

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

BZÖG

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

37. Jahrgang / April 2007 www.bzoeg.de

Kooperationsverbund
„Gesundheitsförderung
bei sozial
Benachteiligten“
Erklärung

Experten bestätigen
Vorteile von Fluoriden

Berichte aus den
Ländern



Greifswalder Studie zur Effektivität von Fissurenversiegelungen

1.07

- 3 Editorial
- Kongressbeitrag**
- 4 Sind Fissurenversiegelungen für Jugendliche mit hoher und niedriger Karieserfahrung gleichermaßen wirksam?

Aktuelles

- 8 Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
- 10 Experten bestätigen Vorteile von Fluoriden für die Zahngesundheit
- 12 Tag der Zahngesundheit

Berichte

- 12 Mundgesundheit 3- bis 5-jähriger Kindergartenkinder in sechs Landkreisen und zwei kreisfreien Städten Hessens
- 14 Wir lassen kein Kind zurück – Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg
- 16 „Freiliegende Zahnhäule, hypersensible Zähne“ – Tagungsbericht aus Haldensleben

- 18 Ein Rap für die Zähne – Musikwettbewerb in Rostock



Verbrauchertipp

- 19 Jetzt ist die Zahnpflege für unterwegs noch praktischer

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.07
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens
1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH,
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. 0211/899 26 41, Fax 0211/892 90 79
Michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de
2. Vorsitzende: Dr. Claudia Sauerland,
Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna
Tel. 02303/27 26 53, Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

Herausgeber:
Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
Geschäftsführung: Dr. Cornelia Wempe,
Erikastraße 73, 20251 Hamburg
Tel. 040 42 80 13 375, Fax 040 42 80 12 567,
Cornelia.Wempe@t-online.de

Redaktion:
Dr. Grit Hantzsche (verantwortliche Redakteurin),
Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/51 58 22, Fax 03501/51 58 96,
grit.hantzsche@t-online.de

Wissenschaftlicher Referent:
Dr. Uwe Niekusch, Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50,
niekusch@agz-rnk.de

Zeitungsbeirat:
Dr. Gudrun Rojas, Dr. Christoph Hollinger,
Dr. Gereon Schäfer

Anzeigenverwaltung:
Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg,
b.schroeder@stadt-duisburg.de
Tel. 02065/90 585-79, Fax -72,
Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 192 05 558,
BLZ 210 501 70

Satz und Druck:
Poly-Druck Dresden GmbH
Reisstraße 42, 01257 Dresden

Bezug:
Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint dreimal im Jahr.
Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.
Einzelheft: 5,00 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: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

EDITORIAL



Bernd Schröder

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor knapp fünfzehn Monaten konnten wir in Osnabrück das 50-jährige Bestehen des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. in einem mehr als würdigen Rahmen begehen. Im Editorial unserer Verbandszeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ (Ausgabe Z.05 / Dezember 2005) haben Herr Dr. Michael Schäfer und Frau Dr. Claudia Sauerland eindringlich auf die unabdingbare Notwendigkeit der Kooperation und Netzwerkbildung der zahnärztlichen Dienste mit anderen Berufsgruppen sowohl im eigenen Gesundheitsamt als auch mit externen Verbänden und Einrichtungen hingewiesen. Wer es detailliert noch einmal nachlesen möchte, kann oben genannte Ausgabe unserer Zeitschrift oder das digitalisierte Zeitungsarchiv auf unserer Homepage (www.bzoeg.de) nutzen.

Dass nicht nur unsere originären, im Studium der Zahnheilkunde oder in berufs begleitenden Fortbildungen und in der Weiterbildung zum Fachzahnarzt/-zahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen erworbenen Fachkompetenzen gefragt sind, sondern unsere weiteren „fachfremden“ Kenntnisse zunehmend gefordert sind, zeigt sich in letzter Zeit öfter. In zahlreichen Gesundheitsämtern leiten Kolleginnen und Kollegen nicht nur den Zahnärztlichen Dienst sondern auch professionsübergreifende Abteilungen wie den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, fungieren als Stellvertretung der Amtsleitung oder leiten amtierend das Gesundheitsamt. Wer immer noch meint, nur als Jugendzahnarzt zu arbeiten, sollte überlegen, welche vielfältigen Aufgaben zusätzlich ausgeübt werden.

Die eigene Arbeit im Gesundheitsamt, in den Gremien und den externen Arbeitskreisen vorzustellen, kostet Zeit und Energie. Das ist aber notwendig, um Vorurteile und Unkenntnis der mit uns arbeitenden, teilweise auch vorgesetzten Personenkreise abzubauen. „Tue Gutes und rede darüber!“ muss unser Motto lauten.

