

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



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

# ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

54. Jahrgang / November 2024 [www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

GBE Niedersachsen  
für die  
Gruppenprophylaxe

---

Kinderschutz im  
Zahnärztlichen  
Gesundheitsdienst

---

Gesundheitsamt  
in der NS-Zeit



## Erfolgreiches Prophylaxeprojekt

# 2.24



# EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

gern möchte ich Ihr Interesse für die Veröffentlichungen von Beiträgen der Bundeskongresse des BVÖGD e.V. und BZÖG e.V. in Potsdam und Hamburg in diesem Heft des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes wecken. Die Themen bewegen sich auf einer großen fachlichen und geografischen Palette. Der deutschlandweite kollegiale Austausch und das fachliche Engagement gehören zu unseren Stärken, nicht nur bei den gemeinsamen Kongressen, sondern auch in der Gremienarbeit des Vorstands, des erweiterten Vorstands, der Arbeitsgruppen ‚Gesundheitsberichterstattung‘, ‚Qualitätsmanagement‘ und ‚Kinderschutz‘ sowie bei den Aktivitäten der Landesstellen. Eine positive Entwicklung verzeichnen auch die Mitgliederzahlen des BZÖG. Besonders geschätzt ist unter neuen Kolleginnen und Kollegen, dass sie auf Expertinnen und Experten treffen, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit ihnen teilen. Wer sich engagieren möchte, findet zudem schnell eine entsprechende Aufgabe.

Wenn Patientinnen oder Patienten Untersuchungen und Behandlungen meiden, kann Zahnbehandlungsangst eine Ursache sein. Dass Therapien Erfolge aufweisen und die Probleme gemindert werden können, zeigt Kollege Dr. Florian Heuser aus Nordrhein. Ebenfalls aus Nordrhein (Gesundheitsämter Bergheim und Düsseldorf) kommt ein Gruppenbeitrag zur Evaluation von Kinderschutzmaßnahmen im Zahnärztlichen Gesundheitsdienst. Das Thema Gesundheitsberichterstattung griffen die Autorinnen Nicola Jahn aus Niedersachsen und Dr. Gunda Adolphi aus Hessen auf. Jahn analysierte Jahresstatistiken der Dekade 2010/11 bis 2019/20 in Hinblick auf die Entwicklung der Karieserfahrung nach Alter und



Dr. Silke Riemer

Einrichtungsarten. Adolphi betrachtete die Zahnstatusentwicklungen in ausgewählten Altersgruppen vor und nach der SARS-CoV-2-Pandemie. Ein Alleinstellungsmerkmal trägt für mich der medizinhistorische Kongressbeitrag der Kollegin Dr. Jana Andreeva über das Gesundheitsamt Sondershausen 1933-1945. Ihr gelingt es anhand von Akten aus dem Staatsarchiv Thüringen dem Schicksal einiger NS-Opfer von Zwangsterilisationen nachzugehen und beispielhaft die vorgegebene Rolle des Amtes und seines Leiters herauszuarbeiten. Es zeigt sich, dass besondere Vorsicht geboten ist, nicht an den Argumentationsketten und der Wortwahl der NS-Zeit haften zu bleiben.

Ich freue mich besonders, Ihnen auch außerhalb der Kongressbeiträge das erfolgreiche Prophylaxe-Projekt in ‚Deutsch als Fremdsprache‘-Klassen im Kreis Segeberg vorstellen zu können, dass uns aus Schleswig-Holstein erreichte.

Seit Monaten laufen die Vorbereitungen für den Bundeskongress 2025 in Erlangen, der unter dem Motto „Netzwerke im ÖGD-Gesundheit kreativ, digital und lebensnah gestalten“ steht. Die Zahl der beteiligten

Institutionen, Bundesverbände und Fachgesellschaften für diesen Kongress ist besonders hoch, da er wie schon 2017 in München mit der jährlichen Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) für die bayerischen Kolleginnen und Kollegen kombiniert wird. Neben BVÖGD, BZÖG, der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin e.V., der Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen organisieren starke Partner, wie das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, das LGL, die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und der Ärzteverband ÖGD Bayern e. V. diese besondere Fachveranstaltung gemeinsam. Terminlich fiel die Entscheidung auf die Kongressstage Dienstag, den 1. April bis Freitag, den 4. April 2025.

Lassen Sie uns wie bisher, zukünftige Herausforderungen im ÖGD gemeinsam gestalten und zum Gelingen einer bevölkerungsbezogenen Prophylaxe von Zahn-, Mund-, Kiefererkrankungen und zur Angleichung von Gesundheitschancen beitragen.

Ihre Silke Riemer,  
Redaktion Zeitung BZÖG



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

### 03 Editorial

Silke Riemer

### Kongressbericht

### 05 Adhärenz zum Zahnarztbesuch bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst nach durchlaufener kognitiver Verhaltenstherapie

Florian Heuser

### 07 Kinderschutz im Zahnärztlichen Gesundheitsdienst – Eine Bestandsanalyse acht Jahre nach Einführung eines Präventionsprogramms

Pantelis Petrakakis, Angela Bergmann, Alexandra Flottmann, Sabine Fiedler, Xenia Braun, Uta Brix

### 10 GBE zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Niedersachsen – Ein Rückblick für den Fortschritt

Nicola Jahn

### 14 Das Gesundheitsamt Sondershausen 1933–1945 und seine Rolle bei der Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“

Jana Andreeva

### 18 Entwicklung des Zahnstatus von Kita-Kindern im Main-Kinzig-Kreis vor und nach der SARS-COV-2-Pandemie

Gunda Adolphi

### Bericht

### 19 Vorstellung eines Prophylaxeprojektes – Wie kann das Putzverhalten von DaZ-Schüler\*innen unter Berücksichtigung soziokultureller Unterschiede verbessert werden?

Nastaran Mehdizadeh, Claudia Herzog, Stephanie Voigt, Doris Veith

### Aktuelles

### 23 Statement des BZÖG zum Tag der Zahngesundheit

Pantelis Petrakakis

### 24 Kongress 2025 in Erlangen

### Bildrechte (copyright)

Titelbild: Alle Bildrechte liegen beim Kreis Segeberg, Gesundheit

Kongressbericht Andreeva:

Jede Dritt- und Weiterverwertung der Reproduktionsvorlagen bedarf einer erneuten Genehmigung durch das Staatsarchiv (Thüringer Archiv-Benutzungsordnung vom 26. Februar 1993).

Bei Zuwiderhandlungen behält sich das Staatsarchiv die Einlegung von Rechtsmitteln vor.

Editorial, Kongressbeiträge, Beiträge und Artikel:

Alle Bildrechte liegen bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren bzw. deren kommunalen Arbeitgebern.

## Impressum

### ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.24

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

#### Herausgeber:

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

#### 1. Vorsitzende:

Dr. Ilka Gottstein  
Warteberg 27, 37327 Leinefelde-Worbis  
Tel.: 01 52/09 85 52 56  
E-Mail: gottstein@bzoeg.de

#### 2. Vorsitzende:

Simona Mitter  
Kreis Unna, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz, Zahnärztlicher Dienst  
Platanenallee 16, 59425 Unna  
Tel: 0 23 03/27 27 53, E-Mail: mitter@bzoeg.de

#### Geschäftsführung:

Manja Ulrich  
Am Birnengarten 40, 39116 Magdeburg  
Tel: 03 91/5 40 60 86, E-Mail: ulrich@bzoeg.de

#### Redaktion Zeitung:

Dr. Silke Riemer, M.A.  
Möllhausenufer 33, 12557 Berlin  
Tel.: 01 76/58 67 90 58, E-Mail: riemer@bzoeg.de

#### Redaktion Internet:

Dr. Gunda Adolphi  
Gesundheitsamt  
Zahnärztlicher Dienst  
Sachgebietsleitung Main-Kinzig-Kreis  
Barbarossastraße 24, 63571 Gelnhausen  
Telefon: 06051 85-11591  
E-Mail: adolphi@bzoeg.de

#### Anzeigenverwaltung:

Schatzmeisterin: Susanne Richter  
Humboldtstraße 30, 38820 Halberstadt  
Tel: 0174/6 01 98 36, Fax: 03941/56 96 33  
E-Mail: richter@bzoeg.de

Bankverbindung: Foerde Sparkasse  
IBAN: DE55210501700019205558  
BIC: NOLADE21KIE

#### Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Abdul Razak Bissar  
Gesundheitsamt Heidelberg, Kurfürsten Anlage 38–40,  
69115 Heidelberg  
Telefon: 0174 5675556  
E-Mail: bissar@bzoeg.de

#### Zeitungsbeirat:

Dr. Angela Bergmann, Düsseldorf  
Dr. Christoph Hollinger, Hagen  
Dr. Andrea Büchting, Berlin

#### Gesamtherstellung:

Druckerei Krähmer, Berlin

#### Satz:

uwe.wolf@satzbaumeister.de

#### Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint zweimal im Jahr. Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 7,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten. Bestellungen werden von der Geschäftsführung entgegengenommen. Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

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

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

[www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

Florian Heuser

# Adhärenz zum Zahnarztbesuch bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst nach durchlaufener kognitiver Verhaltenstherapie

Die Angst vor einer Zahnbehandlung ist ein weitverbreitetes Phänomen. Bis zu 60 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland gaben bei einer repräsentativen Erhebung eine Zahnbehandlungsangst an [1]. Die Zahnbehandlungsangst ist hier von der Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert abzugrenzen. Bis zu 10 % der deutschen Bevölkerung leiden unter einer solchen Angst [1, 2, 3]. Eine Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert ist nach der International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD-10) – neben dem hohen Angstempfinden, dem Auftreten von Angstsymptomen (vegetative Symptomatik etc.) und einem möglichen Vermeidungsverhalten - durch die Einsicht gekennzeichnet, dass die Angst übertrieben oder unvernünftig ist (ICD-10 F40.2 spezifische Phobie). Diese Einsicht, dass die Angst übertrieben oder unverhältnismäßig ist, liegt allerdings oftmals nicht vor, sodass die Definition einer spezifischen Phobie nach ICD-10 für die Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert gegebenenfalls nicht greift.

Spezifische Phobien nach ICD-10 40.2 werden darüber hinaus in vier Untergruppen unterteilt:

- Tier-Typ: Angst vor Tieren (z. B. Insekten, Hunde)
- Blut-Injektion-Verletzungstyp
- Naturgewalt-Typ (z. B. Unwetter, Blitzschlag)
- Situativer-Typ (z. B. Flugzeug)

Die Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert ist hier dem Situativen-Typ zuzuordnen. Charakteristische Hinweise auf eine Komorbidität mit einer Blut-Spritzen-Verletzungs-Phobie zeigen sich nur bei 17 % der Patienten mit einer hohen Zahnbehandlungsangst [4]. Neben der ICD-10 Klassifizierung wird ebenfalls das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) zur Definition einer Zahnbehandlungsangst im Sinne einer spezifischen Phobie genutzt [5]. Hier wird auf

das Kriterium der Einsicht, dass die Angst unbegründet ist, verzichtet, da die Fehlbeurteilung der (Gefahren)-Situation als Teil der Phobie verstanden wird. Die Definition einer spezifischen Phobie nach DSM-V beinhaltet die unangemessene oder irrationale Reaktion in Bezug auf das reale Risiko, ein wiederholtes oder regelmäßiges und zu langes Auftreten der Phobie, der Kontrollverlust der betroffenen Person (bis hin zu Panikattacken), starkes Leiden oder Beeinträchtigung im Alltag und Vermeidung des angstauslösenden Stimulus. Außerdem können die Angst und das Vermeidungsverhalten nicht durch andere psychische Störung erklärt werden.

Es ist zu betonen, dass die abschließende Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-V einem ausgebildeten Therapeuten obliegt. Der Zahnarzt kann hier lediglich mittels geeigneter Screening-Instrumente eine Verdachtsdiagnose stellen, um dem Patienten eine weitere Abklärung durch einen Facharzt anzuraten. Dies ist auch deshalb relevant, da bis zu jeder zweite Patient mit Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert an weiteren psychischen Erkrankungen leidet [6].

## Erkennen einer Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert

Neben dem Erfassen von angsttypischem Verhalten während des Arzt-Patienten-Gesprächs haben sich spezifische Fragebögen in der zahnärztlichen Praxis und in speziellen Angstsprechstunden im ÖGD zur Erkennung und Quantifizierung von Zahnbehandlungsangst etabliert. Als einfachste Variante ist hier eine visuelle Analogskala (VAS) zu nennen. Auf einer Skala von 0-10 (0= angstfrei, 10=maximale Angst) soll der Patient seine Zahnbehandlungsangst selbst einschätzen. Ab einem Wert von 5 sollten weitere Fragebögen zur weiteren Abklärung hinzugezogen werden [7, 8]. Die VAS zeigt eine hohe Reliabilität und eine gute Korrelation zu dem Ergebnis weitaus komplexerer Fragebögen [9, 10].

Als weiterer Fragebogen sei hier exemplarisch der hierarchische Angstfragebogen nach Jöhren (HAF) genannt [11].

Der HAF beinhaltet elf Fragen und enthält Fragen mit situativem Charakter. Die fünf Antwortmöglichkeiten, mit einem Punktwert von „1= keine Angst“ bis „5= krank vor Angst“ werden im Anschluss an die Befragung summiert und ergeben einen Score von 11 bis maximal 55. Bis zu einem Score von 30 kann von einer niedrigen Angstaussprägung, bei 31 und 38 Punkten von einer mittleren und ab einem Score von 39 von einer hohen Ängstlichkeit ausgegangen werden. Bei dem Vorliegen einer hohen Ängstlichkeit und der Angabe einer Vermeidung der Zahnbehandlung über einen längeren Zeitraum sollte die Verdachtsdiagnose Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert in Betracht gezogen werden. Die Überweisung an einen entsprechenden Facharzt zur Diagnosesicherung und möglichen Therapie ist zu empfehlen. Hierzu eignen sich u. a. die Netzwerke des ÖGD über den Sozial-psychiatrischen Dienst der jeweiligen Ämter, um dem Patienten einen möglichen Ansprechpartner nennen zu können.

## Ätiologie

Die Ätiologie einer Zahnbehandlungsangst ist vielfältig. Es können traumatische Erfahrungen in der eigenen Biografie im Vordergrund stehen, was sich anhand der 2-Faktoretheorie der Angstentstehung nach Mowrer als auch durch ein Vermeidungsverhalten erklären lässt. Die Vermeidung kann als operante Konditionierung gesehen werden. Durch das Vermeiden der Zahnbehandlung bleibt die (erwartete) traumatische Situation des Zahnarztbesuchs aus. Sowohl die Angst vor der Zahnbehandlung als auch die Vermeidungsstrategie werden negativ verstärkt. Neben der Patientenbiografie sind auch familiäre Einflüsse (Modelllernen) untersucht worden. Anekdotische Erzählungen von vertrauten Personen können eine Zahnbehandlungs-

angst auslösen [12]. Ebenfalls kann das Erleben von Angst bei Angehörigen im Kontext einer Zahnbehandlung eine Ängstlichkeit begünstigen [13]. Die persönlichen Eigenschaften im Sinne einer besonderen Vulnerabilität können hier ebenfalls die Entwicklung einer Angst begünstigen. Ebenfalls können die individuellen Eigenschaften zur Aufrechterhaltung und Verstärkung der Angst beitragen. Begünstigend für eine Zahnbehandlungsangst kann unter anderem eine geringe Schmerztoleranz sein.

