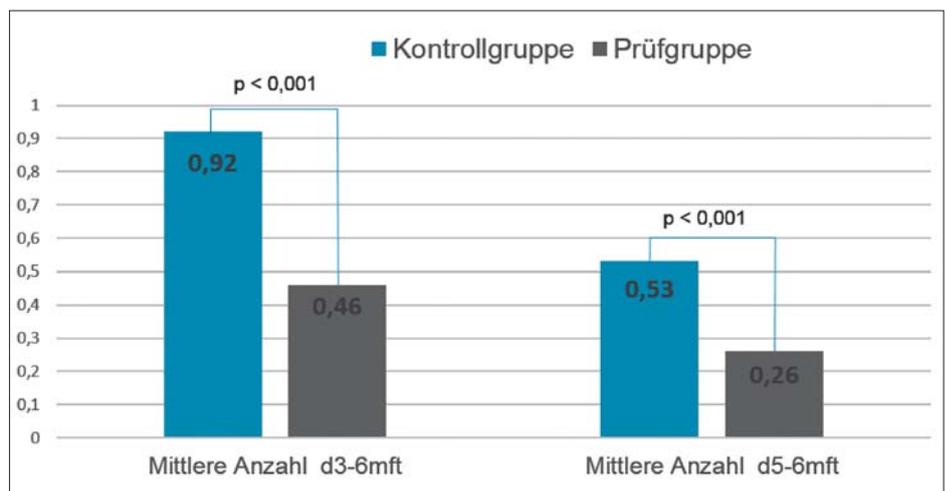
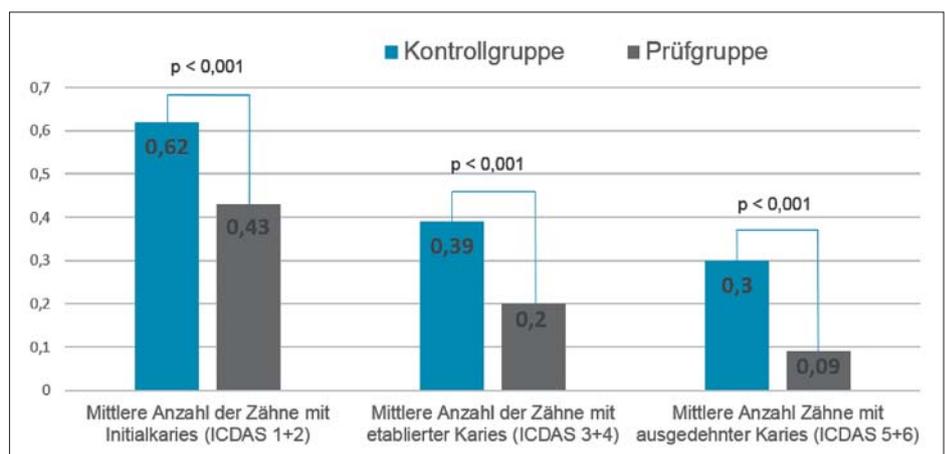


Abb. 4: Vergleich einzelner Kariesstadien in Kontroll- und Prüfgruppe



eine starke Ungleichverteilung der Karieslast (Kariespolarisation). So entfielen in der Kontrollgruppe auf 12,6 % der Kinder 85,6 % und in der Prüfgruppe auf 5,6 % der Kinder 74,2 % der Karieserfahrung.

Besonders stark sank der Anteil der **S-ECC (S=severe ECC)**. Der prozentuale Anteil der Drei- bis Vierjährigen mit S-ECC in der Prüfgruppe (Prävalenz: 7,9 %) lag um 46 % niedriger als in der Kontrollgruppe (Prävalenz: 14,5 %).

Betrachtet man die Kariesprävalenzen in den einzelnen Sozialschichten, so sieht man, dass die Kinder aus der Unterschicht mit einer Prävalenz von 26,1 % rund dreimal häufiger von ECC betroffen waren als Kinder aus der Mittel- und Oberschicht (9,7 bzw. 5,9 %).

Ein Vergleich mit der Kariesentwicklung in Nachbarkommunen zeigte, dass es sich bei den beobachteten Veränderungen nicht um einen allgemeinen Trend handelte, da hier der Kariesrückgang im gleichen Zeitraum wesentlich geringer ausfiel.

An der **Elternbefragung** nahmen in der Kontrollgruppe 263 und in der Prüfgruppe 280 Eltern teil, was jeweils rund 40 % der untersuchten Kinder entspricht.

Es konnten folgende signifikante Verhaltensänderungen in der Prüfgruppe beobachtet werden:

■ **Ernährungsverhalten:**

In der Prüfgruppe erhielten signifikant weniger Kinder als in der Kontrollgruppe über den achten Lebensmonat hinaus tagsüber oder nachts die Nuckelflasche mit erosiven/kario-genen Getränken. Es zeigte sich in der Prüfgruppe eine deutlich verringerte Gabe von gezuckertem Tee und Schorlen als Inhalt der Nuckelflasche tagsüber und von Fruchtsäften in der Nacht.

■ **Beginn der Zahnpflege:**

Es wurde bei deutlich mehr Kindern bereits im 1. Lebensjahr mit der Zahnpflege begonnen (84,3 % => 94,6 %).

■ **Zeitpunkt der Zahnpflege:**

Es wurde bei deutlich mehr Kindern vor dem Schlafengehen Zähne geputzt (43,7 % => 79,3 %).

■ **Erster Zahnarztbesuch:**

Der erste Zahnarztbesuch fand bei deutlich mehr Kindern bereits im

ersten Lebensjahr statt (31,6 % => 48,6 %).

■ **Einnahme von Fluoridtabletten:**

Die Einnahme von Fluoridtabletten zeigte sich in allen Altersgruppen deutlich rückläufig sowohl in der Prüfgruppe als auch in der Kontrollgruppe.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass durch eine Kombination aus Elementen mit einer niedrighwelligen „Komm-Struktur“ und aufsuchender Betreuung eine Verbesserung des Kariesprophylaxeverhaltens bei Eltern von Kleinkindern und somit eine deutliche Verringerung der ECC und S-ECC erreicht werden kann.

Das vorgestellte interdisziplinäre Programm ist sehr kostengünstig, da die Projektarbeit auf Akteure verteilt wird, die alle bereits im Gesundheitswesen mit dieser Aufgabe betraut sind. Die Materialkosten waren durch die Unterstützung der Sponsoren mit ca. 0,63 EUR je Kind im Rahmen dieses Pilotprojektes besonders gering, selbst bei Zukauf dieser Artikel entstünden aber nach Schätzungen nur Materialkosten von etwa 5,50 EUR pro Kind bis zum dritten Lebensjahr. Damit betragen die Kosten pro Kind weniger als ein Viertel des Preises für eine einflächige Füllung bei einem gesetzlich versicherten Kind. In die finanziellen Überlegungen müssen neben potentiellen Einsparungen bei Zahnsanierungskosten die Langzeitfolgen der ECC mit hohen Folgekosten für das Gesundheitswesen wie zum Beispiel im Bereich der kieferorthopädischen, logopädischen und allgemeinärztlichen Behandlung einbezogen werden.

Das Pilotprojekt und die begleitende Studie zeigen darüber hinaus auf, dass die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitswesens wichtige Beobachter und Akteure im Hinblick auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sind. Durch ihre regelmäßige und standardisierte Datenerhebung und -aufbereitung ist es möglich, Veränderungen der Zahngesundheit kontinuierlich zu beobachten. So lässt sich überprüfen und bewerten, ob bisherige gesundheitspolitische Maßnahmen erfolgreich waren oder ob es neue Ansätze und Ideen braucht. Kommunale Projekte und

Berichte dienen somit auch als gesundheitspolitische Planungs- und Handlungshilfe.