Für mich ist es unverständlich zu hören, welche guten Ideen lokal umgesetzt, jedoch nicht verbreitet werden. Die Möglichkeiten, die der interne Bereich unserer Homepage bietet, werden nicht voll ausgeschöpft. Es wäre schön, wenn viele Kolleginnen und Kollegen ihre Arbeit, ihre Ideen und Materialien in diesem Teil unserer Homepage veröffentlichen würden. Oft helfen Gedanken und Lösungen aus anderen Diensten und dienen als Initialfunke für die eigene Arbeit

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen, auch den Kolleginnen und Kollegen im öffentlichen Dienst, die keine Mitglieder des BZÖG e.V. sind, aber trotzdem von unserer Verbandsarbeit profitieren, weiterhin frohes Schaffen.

Bernd Schröder

Ch. Heyduck, Ch. Schwahn, Ch. Splieth

Sind Fissurenversiegelungen für Jugendliche mit hoher und niedriger Karieserfahrung gleichermaßen wirksam?

Greifswalder Studie zur Effektivität von Fissurenversiegelungen

1. Einleitung

Untersuchungen zur Kariesprävalenz bei Jugendlichen zeigen seit Mitte der 70er Jahre einen starken Kariesrückgang in den industrialisierten Ländern, der unter dem Begriff „Caries decline“ in die wissenschaftliche Literatur Eingang gefunden hat [2; 9; 22; 29]. In den vergangenen 30 Jahren wurde eine Vielzahl von Studien veröffentlicht, in denen ein oder mehrere Faktoren hinsichtlich ihres Einflusses auf den Kariesrückgang evaluiert wurden [14; 27]. Neben der Stärkung der Abwehr durch die vier Säulen der Kariesprophylaxe ist auch das Bewusstsein für die eigene Zahngesundheit in der Bevölkerung gestiegen. Patienten akzeptieren heute nicht nur den präventiven Ansatz in der Zahnheilkunde, sondern sie verlangen eine präventive Betreuung [15]. Auch die Änderung in der Behandlungsphilosophie zugunsten einer mehr präventiven Herangehensweise („prevention instead of extension“) wie auch neuere minimal invasive Füllungsmethoden tragen zur Senkung der Kariesprävalenz bei [3]. In bezug auf die Wirksamkeit von Fluoriden bei der Kariesprävention besteht weitgehend Einigkeit [10; 12]. Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta, deren Marktanteil in Deutschland 98 % aufweist, stellt hierbei für den größten Teil der Bevölkerung die wichtigste regelmäßige Quelle der Fluoridanwendung dar [10]. Die Anwendung von Fluoridzahnpaste führte vor allem zu einem starken Rückgang der Glattflächenkaries [6; 24], während die Fissuren- und Grübchenkaries weit weniger eingedämmt wurde. Craig

und Burton stellten schon 1985 bei Untersuchungen von 12-jährigen Schülern aus Sydney fest, dass bei der Bewertung der kariösen, gefüllten bzw. aus Kariesgründen extrahierten Zahnflächen 75,6 % dieser Flächen auf die Fissuren- und Grübchenkaries entfielen. Die Autoren betonten, dass durch Prophylaxe der Fissuren- und Grübchenkaries der 6-Jahrmolaren die Zahl der kariesfreien 12-Jährigen in erheblichem Maße zu steigern wäre [7]. Dies unterstreicht anschaulich die Notwendigkeit einer spezifischen individualprophylaktischen Maßnahme für die Okklusionsflächen. So wird die Fissurenversiegelung von Molaren häufig für den schnellen Kariesrückgang in den 90er Jahren in Deutschland verantwortlich gemacht [8]. Es ist allerdings zu befürchten, dass vielfach kleine kariöse Läsionen nach einer (erweiterten) Versiegelung in Statistiken weder als D noch als F Komponente in den DMFT-Index eingehen, sondern als primär gesunde Flächen [11]. Weiterhin ist fraglich, ob nicht durch Fissurenversiegelungen lediglich die Hauptrisikoflächen für Karieszuwachs blockiert werden, die Kariesaktivität der Kinder, die durch Zuckerkonsum und Plaque bestimmt wird, aber nicht reduziert wurde [5]. Unter diesem Gesichtspunkt kann die Rolle der Versiegelungen als ursächlich orientierte Prophylaxemaßnahme in Frage gestellt werden.