**Therapie von Patienten mit Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert**

Grundsätzlich ist eine suffiziente Schmerzausschaltung bei der zahnärztlichen Behandlung durch eine adäquate Lokalanästhesie obligat. Dies begründet sich vor allem dadurch, dass erlebte Schmerzen die Angst wieder verstärken können [14].

Bei akuter Behandlungsnotwendigkeit kann die Nutzung einer leichten Sedierung durch Benzodiazepin, Lachgas oder eine Allgemeinanästhesie erwogen werden. Die Zahnbehandlungsangst wird hierdurch nicht therapiert. Es wird vielmehr das Vermeidungsverhalten hierdurch bestärkt, da die Angst durch die Anwendung dieser Möglichkeiten als begründet erfahren wird. Wenn keine akute Behandlungsnotwendigkeit besteht, bieten sich verhaltenstherapeutische Ansätze wie eine „kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition“ (KVT) oder eine Therapie nach der „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) Methode an, welche sich besonders bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bewährt hat.

**Zahnärztliche Behandelbarkeit von Patienten nach abgeschlossener „Angsttherapie“**

In einer aktuellen – noch nicht veröffentlichten – Studie von A. Noack et al. konnte eine signifikante Reduktion der Zahnbehandlungsangst anhand des HAF („hierarchische Angstfragebogen“) vor und nach Durchlaufen der KVT gezeigt werden. Insgesamt zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abb. 1). 65 % der Patienten, die die KVT durchlaufen haben, gingen wieder regelmäßig zum Zahnarzt (halbjährlich oder jährlich), wobei vor der KVT ein Vermeidungsverhalten (Zahnarztbesuch) für mindestens zwei Jahre bestanden hatte. Auch noch vier Jahre nach erfolgreicher KVT war eine er-

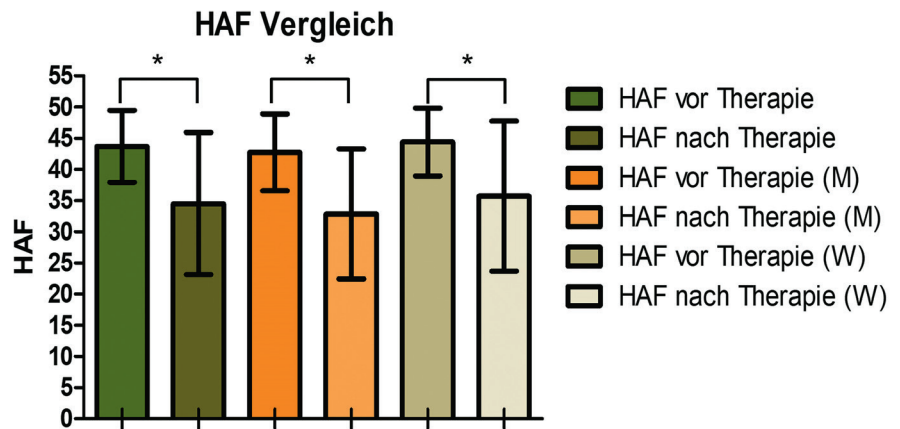


Abb. 1: Statistische Auswertung HAF; \* = signifikanter Unterschied; (M)= Männlich; (W)=Weiblich

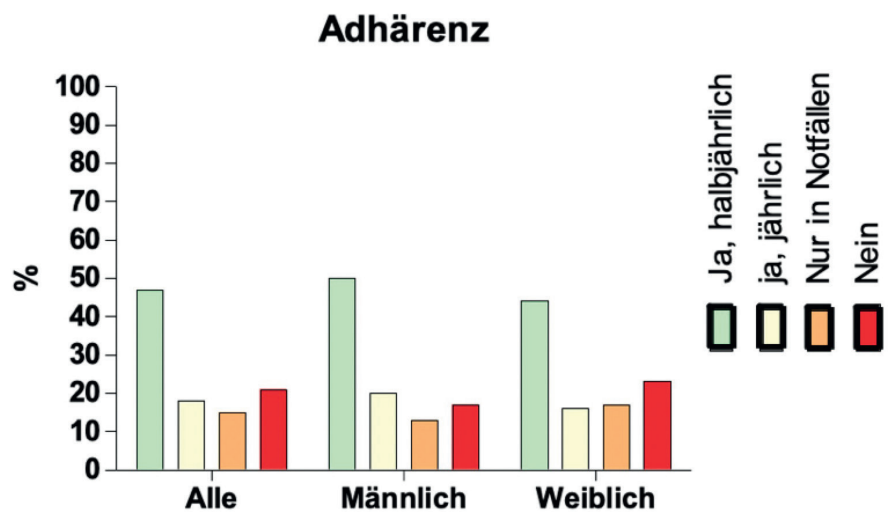


Abb. 2: Intervall der Zahnbehandlung nach erfolgreichem Abschluss der KVT vor mind. 4 Jahren

höhte Adhärenz zur Zahnbehandlung nachweisbar (Abb. 2). Diese Daten zeigen, dass nach der Bestätigung einer tentativen Diagnose „Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert“ und einer adäquaten Therapie, die Behandelbarkeit und damit die Zahn- und Mundgesundheit dieser Patienten verbessert werden kann.

Der ÖGD könnte bei der Beratung der Patienten durch sein bestehendes Netzwerk eine wichtige Rolle übernehmen, um den Zugang zu wirkungsvollen Therapien der Zahnbehandlungsangst und möglicher verdeckter anderer psychischer Erkrankungen zu erleichtern.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Florian Heuser  
 53 / Gesundheitsamt  
 533-3 / Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst  
 Neumarkt 15–21  
 50667 Köln  
 Telefon: 0221/221 29308  
 E-Mail: [florian.heuser@stadt-koeln.de](mailto:florian.heuser@stadt-koeln.de)

Literatur beim Autor

Pantelis Petrakakis, Angela Bergmann<sup>1)</sup>, Alexandra Flottmann, Sabine Fiedler, Xenia Braun, Uta Brix

# Kinderschutz im Zahnärztlichen Gesundheitsdienst – Eine Bestandsanalyse acht Jahre nach Einführung eines Präventionsprogramms

## Einleitung

Die Zahnärztlichen Gesundheitsdienste der kommunalen Gesundheitsämter (ZGD) haben durch ihre aufsuchenden zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kitas-, Grund- und weiterführenden Schulen einen guten und regelmäßigen Zugang zu Kindern und Heranwachsenden. Zahnmedizinische Früherkennung und Vorsorge finden auf diese Weise unabhängig von der Lebenslage der Adressaten sehr früh und niedrigschwellig statt. Vor dem Hintergrund, dass Menschen aus sozial prekären Verhältnissen oftmals keinen guten Zugang zu Gesundheits- und Vorsorgeleistungen haben, ist dieses Angebot in sozialkompensatorischer Hinsicht im Sinne der Chancengleichheit sehr bedeutsam. Die aufsuchende zahnärztliche Betreuung führt dadurch nicht nur zu einer Früherkennung von Zahn-, Mund-, Kieferkrankheiten und zu einem frühen Zugang zu zahngesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen, sondern ermöglicht auch die Identifizierung einer potenziellen, sogenannten „Dentalen Vernachlässigung“ (DV) in einem relativ frühen Stadium.

## Dentale Vernachlässigung

Eine DV äußert sich durch eine Nichtversorgung behandlungsbedürftiger Mundgesundheitsbefunde trotz wiederholter Mitteilungen, Beratungsangebote und Hinweise an die Erziehungsberechtigten der betroffenen Kinder und Heranwachsenden [1]. Basierend auf den bisherigen Erkenntnissen und gemäß der Kinderschutzleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) kann eine DV ein erstes Anzeichen für eine weitergehende Kindesvernachlässigung/ Kindeswohlgefährdung sein [2,3,5,6]. Die Tatsache, dass eine relativ große Anzahl von Kindern (auch aus z.T. prekären Lebenslagen) durch die zahnärztlichen Vor-

sorgeuntersuchungen des ZGD erreicht wird, erhöht die Chancen, Fälle von DV und einer potenziellen erweiterten Gefährdung zu identifizieren. Die gute Vernetzung mit den relevanten Akteuren auf kommunaler Ebene erleichtert die Schaffung von geeigneten Strukturen für die Umsetzung von Konzepten zum Kinderschutz. Insbesondere eine gute Kooperation und ein stetiger Informationsaustausch mit den Jugendämtern und speziell den Allgemeinen Sozialen Diensten (ASD) oder Bezirkssozialdiensten (BSD) sind hierbei von sehr hoher Relevanz.

## Kinderschutz im ZGD des Rhein-Erft-Kreises (REK)

Der Ursprung des Präventionsmodells im REK bestand in der Beobachtung, dass nicht alle Kinder und Jugendlichen von der allgemein beobachteten und in den Deutschen Mundgesundheitsstudien beschriebenen starken Verbesserung der Zahngesundheit in Deutschland profitieren. Trotz der standardmäßigen Mitteilungen an die Erziehungsberechtigten bleiben diese über einen langen Zeitraum zahnärztlich unbehandelt [7]. Zudem zeigten die Erfahrungen aus den Zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, dass mit einer standardisierten Vorgehensweise einer Elterninformation nicht bei allen Kindern und Jugendlichen gewünschte, ausreichende Effekte auf die zahnärztliche Versorgung erreicht wurden. Obwohl im REK, wie in den meisten kommunalen ZGD, viele Kinder und Jugendliche erreicht werden, spiegeln die hohen Untersuchungszahlen ressourcenbedingt nicht einen 100-prozentigen Erreichungsgrad der notwendigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen wider. Anhand von Hochrechnungen konnte im REK für das Schuljahr 2022/2023 ein geschätzter Erreichungsgrad von 53,40 % ermittelt werden, obwohl

mehr als 31.000 Kinder und Jugendliche untersucht worden waren. Insofern besteht Grund zur Annahme, dass die Früherkennung potenzieller DV- oder weitergehender Gefährdungsfälle durch Zahnärzte und -innen im ÖGD ressourcenbedingt nicht erfolgen kann. Zudem ist der Kinderschutz, obwohl per se für jeden medizinisch Tätigen gemäß § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) verpflichtend, im aktuellen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW), wie in den meisten anderen Gesundheitsdienstgesetzen der Länder, nicht explizit als Aufgabe der ZGD aufgeführt.

Umso mehr war es notwendig, ein Kinderschutz-Konzept in die tägliche zahnärztliche Tätigkeit des ZGD im REK zu implementieren. Gründe dafür liegen insbesondere in der potenziellen gesundheitlichen Gefährdung des betroffenen Kindes und der Einschränkung eines gesunden Aufwachsens als nationalem Gesundheitsziel des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) [4].

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei einer Karies, die über einen längeren Zeitraum nicht versorgt wird, Probleme für die Mund- und Allgemeingesundheit zu erwarten sind. Anhand der bisherigen Erfahrungen im REK können u. a. Zahnbehandlungsängste, ein erschwerter Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens oder das Unwissen der Erziehungsberechtigten Ursachen für eine zahnmedizinische Unter- bzw. Nichtversorgung sein [8]. Seinerseits erzeugt eine fehlende zahnmedizinische Versorgung Folgeprobleme, wie den Verlust der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität, Schmerzen, Kau- und Artikulationsproblemen, Fehlzeiten in der Schule u.v.m.

Im REK wurde anhand einer konsentierten Schwellenwert-Definition (unversorgte

1) Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, Zahnärztlicher Dienst, Düsseldorf;  
alle anderen Autor\*innen: Gesundheitsdienst REK, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim

Milch- oder/und bleibende Zähne, die infolge der Anzahl und/oder des Umfangs der unversorgten kariösen Läsionen zu einer Funktionseinschränkung führen können) im Schuljahr 2015/2016 ein Präventionsansatz ins Leben gerufen, um potenzielle Gefährdungsfälle „erkennbar“ zu machen und in das Präventionsmodell aufzunehmen [7]. Ziele des Präventionsmodells sind:

- Die Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung und der oralen Lebensqualität.
  - Eine intensive Betreuung und Beratung betroffener Kinder/Familien.
  - Die Erhöhung der mundgesundheitsbezogenen Achtsamkeit im Elternhaus („Dental Home“).
  - Die Erhöhung der Bereitschaft für den Besuch der Zahnarztpraxis.
  - Eine Hilfestellung bei Zahnbehandlungsangst.
  - Die Früherkennung einer Kindeswohlgefährdung.
  - Die Vernetzung mit den Strukturen anderer Akteure im Kinderschutz.
  - Die Evaluation der Wirksamkeit des Verfahrens.
- Die Umsetzung des Konzepts war anfänglich mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden. Einerseits bestanden innerhalb des zahnärztlichen Teams Bedenken, welche Folgen die Umsetzung des Konzepts nach sich ziehen könnte. Andererseits mussten die politischen Gremien im Rahmen des Gesundheitsausschusses überzeugt werden und die zehn kreisangehörigen Jugendämter und das Gesundheitsamt an den Verhandlungstisch gebracht werden, um die Vertragsinhalte abzustimmen und die Grundlagen für die Kooperation im Rahmen des Kinderschutzmodells zu klären. Dieser Prozess dauerte bis zur Vertragsunterzeichnung in 2019 an, während das Konzept bereits ohne Beteiligung der Jugendämter umgesetzt wurde. Nach der Vertragsunterzeichnung in 2019 wurde der Meldebogen zwischen dem Gesundheitsamt und den Jugendämtern abgestimmt und bis zur Corona-Pandemie im 1. Quartal 2020 und dann wieder ab dem 4. Quartal 2021 eingesetzt. Der Meldebogen orientiert sich am Kooperationsvertrag und beinhaltet folgende Angaben:
- Angaben zum Kind und zu den Eltern (Namen und Adressdaten).
  - Angaben zu den Meldenden.
  - Angaben der vorgefundenen gesundheitlichen Situation (Zahnerkrankungen, Mundpflege-Zustand).
  - Angaben zu den einzelnen Stufen der Kontaktaufnahme mit den Eltern, der Ergebnisse der zahnärztlichen Folgeuntersuchungen und ggf. weiterer erfolgloser Maßnahmen.

### Anzahl Risikofälle

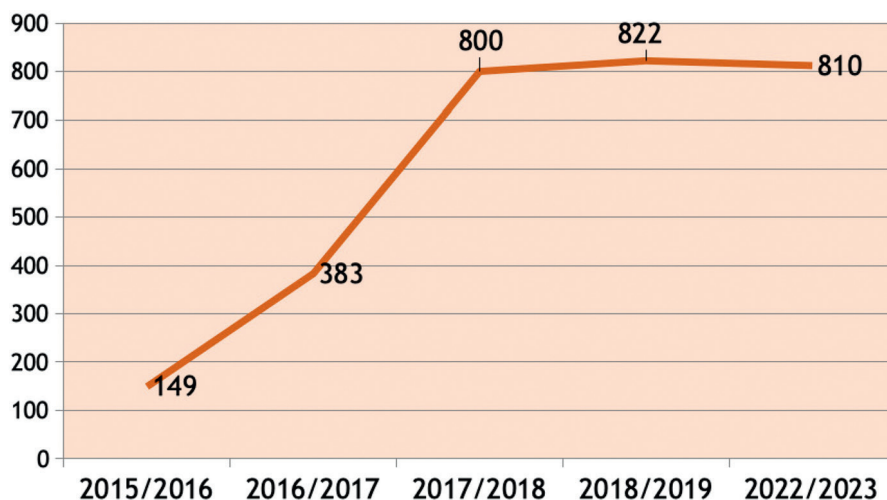


Abb. 1: Entwicklung der Risikofälle innerhalb eines Achtjahreszeitraums

Interessanterweise konnte bereits während der Phase, in welcher ohne Kooperationsvertrag und ohne Meldebogen gearbeitet wurde, eine signifikante Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung der betroffenen Kinder ermittelt werden [7,8]. Bereits vor Vertragsunterzeichnung konnte zudem eine sehr hohe Fallzahl erzielt werden, die sich aktuell auf einem relativ hohen Niveau eingependelt hat (Abb. 1). Angenommene Gründe für die Fallsteigerung könnten zu finden sein in einer höheren Bereitschaft der zahnärztlichen Teams, betroffene Kinder und Heranwachsende in das Präventionskonzept aufzunehmen, da positive Effekte des eigenen Handelns messbar vorhanden waren.