Da das hier vorgestellte Programm Strukturen nutzt, die bereits bundesweit vorhanden sind, liefert es ein einfach umzusetzendes zukunftsweisendes Modell für andere Regionen in Deutschland.

Das Projekt wurde unterstützt durch folgende Sponsoren:

- CP Gaba GmbH, Beim Strohhouse 17, 20097 Hamburg
- Hager & Werken GmbH & Co. KG, miradent, Postfach/P.O.B. 10 06 54, 47269 Duisburg
- Procter & Gamble GmbH, Sulzbacher Str. 40, 65824 Schwalbach am Taunus

Literatur bei den Autorinnen/Autoren

Korrespondenzadresse

Dr. Claudia Schütz
Zahnärztin
Zahnärztlicher Dienst
Rhein-Kreis Neuss
Oberstraße 91
41460 Neuss
02131/9285384 (12-13 Uhr)
claudia.schuetz@rhein-kreis-neuss.de

Michael Herzog, Rafael Weißbach

Quantifizierung des Kariesrisikos – der Gini-Koeffizient

Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V führten in den letzten drei Jahrzehnten zu einem starken Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen. Ein altersabhängig unterschiedlicher Anteil blieb jedoch weiterhin von Karies betroffen. Insbesondere bei den Vorschulkindern führte diese Entwicklung zu einer schiefen Verteilung der dmft-Werte, d.h., auf einen relativ geringen Anteil der Kinder (Merkmalsträger) entfällt ein hoher Anteil der dmft-Summe (Merkmalssumme). Diese Konzentration der Karies (Ungleichheit, Polarisation) lässt sich quantitativ durch die Lorenzkurve beschreiben, deren Berechnung zudem die Angabe einer Maßzahl für die Konzentration ermöglicht, den Gini-Koeffizienten (G). Ist n die Zahl der Kinder, so bewegt sich G normalerweise im Intervall von

Null (keine Konzentration) bis $(n-1)/n$ (maximale Konzentration). Der Gini-Koeffizient (G) ermöglicht keine Aussagen über die Schwere der Karieslast in einer Population. Sind von 100 Kindern beispielsweise 99 kariesfrei und ein Kind weist einen dmft von 1 auf, so ergibt sich ebenso ein $G = 0,99$ (max. Konzentration 99/100), als hätte dieses Kind einen dmft von 18. Andererseits ist $G = 0$ (keine Konzentration), sofern alle Kinder den gleichen dmft zeigen, unabhängig von dessen Größe (1 bis 20), was allerdings nur dann möglich ist, wenn die gesamte dmft-Summe geteilt durch die Anzahl der Kinder eine ganze Zahl ergibt. Für den Fall $\text{dmft} = 0$ für alle Kinder kann G nicht berechnet werden (Division durch Null) und wird sinngemäß als $G = 0$ definiert. Bei zahnärztlichen Untersuchungsdaten

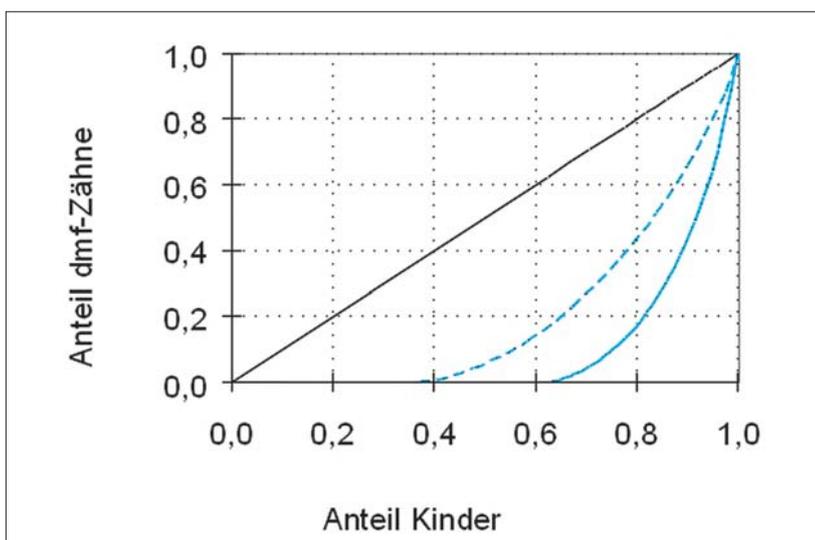
werden die Intervallgrenzen Null und $(n-1)/n$ für die Konzentration der dmft-Werte normalerweise nicht erreicht. Eine Anwendung der Konzentrationsberechnungen in der Zahnmedizin wurde erst ab Mitte der 90er-Jahre beschrieben. Seitdem gibt es eine Reihe von Studien, die mit Hilfe des Gini-Koeffizienten unter anderem die Karieskonzentration zwischen verschiedenen Altersstufen oder unterschiedlichen Interventionen vergleichen.

Anhand zahnärztlicher Untersuchungsdaten des Zeitraums 2000 bis 2005 von 7.978 Kindern im Alter von 3 bis 5 Jahren wird im folgenden Beispiel die Berechnung der Lorenzkurve und des Gini-Koeffizienten beschrieben. Die Ergebnisse werden mit historischen Untersuchungsdaten ebenfalls 3- bis 5-Jähriger aus den Jahren 1960 bis 1969 verglichen (Abb. 1). Zur Berechnung eignet sich eine Kalkulationstabelle (Excel, PlanMaker, OpenOfficeCalc u. a.). Jedem der Größe nach geordneten dmft-Wert in der ersten Spalte der verwendeten Tabelle wird die entsprechende Häufigkeit h der Kinder zugeordnet (Tab. 1, Ausschnitt). Aus diesen Häufigkeiten lassen sich relative (rh) und kumulierte relative Häufigkeiten (krh) berechnen, die die x_i -Koordinaten der Lorenzkurve (genauer deren Knickstellen) bilden. Aus der Zahl der dmft-Zähne ($Z = \text{dmft} \cdot h$) zum jeweiligen dmft-Wert errechnet man ebenfalls die kumulierten relativen Häufigkeiten (krhZ) und erhält so die y_i -Koordinaten. Die grafische Verbindung der Punkte (x_i, y_i) in einem Koordinatensystem ergibt die durchgezogene (rechte) Lorenzkurve in Abb. 1 für die 7.978 Kinder des Beispiels. Durch die Diagonale im Koordinatensystem und die Lorenzkurve wird eine Fläche eingeschlossen, deren doppelter Wert zahlenmäßig dem Gini-Koeffizienten entspricht. Für $G = 0$ (keine Konzentration) ist die Lorenzkurve identisch mit der Diagonalen. Rechnerisch erhält man G aus:

$$G = 2 \cdot F_{(\text{Diagonale}, \text{Lorenzkurve})} = 1 - \sum f_i \cdot (y_i + y_{i-1})$$

mit den relativen Häufigkeiten $f_i = h_i / n$ ($i = 1$ bis n). Je steiler die Lorenzkurve

Abb. 1: Lorenzkurven der Konzentration der Karies im historischen Vergleich. Daten aus den Jahren 1960–1969 (gestrichelt) und 2000–2005 (durchgezogen).