2. Ziel

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Interaktion der kariespräventiven Wirksamkeit von Fissurenversiegelungen und

des Karieszuwachses in einer Longitudinaluntersuchung zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr zu überprüfen. Hierzu sollen verschiedene Faktoren, die für die Kariesinzidenz im betrachteten Zeitintervall bestimmend sind, sowie deren Wechselwirkungen anhand von Regressionsmodellen auf Probanden-, Zahn- und Zahnflächenebene beleuchtet werden [31].

3. Methode

3.1 Umfang der Studie

Die vorliegende Studie basiert auf zwei Datensätzen. Die Basisuntersuchung (1999/2000), bei der 723 zwölfjährige Schüler aufgenommen wurden, erfolgte an 13 Greifswalder Schulen als Totalerhebung (372 Jungen (51 %), 351 Mädchen (49 %); mittleres Alter 12,25 J).

Im Frühjahr 2003 wurde erneut eine Untersuchung von 632 dieser mittlerweile Fünfzehnjährigen in 9 Schulen durchgeführt (298 Jungen (47 %), 334 Mädchen (53 %); mittleres Alter 15,55 J).

Aus beiden Untersuchungen existieren Folgeergebnisse für 434 Schüler (193 Jungen, 241 Mädchen), die sowohl im Alter von 12 Jahren ($\sigma = 12,3 \text{ J} \pm 0,36$) als auch im Alter von 15 Jahren ($\sigma = 15,6 \text{ J} \pm 0,34$) untersucht wurden.

3.2 Klinische Untersuchung

Die Jugendlichen wurden über die Untersuchungspflicht informiert, was zu einer extrem hohen Teilnehmerate führte. So fehlten lediglich 7 % der Schüler im Jahre 2003.

Die zahnärztlichen Untersuchungen fanden in geeigneten Schulräumen zentralisiert statt und wurden von zwei, nach den WHO-Kriterien kalibrierten Zahnärzten durchgeführt. Die Kariesdiagnostik erfolgte als Vollbefundung und wurde unter Verwendung standardisierter Methoden nach den Empfehlungen der WHO [39] mit einem planen Mundspiegel, zahnärztlicher PA Sonde (Modell Nr. PCP 11, Hu-Friedy, Chicago/USA) und einer transportablen künstlichen Lichtquelle (Rupprich LED-Licht-Clip, Rupprich Rutec, Görlitz/Germany) durchgeführt.

Zusätzlich zur Kariesdiagnostik wurden versiegelte Flächen erfasst, die mehr als 50 % der versiegelten Fissur bedeckten und keine Zeichen einer Fraktur zeigten. Die Untersuchung nutzte analog zu den WHO-Kriterien die visuelle Bewertung, mit der

Sonde wurden lediglich suspekt gefüllte Füllungsränder bzw. Fissurenversiegelungen ohne Druck untersucht. Die Kariesdiagnostik mit der Sonde erfolgte ansonsten nur sehr zurückhaltend, um arretierte Läsionen nicht zu eröffnen [16, 19, 23, 39]. Die Daten wurden an einem Laptop über eine Erfassungsmaske (Access 2000) direkt in eine Datenbank eingegeben.

Um die Datenqualität zu optimieren, wurde die zweite Untersucherin (2003) im Vorfeld mit der ersten Untersucherin kalibriert, wobei die Inter- und Intra-Untersucherübereinstimmung ermittelt wurden [17, 28]. Dabei ergab sich eine exzellente Übereinstimmung [26] beider Untersucher mit einem Kappa-Wert von über 0,95 und beide Zahnärzte untersuchten jeweils sehr reproduzierbar (Intra-Untersucher > 0,97).

3.3 Methoden der statistischen Auswertung

Nach Zusammenführung der Daten erfolgte eine Plausibilitätskontrolle, bei der von 55 552 einzeln eingegebenen Flächenbefunden nur 14 nicht plausible Umkehrbefunde auffielen. Nach deren Bereinigung wurden die Daten von 434 Jugendlichen, die an beiden Untersuchungen teilgenommen hatten, anonymisiert und sie dienten als Grundlage für die weiteren Analysen mit SPSS 11.0. Mittels logistischer Regression (SUDAAN 7.53) wurde der Einfluss verschiedener Variablen (der Schultyp, die Anzahl der Versiegelungen, das Geschlecht und der Basis-DMFS) sowie deren Interaktion auf die Kariesinzidenz auf Probanden-, Zahn- und Zahnflächenebene analysiert. Unterschiede, bei denen der p-Wert kleiner als 0,05 war, galten als statistisch signifikant und p-Werte kleiner als 0,001 als statistisch hoch signifikant. Des Weiteren wurden der statistische Median- (z), Mittel- (x), Minimal- und Maximalwert sowie die Standardabweichung errechnet.