Das Modell läuft aktuell über drei Eskalationsstufen – und je nach Fallkonstellation – über spezielle Zwischenstufen, bis eine Meldung gemäß § 8a SGB VIII an die ASD erfolgt. Wünschenswert war in diesem Zusammenhang anhand der bisherigen Erfahrungen, zwischen der jeweils letzten Eskalationsstufe und der Meldung an die ASD, eine weitere Zwischenstufe einzubauen. Diese wird genutzt, um die Eltern noch einmal auf persönlichem Wege zu kontaktieren. Diese Vorgehensweise wird derzeit mit den Frühen Hilfen des REK im Rahmen eines Pilotprojekts in einer Kommune des REK erprobt. Sie scheint sich positiv auf die betroffenen Familien auszuwirken. Bereits jetzt ist jedoch klar, dass weder beim ZGD, noch bei den Frühen Hilfen ausreichende personelle Kapazitäten zur Implementierung dieses Vorgehens in allen zehn Kommunen des REK vorhanden sind.

### Die Rolle der ASD nach Meldung gemäß § 8a SGB VIII

Ist eine Meldung an den ASD gegangen, sind die dortigen Mitarbeitenden verpflichtet, eine Bestätigung zu senden, den Fall zu prüfen und weitergehende Vernachlässigungsaspekte in eigener Verantwortung zu untersuchen bzw. auszuschließen. Zu diesem Zweck haben sich die ASD gemäß § 8a, Abs. 1 Punkt 1 einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Zudem sind die Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, gemäß § 8a, Abs. 1 Punkt 2 in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass eine Kindeswohlgefährdung nur durch das Jugendamt festgestellt werden kann. Die Berufsheimnisträger\*innen können ihrerseits lediglich fachliche Anhaltspunkte für eine mögliche Gefährdung der Betroffenen identifizieren.

Anhand der bisherigen Erfahrungen im ZGD des REK wurden die rechtlichen Vorgaben nach § 8a SGB VIII seitens der ASD nicht hinreichend erfüllt. Es bieten sich unterschiedliche Erklärungsansätze an, u.a. dass die ‚neuen‘ zusätzlichen Meldungen über den ZGD nicht im Personalschlüssel abgebildet sind. Es ist anzunehmen, dass dies – auch in Anbetracht der hohen Anzahl an Meldungen – auf einen großen Ressourcenzurückgang zurückzuführen ist.

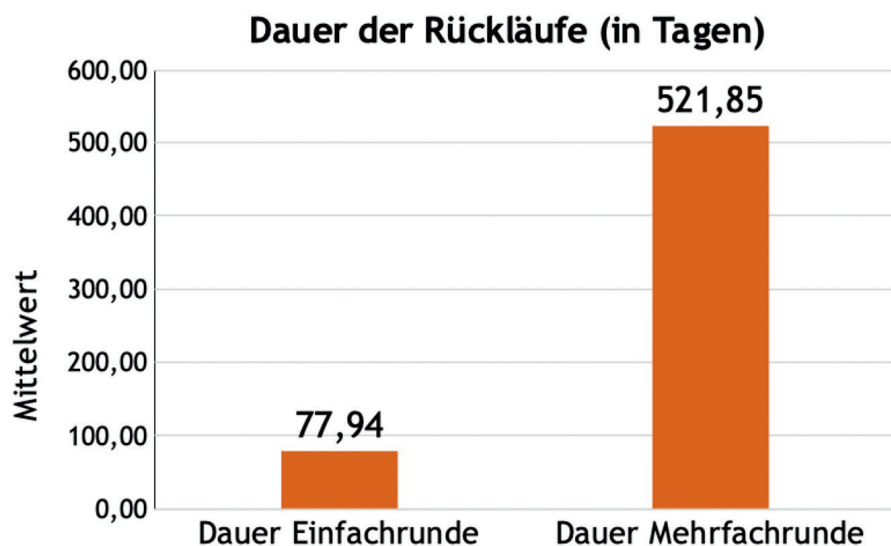


Abb. 2: Mittlere Dauer der Rückläufe in Tagen

### Analysedaten zu den inkludierten Präventionsfällen aus 2022/2023

#### Gemeldete Fälle

In 2022/2023 wurde eine relativ hohe Zahl von 810 Kindern und Jugendlichen in das Präventionsmodell eingeschlossen, die in Relation zur Gesamtzahl der Untersuchungen von 31.319 mit einer Prävalenzrate von 2,55 % jedoch gering wirkt. Von diesen Präventionsfällen wurde eine relativ hohe Anzahl von 157 Fällen (19,38 %) an die kommunalen ASD gemeldet. Teilweise wurde dabei von einzelnen Jugendämtern rückgespiegelt, dass die Meldungen durch den ZGD des REK deutlich zugenommen haben.

#### Rückmeldungen durch den ASD

Von diesen 157 Fallmeldungen an die ASD erfolgte lediglich bei 15,92 % eine Eingangsmeldung an den ZGD. Ein Hinweis über den Eingang der Meldung ist jedoch wichtig, weil Zeitaspekte beim Kinderschutz eine große Rolle spielen können. Da unbekannt ist, ob die Meldung eingegangen ist und inwieweit und wann Maßnahmen seitens des ASD getroffen wurden, kann wertvolle Zeit dadurch ungenutzt verstreichen.

#### Mittlere Zeitdauer bis zum Abschluss von Fällen

Ein Fall gilt im REK immer dann als (vorläufig) abgeschlossen, wenn einer der folgenden Punkte erreicht wurde:

- Eine Rückmeldung der Erziehungsberechtigten/der Zahnarztpraxis über eine Vorstellung/Behandlung des Kindes

erfolgte.

- Eine Rückmeldung des ASD über den Eingang einer § 8a SGB VIII-Meldung erfolgte.

- Die zahnärztliche Folgeuntersuchung Anzeichen einer begonnenen oder einer abgeschlossenen Zahnbehandlung erkennen lässt.

Anhand der 810 Fälle aus 2022/2023 konnte erkannt werden, dass die Mehrzahl der Fälle (n=513, 63,33 %) nach einer einmaligen „Bearbeitungsrunde“ abgeschlossen werden konnte. In 108 Fällen (13,33 %) waren mehrere „Runden“ bis zum (vorläufigen) Fallabschluss nötig (Abb. 2).

189 Fälle blieben ungeklärt bzw. laufen noch weiter, ohne dass sie geschlossen werden konnten.

Bei Einfachrunden dauerte die mittlere Zeitspanne bis zum Fallabschluss fast 80 Tage (77,94 Tage), während sich die Mehrfachrunden im Mittel bis zu 521,85 Tage hinzogen. Auch hier offenbart sich die Wichtigkeit des Zeitaspektes.

#### Ergebnisse der zahnärztlichen

##### Vorsorgeuntersuchungen

Von den 810 Fällen aus 2022/2023 konnten im Schuljahr 2023/2024 433 (53,46 %) der Fälle nachuntersucht werden. Davon waren 195 weiblichen und 238 männlichen Geschlechts. Das mittlere Alter betrug 8,6 Jahre. Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte hatten keinen signifikanten Einfluss auf die zahnärztliche Versorgung. Auch im Rahmen dieser Auswertungsrunde wurde bei der Zweituntersuchung in allen dentalen Parametern eine signifikante Verbesserung

der Mundgesundheit bzw. des Versorgungsgrades bei Milch- und bleibenden Zähnen festgestellt.

#### Fazit

■ Hinderungsgründe für die zahnärztliche Versorgung sind: Unwissenheit, Verständnisprobleme, Fehleinschätzungen, persönliche Lebensumstände, Zahnbehandlungsangst (Kinder/ Eltern) und auch Desinteresse.

■ Die Sensibilisierung der Erziehungsberechtigten für die Zahngesundheit ihrer Kinder ist grundsätzlich möglich.

■ Das Konzept ist zahnmedizinisch wirksam, erreicht aber nicht alle Kinder und Jugendliche und deren Familien gleichermaßen gut.

■ Eine Rückmeldung seitens der Erziehungsberechtigten, der ASD oder der Zahnarztpraxen bedeutet nicht gleichzeitig, dass die Behandlung der Betroffenen tatsächlich stattgefunden hat und dass der Fall als tatsächlich erledigt zu betrachten ist.

■ Mit der Umsetzung des Konzepts ist ein sehr hoher Verwaltungsaufwand verbunden.

#### Zielstellungen

1. Eine optimierte und regelmäßige Kommunikation zwischen dem Gesundheitsamt und den Jugendämtern (sowie den Erziehungsberechtigten und den Zahnarztpraxen) im Rahmen der rechtlichen Vorgaben.
2. Eine Versorgung in Schwerpunktpraxen, in welchen eine angemessene Zahnbehandlung (nicht nur in Narkose) erfolgen kann.
3. Die Schaffung ausreichender Ressourcen bei allen relevanten Akteuren für die wirkungsvolle Umsetzung des zahnmedizinischen Kinderschutzes.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Pantelis Petrakakis  
Gesundheitsamt  
Team 53/23, Zahnärztlicher Dienst  
Rhein-Erft-Kreis, Der Landrat  
Willy-Brandt-Platz 1  
50126 Bergheim  
Telefon: 02271/83-15364  
E-Mail:

[pantelis.petrakakis@rhein-erft-kreis.de](mailto:pantelis.petrakakis@rhein-erft-kreis.de)

Literatur bei der Redaktion

Nicola Jahn

# GBE zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Niedersachsen – Ein Rückblick für den Fortschritt

## Einleitung

Eine landesweite Analyse der Daten der Gruppenprophylaxe (GP) in Niedersachsen auf der Grundlage der freiwilligen Jahresstatistik von 2010/2011 bis 2019/20 wurde zum ersten Mal durchgeführt und betrachtet insbesondere die durchschnittliche Karieserfahrung nach Alter und Einrichtungsart in der Dekade vor Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie.

Mundgesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen steht im Fokus der GP als reichweitenstärkste Präventionsmaßnahme des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Deutschland. Die Durchführung der GP ist in § 21 SGB V und in der Niedersächsischen Landesrahmenvereinbarung geregelt. Die Maßnahmen finden in Krippen und Kindertageseinrichtungen sowie Grundschulen und weiterführenden Schulen sowie Fördereinrichtungen als auch Tagesbildungsstätten statt. Aufgrund der bis 2019 fehlenden gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung im Rahmen der GP im vorschulischen und schulischen Bereich war die Einholung einer informierten Einwilligung der Sorgeberechtigten dafür notwendig.

Niedersachsen ist auf Kreisebene in 37 Landkreise (einschließlich der Region Hannover) und 8 kreisfreie Städte unterteilt. Von den jeweiligen Zahnärztlichen Diensten (ZäD) arbeiteten im Berichtszeitraum 17 ausschließlich mit Zahnärztinnen und Zahnärzten des ÖGD, 9 ausschließlich mit Paten-/Honorarzahnärztinnen und -zahnärzten und 15 mit beiden. In drei ZäD war keine zahnärztliche Expertise vorhanden. Insgesamt arbeiteten ca. 191 Zahnärztinnen und Zahnärzte auf Honorarbasis und weitere ca. 55 gehörten zum ÖGD.

Alle durchgeführten Maßnahmen der ZäD werden gemäß Arbeitsrichtlinie des BZÖG dokumentiert [1], überwiegend in digitalen Fachverfahren [2], seltener noch papierbasiert. Die Übermittlung der Daten zahnärztlicher Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen (Impulse und Angaben zu Veranstaltungen) an die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege e.V. erfolgt obligatorisch mit dem Dokumentationsbogen (A2-Bogen)

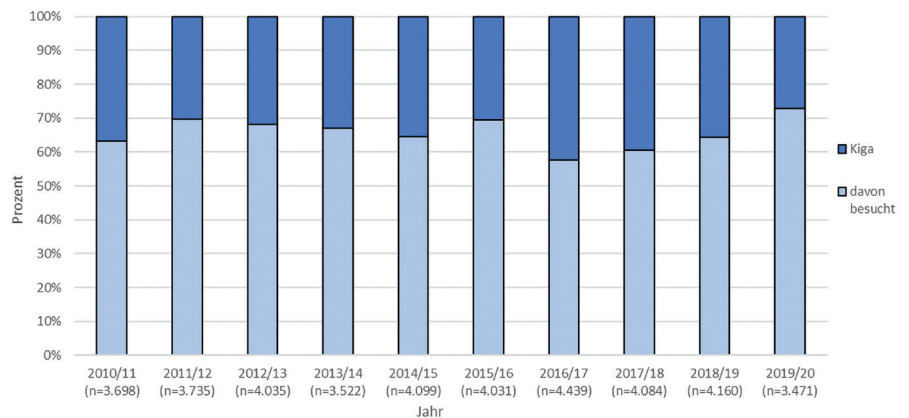


Abb. 1: Anteil besuchter Kindergärten 2010/11 bis 2019/2020

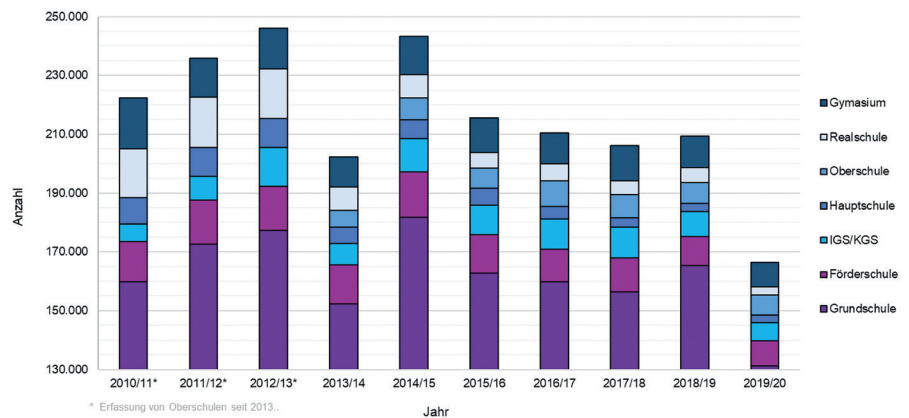


Abb. 1: Untersuchte Kinder nach besuchter Schulform 2010/11 bis 2019/2020

der Dachorganisation „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.“, und darüberhinaus seit 1995 freiwillig an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) im Rahmen der Jahresstatistik. Bezüglich der Befundergebnisse werden der Zahnstatus (naturngesund, kariös, saniert), die Karieserfahrung mittels dmf-t/DMF-T (sum of the number of decayed, missing due to caries and filled primary teeth/Permanent Teeth), Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie die Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko jeweils nach Einrichtungstyp und Alter erfasst. Einrichtungen werden sowohl als gemeldet als auch als besucht zahlen-

mäßig aufgeführt. Bei Kindern und Jugendlichen wird unterschieden nach Anzahl Gemeldeter, Angetroffener, Untersuchter und Zubeurteilender. Ab dem Schuljahr 2021/22 erfolgte eine gemeinsame Abfrage des A2 Bogens und der Jahresstatistik über den Dokumentationsbogen zur Jugendzahnpflege in Niedersachsen (DJN).