Tab. 1: Berechnungstabelle für die Koordinaten der Lorenzkurve (siehe Text).

dmft	Kinder		x_i	Zähne	y_i	
	h	rh				
0	4978	0,62	0,62	0	0,00	0,00
1	664	0,08	0,71	664	0,05	0,05
2	552	0,07	0,78	1104	0,08	0,13
3	336	0,04	0,82	1008	0,08	0,21
4	317	0,04	0,86	1268	0,10	0,30

zum rechten Rand hin verläuft, d.h., je stärker sie „durchhängt“, desto größer ist die Konzentration und damit auch G. Abbildung 1 verdeutlicht diesen Zusammenhang anhand des Vergleichs mit der Konzentration der Karies in den 60er-Jahren bei 11.124 Kindern, ebenfalls im Alter von 3 bis 5 Jahren. Diese war deutlich geringer mit einem $G = 0,58$. Auf beispielsweise 20 % der Kinder mit der höchsten Kariesbelastung entfielen damals 56 % der dmf-Zähne (Abb. 1, gestrichelte (linke) Lorenzkurve). Etwa 40 Jahre später (Daten des Beispiels aus 2000 bis 2005) ergibt sich die rechte Lorenzkurve mit einem $G = 0,78$. Jetzt entfallen auf 20 % der Kinder mit der höchsten Kariesbelastung 83 % der dmf-Zähne. Diese Zunahme der Konzentration ist eine Konsequenz aus der allgemeinen Verbesserung der Zahngesundheit der Kinder nach dieser Zeit.

Ein bestimmter Anteil von Kindern mit hoher Kariesbelastung wird der Gruppe mit einem besonders hohen Kariesrisiko (Risiko-Kinder) zugeordnet. Deren Identifikation erfolgt in der deutschen Gruppenprophylaxe im Rahmen zahnärztlicher Untersuchungen durch die DAJ-Kriterien, individuellen, dichotomen Klassifizierungen aufgrund vorhandenen Kariesbefalls, gemessen als dmft. Kinder im Alter von 3 Jahren beispielsweise werden dieser Risikogruppe zugeordnet bei einem $dmft > 0$, ganz gleich, ob sie nur einen oder vielleicht sogar 18 kariöse Milchzähne aufweisen. Informationen zur Schwere der Zahnerkrankung, die noch beim dmft vorhanden sind, gehen daher verloren. Die Erreichbarkeit der Risiko-Kinder für spezielle Prophylaxemaßnahmen zur Verringerung ihres Kariesrisikos ist limitiert, da sie über (fast) alle Kindergärten verteilt sind und hier gruppenprophylaktisch nicht einzeln betreut werden können. In Frage kommt derzeit nur eine Einrichtungsbetreuung in Form einer Intensivbetreuung aller Kinder in ausgewählten Kindergärten. Wiederholt man die Berechnung des Gini-Koeffizienten mit den Kindergärten des obigen Beispiels als Merkmalsträger (die 7.978 Kinder sind auf 170 Kindergärten verteilt), so ergibt sich mit $G = 0,287$ eine eher geringe Konzentration der dmf-Zähne in den 170 Kindergärten. Daher erreicht man, wie aus der Lorenzkurve in Abb. 2 abzulesen ist, mit einer Intensivbetreuung von beispielsweise 15 % dieser Einrichtungen mit der

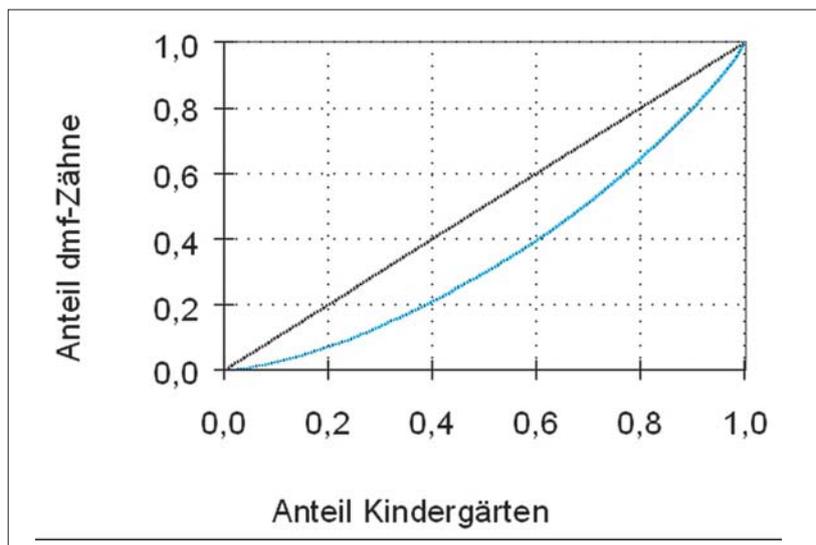


Abb. 2: Lorenzkurve für die Konzentration der Karies in Kindergärten (2000–2005).

Ranking der Kindergärten nach	R+	R+ / R-
Summe dmft	474	1 : 2,3
Mittelwert dmft	383	1 : 1,9
Summe Risiko-Kinder	494	1 : 2,3

Tab. 2: Anzahl erreichter Risiko-Kinder (R+) bei verschiedenen Rankingverfahren mit Beispieldaten aus den Jahren 2000-2005.

höchsten Konzentration an dmf-Zähnen lediglich etwa 28 % aller dmf-Zähne und somit 474 von 1.699 Risiko-Kindern (27,9 %). Die Auswahl erfolgt nach dmft-Summen-Ranking. Beim Ranking der Einrichtungen nach dmft-Mittelwerten (DAJ-Empfehlung) erreicht man mit 15 % derjenigen mit den größten Werten 383 von 1.699 Risiko-Kinder (22,5 %). Neben den dmft-Werten kann auch die Konzentration der identifizierten Risiko-Kinder selbst für diese Rechnung herangezogen werden. Dabei ergibt sich mit $G = 0,29$ eine ebenfalls geringe Konzentration. Immerhin erreicht man aber in 15 % der 170 Kindergärten dieses Beispiels mit dem größten Anteil Risiko-Kinder 494 von 1.699 (29 %). Die Ergebnisse dieser drei Auswahlverfahren sind in Tab. 2 zusammengefasst.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Herzog
 Universität Rostock
 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät
 Lehrstuhl für Statistik und Ökonometrie (Prof. Dr. R. Weißbach)
 D - 18051 Rostock
 E-Mail: michael.herzog@uni-rostock.de

Brigitte Brunner-Strepp

Zahnärztlicher Dienst des Landkreises Osnabrück 1987 bis heute – (M)ein starkes Team für gesunde Zähne!

Der Landkreis Osnabrück ist einer der größten Landkreise Niedersachsens – kaum kleiner als das Saarland. Jugendzahnpflege hat hier eine lange Geschichte; erste Aktivitäten gab es bereits kurz nach dem Krieg. Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindergärten wird seit 1982 regelmäßig durchgeführt; einen hauptamtlichen Jugendzahnarzt gibt es seit 1981. Eine mobile Dentaleinheit wurde – finanziert durch den Landkreis und die gesetzlichen Krankenkassen – 1986 in Dienst gestellt. Eine jährliche Sitzung des Arbeitskreises, dem die gesetzlichen Krankenkassen und das Gesundheitsamt angehören, wurde bis 2003 durchgeführt. Seither werden an die gesetzlichen Krankenkassen Haushaltspläne, Abrechnungen sowie Ergebniszahlen an die LAGJ Niedersachsen übermittelt.

Das Team des zahnärztlichen Dienstes wuchs nach dem Inkrafttreten des SGB V § 21 von drei Prophylaxefachkräften (PFK) und einer Zahnärztin in 1987 auf 17 PFK und zwei Zahnärzte. Sechs Honorarzahnärztinnen/-ärzte unterstützen das Team bei den Untersuchungen. In der Abteilung gibt es wenig Fluktuation. Auf der einen Seite bedeutet dies eine große

Kontinuität für die Einrichtungen und sehr erfahrene PFK, aber auch ein Team, dessen Altersdurchschnitt bei über 50 Jahren liegt.