4. Ergebnisse

4.1 Charakterisierung der Basis- und Folgeuntersuchung

Die Grundgesamtheit setzte sich aus 723 Schülern zusammen, die in die Basisuntersuchung 1999/2000 aufgenommen wurden und zwischen dem 10. Januar 1987 und dem 30. April 1988 gebürtig waren. Diese Gesamtheit umfasst alle Schultypen, ausgeschlossen waren lediglich die Sonder-

schulen. In der Folgeuntersuchung 2003, also 3 Jahre später, wurden davon 434 Schüler erneut erreicht. Es gab keine Verweigerer, d.h. es traten ausschließlich neutrale Ausfälle (z.B. durch Umzug oder Krankheit) auf. Damit sind 60 % der Schüler sowohl im Alter von 12 als auch im Alter von 15 Jahren untersucht worden.

4.2 Kariesprävalenz und -inzidenz, Versiegeleerretention und -misserfolge

1999/2000 wurde bei den damals 12-Jährigen ein mittlerer DMFT von 1,78 ermittelt ($\pm 2,15$), der mittlere DMFS-Wert lag bei 2,79 ($\pm 4,07$; Abb. 1). In nur 3 Jahren stiegen der mittlere DMFT mit 3,97 ($\pm 3,68$) und der mittlere DMFS-Index mit 6,94 ($\pm 8,34$) auf mehr als das Doppelte der Werte der 12-Jährigen.

Die Fissurenversiegelungen wiesen bei der vorliegenden Anwendungsbeobachtung (12 bis 15 Jahre) eine Verlustrate von 47 % auf. Zu 18 % waren die mit 12 Jahren versiegelten Zähne im Alter von 15 Jahren kariös, gefüllt oder sogar aus Kariesgründen extrahiert. Die Misserfolgsquote betrug somit 6 % pro Jahr.

4.3 Faktorenanalyse für die Kariesinzidenz

4.3.1 Analysen auf Probandenebene

In der Faktorenanalyse für Kariesbefall im Jahr 2003 als DMFS-Wert wurden 24,2 % der Jugendlichen mit einem Karieszuwachs von über 5 Flächen (Differenz DMFS15 Jahre-DMFS12 Jahre > 5) als Fallgruppe definiert, die damit 105 Jugendliche mit hoher Kariesaktivität umfasste. Die übrigen 329 Jugendlichen

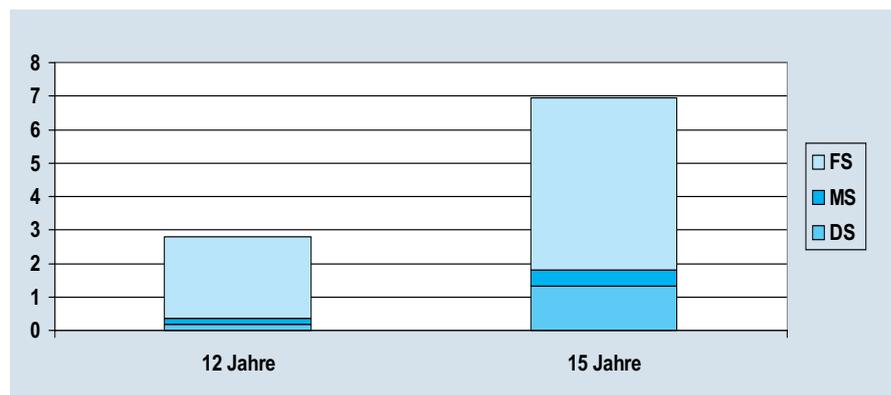


Abb. 1: Kariesprävalenz im Alter von 12 und 15 Jahren als DMFS mit Einzelkomponenten