## Methode

Auf Kreisebene erfolgte eine deskriptive Auswertung der Ergebnisse der Abfragebögen zur Jahresstatistik der GP der Schuljahre 2010/2011 bis 2019/20 [3], die freiwillig in aggregierter Form von den ZäD an das NLGA jeweils im Anschluss an das

abgeschlossene Schuljahr gesendet worden waren. Insgesamt lagen für die Auswertung 408 Bögen vor. Krippeneinrichtungen werden erst seit dem Untersuchungsjahrgang 2013/14, Oberschulen erst seit 2015/16 erfasst und finden somit erst seitdem Eingang in die Statistik.

Aufgrund des aggregierten Übermittlungsformats liegen die Angaben zum Zahnstatus als zahnärztlicher Gesamtbefund vor und sind vom NLGA nicht aus den einzelnen dmf-t-/DMF-T-Werten berechnet worden. Eine Plausibilitätsprüfung fand im Zuge der jeweiligen Jahrstatistik statt. Während der Datenanalyse auffallende Plausibilitätsfehler wurden als Fragen aufgenommen, als Limitationen benannt sowie bilateral mit dem jeweiligen ZäD diskutiert.

### Ergebnisse

In der betrachteten Dekade teilten durchschnittlich 40,8 ZäD dem NLGA ihre Ergebnisse mit (min. 38, max. 43). Über die gesamte Dekade lieferten 63,6 % der ZäD, weitere 25,0 % in mindestens sieben von zehn Jahren. Zwei ZäD beteiligten sich nie. In der Dekade wurden von den ZäD zwecks zahnärztlicher Untersuchungen durchschnittlich jährlich 66,0 % der Kindergärten (min. 57,7 %, max. 72,8 %), (Abb. 1); in den sieben Jahren (ab 2013/14) durchschnittlich jährlich 36,6 % der Krippeneinrichtungen (min. 30,7 %, max. 44,2) aufgesucht.

Anhand der übermittelten Daten zu Schulen konnte gezeigt werden, dass in der Dekade 12.346 Besuche der ZäD an Grundschulen stattfanden (Ø/Jahr n= 1.235), gefolgt von 3.193 an Förderschulen (Ø/Jahr n= 319) und 1.263 an Hauptschulen (Ø/Jahr n= 126). Seit dem Schuljahr 2015/16 ergänzen Oberschulen das Angebot der Schulform Haupt- und Realschulen. Von da ab ist zu verzeichnen, dass überwiegend Oberschulen (Ø 41,2 %) und weniger Haupt- (Ø 35,2 %) sowie Realschulen (Ø 23,6 %) besucht wurden. Besuchsabhängig wurden mit einem Jahresdurchschnitt von 161.947 überwiegend SuS in Grundschulen gesehen. Dies entspricht 75,2 % (min. 71,8 %, max. 78,9 %). Es folgen die Förderschulen mit durchschnittlich 126.067 untersuchten Kindern. Für die weiterführenden Schulen bildet sich ab, dass in absteigender Reihenfolge SuS in Gymnasien (Ø 29,5 %), gefolgt von IGS/KGS (Ø 22,4 %) sowie Real- (Ø 20,5 %), Haupt- und Oberschulen (Ø 13,8 %) zahnärztlich untersucht wurden (Abb. 2).

63.240 Kinder der jüngsten Gruppe bis 3 Jahre (in Krippeneinrichtungen) präsentieren ein naturgesundes Gebiss (min.

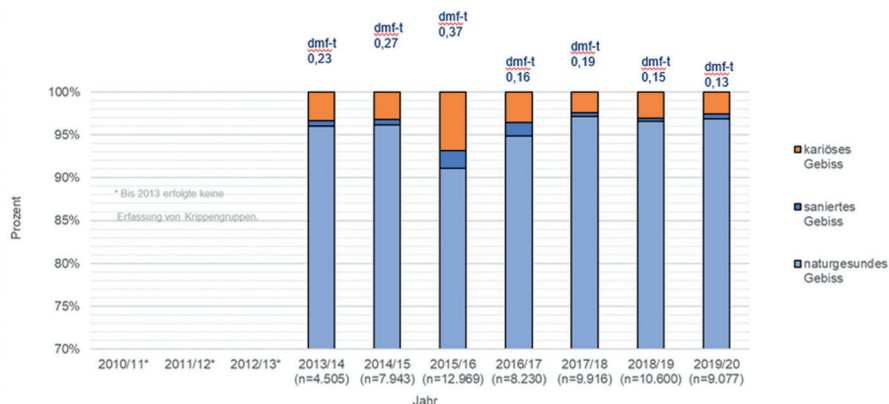


Abb. 3: Zahnstatus bei Krippenkindern 2013/14 bis 2019/20

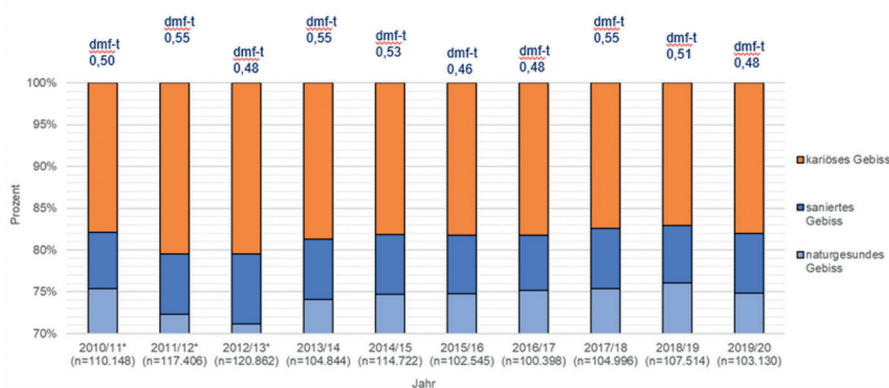


Abb. 4: Zahnstatus bei Kindern in Kindergärten 2013/14 bis 2019/20

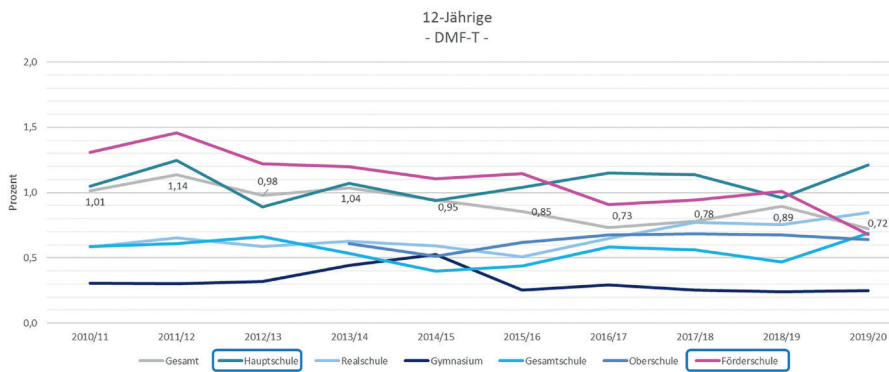


Abb. 5: DMF-T bei 12-Jährigen im Zeitraum 2010/11 bis 2019/20

91,1 % und max. 97,1 %). Zwischen 0,4 und 2,1 % der Krippenkinde zeigen ein saniertes Gebiss und bei 2,5 bis 6,8 % wurde Behandlungsbedarf festgestellt. Der dmf-t liegt bei durchschnittlich 0,22, wobei ab 2015/16 Verbesserungen eintraten und er 2019/20 auf 0,13 sank (Abb. 3).

Bei den in der Dekade betrachteten 1.086.565 Kindern in Kindergärten hatten durchschnittlich 74,3 % ein naturgesundes

Gebiss (min. 71,1 %, max. 76,1 %), der dmf-t der 3-jährigen Kinder lag im Mittel bei 0,51 (min. 0,46, max. 0,55) (Abb. 4).

Rund die Hälfte aller Grundschulkinde weist ein naturgesundes Gebiss auf. Bei weiterführenden Schulformen fanden sich SuS mit naturgesunden Gebissen am häufigsten in Gymnasien (Ø 68,5 %), IGS/KGS (Ø 63,7 %), Oberschulen (Ø 61,8 %) und Realschulen (Ø 59,9 %). SuS mit sa-

nierten Zahnstatus finden sich vorrangig in Hauptschulen (Ø 27,3 %) sowie in Realschulen (Ø 24,8 %) und Förderschulen (Ø 24,4 %). Behandlungsbedarf bei SuS wurde insbesondere in Förderschulen (Ø 29,8 %), Grund- (Ø 27,1 %) und Hauptschulen (Ø 25,1 %) festgestellt. Die Anzahl untersuchter 12-Jähriger ist seit 2016/17 stark rückläufig und geht von 12.657 SuS zu Beginn der Dekade um rund 70 % auf 3.905 zurück. Gleichzeitig sinkt der DMF-T für die 12-Jährigen von 1,01 auf 0,72. Dies gilt jedoch nicht für alle Schulformen. Für Hauptschulen liegt der DMF-T-Wert in der Zeitreihe annähernd durchgehend über dem Mittel und ist 2019/20 noch gestiegen. Auch die DMF-T-Kurve der Förderschulen verlief bis 2018/19 über dem Mittel, fast parallel, bis sie 2019/20 zum ersten Mal knapp unter dem Landesdurchschnitt gelangte (Abb. 5).

### Limitationen und Diskussion

Eine repräsentative Darstellung der Zahngesundheit war nicht möglich, da eine selektive Auswahl erfolgte. Die Auswahl und die Anzahl der Einrichtungen werden einerseits von den ZäD vorgegeben, andererseits ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, welche das Präventionsangebot GP erhalten von der Einwilligung der Sorgeberechtigten abhängig. Auch Settings und Ressourcenaufwand spielen neben organisatorische Besonderheiten eine Rolle. Wenn sich Krippenbereich und Kindergarten in derselben Einrichtung befinden oder Kindertageseinrichtungen mit Offenerm Konzept arbeiten, wo Kinder altersübergreifend betreut werden, ergeben sich beispielsweise unterschiedliche organisatorische Herausforderungen. Nicht zuletzt kann die Bereitschaft zur Beteiligung bei

Einrichtungen verschieden sein. Darüber hinaus erfordern die personellen Ressourcen der ZäD vielerorts auch eine Priorisierung von Maßnahmen. Eine Verzerrung der Ergebnisse entsteht z. B., wenn Einrichtungen mit Kindern und Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko selektiv aufgesucht werden. Auch hier könnten Einzeldatensätze sowie sozialegpidemiologische Items zur Repräsentativität beitragen.

Bislang sind die Daten der Honorarzahnärzt\*innen über den Dokumentationsbogen der Jahresstatistik nicht in ausreichendem Maß eingegangen.

Die Übermittlung der Ergebnisse der ZäD mittels Dokumentationsbogen ähnelt einer Black Box: Die Erfüllung der Untersuchungsstandards gemäß Arbeitsrichtlinie des BZÖG, wird vorausgesetzt. Eine Überprüfung oder Plausibilitätskontrolle ist aufgrund der aggregierten Daten bei der Zusammenführung der Bögen auf Landesebene im Zeitverlauf und auf (intra-/inter-) Kreisebene sowie auf regionaler Ebene nur im Jahresvergleich möglich. Mit der Verarbeitung von Einzeldatensätzen könnten bessere Plausibilitätsprüfungen vor der Datenübermittlung an das NLGA durchgeführt werden.

Des Weiteren zeigt ein Vergleich der Melddezahlen zu Krippen- und Kindergarten-einrichtungen sowie zu Schulformen des Landesstatistikamtes Niedersachsen mit der Selbstauskunft der ZäD, dass Abweichungen bestehen.

Für höhere Altersklassen, vorrangig die 15-Jährigen ist aufgrund zu geringer Fallzahlen eine Stratifizierung nach Einrichtungen aber auch die Darstellung des Zahnstatus nicht sinnvoll. Mit einem Anstieg der Untersuchungen von 15-Jährigen ist aufgrund der Ressourcen in den ZäD,

mittelfristig nicht zu rechnen. Einzeldatensätze werden als Verbesserungsmöglichkeit angesehen. Eine weitere Einschränkung erfährt die Auswertung durch die Quote der „fehlenden vollständige Untersuchungen“, wenn die Untersuchung nicht möglich war. Hier wären Begründungen wie „kein Befund möglich“, „nicht beurteilbar“ etc. hilfreich.

### Fazit und Schlussfolgerung

Die vorliegende Datenanalyse von 2010/11 bis 2019/20 verschafft einen ersten orientierenden Überblick über den Alters- und Einrichtungsbezug der durchschnittlichen Karieserfahrung bei Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen und damit zum Zahn(gesundheits)zustand in der Dekade vor der SARS-CoV-2-Pandemie. Um zukünftig eine repräsentative Darstellung der Zahngesundheit zu ermöglichen und die Analysepotentiale zu erhöhen, werden folgende Lösungsansätze vorgestellt. Eine vollständige Miteinbeziehung aller Einrichtungen und zu Untersuchender oder eine zufällige Stichprobenziehung (wie z. B. im Rahmen der DAJ-Studie) würden dem Manko der selektiven Auswahl entgegenwirken. Um das umzusetzen, wäre eine bessere personelle Ausstattung der ZäD förderlich. Auch würden dazu gesetzliche Verpflichtungen zur verbindlichen Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen beitragen und zudem Ressourcen sparen. Bei notwendiger Priorisierung von Maßnahmen könnte ein Ansatz sein, Kennzahlen für eine standardisierte, einheitliche Priorisierung aufzusuchender Einrichtungen zu erarbeiten. Eine entsprechende Handlungsempfehlung böte den ZäD in Zeiten knapper Ressourcen eine Orientierung zur Organisation der GP und der Lan-

desberichterstattung eine vergleichbarere Datenbasis für die Darstellung der Maßnahmen und der Zahngesundheit. Ergänzt werden muss die Dokumentation um sozialepidemiologische Items, die zum einen soziallagenbezogene Auswertungen und zum anderen eine bedarfsgerechte Planung der Gruppenprophylaxe an besonderen Orten, in ausgewählten Einrichtungen oder mit spezifischen Bevölkerungsgruppen ermöglichen. Hierfür wäre eine datenschutzrechtliche Neubewertung zielführend, um z. B. eine gemeinsame Patientenakte im Gesundheitsamt zu etablieren, sodass verschiedene Fachbereiche auf die gleichen Informationen zugreifen können, ohne dass es zu Mehrfacherhebungen kommt. Dies wäre im Rahmen einer erweiterten Einwilligungserklärung vorstellbar.