Aber nicht nur das Team, sondern auch die Gruppenprophylaxe hat sich über die Jahre verändert. In Kindertageseinrichtungen kommen nach Diageschichten Handpuppen, Pantomime, Musical, Clownerie, Mitmachgeschichten und Kaspertheater zum Einsatz (Abb. 1). Das Ziel ist immer: Pädagogisch wertvolle altersgerechte Präventionsprogramme anbieten – jährlich wechselnd. Anschließend an den Prophylaxeimpuls werden immer praktische Zahnputzübungen in kleinen Gruppen zum Erlernen der KAI-Technik durchgeführt. Die Prävention in Grundschulen wird im Landkreis Osnabrück bedarfsorientiert durchgeführt. Altersgerechte Unterrichtseinheiten, Anfärben des Zahnbelages und Putzübungen stehen auf dem Programm. Von 1993 bis 2002 wurden im Rahmen der Intensivprophylaxe Kinder in kleinen Gruppen betreut. Seit 1996 werden in Schulen mit erhöhtem Prophylaxebedarf Fluoridierungsmaßnahmen angeboten.

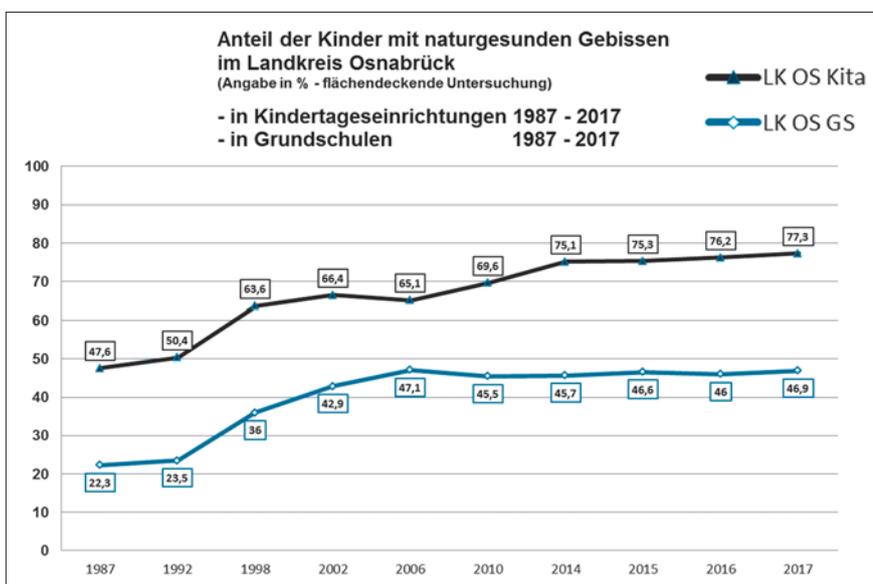
Das Thema Ernährung wurde in früheren Jahren mit großen Aktionstagen erarbeitet. Heute erhalten die Einrichtungen eine Einkaufsliste und Arbeitsanweisungen für die Kinder, um diese Projekte selbst zu gestalten. Ab dem Jahr 1989 erhielten Eltern mit zweijährigen Kindern einen Flyer und eine Kinderzahnbürste per Post zugesendet. Diese Aktion musste aus Datenschutzgründen eingestellt werden.

Schwerpunkt der Elternarbeit liegt derzeit beim vom Besuch von Elterncafés und bei der Gestaltung von Elternnachmittagen. PFK und Kinder bereiten einen gesunden Imbiss vor, der von Eltern und Kindern – nach einem Vortrag für die Eltern durch die Zahnärztin – gemeinsam verzehrt wird. Um die Eltern möglichst früh zu erreichen, werden Mutter-Kind-Gruppen sowie Krabbelgruppen betreut. Mit dem Netzwerk der Frühen Hilfen sowie dem Projekt Präventionsketten in



Abb. 1:
Handpuppen

Abb. 2: Anteile der Kinder mit naturgesunden Gebissen im Landkreis Osnabrück 1987–2017



Niedersachsen wird eng zusammengearbeitet. Auch Programme des Fachdienstes Jugend für junge Mütter und Mütter in schwierigen Lebenslagen werden unterstützt. Allen Multiplikatoren, die mit Kindern arbeiten, werden Fortbildungen angeboten. Zahnärztliche Untersuchungen finden in Kindertageseinrichtungen und Grund- und Förderschulen jährlich flächendeckend statt. Die Ergebnisse werden in einer Gesundheitsberichterstattung zusammengefasst.

So zeigt sich, dass in der Zeit von 1987 bis heute der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen in Tageseinrichtungen um ca. 30 Prozent anstieg, in Grundschulen um ca. 25 Prozent (Abb. 2). Der Mittelwert der kariösen und gefüllten

Zähne (decayed und filled Komponenten) im Milchgebiss sank in Kindertageseinrichtung von 2 auf 0,76. In Grundschulen sank der Wert der kariösen, gefüllten und wegen Karies entfernten bleibenden Zähne von 0,81 auf 0,21. Ein Nord-Süd-Gefälle blieb in den Kommunen des Landkreises über den gesamten Zeitraum bestehen. Um allen Kindern die gleiche Chance zu geben mit gesunden Zähnen aufzuwachsen, wird die Herausforderung der Zukunft die frühkindliche Karies sein. Diese Karies betrifft bereits 12 % der 3-jährigen Kinder. Ein Baustein hierzu ist die Verbindung des zahnärztlichen Untersuchungsheftes mit dem gelben Untersuchungsheft, das jedes Kind bis zur Einschulung begleitet.

Literatur bei der Autorin

Korrespondenzadresse:

Dr. Brigitte Brunner-Strepp
Landkreis Osnabrück
Gesundheitsdienst für Landkreis
und Stadt Osnabrück
Team Zahngesundheit
Am Schölerberg 1 · 49082 Osnabrück
Telefon: 0541/ 501 – 2121
Mobil: 0151 16004152
Fax: 0541/ 501 - 6 - 2121
Mail: brunner@llkos.de
www.landkreis-osnabrueck.de

Tina Krömer

Verbesserung der Mundhygiene pflegebedürftiger Menschen durch Schulung des Pflegepersonals im Kreis Ostholstein – Ergebnisse einer Interventionsstudie

Einleitung

Die heutige Bevölkerungsstruktur in Deutschland erfordert erheblich mehr Aufmerksamkeit für ältere Menschen. Derzeit ist jede/-r Fünfte älter als 65 Jahre. Zusätzlich stieg die durchschnittliche Lebenserwartung dieser Altersgruppe um viereinhalb Jahre. Mit dem demografischen Wandel nahmen auch die Anzahl der Pflegebedürftigen und die Anzahl der Patienten mit dementiellen Erkrankungen zu. Im Jahre 2005 wurden 677.000 Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen betreut [1]. Nur sechs Jahre später, 2011, stieg deren Anzahl auf 742.000 [2]. Die aktuelle Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden gibt an, dass im Jahr 2015 783.000 Menschen vollstationär gepflegt wurden. In den insgesamt 13.600 Pflegeheimen (einschließlich teilstationärer Angebote) arbeiteten 730.000 Beschäftigte [3].

Ältere Senioren mit Pflegebedarf (75–100-Jährige) weisen eine schlechtere

Mundhygiene auf und benötigen mehr Hilfe bei der Mundhygiene als Senioren ohne Pflegebedarf [4]. Zehnmal häufiger als noch im Jahr 1997 verfügen Senioren heute über Implantate [5]. Die Pflege von hochwertigerem Zahnersatz erfordert mehr Zeit.

Die Anforderungen an das Pflegepersonal steigen auch, weil Fertigkeiten bei der Reinigung von Implantaten und Suprakonstruktionen erworben werden müssen.