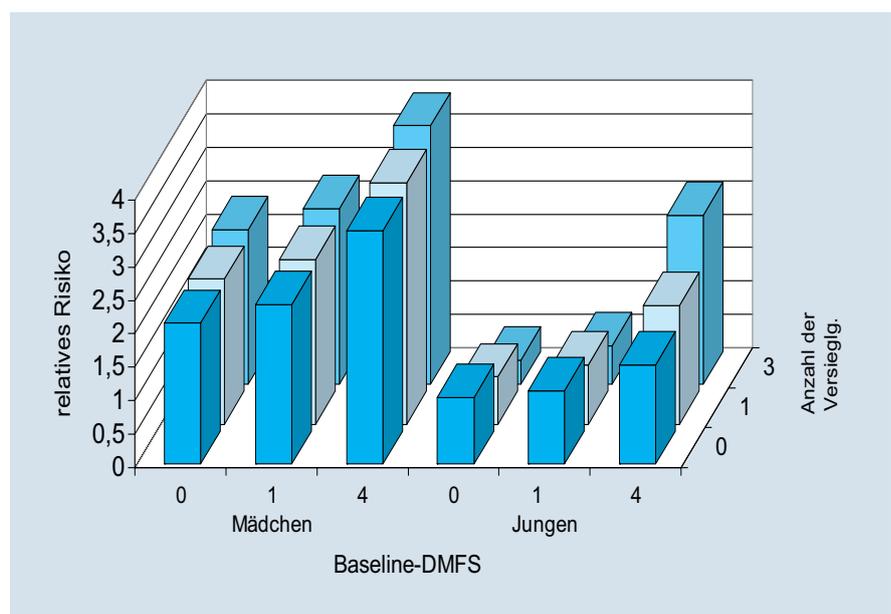


Abb. 2: Wechselwirkung zwischen Geschlecht, Anzahl der Versiegelungen und dem Basis-DMFS mit der Kariesinzidenz zwischen 12 und 15 Jahren

dienten als Kontrollgruppe mit niedriger Kariesaktivität.

In das multivariate Modell wurden folgende Einflussgrößen (12 Jahre) für die Kariesinzidenz bis 15 Jahre einbezogen: der Schultyp, die Anzahl der Versiegelungen, das Geschlecht (Referenz: Jungen) und die individuelle Karieserfahrung im Alter von 12 Jahren (Basis-DMFS).

Das relative Risiko (RR) von Kariesinzidenz für Gymnasiasten betrug nur ca. 1/3 von dem von Nichtgymnasiasten (0,339), für Mädchen war es mehr als doppelt so hoch als für Jungen (2,21). Die Anzahl der Versiegelungen (1,013) hatte keinen Effekt. Weiterhin erhöhte sich mit steigendem Basis-DMFS auch das Risiko für hohe Kariesinzidenz statistisch signifikant.

Die Überprüfung auf Interaktionen der Variablen ergab eine Dreifachwechselwirkung zwischen dem Geschlecht, der Anzahl der Versiegelungen im Alter von 12 Jahren und dem Basis-DMFS. Hierbei ist ein erhöhtes Risiko der Mädchen gegenüber den Jungen deutlich zu erkennen. Während bei den Mädchen die Anzahl der Versiegelungen nur einen sehr begrenzten Effekt auf das zukünftige Kariesgeschehen hat, ist bei den Jungen eine steigende Anzahl von Versiegelungen im Bereich mit geringem Basis-DMFS durchaus ein protektiver Effekt zu erkennen. Im Bereich erhöhter Basis-DMFS-Werte wirkt jedoch auch eine erhöhte Anzahl von Versiegelungen nicht mehr protektiv, der Effekt kehrt sich um (Abb. 2). Mit zunehmendem Basis-DMFS steigt das relative Risiko insgesamt stark an.

4.3.2 Analysen auf Zahnebene

Bei der Analyse auf Zahnebene wurde das Kariesrisiko für die Okklusalflächen der Prämolaren und Molaren bewertet. Die Versiegelung einer Okklusalfläche hat insgesamt einen deutlichen protektiven Effekt (RR = 0,7), wobei die absolute Größe dieses Effektes von den unterschiedlichen Risiken der

einzelnen Seitenzähne (6'er = 18,52; 7'er = 10,69; 5'er = 1,61) abhängt (reduzierte RR: 6'er = 12,95; 7'er = 7,48; 5'er = 1,12).

Auch dieses Modell wurde auf Wechselwirkungen überprüft, wobei analog zu den Befunden auf Probandenebene für den ersten permanenten Molaren nur ein protektiver Effekt bei niedrigem Basis-DMFS gefunden wurde (p=0,004; Abb. 3).

Die Anzahl der Versiegelungen an 4ern, 5ern, 7ern hatte aufgrund der niedrigen Erkrankungsrate dieser Zähne nur einen sehr geringen Effekt.