Des Weiteren wäre eine kleinräumigere Darstellung für ein noch zu etablierendes Qualitätsmanagement in zukünftigen Auswertungen sinnvoll. Hierüber wäre eine Prüfung und Weiterentwicklung von Standards und Handlungsempfehlungen durch den internen Vergleich verschiedener ZäD, aber auch innerhalb der einzelnen Teams oder zwischen ÖGD- und Honorarzahnärzt\*innen möglich. Die Daten der Honorarzahnärzt\*innen sollen zukünftig über den DJN umfangreicher einfließen. Eine landesspezifische Arbeitsrichtlinie mit Empfehlungen zu einem standardisierten Vorgehen (z. B. Untersuchungsumgebung) wäre vorstellbar, um eine einheitliche und damit vergleichbare GP zu ermöglichen. Darüber hinaus wären durch kleinräumige Erfassung auch regionale Unterschiede darstellbar, welche bislang nur auf Aussagen für das Bundesland beschränkt sind. Ab dem Untersuchungsjahrgang 2021/22 werden für alle ZäD nur die offiziellen Mel-

dezahlen zur Datenanalyse herangezogen. Es wird zukünftig statt aggregierter Daten, die Übermittlung von Einzeldatensätzen angestrebt, um spezifischere Auswertungen zu ermöglichen und gleichzeitig die Mindestfallzahl- und Randwertregel zu berücksichtigen. Zudem ließen sie das Ausfüllen des DJN obsolet werden und böten die Möglichkeit spezifischere Berechnungen durchzuführen. So z. B. Berechnung der am stärksten von Karies betroffenen Gruppen von Kindern und Jugendlichen mittels des Signifikant Caries Index bzw. des High Caries Index. An dieser Stelle sollte auch die Bedeutung der Erfassung der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation, Milch-Molaren-Hypomineralisation und Early Childhood Caries betont werden, welche daher als Items im DJN enthalten sind.

Abschließend soll aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung (GBE) noch der Wunsch geäußert werden, Kenn- und Maßzahlen zu etablieren und zu erfassen, um dem Anspruch einer guten, zukunftsweisenden und nachhaltigen Berichterstattung gerecht zu werden. Dass sich diese in die aktuellen Aktivitäten und Strategien zur Digitalisierung der Gesundheitsämter einfügt, wirkt sich hoffentlich zukünftig positiv aus auf die Wahrnehmung der ZäD im ÖGD und darüber hinaus.

#### Korrespondenzadresse

Nicola Jahn, Dipl.-Dok./MSc PH  
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)  
Gesundheitsmonitoring & Prävention  
Roesebeckstr. 4–6  
30449 Hannover  
Telefon: 0511 4505-135  
E-Mail:  
[Nicola.Jahn@nlga.Niedersachsen.de](mailto:Nicola.Jahn@nlga.Niedersachsen.de)

- 1) Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Berichte & Materialien Band 25
- 2) In Niedersachsen eingesetzte Fachanwendungen (Software): Äskulab, GuDental, ISGA, Mikropro, Octoware.
- 3) In dem Betrachtungszeitraum kam es zu Zusammenlegung von einzelnen Kreisen.

Jana Andreeva

# Das Gesundheitsamt Sondershausen 1933–1945 und seine Rolle bei der Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“

Zu den dunklen Kapiteln in der Geschichte der Gesundheitsämter Sondershausen (jetzt Kyffhäuserkreis) gehört die NS-Zeit. Im Sinne der sogenannten „Rassenhygiene“ und unter dem Vorwand angeblicher „Erbkrankheit“ wurden im damaligen Kreis Sondershausen 296 Menschen, auch schon im jugendlichen Alter, in der Zeit von 1934-1945 zwangssterilisiert.

Im April 1923 wurde in Thüringen in jedem Landkreis eine untere Gesundheitsbehörde mit der Bezeichnung „Thüringischer Kreisarzt“ errichtet.

Für die Verfechter der nationalsozialistischen Rassenhygiene war ein einheitlich gestaltetes öffentliches Gesundheitswesen die wesentliche Voraussetzung, um ihre gesundheitspolitischen Ziele zu verwirklichen. Deshalb wurde auf der Grundlage des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im April 1935 in jedem Landkreis in Thüringen ein staatliches Gesundheitsamt unter der Leitung eines staatlichen Amtsarztes gegründet. Dieses war als selbständige Behörde unmittelbar dem Innenministerium unterstellt.

Der Kyffhäuserkreis entstand 1994 aus dem Zusammenschluss der Kreise Artern und Sondershausen. Die Gesundheitsämter in der sowjetischen Besatzungszone wurden 1946 aufgelöst. Das Gesundheitssystem wurde umstrukturiert und erst 1991 wurden die Gesundheitsämter wieder neu gegründet.

Akten des Gesundheitsamtes aus der NS-Zeit waren im Archiv des Landratsamtes nicht vorhanden. Hinweise im Archivportal des Landes Thüringen ergaben sechs bis sieben laufende Meter Erbgesundheitsakten aus der Zeit von 1933-1945 im Staatsarchiv Rudolstadt. Weitere Unterlagen wie beispielsweise die Personalakte des Amtsarztes und Statistiken befinden sich im Staatsarchiv Weimar.

## Gesetzliche Grundlagen

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde am 14. Juli 1933 erlassen und trat am 1. Januar 1934 in Kraft.

Ausgangspunkt für das Gesetz war die nationalsozialistische Ideologie der sogenannten Rassenhygiene. Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3.7.1934 führte zur Gründung der Gesundheitsämter unter Leitung eines Amtsarztes. Neben den schon bekannten Aufgaben wie der Seuchenbekämpfung sollten die neuen Gesundheitsämter vor allem Aufgaben übertragen bekommen, die das Ziel einer erblichen und rassischen Volksgesundheit anstrebten.

## Beteiligte

Hauptakteur bei der Umsetzung des Gesetzes zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses waren die Gesundheitsämter. Hier gingen die Anzeigen eines Verdachtes über das Vorliegen einer „Erbkrankheit“ ein. Ergaben das Gutachten des Amtsarztes und die Unterlagen eine im Gesetz vorgegebene Diagnose, wurde Anzeige beim Erbgesundheitsgericht Sondershausen gestellt. Entschied das Gericht dafür, wurde die Zwangssterilisation im Landeskrankenhaus Sondershausen durchgeführt. Weiterhin waren Hebammen, Wohlfahrtseinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gemeindemitarbeiter und Schulen zur Meldung und zur Mitwirkung bei der Umsetzung des Gesetzes zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses verpflichtet. Mit einem Runderlass vom 18.08.1939 des Reichsministeriums des Inneren mussten beispielsweise Hebammen Neugeborene mit schweren Leiden (oder auch bei Verdacht) an das zuständige Gesundheitsamt melden, Beispiele sind Kinder mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. Hebammen erhielten für eine Meldung zwei Mark. Ärzte sollten verdächtige Kinder bis zu drei Jahren melden. Im „Anmeldebuch“ des Amtsarztes finden sich auch Kinder und Jugendliche, die der Amtsarzt bei Schuluntersuchungen selbst ermittelt hatte. Die Erfassung auch von Kindern diente dem Ziel einer erbbiologischen Bestandsaufnahme der gesamten thüringischen Bevölkerung.

## Amtsarzt

Die Personalakte des Amtsarztes Dr. Paul Oloff (1878 – Sterbejahr unbekannt) des Gesundheitsamtes Sondershausen befindet sich im Staatsarchiv Weimar (Abb. 1 und 2). Sie umfasst ca. 100 Seiten. Sein Lebenslauf steht beispielhaft für viele Amtsärzte in der NS-Zeit in Deutschland. Er stammte aus Ostpreußen, hatte in Berlin studiert, war im ersten Weltkrieg Militärarzt und später Kreisarzt in Hildburghausen. 1933 wurde er zum Kreisarzt in Sondershausen berufen. Ab 1935 leitete er als Amtsarzt das Gesundheitsamt Sondershausen. Die amerikanische Militärverwaltung hat 1945 seine Ablösung gefordert. Daraufhin wurde er auch auf Grund seines Alters zum 1.10.1945 in den Ruhestand versetzt. In der NSDAP, in der er seit dem 1.5.1933 Mitglied war, hatte er keine Ämter bekleidet.

## Erbgesundheitsgericht Sondershausen

In Ausführung des Reichsgesetzes zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses wurde am 23. Dezember 1933 beim Amtsgericht Sondershausen ein Erbgesundheitsgericht eingerichtet. Bei Einsprüchen war als höhere Instanz das Erbgesundheitsobergericht beim Preußischen Oberlandesgericht in Naumburg zuständig. Diesem gehörten verbeamtete und nichtverbeamtete Ärzte an. Vorsitzender und Stellvertreter waren in der Regel ein Oberamtsrichter bzw. Amtsrichter und ein Amtsgerichtsrat. Sie wurden vom Landgerichtspräsidenten aus Gotha bestimmt und entschieden letztendlich, ob es zu einer Zwangssterilisation kam (Abb. 3). Amtsärzte waren durch das Gesetz den Psychiatern bei der Diagnosestellung von psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt. Das Fehlen eines Psychiaters bei den Erbgesundheitsgerichtsverfahren und die Besetzung der Kammern mit Nicht-Psychiatern (Amtsärzten) wurde daher von den Anstaltspsychiatern von Anfang an vehement beklagt. Grundlagen von Entscheidungen waren die Sippentafel, das Gutachten des Amtsarztes, der Intelligenztest und

Stellungnahmen von Familienangehörigen, Behörden, Gemeindevorstehern, Schulleitern und Arbeitgebern. Außerdem kam es zu einer mündlichen Anhörung der Betroffenen. Auffällig ist, dass der Amtsarzt einerseits das ärztliche Gutachten erstellte und gleichzeitig Mitglied im Erbgesundheitsgericht war. 1938 wurde das Erbgesundheitsgericht Sondershausen aufgelöst und dem Erbgesundheitsgericht Erfurt zugeordnet.

**Erster Antrag abgelehnt; dennoch zwangssterilisiert**

Beispielhaft für die Opfer von Zwangssterilisationen wird retrospektiv dem für Werner B. tragischen Verfahrensverlauf nachgegangen. Er wurde 1921 in einem kleinen Ort bei Sondershausen geboren. Als Kind erkrankte er an Masern, Grippe und einem doppelseitigen Leistenbruch. In der Schule blieb er drei Mal sitzen und wurde nach der 5. Klasse entlassen. Danach arbeitete er bei verschiedenen Bauern als landwirtschaftlicher Arbeiter.

Mit einem Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes Sondershausen vom November 1936 wurde ein Antrag auf Unfruchtbarmachung abgelehnt. Die Begründung des Erbgesundheitsgerichtes lautete:

„Vor allem sein Schulwissen ist mangelhaft. Der Unzufuchtbarzumachende kann nicht rechnen. Er überrascht aber durch eine gute Anpassungsfähigkeit. Die an ihn gerichtete Fragen bei der Befragung vor Gericht fasst er sofort auf und gibt sofort Antwort. Rechenaufgaben aus dem Leben kann er lösen. Überhaupt kann er sich über seine Umwelt flüssig und sachgemäß unterhalten. Gegen seine Lebensführung ist nichts einzuwenden. Das Erbgesundheitsgericht hat Bedenken, die Unfruchtbarmachung anzuordnen, da es sich um einen Jugendlichen von 15 Jahren handelt. Die bei ihm festgestellten Lücken gehen auf fehlendes Schulwissen zurück. Es ist dem Vater zu glauben, dass der Junge nicht genügend zur Schule angehalten worden ist, nicht, weil die Eltern keinen Wert daraufgelegt haben, sondern weil sie gezwungen waren, frühzeitig seine Arbeitskraft auszunutzen. Dieses Vorbringen des Vaters verdient auch deswegen Glauben, weil die Verhältnisse wie hier, bei den meisten Landkindern wiederkehren“.

Leider war es für Werner B. damit nicht vorbei. Im Juli 1937 beantragte der Amtsarzt die Wiederaufnahme des Verfahrens gegen den Landwirtschaftsgehilfen, da neue Tatsachen eingetreten bzw. bekannt geworden seien. Die Anschuldigungen lauteten:



Abb. 1: Fotoportrait Dr. Paul Oloff, in: Landesarchiv Thüringen (LATH) Hauptstaatsarchiv Weimar, Personalakten Nr. 2234; Bl. 4.

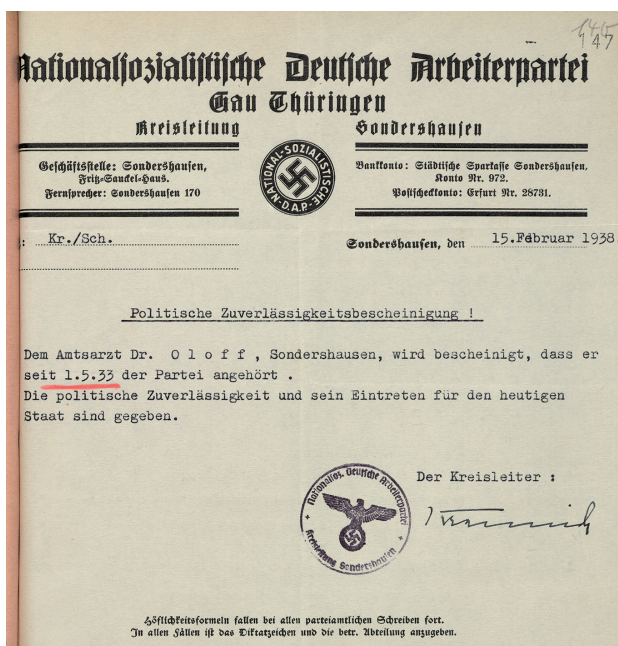


Abb. 2: Politische Zuverlässigkeitsbescheinigung Dr. Oloff vom 15.02.1938, in: LATH-Hauptstaatsarchiv Weimar, Personalakten Nr. 2234, Bl. 147

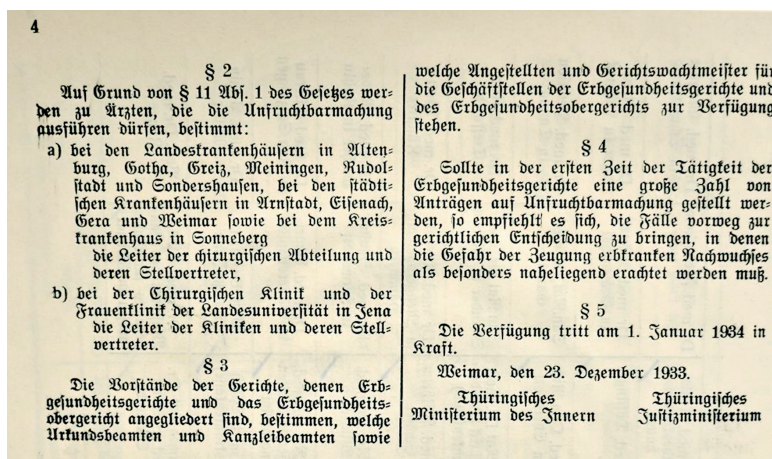


Abb. 3: „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, in: LATH-StA Rudolstadt, Thüringisches Kreisamt Sondershausen Nr. 65

Zeitraum	Meldungen	Männer	Frauen	Gesamt
1934	230			keine Angaben
1935	272	41	38	79
1936	249	27	19	46
1937	639	30	33	63
1938	291	23	22	45
1939	206	8	9	17
1940	112	10	6	16
1941	108	6	18	24
1942			1	1
1943		2	1	3
1944		1	1	2
<b>Gesamt</b>	<b>2107</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>296</b>

**Tab. 1:** Durchgeführte Zwangssterilisierungen im Kreis Sondershausen in der Zeit von 1933–1945 (unter Vorbehalt)

„Neuerlichen Ermittlungen ergeben, dass die Lebensführung viel zu wünschen übrig lässt.