Bei Pflegebedürftigen in Einrichtungen wurden Defizite bezüglich der Mundgesundheit durch zahlreiche Studien nachgewiesen. Schon 2001 verdeutlichte Susanne Soppart-Liese Ursachen für ungenügende Mundhygiene bei Pflegebedürftigen. Sie führte neben Zeitmangel den ungenügenden Wissensstand des Personals an und wies auf deren Unkenntnis über die Folgen oraler Erkrankungen für den Gesamtorganismus hin [6]. Eine Studie der Universität München zeigte auf, dass durch zahnmedizinische Unterwei-

sungen des Pflegepersonals eine signifikante Verbesserung der Mundhygiene bei den Studienteilnehmern erreicht werden konnte (76 %) [7]. Gemessen daran ist es möglich gesundheitliche Folgen mangelnder Mundhygiene im Alter zu vermeiden und die Bedeutung adäquater Zahn- und Mundhygiene für die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu verdeutlichen.

Material und Methoden

In der von mir als Pilotprojekt gestarteten Interventionsstudie habe ich im Zeitraum von 2016 bis 2018 die Mundhygiene von 141 Pflegebedürftigen vor und nach einer Schulung des Pflegepersonals untersucht. Gemäß der Ergebnisse der Münchner Studie formulierte ich in meiner Hypothese, dass nach Schulung des Pflegepersonals eine Verbesserung der Mundhygiene bei den Pflegebedürftigen zu erwarten ist. Sowohl bei der Vor- als auch bei der Nachuntersuchung wurden dieselben fünf

zahnmedizinischen Parameter zur Mundhygiene dokumentiert. Erhoben wurden jeweils ein Wert für das Ausmaß des Zahnbelags (Plaque-Index 0-3), das Vorkommen von Gingivitis (ja/nein), die Beschaffenheit der Zunge (sauber/belegt), den Denture-Hygiene-Index (DHI, Verschmutzungsgrad von Prothesen) im Oberkiefer und den DHI im Unterkiefer.

Die Studienteilnehmer gehören zu sechs Pflegeeinrichtungen im Kreis Ostholstein. Das Kreisgebiet im Schleswig-Holsteinischen Hügelland umfasst den Ostteil der Halbinsel Wagrien, die zwischen Kieler Bucht und der Lübecker Bucht in die Ostsee ragt sowie die ihr vorgelagerte Insel Fehmarn, die durch die Fehmarnsundbrücke mit dem Festland verbunden ist. Die Nachbarkreise sind im Westen die Kreise Plön und Segeberg, im Süden die kreisfreie Stadt Lübeck und der Kreis Stormarn (Abb.1).

Anschließend an die Voruntersuchung fand eine 90-minütige Schulung des Pflegepersonals in Theorie und Praxis statt. Nach der Schulung gab es für das Pflegepersonal sowohl eine Teilnahmebescheinigung als auch ein Handout über Zahn- und Prothesenpflege. Drei Monate später erfolgte durch mich die Nachuntersuchung bei den gleichen Pflegebedürftigen. Im Kreis Ostholstein bestand in den Ausbildungsstätten für Pflegerinnen und Pfleger ein Mangel an entsprechenden Unterrichtseinheiten. Für das Pilotprojekt erarbeitete ich ein auf das Pflegepersonal abgestimmtes Schulungsprogramm. Inhalte des Programms waren die Pflege natürlicher Zähne, festsitzender und herausnehmbarer Zahnersatz, Munderkrankungen, Ernährung bei Pflegebedürftigen, Entstehung von Karies durch Mundtrockenheit (Xerostomie), Folgen mangelnder Mundhygiene (Endokarditis, Gelenkrheumatismus) und die Bedeutung der Zungenreinigung. Die Pflegekräfte betreuen Bewohner mit neurologischen Erkrankungen (Parkinson, multiple Sklerose, Tremor, Schlaganfall), Erkrankungen der Gelenke (Arthrose, Gicht oder Rheuma), Hör- und Visuseinschränkungen, welche in allen Schulungen berücksichtigt wurden. Mit dem Pflegepersonal wurde auch ausführlich besprochen, dass bei Pflegebedürftigen die Multimedikation (Antihypertensiva, Psychopharmaka) und die altersbedingte Antriebslosigkeit (20 % der 65-Jährigen) zur Vernachlässigung der eigenen Mundhygiene beitragen.

Abb. 1: Gebietskarte des Kreises Ostholstein



Abb. 2: Plaqueindex (0–3) bei Pflegebedürftigen vor und nach der Schulung des Pflegepersonals

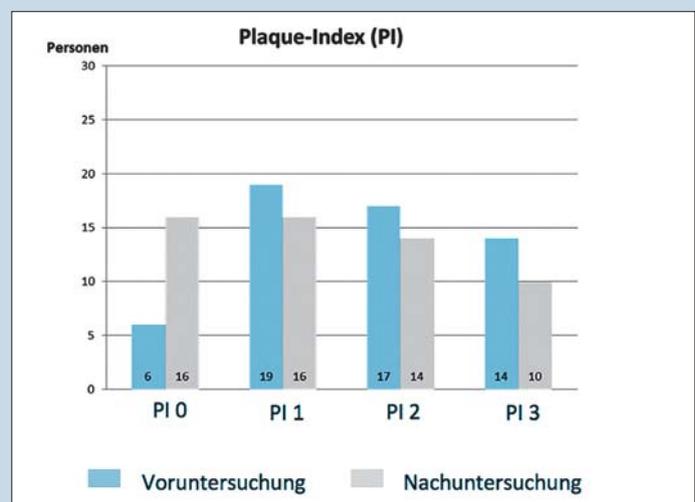
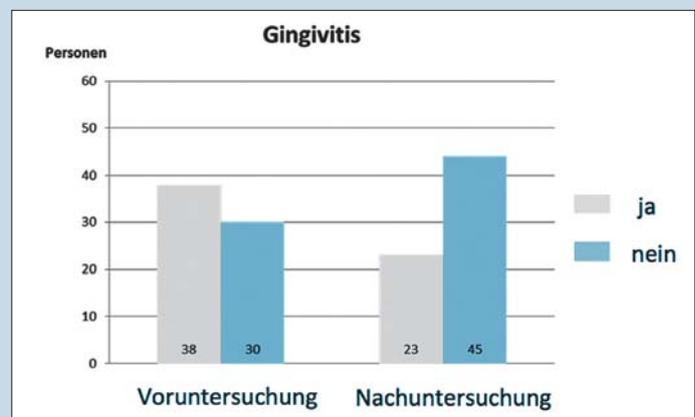


Abb. 3: Diagnose Gingivitis (Ja/Nein) bei Pflegebedürftigen vor und nach der Schulung des Pflegepersonals



Ergebnisse

Die Ergebnisse der Nachuntersuchung belegen bei beeinträchtigenden/pathologischen Werten in der Voruntersuchung für alle in der Studie verwendeten Parameter Verringerungen um durchschnittlich 21%. Die Kategorie Null (keine Belag) beim Plaqueindex wurde über

zweieinhalbmal häufiger dokumentiert, eine Verbesserung um 166%. In den Kategorien 1 bis 3 zeigte die Auswertung des Plaqueindex eine Verringerung des Vorkommens von Zahnbelag bei den Betroffenen (16 %, 18 %, 29 %) (Abb. 2). Der Anteil an Gingivitiden sank in der Nachuntersuchung im Vergleich zur Voruntersuchung mit 56 % Erkrankten

auf 34 % (Abb. 3). Hatten bei der Voruntersuchung noch 52 % der teilnehmenden Pflegebedürftigen eine belegte Zunge, waren es bei der Nachuntersuchung nur noch 29 % (Abb. 4). Vor der Schulung wurden mittels Denture-Hygiene-Index für den Oberkiefer 94 % der Prothesen als verschmutzt dokumentiert, nach der Schulung 23 % weniger (Abb. 5). Ein Vergleich zwischen DHI des Ober- und des Unterkiefers ergab keine bedeutenden Unterschiede. Bei der Voruntersuchung wurden 89 % der Prothesen des Unterkiefers als verschmutzt eingestuft und 71 % bei der Nachuntersuchung (Abb. 6).