4.3.3 Analysen auf Zahnflächenebene

Lediglich am ersten permanenten Molaren waren im Untersuchungszeitraum DMF-Flächen und Versiegelungen in nennenswertem Umfang festzustellen, so dass eine Analyse auf Flächenebene nur für den 6-Jahrmolaren mit ausreichender statistischer Aussagekraft möglich ist. Okklusalflächen erkrankten zwischen 12 und 15 Jahren allerdings sechsmal häufiger als mesiale und bukkale Flächen und sogar neun- bzw. zehnmal häufiger als orale und distale Flächen. Auf Zahnflächenebene konnte keine Wechselwirkung zwischen okklusalen Versiegelungen und der Kariesinzidenz an den anderen Flächen des ersten permanenten Molaren festgestellt werden. Damit besteht kein protektiver Effekt für die anderen unversiegelten Flächen.

Die Anzahl bukkaler und palatinaler Versiegelungen reichte nicht für eine Subanalyse aus. Gerade bei unteren Molaren wird in der Regel nur die Okklusalfläche versiegelt und das bukkale Grübchen bleibt unversiegelt. Auch bei den Versiegelungen oberer Molaren war auffällig, dass das distale Grübchen häufig nicht mitversiegelt war.

5. Diskussion

Die Untersuchungen, die dieser Studie zugrunde liegen, wurden im Rahmen der obligaten Schuluntersuchungen an allen

Greifswalder Schulen durchgeführt, so dass die Beteiligungsrate jeweils über 90 % lag. Gründe für die Nichtteilnahme waren nur natürliche Faktoren, wie Umzug oder Krankheit, ein Selektionsbias kann damit ausgeschlossen werden.

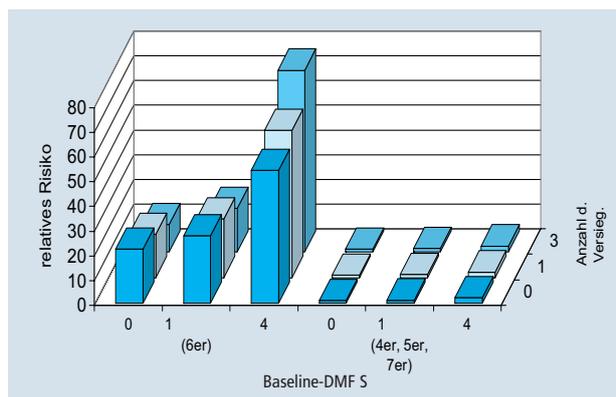
Für die Fissurenversiegelungen ist anzumerken, dass es sich nicht um eine klinische Studie handelt, die die optimale Wirksamkeit von Versiegelungen eruieren sollte. Die Versiegelungen wurden nicht randomisiert vorgenommen, sondern die behandelnden Hauszahnärzte entschieden über die Indikation. Die Anwendungsbeobachtung lässt daher eher Schlüsse über die „Versiegelungsrealität“ zu als über den möglichen kariespräventiven Effekt von Versiegelungen.

Der DMFT Wert von 1,78 für die 12-Jährigen entsprach den Daten der repräsentativen Untersuchungen der DAJ im Jahr 2000 für Ostdeutschland [8], so dass angenommen werden kann, dass die Studienpopulation repräsentativ für Ostdeutschland ist, während die Kariesprävalenz in Westdeutschland etwas geringer ist [8].

Für 15-Jährige existierten für das Jahr 2003 in Deutschland kaum Kariesprävalenzdaten. Schuluntersuchungen von 12 der 18 kreisfreien Städte und Landkreise des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern mit 12695 15-Jährigen ergaben einen durchschnittlichen DMFT Wert von 3,75 für 2002/03. Damit kann die Hansestadt Greifswald mit einem durchschnittlichen DMFT von 3,78 als repräsentativ für Mecklenburg-Vorpommern mit einem DMFT von 3,75 angesehen werden.