In der Schulzeit hat er sich Zigaretten und Zündholzer beschafft und einen Fichtenzaun angebrannt. Er hat wiederholt in verschiedenen Dörfern gebettelt und das Geld zum Ankauf von Zigaretten und anderen unnützen Dingen verwendet.

Vom 1936 bis Januar 1937 war er bei einem Bauern beschäftigt. Er hat dort regelmäßig ins Bett genässt. Er zeigte sich auch als unmäßiger Esser. Er hatte überhaupt kein Gefühl, wann er satt war. Auch war er nicht ehrlich gewesen und hat Eier und Früchte entwendet. Hierbei wurde er ertappt und noch am selben Abend vom Hof gewiesen.

Von Februar 1937 hat er bei einer Bäuerin gearbeitet. Nach ihrer Auffassung hat Werner ein sehr unausgeglichenes Gemütsleben, dass dauernd Schwankungen unterliegt. Manchmal ist er vollkommen verstimmt, spricht nicht, isst nicht und arbeitet dann auch nicht. Das dauert bis zu 3 Tagen. Am schlimmsten ist seine Unsauberkeit. Auf Grund seiner fehlenden Intelligenz und seiner Lebensführung besteht die Annahme, dass er schwachsinnig ist. Dass dies angeboren ist, kann gleichfalls nicht zweifelhaft sein“.

Das Erbgesundheitsgericht Sondershausen beschließt im Dezember 1937: „Er ist unfruchtbar zu machen.“ mit der Begründung: „Beim letzten Antrag war gegen eine Lebensführung nichts einzuwenden. Jetzt ist bekannt geworden, dass er sich bei seinen Arbeitsdienststellen als unzuverlässig er-

weisen hat, insbesondere unehrlich und unsauber gewesen ist“.

Laut dem ärztlichen Bericht des Landeskrankenhauses Sondershausen erfolgte dann die Unfruchtbarmachung im April 1938.

Der Fall Werner B. steht vermutlich nicht allein für die Opfer unter Frauen und Männern, die unter dem Vorwand eines angeblichen „erblichen, angeborenen Schwachsinn“ eher aus sozialen als aus erbmedizinischen Gründen in die Fänge des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses geraten sind, siehe unten.

### Statistiken

Das Gesundheitsamt erstattete monatliche Meldungen über erfolgte Zwangssterilisierungen. In der Zeit von 1933-1945 wurden im Kreis Sondershausen 148 Frauen sowie die gleiche Anzahl an Männern, insgesamt 296 Personen zwangssterilisiert, (Tab 1). Grundlage dieser Statistik sind die Jahresberichte an das Thüringer Ministerium des Inneren und an das Thüringer Landesamt für Rassewesen. Daneben gab es noch weitere Abfragen, wie etwa über Todesfälle im Zusammenhang mit Zwangsterilisierungen, gleichzeitig mit der Sterilisation erfolgte Abtreibungen, Zustimmung zu Eheschließungen usw.

Betroffene, die sich weigerten, wurden mit Unterstützung der Polizei in das Landeskrankenhaus gebracht und dort zwangssterilisiert. Das betraf im Kreis Sondershausen elf Männer und eine Frau. Eine Aufstellung der Diagnosen des Gesundheitsamtes Sondershausen veranschaulicht, dass bei 169

Diagnosen zur Rechtfertigung von Zwangssterilisation 1933-1945	Anzahl Betroffener
Angeborener Schwachsinn	169
Schizophrenie	15
Manisch-depressives Irresein	1
Erbliche Fallsucht (Epilepsie):	18
Erbliche Taubheit oder Blindheit	7
Schwere körperliche Missbildung	1

**Tab 2:** Diagnosen zur Rechtfertigung von Zwangssterilisation von 1933–1945

von 296 Zwangssterilisierten die Diagnose „angeborener Schwachsinn“, durch den Amtsarzt gestellt wurde (Tab. 2).

### Gründung der Abteilung Jugendzahn-pflege nicht erfolgreich

Mit der Verfügung vom 12.5.1941 hatte der Reichsstatthalter Thüringen die Neuordnung der Jugendzahn-pflege angeordnet und es erging ein entsprechender Brief an die Landräte:

“Der Zustand der unzulänglichen Flickarbeit müsse beendet werden. Es geht um die Beseitigung der Gebiss-schäden unter fachlicher Aufsicht eines Amtsarztes in den Gesundheitsämtern“.

Ziel war u.a.:

„die Vermehrung der Wehrdienst-tauglichkeit und die Verlängerung der Arbeitsfähigkeit“.

Ein Zahnarzt für das Gesundheitsamt Sondershausen war bereits gefunden. Die Einrichtung einer solchen Abteilung ist in den Kriegswirren dann untergegangen. Lediglich die Aufforderungen des Amtsarztes zur zahnärztlichen Sanierung der Jungen im wehrfähigen Alter wurden am Ende umgesetzt (Abb. 4–6).

### Tabuisierung des Themas in der Nachkriegszeit in Deutschland

Erst 1998 hat der Bundestag die Gerichtsurteile der Erbgesundheitsgerichte zur Zwangssterilisation aufgehoben. Das Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses wurde 2007 geächtet.

Die genaue Zahl der in der Zeit von 1934-1945 Zwangssterilisierten in Deutschland

ist nicht bekannt. Die Angaben schwanken zwischen 300.000 bis 500.000 Menschen. In den Jahren von 1980 bis 1999 erhielten im gesamten Bundesgebiet 13.709 Menschen, die in der NS-Zeit Opfer der Zwangssterilisation wurden, eine einmalige Zuwendung von 5.000 DM.

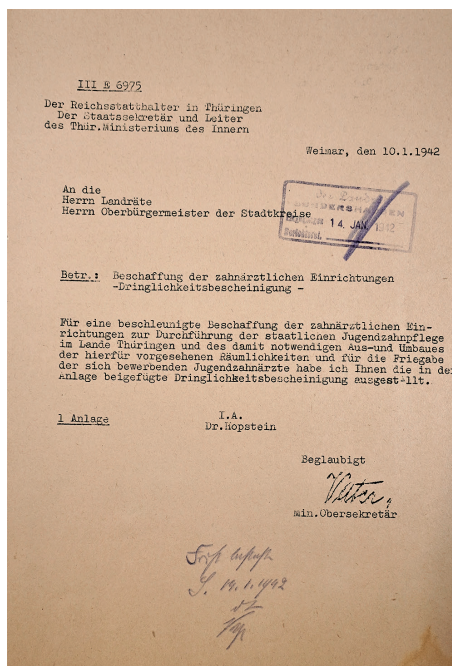
Jedes Gesundheitsamt sollte sich für die Erhaltung und Aufarbeitung der eigenen Akten einsetzen. Leider gibt es immer noch kein Kassationsverbot für medizinische Akten aus der NS-Zeit. Damit besteht die Gefahr, dass diese vernichtet werden.

Gegenüber den betroffenen Personen besteht eine Verantwortung. Ihr Schicksal sollte nicht vergessen werden. Die Aufarbeitung ist sinnvoll, um Schlüsse für die Gegenwart und die Zukunft zu ziehen. Insbesondere junge Menschen sollten an der Aufarbeitung beteiligt werden. Das ist ein wichtiger Bestandteil gesellschaftspolitischer Bildung gerade in diesen Zeiten.

Literatur bei der Autorin

Jede Dritt- und Weiterverwertung der Reproduktionsvorlagen bedarf einer erneuten Genehmigung durch das Staatsarchiv (Thüringer Archiv-Benutzungsordnung vom 26. Februar 1993).

Bei Zuwiderhandlungen behält sich das Staatsarchiv die Einlegung von Rechtsmitteln vor.



Korrespondenzadresse

Dr. Jana Andreeva  
Landratsamt Kyffhäuserkreis  
Dezernat II – Soziales, Jugend,  
Gesundheit und Arbeit  
Gesundheitsamt  
Edmund-König-Str. 7  
99706 Sondershausen  
Telefon: 03632 / 741-485  
E-Mail:  
j.andreeva@kyffhaeuser.de

Abb. 4: Beschaffung der zahnärztlichen Einrichtungen, in: LATH-StA Rudolstadt, Thüringisches Kreisamt Sondershausen Nr. 0368

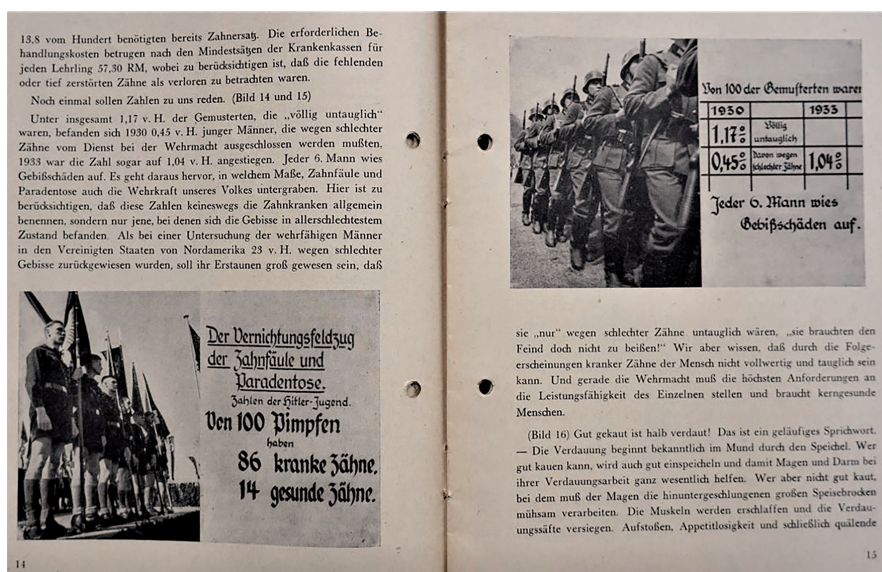


Abb. 5: ABC der Zahnschädenverhütung, Seite 14 und 15, in: LATH-StA Rudolstadt, Thüringisches Kreisamt Sondershausen Nr. 0368

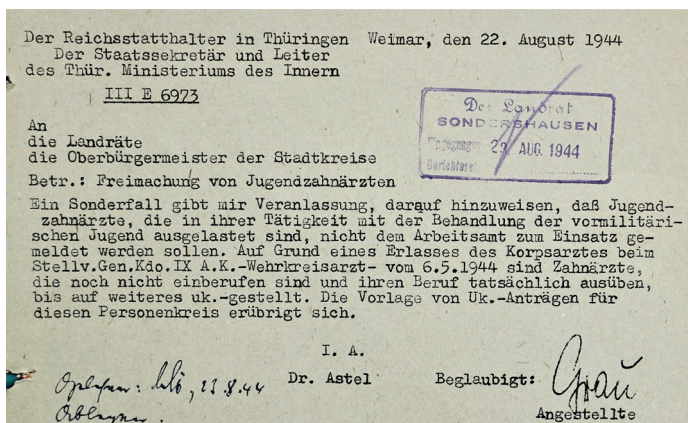


Abb. 6: Freimachung von Jugendzahnärzten, in: LATH-StA Rudolstadt, Thüringisches Kreisamt Sondershausen Nr. 0368

Gunda Adolphi

# Entwicklung des Zahnstatus von Kita-Kindern im Main-Kinzig-Kreis vor und nach der SARS-COV-2-Pandemie

Die SARS-CoV-2-Pandemie hatte Auswirkungen auf das gesamte gesellschaftliche Leben. Insbesondere Kinder waren von zahlreichen Restriktionen betroffen. So wurden zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen im Gegensatz zu den Jahren vor der Pandemie deutlich häufiger ausgesetzt. Bei Kindern bis fünf Jahren wurde ein Rückgang der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen um fast 40 % beobachtet [1]. Der Trend zu häufigerem Konsum von zuckerhaltigen Lebensmitteln setzte sich in den vergangenen Jahren laut der EsKiMo II-Studie des RKI weiter fort [2]. In den Kitas des Main-Kinzig-Kreises wurde zudem eine Reduktion des Frühstücksangebotes durch die Kitas um 50 % verzeichnet. Hier waren nun die Eltern in der Verantwortung, den Kindern eine gesunde Auswahl anzubieten. Diese Umstände lassen vermuten, dass sich während der SARS-CoV-2-Pandemie Veränderungen im Zahnstatus ergeben haben.

### Methode

Der Main-Kinzig-Kreis erhebt regelmäßig den Zahnstatus aller Kita-Kinder mit Einverständniserklärung der Eltern. Für die Auswertung wurden die Zahnstatus der Reihenuntersuchungen aus den Kindergärten des Main-Kinzig-Kreises im Gesamtzeitraum von 1999 bis 2023 herangezogen und explorativ auf mögliche Tendenzen im Hinblick auf Veränderungen während der SARS-CoV-2-Pandemie analysiert. Die Datenerfassung erfolgte mit der Software Octaware und wurde deskriptiv ausgewertet, in den Jahren vor der Pandemie mit der Software Epiinfo. Die jeweilige Anzahl der untersuchten Kinder ist in der Tabelle mit einem Sternchen gekennzeichnet.

### Ergebnisse

Bei 3-jährigen Kindern ist im Zeitraum von 2000 bis 2019 der Anteil naturgesunder Zahnstatus von 76 %, um zehn Prozentpunkte, auf 86 % gestiegen. Für nachfolgende Betrachtungen hier der Hinweis, dass sich der Anteil für 3-Jährige aus dem Jahresintervall 2017/2018 nicht mehr re-

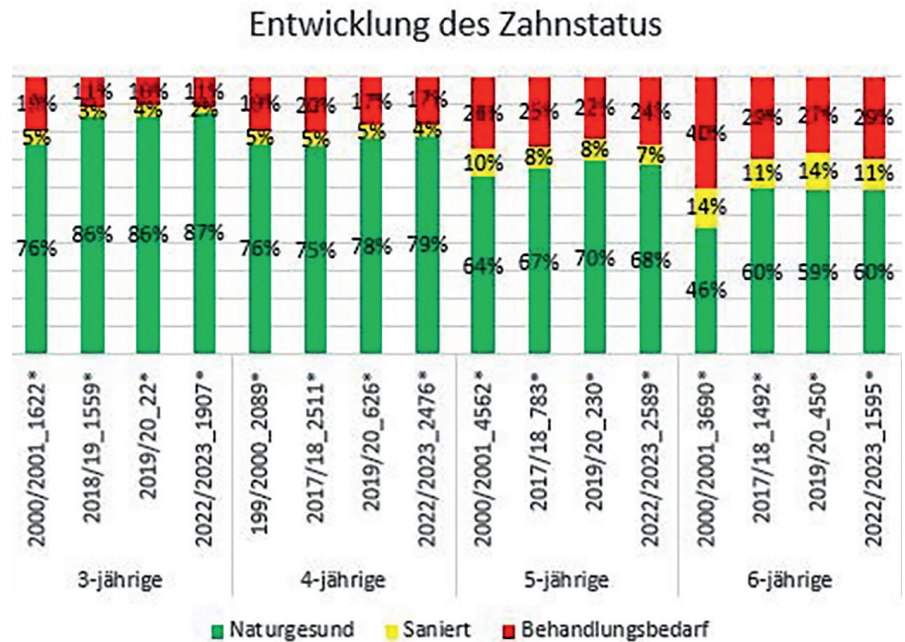


Abb. 1: Entwicklung des Zahnstatus von Kindern in Betreuungseinrichtungen im Main-Kinzig-Kreis im Alter von 3 bis 6 Jahren in den Jahren 2000 bis 2023

produzieren ließ, da das Programm Epiinfo nicht mehr funktionstüchtig ist.