Hinsichtlich meiner aufgestellten Hypothese konnte ich belegen, dass bereits eine Schulung des Pflegepersonals zu deutlichen Verbesserungen der Mundhygiene bei den untersuchten Pflegebedürftigen führte. Die Studie verdeutlicht zudem mittels der ausgewählten Parameter die Quantität und Qualität der Verbesserung der Mundhygiene nach der Schulung.

Bemerkenswert ist auch die hohe Motivation des Pflegepersonals während und nach der Schulung. Sie lobten das interaktive Arbeiten und waren bereit die neuen Kenntnisse anschließend umzusetzen. Den Heimleitungen ist verdanken, dass in den sechs Einrichtungen die Untersuchungen und die Schulung durchgeführt werden konnten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Zahn- und Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Menschen verbessern lässt, wenn Altenpflege und Zahnmedizin zusammenarbeiten.

Fazit

Die im Projekt angebotene Schulung des Pflegepersonals in Theorie und Praxis der Mundpflege sollte weitergeführt und regelmäßig angeboten werden. Zudem wird es als sehr wichtig erachtet im Kreis Ostholstein Unterrichtseinheiten über Zahn- und Mundgesundheit in den Ausbildungsstätten für Pflegerinnen und Pfleger vorzuhalten. Es empfiehlt sich, dabei folgende zwei Schwerpunkte zu setzen, die Bedeutung der Mundgesundheit für die allgemeine Lebensqualität im Alter und die Folgen mangelnder Mundhygiene für die Allgemeingesundheit von Pflegebedürftigen. Für den Kreis Ostholstein wäre es ein weiteres Ziel mehr Zahnärztinnen/-ärzte in Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen einzubinden. Darü-

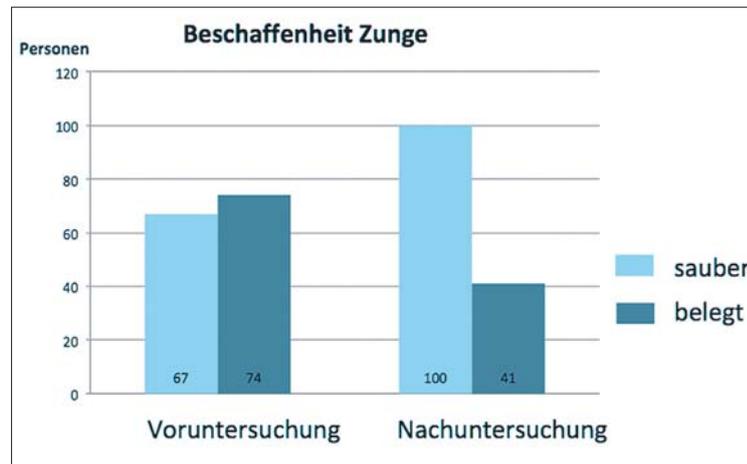


Abb. 4: Belag auf der Zunge (sauber/belegt) bei Pflegebedürftigen vor und nach der Schulung des Pflegepersonals

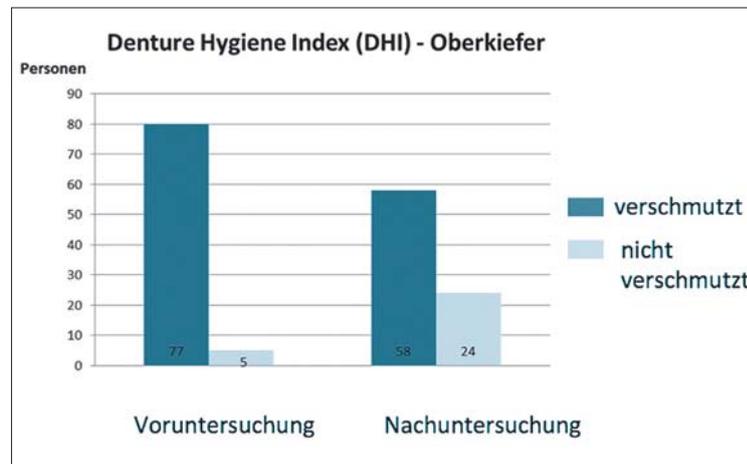


Abb. 5: Denture Hygiene Index für den Oberkiefer (verschmutzt/nicht verschmutzt) bei Pflegebedürftigen vor und nach der Schulung des Pflegepersonals

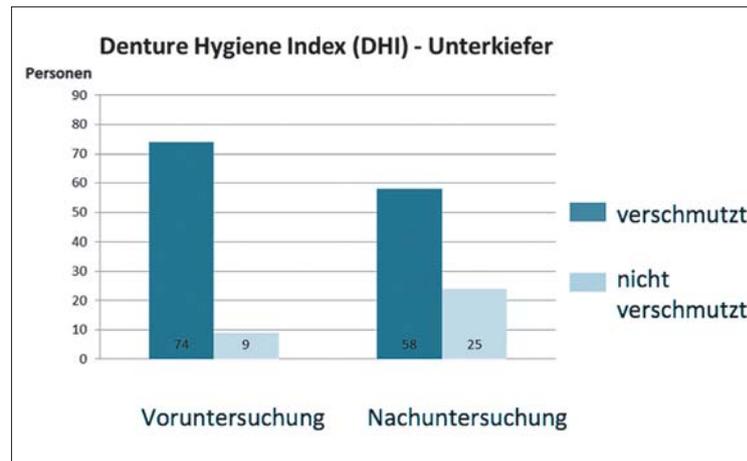


Abb. 6: Denture Hygiene Index für den Unterkiefer (verschmutzt/nicht verschmutzt) bei Pflegebedürftigen vor und nach der Schulung des Pflegepersonals

ber hinaus ist anzumerken, dass die Prophylaxe in Pflegeheimen genauso notwendig ist wie in Kindergärten und Schulen, wo präventive Maßnahmen von zahnmedizinischen Fachangestellten oder Prophylaxefachkräften im Rahmen der Jugendzahnpflege/Gruppenprophylaxe übernommen werden. Es ist notwendig, am Ball zu bleiben, um der steigenden Anzahl Menschen mit Pflegebedarf gerecht zu werden. Es ist dabei wichtig, die Aufmerksamkeit in größerem Maße als bisher auf eine adäquate Mundpflege zu lenken.

Korrespondenzadresse

Dr. Tina Krömer
Zahnärztin
Kreis Ostholstein
Fachdienst Gesundheit
Zahnärztlicher Dienst
Holstenstraße 52
23701 Eutin
Tel. (04521) 788-151
E-Mail: t.kroemer@kreis-oh.de

Literatur bei der Redaktion

Hans-Christoph Hushahn

Zahnärztliche Untersuchungen bei neu zugewanderten Kindern – Ein Erfahrungsbericht

Seit Oktober 2012 arbeite ich im Schulzahnärztlichen Dienst im Stadtbezirk Hamburg-Nord und besuche seitdem regelmäßig Grundschulen und weiterführende Schulen (Stadtteilschulen, Gymnasien und Förderschulen). In meinem Bezirk untersuche ich sechs- bis zwölfjährige Schulkinder nach dem Hamburger Schulgesetz und führe weit über 6000 Untersuchungen pro Schuljahr durch.

Im Herbst 2016 habe ich zum ersten Mal eine provisorische Schule in einer Erstaufnahmeeinrichtung besucht und dort neu zugewanderte Kinder zahnärztlich untersucht. Eine Ressourcenerweiterung von zwei weiteren Stunden pro Woche ergab dann die Möglichkeit, nun regelmäßig alle zwei Wochen in Aufnahmeeinrichtungen Untersuchungen von Kindern durchzuführen (Abb. 1). Die Untersuchungen hier sind nicht für alle Kinder verpflichtend sondern basieren zum Teil auf freiwilliger Teilnahme. Für sechs- bis sechzehnjährige Schulkinder ist die Untersuchung jedoch durch das Hamburger Schulgesetz gesetzlich geregelt. Der Unterricht in den Erstaufnahmen wurde zu einem großen Teil durch ehrenamtliche tätige Lehrkräfte realisiert.