Ein Problem der Schuluntersuchungen in Deutschland ist, dass keine Bissflügelaufnahmen angefertigt und ausgewertet werden können. Dadurch wird eine systematische Unterschätzung der Kariesprävalenz in Kauf genommen. Bei ca. 30 % der 12-Jährigen werden Dentinläsionen klinisch nicht erfasst [16] und die D-Komponente des DMFS Index bei 11-12-Jährigen müsste unter Einbeziehung von Bissflügelaufnahmen um den Faktor 2 nach oben korrigiert werden [20]. Dies könnte einer der Gründe sein, warum der DMFT bei 12-Jährigen – bei denen hauptsächlich Fissuren und Grübchenkaries der ersten permanenten Molaren diagnostiziert werden - in Deutschland gering ist, und in nur 3 Jahren, im Verlauf dieser Studie mehr als verdoppelt wird. So ist es vorstellbar, dass viele Läsionen im 12. Lebensjahr bereits vorhanden, aber erst im Alter von 15 Jahren klinisch diagnostizierbar waren. Versiegelungen können diesen Effekt steigern, da sie die Karies der Okklu-

Abb. 3:
Relatives Risiko des Sechsjahrmolaren bzw. der Prämolaren und des 2. Molaren bei steigendem Basis-DMFS und zunehmender Zahl von Versiegelungen



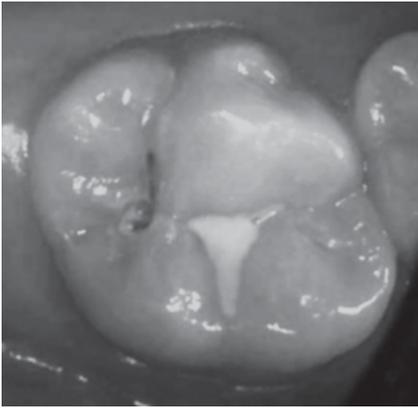


Abb. 4: Unvollständige Versiegelungen führen vor allem bei der distalen Grube oberer Molaren häufig zu kariösen Läsionen, da aus Mangel an antagonistischem Kontakt keine Selbstreinigung stattfindet.

salfäche erster permanenter Molaren blockieren, ohne jedoch die generelle Kariesaktivität der Jugendlichen zu reduzieren [4, 5]. Dies wurde durch die Analysen auf Zahnflächenebene unterstützt, die zeigten, dass eine okklusale Versiegelung im Faktorenmodell keinen protektiven Effekt für andere, nicht versiegelte Flächen aufweist. Auf Probandenebene wiesen Jugendliche mit einem hohen Ausgangs-DMFS und steigender Anzahl an Versiegelungen ein höheres Risiko für Kariesinzidenz auf, als Jugendliche mit ebenfalls hohen Basis-DMFS Werten und wenigen Versiegelungen. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass sich Jugendliche, deren Eltern und auch Zahnärzte durch eine Versiegelung sicher fühlen, und andere Maßnahmen zur Kariesaktivitätssenkung, die zum Teil nicht von der Krankenkasse gezahlt werden (engere Recall-Intervalle, professionelle Zahnreinigung, zusätzliche Fluoridapplikation, Chlorhexidinanwendung usw.) nicht genutzt werden. Außerdem waren die Fissurenversiegelungen mehrheitlich an ersten permanenten Molaren bei den Kindern im Alter von 6-7 Jahren durchgeführt worden. Diese älteren, zum Teil defekten Fissurenversiegelungen könnten die PlaqueRetention begünstigt haben.

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der präventive Effekt der Fissurenversiegelung im Routinegebrauch in Deutschland für Jugendliche noch nicht optimal ist. So profitieren vorrangig Jugendliche mit geringer Karieserfahrung. Bei hohen Ausgangs-DMFS-Werten und vielen Versiegelungen im Alter von 12 Jahren resultierte sogar eine erhöhte Kariesinzidenz auf Probanden-, Zahn- und Zahnflächenebene. Viele Autoren führen einen großen Anteil

des Kariesrückgangs bei 12-Jährigen auf die Anwendung von Fissurenversiegelungen in den 90er Jahren zurück [16, 17, 22, 29]. Es scheint aber, dass Versiegelungen für Jugendliche keine Garantie für geringe Kariesinzidenz darstellen, vor allem nicht in einer längerfristigen Perspektive. Sie sollten daher nicht als alleinige Maßnahmen der Kariesprävalenzsenkung angesehen werden.

Die Annahme, dass eine hohe Anzahl an Versiegelungen ein Indikator für einen Selektionsbias darstellt, da beispielsweise niedergelassene Kollegen Versiegelungen vorzugsweise bei Hoch-Kariesrisikokindern legen, ist nicht valide, da die statistische Analyse hinsichtlich der Ausgangskariesprävalenz justiert wurde.