Bei 6-jährigen Kindern konnte ein Anstieg um 14 Prozentpunkte, von 46 % im Jahresintervall 2000/2001 auf 60 % in 2017/2018 verzeichnet werden. Konsistent dazu stabilisierten sich in 2022/2023 bei 3-, sowie 6-jährigen Kita-Kindern die Anteile naturgesunder Zahnstatus weiter. Die Sanierungsgrade zeigen eine andere Entwicklung. Bei 3-jährigen fällt der Sanierungsgrad von 5 % im Untersuchungsintervall 2000/2001 bzw. 3% im Jahr 2018/2019 auf 2 % in 2022/2023 ab. Bei 6-jährigen sinkt der Sanierungsgrad ebenfalls, hier von 14 % in 2000/2001 und in 2019/2020 auf 11 % in 2022/2023 (Abb. 1).

### Diskussion und Fazit

Auch unter Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie ist die Zahl der Kinder mit naturgesundem Zahnstatus stabil geblieben, zum Teil auch leicht gestiegen. Den Berech-

nungen der Sanierungsgrade liegen eine Verringerung der Anzahl an Kindern mit saniertem und eine Erhöhung derer mit behandlungsbedürftigem Zahnstatus zugrunde. Die verringerten Sanierungsgrade bei 3- bzw. 6-jährigen Kita-Kindern lassen vermuten, dass zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen während der SARS-CoV-2-Pandemie seltener in Anspruch genommen wurden. Bei einem seit 2018/2019 stabil gebliebenen naturgesunden Status kann das ein Hinweis auf eine geringere Inanspruchnahme kurativer zahnärztlicher Leistungen, insbesondere für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko, sein. Daraus kann eine Verstärkung der gesundheitlichen Ungleichheit durch die SARS-COV-2-Pandemie zu Ungunsten vulnerabler Gruppen gefolgert werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die konsequente Nachverfolgung einer durch die Erziehungsberechtigten veranlassten Zahnbehandlung der Kinder und zusätzlich

eine Kompensation der Folgen der SARS-Cov-2-Pandemie. Bedenkt man zudem die geringe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder vom 30. - 72. Lebensmonat in Vertragszahnarztpraxen der gesetzlichen Krankenversicherer von lediglich 35,7 % in Hessen, ist die weitere Beobachtung der Entwicklung der Zahnstatus, insbesondere der Sanierungsgrade der Kita-Kinder zur langfristigen Folgenabschätzung der Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Mundgesundheit unerlässlich [3].

#### Korrespondenzadresse

Dr. Gunda Adolphi  
 Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen  
 Sachgebietsleitung Zahnärztlicher Dienst  
 Geschäftsführerin Arbeitskreis Jugendzahnpflege Main-Kinzig-Kreis  
 Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr  
 Main-Kinzig-Kreis  
 Barbarossastraße 24  
 63571 Gelnhausen  
 Telefon: 06051 85-11591  
 E-Mail: [Gunda.AdolphiDr@mkk.de](mailto:Gunda.AdolphiDr@mkk.de)

#### Literatur:

1. Sanjivkuma, V. (2024, March 25). Macht die Corona-Krise Kinderzähne krank? [https://www.zmk-aktuell.de/fachgebiete/kinderzahnheilkunde/story/macht-die-corona-krise-kinderzaehne-krank\\_\\_12293.html](https://www.zmk-aktuell.de/fachgebiete/kinderzahnheilkunde/story/macht-die-corona-krise-kinderzaehne-krank__12293.html)
2. Mensink, G. et al (2024, March 25). EsKiMo II - Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6887.2>
3. Barmer Zahnreport 2020: Deutlich mehr Karies bei Kindern als bisher angenommen. [www.barmer.de/presse/infotek/Studien-und-reporte/zahnreporte/zahnreport-2020-1058930](http://www.barmer.de/presse/infotek/Studien-und-reporte/zahnreporte/zahnreport-2020-1058930)

**Nastaran Mehdizadeh, Claudia Herzog, Stephanie Voigt, Doris Veith**

## Vorstellung eines Prophylaxeprojektes – Wie kann das Putzverhalten von DaZ-Schüler\*innen unter Berücksichtigung soziokultureller Unterschiede verbessert werden?

### Einleitung

Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes im Kreis Segeberg belegen, dass Kinder in „Deutsch als Zweitsprache-Klassen“ (DaZ-Klassen) ein erhöhtes Kariesrisiko aufweisen. In diesem Beitrag soll die Entwicklung eines Prophylaxe-Pilotprojektes für diese größte Risikogruppe innerhalb der teilnehmenden Untersuchungsgruppen vorgestellt werden.

In unserem Landkreis wurden im Schuljahr 2022/23 insgesamt 7.601 Grundschüler\*innen aus 44 Grundschulen (Abb. 1) und 3.547 Kitakinder aus 65 Kindertagesstätten untersucht. Bei 1.377 Schüler\*innen (18 %) und bei 404 Kitakinder (11,4 %) wurden kariös erkrankte Gebisse dokumentiert. Der mittlere dmf-t-Wert für Schüler\*innen beträgt 1,32 und für Kitakinder 0,67. In Grundschulen, welche nicht als Kariesrisikoschulen eingestuft sind, haben die regulären Klassen einen durchschnittlichen dmf-t-Wert von 0,94.

In neun Grundschulen wurden DaZ-Klassen, die aus zugewanderten Kindern be-

stehen, untersucht. 50 % der Kinder in DaZ-Klassen weisen einen höheren dmf-t-Wert auf, als Kinder außerhalb von DaZ-Klassen. Dies zeigt, dass diese Gruppe relevante Zahngesundheitsprobleme und ein erhöhtes Kariesrisiko hat.

Die Ursachen für die schlechtere Mundgesundheit von Migrant\*innen in Deutschland sind komplex. Neben allgemeinen Faktoren, wie Bildung, Einkommen und Geschlecht bestehen andere, wie geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen, zahnschädlicheres Mundhygiene- und Ernährungsverhalten, bei Säuglingen eine ungeeignete Verwendung von Saugflaschen sowie kulturelle Hintergründe [2]. Es geht vor allem darum, effektive und umsetzbare Verbesserungen bei der Prophylaxe von Karies aufzuzeigen und anzubieten, um eine Angleichung von Gesundheitschancen für diese vulnerable Gruppe zu bewirken.

In der durch die Universität Greifswald durchgeführten Erhebung zur Mundgesundheit von Flüchtlingen in Deutschland wurde festgestellt, dass Flüchtlingskinder

im Alter von drei Jahren im Durchschnitt fast fünfmal mehr Karies hatten als die Vergleichsgruppe einheimischer Kinder gleichen Alters. Bei Kindern im Alter von sechs bis sieben Jahren war die Kariesprävalenz fast dreimal höher [4].

Bei den von uns untersuchten DaZ-Klassen mit insgesamt fast 300 zugewanderten Kindern war der Anteil mit kariös erkrankten Zähnen im Vergleich mit den Schulkindern unseres Landkreises mehr als verdoppelt. In einer DaZ-Klasse betrug die Kariesprävalenz etwa 80 % und der mittlere dmf-t-Wert 3,3. In der vereinfachten Statistik wurden die dmf-t-Werte der zweiten bis vierten Klassen als Vergleichsgrößen ausgewählt (Abb. 2).

### Methode

Während eines Pilotprojektes wurden aus drei Grundschulen („1“, „2“ und „3“) die DaZ-Klassen vom Zahnärztlichen Dienst im Kreis Segeberg ausgewählt und über einen Zeitraum von vier Monaten wöchentlich jeweils vier Stunden intensiv betreut. Der sozioökonomische Status der Eltern

konnte nicht ermittelt werden, da die Befragung der Eltern nicht möglich war. Die Untersuchungen wurden im Zeitraum vom 02.11.2023 bis zum 25.02.2024 bei sechs- bis zehnjährigen Kindern durchgeführt. Zwischen den jeweils drei Terminen lagen sieben bis 14 Tage. Für die Durchführung eines Plaque-Testes wurden Elterneinwilligungen angefertigt, die in Englisch, Türkisch, Arabisch, Farsi, Kurdisch, Russisch, Ukrainisch, Polnisch, Kroatisch, Rumänisch und Bulgarisch übersetzt wurden. Es ist bekannt, dass ohne eine effiziente häusliche Mundhygiene eine wirksame Prophylaxe auf Dauer nicht möglich ist.

Die Aufklärung der Eltern spielt dabei eine grundlegende Rolle. Verhaltensänderungen brauchen Zeit. Eltern als auch Kinder erhielten Informationsmaterialien. Für Kinder wurden ein Zahnputzplan und eine bebilderte Zahnputzanleitung in mehrere Sprachen übersetzt. Für die Aufklärung der Eltern wurden Flyer über Zahnputzzeit und gesundes Frühstück in Arabisch, Kurdisch, Farsi, Ukrainisch und Türkisch ausgegeben.

Zu den Terminen nahmen wir Untersuchungsmaterialien, wie Mundspiegel, Handschuhe, Flächendesinfektionstücher,

Plaque-Färbe-Tabletten (MIRA-2-TON Tablets von Hager & Werken), Zahnputzmodell, Zahnstatusbogen und eine Untersuchungslampe mit. In der Schule konnten wir einen Untersuchungsplatz aufbauen. Die Kinder, mit Einwilligung der Eltern, wurden uns in Gruppen zu je fünf Kindern von den Lehrkräften zugewiesen.

Während des ersten Termins wurde jedem Kind eine größengerechte Zahnbürste, eine fluoridhaltige Zahnpasta, ein Zahnputzplan, eine Zahnputzuhr und eine Zahnputzanleitung für die häusliche Umgebung ausgeteilt. Zudem wurde jedes Kind zahnärztlich untersucht, der Zahnstatus erhoben, sowie

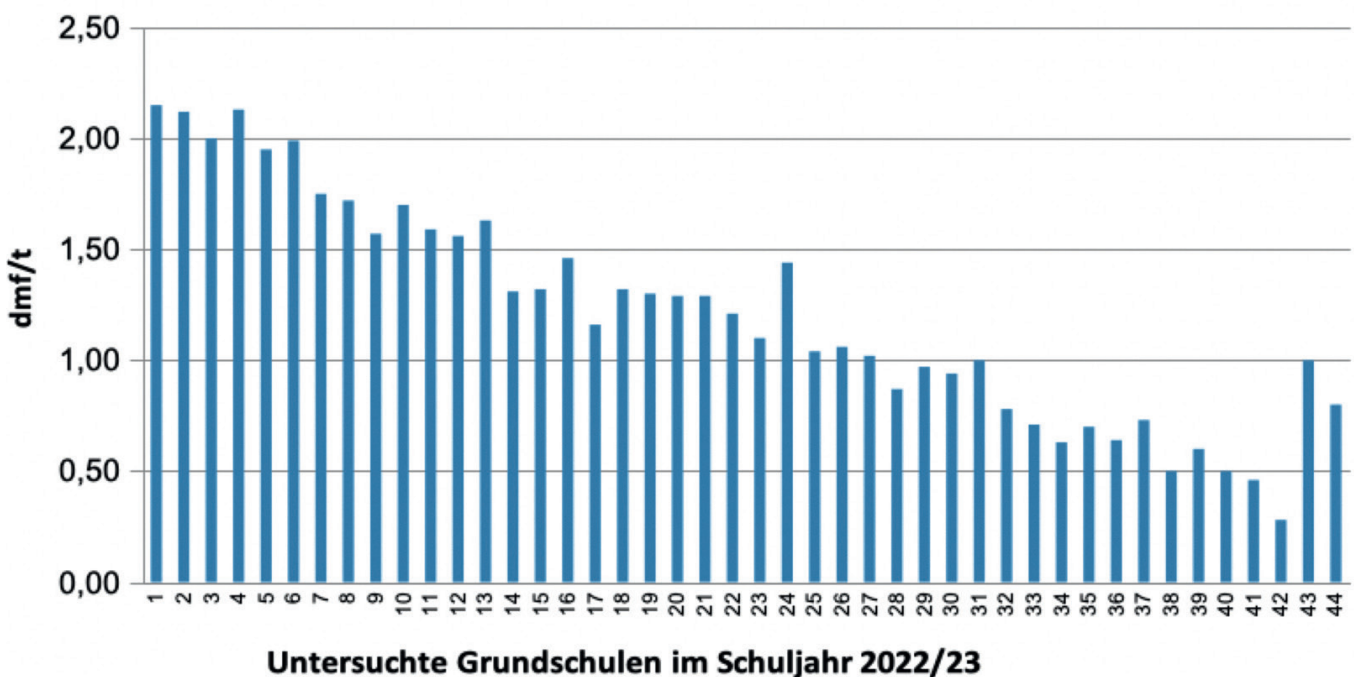


Abb. 1: dmft-t-Werte in den Grundschulen

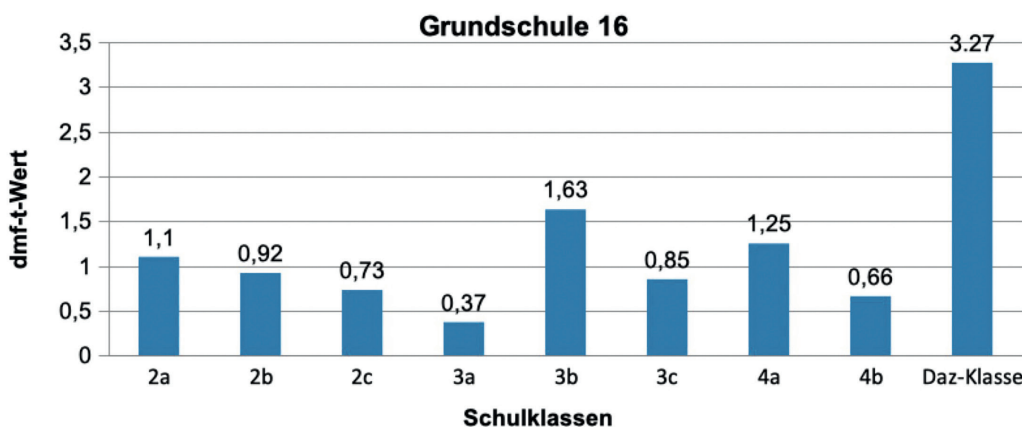


Abb. 2: dmft-t-Werte der Klassen in der Grundschule 16

das Frühstücksverhalten abgefragt. Durch die Fragen zum Ernährungsverhalten soll ermittelt werden, wie häufig zahnschädliche Lebensmittel konsumiert werden. Des Weiteren wurde ein Plaque-Test durchgeführt, bei dem die Zahnflächen hinsichtlich bakterieller Beläge beurteilt wurden. Die MIRA-2-TON Kautablette färbt die neue Plaque rot und die ältere Plaque blau ein (Abb. 3a, vergleiche 3b nach der Zahnputzübung). Die Auswertung der einzelnen Felder in Bezug auf die Plaque-Schichtstärke erfolgte durch visuelle Analyse. Die Dokumentation erfolgte handschriftlich. Der Indexwert ergibt sich durch das Einsetzen aller positiven Messstellen in eine Formel:  $\text{Summe der positiven Messungen} \times 100$  durch die Summe aller Messpunkte. Für die Summe aller Messpunkte wird hier 24 postuliert: 20 Milchzähne plus vier Sechsjähr-Molaren. Der Index (Prozentzahl), kann von Sitzung zu Sitzung verglichen werden. Nach dem Anfärben der Zähne erlernten die Kinder in Gruppen zu fünf die Zahnputzmethode nach KAI unter Anleitung einer Prophylaxefachkraft).