Der Ablauf der Untersuchungen war hierbei nicht anders als in den Hamburger

Schulen. Zuerst nahmen wir Kontakt mit den Leitungen auf und sprachen einen Untersuchungstermin ab. Zu diesem Termin führten wir unsere Gerätschaften, wie Mundspiegel, Handschuhe und Mundschutz, Flächendesinfektion, sowie eine mobile Untersuchungsampe mit. In den Aufnahmeeinrichtungen bezogen wir dann meist einen Gruppenraum und bauten dort unseren Untersuchungsplatz auf. Einen Tisch bestückten wir mit Zahncremes und Kinderzahnbürsten, die wir von der Hamburger Hilfs-Organisation Hanseatic Help als Spende erhielten. Einschließlich einer Unterweisung zur Mundhygiene verteilten wir diese Zahnpflegemittel als kleine Belohnung an alle Untersuchten (Abb. 2). Unsere Geschenke wurden durchweg gerne in Empfang genommen und wirkten zudem motivierend auf manche Kinder, unser Untersuchungsangebot anzunehmen. Im Unterschied zu den Untersuchungen an Schulen kamen in den Unterkünften häufig die Eltern mit ihren Kindern zu unserem Untersuchungstermin. Aufgrund der Sprachbarriere war dabei die Verständigung mit den Erwachsenen teilweise erschwert. Erfreulicherweise erlernten die Kinder häufig sehr schnell die deutsche Sprache und halfen Fragen oder Anliegen zu übersetzen.

Schon während meiner ersten Untersuchung in einer Aufnahmeeinrichtung war deutlich erkennbar, dass die meisten Kinder aus Krisengebieten (90 % stammten aus Afghanistan, Syrien und Irak, 10 % aus Eritrea, Somalia, Ägypten, Marokko und anderen Ländern) eine vergleichsweise sehr hohe Quote an erkrankten Gebissen aufwiesen und dringend einer zahnärztlichen Behandlung bedurften. Nicht selten waren bei den Untersuchten vier oder mehr Milchzähne kariös und häufig auch schon die bleibenden Zähne von Kavitäten betroffen. Zudem war auch die Mundhygiene bei vielen stark vernachlässigt.

Um meine Kommunikation mit den Eltern zu verbessern, entwickelte ich einen mehrsprachigen Befunddokumentationsbogen in Deutsch, Englisch und Arabisch. Zudem enthält der Dokumentationsbogen ein Zahnschema in Form eines leicht verständlichen Piktogramms, auf dem die kariösen Zähne dunkel markiert werden (Abb. 3). Somit können auch Analphabeten erkennen, welche Zähne behandlungsbedürftig sind.

Für die Unterkunfts-Leitungen entwarf ich einen Termin-Flyer, der an alle Familien verteilt werden kann und der Zeitraum und Ort der jeweiligen Untersuchungen rechtzeitig ankündigt.

So wurden im Schuljahr 2016/2017 fast 600 neu zugewanderte Kinder untersucht und deren Zahnstatus dokumentiert. Das Erfassen der persönlichen Daten der Geflüchteten erfolgte in aggregierter und anonymisierter Form handschriftlich. Die vorgenommene Erfassung der Zahnstatus ermöglichte neben der Mitteilung des Behandlungsbedarfs an die Eltern dennoch auch einen Vergleich der Ergebnisse bei neuzugewanderten Schulkindern mit schulzahnärztlichen Untersuchungen in Hamburg 2015/16. 382 der Neuzugewanderten waren Schulkinder im Alter zwischen sechs und sechzehn Jahren. Diese Anzahl entspricht etwa der Hälfte der Schulpflichtigen in den besuchten Aufnahmeeinrichtungen. Die anderen schulpflichtigen Kinder waren am Untersuchungstag dem Unterricht ferngeblieben.

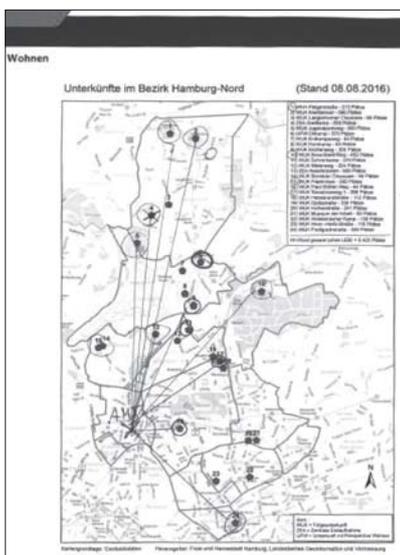


Abb. 1 (links): Skizze zur Lage der Erstaufnahmeeinrichtungen im Bezirk Hamburg Nord

Abb. 2 (oben): Interessierte Kinder bei Unterweisung zur Mundhygiene

Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
untersuchter neu zugewanderter Schulkinder	Zahnstatus mit kariösen oder kariös zerstörten Zähnen (d-t oder D-T > oder = 1)	kariöser Milchzähne (d-t)	kariöser permanenter Zähne (D-T)	kariöser oder kariös zerstörter Zähne insgesamt (Summe von d-t und D-T)	Zahnstatus mit vier oder mehr kariösen oder kariös zerstörten Zähnen (d-t und oder D-T > oder = 4)
382	144	305	277	582	75

Tab. 1: Untersuchungsergebnisse für ausgewählte Komponenten des dmf-t oder DMF-T bei neu zugewanderten Schulkindern in Erstaufnahmen im Alter von 6 bis 16 Jahren

Unregelmäßigkeiten beim Schulbesuch kamen sehr häufig vor, berichteten die Lehrkräfte. Außer den kulturellen Gepflogenheiten in den Herkunftsländern (zum Teil keine Schulpflicht) oder den momentanen Lebensumständen in den Aufnahmeeinrichtungen konnten keine Gründe dafür in Erfahrung gebracht werden.

In der hier vorgestellten, vereinfachten Statistik wurden die Anteile der Kinder mit kariösen Befunden im Zahnstatus und die Anteile von Kindern mit vier oder mehr kariösen Zähnen (decayed Komponente des dmf-t bzw. DMF-T) als Vergleichsgrößen ausgewählt. Von den 382 Kindern hatten 144 Kinder Karies oder zerstörte Zähne (37%). 75 der einbezogenen neuzugewanderten Kinder wiesen Gebisse mit vier oder mehr kariösen Zähnen auf. Extrahierte Zähne wurden nicht

	Anteile kariöser erkrankter Gebisse (d-/D-Komponenten)	Anteile der Zahnstatus mit vier oder mehr kariösen Zähnen
Schülerinnen und Schüler Hamburger Schulen	5%	1,6%
Schülerinnen und Schüler in den Erstaufnahmen	37%	20%

Tab. 2: Anteile kariöser erkrankter Gebisse und der Zahnstatus mit vier oder mehr kariösen Zähnen bei neu zugewanderten und bei Hamburger Schulkindern im Vergleich

gezählt, da die Beurteilung der Ursache bei Milchzähnen (Exfoliation oder Extraktion auf Grund von Karies) kaum möglich war (Tab. 1).

In Hamburg wurden im Schuljahr 2015/16 insgesamt 56.187 Schülerinnen und Schüler untersucht. Bei 2.649 davon wurden kariös erkrankte Gebisse doku-

mentiert (5%). Nur 1,6% der untersuchten Schülerinnen und Schüler wiesen Zahnstatus mit vier oder mehr kariösen Zähnen auf. Bei den Neuzugewanderten war im Vergleich mit den Hamburger Schulkindern der Anteil der Kinder mit kariösen Zähnen mehr als siebenmal höher (7,4-mal). Auch der Anteil der Gebisse mit vier oder mehr kariösen Zähnen war deutlich höher (Tab. 2). Die Gebisse der Kinder von Neuzuwanderern weisen im Durchschnitt somit deutlich häufiger und an mehr Zähnen kariöse Läsionen auf, als die der Hamburger Schulkinder.

Unser Untersuchungsangebot in den Unterkünften wurde sehr gut angenommen. Wir führten für die Neuzugewanderten außerdem Zahnputzinstruktionen an Modellen durch und entwickelten ein Fortbildungsangebot in Form von Workshops für die Betreuerinnen und Betreuer. Wir vermittelten dabei Grundwissen zur Zahnanatomie, zu Zahnerkrankungen, Mundhygiene und Ernährung (Abb. 4 und 5). In enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen der Gesundheitsförderung des Bezirks Hamburg Nord stellten wir in der lokalen Presse die Workshops öffentlich vor.

Immer häufiger sehen wir Kinder mit sanierten Gebissen (Füllungen und Kronen) und einer tadellosen Mundhygiene. Dennoch bedarf es weiterer gesundheitsfördernder Aktivitäten, um den



Abb. 3 (links): Befundbogen; der Befund, Namen und Geburtsdatum sind fiktiv

Abb. 4 (oben): Ausmalbogen zur Mundhygiene

Sanierungsgrad bei neu zugewanderten Kindern, und das (Zahn-)Gesundheits- und Hygienebewusstsein zu verbessern. Eine solche Aufarbeitung kann jedoch aus meiner Sicht nur durch eine entsprechende Erweiterung von Ressourcen erfolgreich geleistet werden. Bedarfsgerechte präventive Maßnahmen, wie unsere flächendeckenden schulzahnärztlichen Untersuchungen, schützen nicht nur die Gesundheit unserer Kinder, sondern verringern auch die Kosten, für später eventuell anfallende Versorgungen mit Brücken und Kronen.

Mir persönlich macht diese Arbeit mit Kindern viel Freude. Die ansteckende Fröhlichkeit der Kinder lässt einen leicht vergessen, was manche Kinder im Krieg und auf der Flucht zu erleiden hatten. Hin und wieder sehen wir Kinder mit Narben und anderen Spuren von vergangenen Gewalteinwirkungen. Zum Glück sind zumindest die äußerlich sichtbaren Traumata gut verheilt und fast alle Kinder bringen erstaunlich viel Vertrauen und gute Laune mit zu unseren kleinen Zahnevents, die für sie in vertrauter Umgebung im

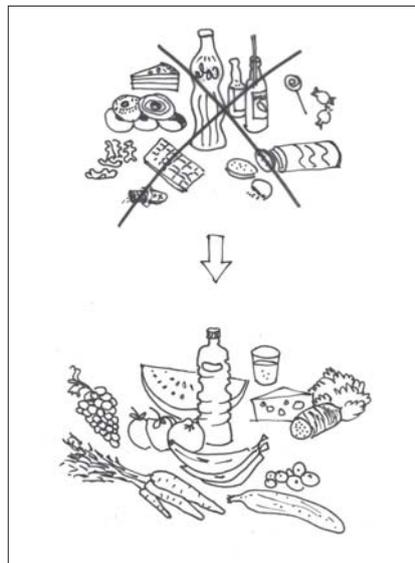


Abb. 5: Ausmalbogen zur Ernährung

Setting ihrer Unterkunft stattfinden. Ich empfinde es als eine dankbare Aufgabe, das gesundheitliche Wohlergehen dieser Kinder zu unterstützen und einen kleinen Teil zu ihrer Integration beizutragen, wie zum Beispiel durch ein kariesfreies Lachen.

Hinweis zu Abbildung 3: Befundbogen, der Befund, Namen und Geburtsdatum sind fiktiv.

Korrespondenzadresse

Dr. med. dent. Hans-Christoph
Hushahn
Tibarg 38 · 22459 Hamburg
Fachamt Gesundheit
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Eppendorfer Landstrasse 59
20249 Hamburg
Tel 040/42804-2921
E-Mail: hans-
christoph.hushahn@hamburg-
nord.hamburg.de

Literatur beim Autor



69. Wissenschaftlicher Kongress Der Öffentliche Gesundheitsdienst „Mitten in der Gesellschaft“ 04. bis 06. April 2019 in Kassel

**Tagungsort: Kongress Palais Kassel
Holger-Börner-Platz 1 · 34119 Kassel**

Die Preise für die Kongress- und Tageskarten verstehen sich Mehrwertsteuerfrei, die Preise für das Rahmenprogramm sind inkl. der gesetzlichen MwSt.

	für Mitglieder BVÖGD und BZÖG	für Nicht- Mitglieder
Kongresskarte 4.–6. April 2019	215,00 EUR	300,00 EUR
Tageskarten		
Donnerstag, 04.04.2019	90,00 EUR	110,00 EUR
Freitag, 05.04.2019	90,00 EUR	110,00 EUR
Samstag, 06.04.2019	60,00 EUR	80,00 EUR

**Rahmenprogramm
Donnerstag, 4. April 2019**

Empfang des Bundesverbandes und des Landesverbandes Hessen und Eröffnung der Industrierausstellung	kostenfrei	kostenfrei
Stadtrundgang – Vorderer Westen	9,50 EUR	9,50 EUR

Freitag, 5. April 2019

Stadtrundgang – documenta Außenwerke	9,50 EUR	9,50 EUR
Ein märchenhafter Abend mit den Brüdern Grimm	28,- EUR pro Person, exklusive Getränke	28,- EUR pro Person, exklusive Getränke

Samstag, 06. April 2019

Stadtrundgang – Matressen, Flöhe und Intrigen	24,- EUR	24,- EUR
---	----------	----------

Die Teilnahme an den Workshops für Hygieneinspektoren/innen, Gesundheitsaufseher/innen und Hygieneingenieure/innen am Donnerstag sowie für die sozialmedizinischen Assistenten/innen und medizinischen Fachangestellten am Freitag ist kostenlos. Eine zusätzliche Kongresskarte ist nicht erforderlich, eine Anmeldung ist jedoch zwingend erforderlich. Anmeldung für die Programmteile für **Hygieneinspektoren/innen, Gesundheitsaufseher/innen und Hygieneingenieure/innen** erfolgt per E-Mail an: Herr Klaus Baritz, Vorsitzender des Landesverbandes Hessischer Hygieneinspektoren e.V., klaus.baritz@schwalm-eder-kreis.de oder Frau Nina Rohrbach, Geschäftsführerin des Landesverbandes Hessischer Hygieneinspektoren e.V., nina.rohrbach@hef-rof.de Für **Sozialmedizinische Assistenten/innen und medizinische Fachangestellte** erfolgt die Anmeldung per E-Mail an Frau Petra Haas, kinderundjugendgesundheit@kassel.de

*Die Preise erhöhen sich bei Registrierung vor Ort im Kongressbüro um jeweils 10,00 EUR. Eine Rückerstattung der Teilnahmegebühr (abzüglich 30,00 EUR Bearbeitungsgebühr) ist nur bei Stornierung bis zum 28.2.2019 möglich. Bitte beachten Sie, dass die Zulassung zum Kongress nur bei erfolgter Zahlung gestattet ist.

**Bei Fragen wenden
Sie sich bitte an:**

Sabrina Steder
m:con –
mannheim:congress
GmbH
Tel.: +49(0)621 /
41 06 – 199
Fax: +49(0)621 /
41 06 – 80 199
sabrina.steder@mcon-mannheim.de

Weiteres unter:
www.bvoegd-kongress.de

**Das zahnärztliche Kongress-
programm finden Sie unter:**
[https://www.bzoeg.de/
kongress-leser/items/Kongress-
Kassel-2019.html](https://www.bzoeg.de/kongress-leser/items/Kongress-Kassel-2019.html)