Beim zweiten und dritten Termin wurden ebenfalls Plaque-Tests durchgeführt, Befunde verglichen und ggf. Elternbriefe mit Aufforderungen zur Inanspruchnahme von zahnärztlicher Behandlung ausgestellt. Wiederholt wurde das Frühstücksverhalten der Kinder abgefragt und notiert. Anschließend wurden mit den Kindern erneut die praktischen Zahnputzübungen (Titelbild S.1) durchgeführt, intensiviert und individuell durch die Prophylaxefachkraft begleitet. Abgeschlossen wurde das Projekt mit einem kauaktiven Frühstück (Abb. 4) und einer Urkundenverleihung.

### Ergebnisse

Von den 63 DaZ-Schüler\*innen nahmen 46 Kinder, 24 Mädchen und 22 Jungs im Alter von sechs bis zehn Jahren, teil. Daraus ergab sich eine Quote von 73 %. Am Anfang waren große Mundhygiene- und Wissensdefizite erkennbar. Nach den Interventionen konnten geringere Plaqueindizes und damit Verbesserungen der Mundhygiene festgestellt werden (Abb. 5). An der „Grundschule „2“ war das Ergebnis, be-



**Abb. 3a:** Sichtbare rote (neuere) und blaue (ältere) Beläge nach dem Einfärben mit MIRA-2-TON Kautablette (Bildrechte siehe S. 4)



**Abb. 3b:** Reduktion der Beläge nach der Zähneputzübung (Bildrechte siehe S. 4)



**Abb. 4:** Gemeinsames mundgesundes Frühstück in den Klassen

sonders gut. Die Antworten bezüglich des Ernährungsverhaltens zeigten, dass häufig zahnsschädliche Lebensmittel konsumiert wurden.

**Diskussion**

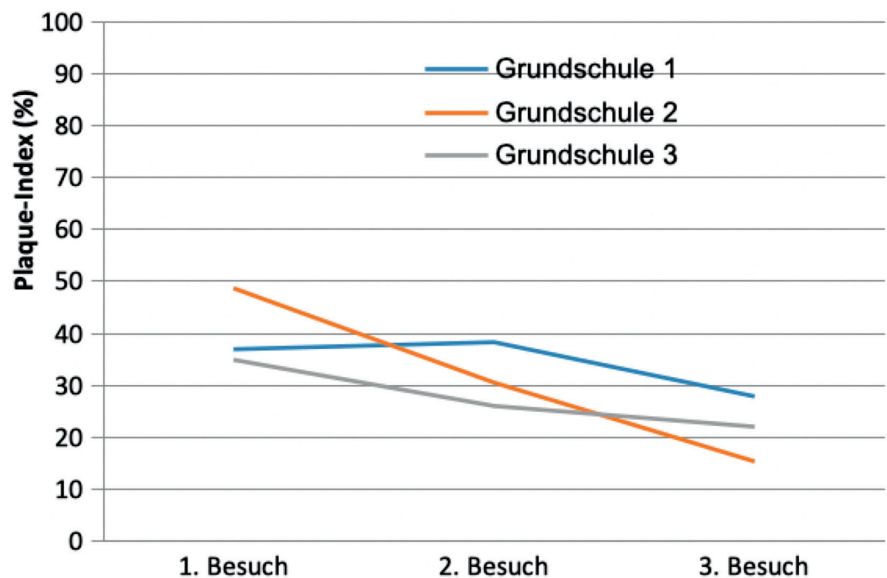
Es zeigte sich, dass Kinder von zugewanderten Bürger\*innen im Vergleich zu einheimischen Kindern im Kreis Segeberg ein erhöhtes Kariesrisiko hatten und von den Maßnahmen des Pilotprojektes profitierten. Die anfänglichen Mundhygiene- und Wissensdefizite lassen vermuten, dass die Begleitung des Zähneputzens durch das Elternhaus und auch vorschulische Präventionsprogramme bereits in Kitas, welche ebenfalls ein Zähneputzen unter Anleitung beinhalten sollten, fehlen.

Die deutliche Verbesserung der Plaqueindizes zeigte, dass die Motivation der Kinder durch die Feedback- und Belohnungsfunktion während des Prophylaxe-Programms stieg. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Kinder eine ungeteilte Aufmerksamkeit während der Untersuchung und den Prophylaxe Maßnahmen erhielten. Die Kinder sollten zum einen die richtige Zahnputztechnik erlernen, zum anderen das tägliche Zähneputzen möglichst als Routine etablieren.

**Fazit und Ausblick**

Vulnerable Gruppen können von engmaschiger gruppenprophylaktischer Betreuung, wie in diesem Pilotprogramm profitieren. Um die Zahngesundheitsförderung weiter zu optimieren, sollten die Gruppenprophylaxe-Programme umorientiert werden. Für einen langfristigen Erfolg muss das Zähneputzen fortlaufend trainiert werden. Deshalb wird das Projekt vom Zahnärztlichen Dienst weiter in den DaZ-Klassen durchgeführt. Es ist geplant, bei den teilnehmenden Schüler\*innen das Fluoridpräparat Duraphat (nach Einwilligung der Eltern) zu applizieren.

Neben erforderlichen Investitionen wird zukünftig auch die personelle Unterstützung durch externe Akteure/Lotsen als notwendig angesehen. Es wäre darüber hinaus hilfreich, muttersprachliche Dolmetscher\*innen und Mediatoren\*innen einzubeziehen, deren Kenntnisse über die Kultur, Sprach- und Lebensbesonderheiten eine bessere Informationsaneignung für die Migrantengruppen ermöglichen. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit



**Abb. 5:** Plaque-Index nach Impulsen (1., 2. und 3. Besuch)

Sozialarbeiter\*innen, Lehrer\*innen, Erzieher\*innen und Vertreter\*innen von Migrant\*innengruppen [1].

könnten für das Prophylaxe Projekt förderlich sein. Es wird als notwendig angesehen, die Mediatoren\*innen mehrmals oralprophylaktisch zu schulen. Umso wichtiger ist es daher, Informationsmaterialien zur Zahngesundheit inhaltlich und gestalterisch so zu entwickeln, dass sie von der Zielgruppe wahrgenommen und als hilfreich eingestuft werden [3].

Der Zahnärztliche Dienst plant zurzeit mit Hilfe der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (AG Jugendzahnpflege) im Landkreis, ein neues Projekt: „Kultursensible Kariesprophylaxe“. Die Informationsmaterialien sollen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Vertreter\*innen aus DaZ-Klassen erarbeitet und verbreitet werden.

Um den Kontakt mit den Mediatoren\*innen zu intensivieren, wurde in der AG Jugendzahnpflege eine Kontakt-App etabliert.

**Korrespondenzadresse**

Nastaran Mehdizadeh  
 Kreis Segeberg  
 Gesundheit  
 Jaguarring 16  
 23795 Bad Segeberg  
 Telefon: 4551 951-9359  
 E-Mail:  
[Nastaran Mehdizadeh@segeberg.de](mailto:Nastaran.Mehdizadeh@segeberg.de)

**Literatur:**

1. Schneller, T., R. Salman, K. Goepel: Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. DAJ, 2001, Bonn, S. 22, 74, 130.
2. Aarabi, G., R. Reißmann, G. Heydecke, D. Farhan, C. Kofahl: Die Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland-eine kritische Betrachtung. Dtsch. Zahnärztl. Z./2013; 68(5).
3. Mahoozi, T.: Kariesinzidenz bei Kinder mit Migrationshintergrund und unterschiedlichen sozialen Schichten. Diss. 21.12.2015, S. 12, 53, 56.
4. Splieth H.: Uni Greifswald Tag der Zahngesundheit, 25.09.2023.
5. Splieth H., R. Santamaria, T. Moustaz, J. Schmoekkel: Kariesrisiko bei Kindern mit Migrationshintergrund. Zeitschrift PLAQUE N CARE, 24.08.2017.
6. Splieth H.: Flüchtlinge: Zahngesundheit wie in Deutschland vor 30 Jahren, Pharmazeutische Zeitung, 10.11.2007.

**Statement des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) zum Tag der Zahngesundheit 2024 (Kurzfassung)**

## Gesund beginnt im Mund – von Anfang an!

Zahngesundheit von Anfang an! Dieser Wunsch beinhaltet nicht nur das Ziel, den Fokus präventiver Bemühungen auf den Erhalt der frühkindlichen Zahngesundheit zu lenken, sondern auch zu vermitteln, dass bereits während der Schwangerschaft die Weichen für die spätere kindliche Zahngesundheit gelegt werden können. Wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, führen ein gutes Wissen zu gesundheitlichen Inhalten und das damit verbundene Gesundheitsverhalten der Eltern und insbesondere der Mütter nicht nur zu einem gesundheitlichen Mehrwert bei den Müttern selber, sondern insbesondere zu einem hohen (mund)gesundheitlichen Zusatznutzen bei ihren Kindern. Hier bieten die aufsuchenden und niedrighschwelligigen Untersuchungs-, Beratungs- und Betreuungsangebote der kommunalen Zahnärztlichen Dienste die Möglichkeit, Kinder und Eltern sehr früh in ihrer Lebenswelt zu

erreichen, um somit ihre Chancen für ein gesundes Aufwachsen und die Förderung einer mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erhöhen. Vor allem Familien in besonderen sozialen Lebenslagen können von diesen Angeboten profitieren. Die frühe Information und Unterstützung für eine gute Mundgesundheit sollten in das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ des Kooperationsverbunds [gesundheitsziele.de](https://gesundheitsziele.de) integriert werden und in einem umfassenden Präventionskonzept Berücksichtigung finden. Auf kommunaler Ebene sind es verstärkte Kooperationen zwischen den Zahnärztlichen Diensten, den Frühen Hilfen, Hebammen, Jugendämtern und Geburtskliniken, die den Zugang zu Information und Unterstützung für Eltern ermöglichen können. Da gerade in Familien mit besonderen sozialen Lebenslagen der Zugang zu Gesundheitsleistungen und ihre Inanspruchnahme jedoch aus unterschiedli-

chen Gründen eingeschränkt ist, ließe sich durch eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Zahnärztlichen Diensten und den niedergelassenen Zahnarztpraxen ein enormes präventives Potenzial entwickeln. Dass dies möglich sein kann, zeigen vereinzelte Konzepte im Bereich des zahnmedizinischen Kinderschutzes, die in Kooperation zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung bereits jetzt durchgeführt werden. Ein wichtiges zukünftiges Ziel sollte daher ebenfalls sein, die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter – unabhängig vom Pakt des ÖGD und dessen Finanzierungsmöglichkeiten – als wichtigen Bestandteil der dritten Säule des deutschen Gesundheitssystems noch weiter zu stärken.

Siehe [bzog.de](https://bzog.de)

ANZEIGE

**Anmeldung:**  
bvoegd.de



**Early-Bird-Preise**

bis 31.12.2024 für  
BZÖG-Mitglieder:  
Kongresskarte 275 Euro  
Tageskarte  
Donnerstag 150 Euro  
Freitag 120 Euro

# 74. Wissenschaftlicher Kongress & 11. Bayerischer Kongress für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

**1.–4. April 2025 in Erlangen**

**Netzwerke im ÖGD – Gesundheit kreativ, digital und lebensnah gestalten**



**Dienstag, 1. April** Come-Together in der Industrieausstellung & Impulsvortrag  
**Mittwoch, 2. April** Feierliche Eröffnung & Empfang der bayerischen Staatsregierung im Redoutensaal, Gesellschaftsabend

## ZAHNMEDIZINISCHES PROGRAMM IN DER HEINRICH-LADES-HALLE IN ERLANGEN

### Donnerstag, 3. April

**Block 1** Moderation: Frau Dr. Gottstein / Frau Mitter

8:30	Begrüßung/ Einführung	Frau Dr. Gottstein
8:45	Leitlinienbasierte Betreuung von Menschen mit seltenen Erkrankungen der Zähne – Wissenswertes für Zahnärztinnen und Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst	Herr PD Dr. Schmidt
9:30	Leitlinienbasierte Betreuung von Menschen mit seltenen Erkrankungen der Zähne – Wissenswertes für Zahnärztinnen und Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst	Herr Prof. Dr. Kühnisch
10:15	Diskussion (15 min)	

**Block 2** Moderation: Frau Dr. Gottstein / Frau Mitter

11:00	Kinderschutz im zahnärztlichen Gesundheitsdienst – I. Rechtsgrundlagen, fachliche Hintergründe und Auswirkungen	Herr Dr. Petrakakis
11:25	Kinderschutz II. Vernetzungsmöglichkeiten beim zahnärztlichen Kinderschutz am Beispiel des Landkreises Eichsfeld/ Thüringen	Frau Dr. Gottstein
11:50	Kinderschutz im Zahnärztlichen Gesundheitsdienst – III. Kooperationen im Rahmen der Kinderschutzgruppe der Stadt Köln	Herr Dr. Heuser
12:15	Diskussion (15 min)	

**Block 3** Moderation: Frau Dr. Adolphi / Frau Dr. Riemer

13:30	Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien	Herr Prof. Dr. Lux
13:55	Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und nichtübertragbaren Erkrankungen – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS	Frau Dr. Krause
14:20	siehe: <a href="http://www.bzoeg.de/kongress/details/2025-kongress-erlangen.html">www.bzoeg.de/kongress/details/2025-kongress-erlangen.html</a>	N.N.
14:45	Diskussion (15 min)	

**Block 4** Moderation: Frau Dr. Adolphi / Frau Dr. Riemer

15:30	1. Postervorstellung: Zahngesundheit als Stadtthema, – Kita mit Biss – in Essen (15 min)	Frau Dr. Schuhmann
15:45	siehe: <a href="http://www.bzoeg.de/kongress/details/2025-kongress-erlangen.html">www.bzoeg.de/kongress/details/2025-kongress-erlangen.html</a>	Frau Dr. Hillebrecht
16:15	siehe: <a href="http://www.bzoeg.de/kongress/details/2025-kongress-erlangen.html">www.bzoeg.de/kongress/details/2025-kongress-erlangen.html</a> Diskussion (15 min)	Herr Prof. Dr. Schulte
16:30	Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens	
17:15	BZÖG e.V.: Delegiertenversammlung (90 min)	

### Freitag, 4. April

**Block 5** Moderation: Herr Dr. Petrakakis / Herr Dr. Bissar

9:00	Die Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) der Landeshauptstadt Dresden – eine Präventionskette der besonderen Art	Frau Dr. Nagel
9:30	Identifikation von Aussprachestörungen und orofazialen myofunktionellen Störungen bei Kindern im Rahmen der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen	Frau Dr. Hahn
10:00	Diskussion (15 min)	

**Block 6** Moderation: Herr Dr. Petrakakis / Herr Dr. Bissar

10:45	Unterhaltung oder Lernen am Modell – Inwiefern eignet sich die literarische und illustrative Gestaltung von Karius und Baktus zur Schulung der Gesundheitskompetenz?	Herr Wiemschulte
11:15	Mundgesundheit in stationären Einrichtungen des Rhein-Erft-Kreises	Fr. Dr. Fiedler
11:45	Diskussion (15 min)	

**Ansprechpartner:** Herr Dr. Abdul-Razak Bissar / [bissar@bzoeg.de](mailto:bissar@bzoeg.de)

**Kongressorganisation:** Congress Compact 2C GmbH / [info@congress-compact.de](mailto:info@congress-compact.de)