Ein weiterer Grund für die schlechte Effektivität der Fissurenversiegelungen ist wahrscheinlich deren geringe Retentionsrate, wobei zu betonen ist, dass es sich hier nicht um neu applizierte Versiegelungen handelt, sondern bei den ersten Molaren, um Versiegelungen, die 5-8 Jahre nach Applikation untersucht wurden. Trotzdem sind Verlusten in dieser Anwendungsbeobachtung von 19 % innerhalb von 3 Jahren als hoch einzuschätzen und sie liegen über den Ergebnissen von klinischen Studien: So können Retentionsraten von bis zu 98 % nach 1 Jahr und 80 % nach 10 Jahren erreicht werden [39].

Auch für die Misserfolgsquote von Versiegelungen mit durchschnittlich 6 % pro Jahr wurde in dieser Anwendungsbeobachtung ein höherer Wert als bei klinischen Studien festgestellt: Versiegelungen an 6-Jahrmolaren wiesen hier Misserfolgsquoten von 0,5 % bis 2,5 % pro Jahr aus [13, 32, 37]. Nur Rajic et al. [30] und Vrbic [35, 36] veröffentlichten höhere Misserfolgsquoten von 6 % bis 18 % bei kroatischen Kindern, wo hohe Kariesaktivität, geringe Fluoridnutzung und technische Probleme wie adäquate Trockenlegung ein möglicher Grund sein können.

Da unabhängig vom Versiegelungsmaterial eine erhöhte Verlustrate innerhalb des ersten halben Jahres auffällig ist, sollte auch laut Empfehlung der aktuellen Leitlinie Fissurenversiegelung eine Nachkontrolle und gegebenenfalls eine Nachversiegelung innerhalb von 6 Monaten erfolgen [34, 40]. Eine Beachtung dieser Nachkontrollen könnte die sowohl unbemerkte Verluste/Teilverluste von Versiegelungen als auch dadurch entstehende Misserfolge (kariöse und füllungspflichtige Defekte an vorher versiegelten Zähnen) minimieren. Außerdem war häufig die distale Grube oberer Molaren nicht mitversiegelt, was gerade hier

häufig zu kariösen Läsionen führt, da aus Mangel an antagonistischem Kontakt keine Selbstreinigung stattfindet [16] (Abb. 4). Die Versiegelung sollte weiterhin auf bukkale Fissurenausläufer der Unterkiefermolaren ebenso wie auf palatinale der Oberkiefermolaren ausgedehnt werden. Dies könnte die Kariesinzidenz dieser Glattflächen beträchtlich verringern.

Aber selbst wenn die Qualität der Versiegelung erhöht wird, was eine Verbesserung der Retention, Effektivität wie auch Effizienz bedingt, bleibt das Problem der generell erhöhten Kariesaktivität einiger Jugendlicher bestehen. Einige Autoren schlagen risikospezifische Indikationen für Versiegelungen vor [18, 34, 33, 40]. Generalisierte Versiegelungen wie Mitte der 90er Jahre von Ferrazzini [13] vorgeschlagen, verfehlen den bedarfsorientierten Ansatz der Medizin und erscheinen daher wenig effektiv.

6. Schlussfolgerungen

Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie scheinen Fissurenversiegelungen allein nur für Jugendliche indiziert zu sein, die eine geringe Kariesaktivität aufweisen, und deren einzige Risikofläche die Okklusalfäche ist. Alternativ sind non-invasive Maßnahmen zur Plaquekontrolle, wie die Querputztechnik, denkbar [4, 5, 25].

Bei hoher Kariesaktivität - eine Indikation, die von vielen Zahnärzten favorisiert wird [1, 18, 33] - reichen Fissurenversiegelungen allein nicht aus, um eine hohe Kariesinzidenz zu verhindern. Hier sollten Versiegelungen eng gekoppelt mit intensivprophylaktischen Maßnahmen angeboten werden, um neben dem Blockieren der Hauptrisikoflächen auch die generelle Kariesaktivität zu senken.

Nur durch die Senkung der Kariesaktivität sowohl auf Individual- als auch auf Populationsebene ist die Kariesprävalenz auch über das 12. Lebensjahr hinaus auf einem niedrigen Niveau zu halten. Andernfalls maskieren Versiegelungen die Kariesaktivität bis zum 12. Lebensjahr aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Diagnose, die erst bei Jugendlichen zu einem großen Zuwachs an diagnostizierbaren kariösen Läsionen führt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christine Heyduck
Abteilung für Prävention und Kinderzahnheilkunde
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald/Germany
Tel.: +49 3834 86-7101, Fax.: +49 3834 86-7299
E-Mail: heyduck@uni-greifswald.de
- Literatur bei der Redaktion -

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Nachdem der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als bislang einziger zahnärztlicher Verband am 27. Oktober 2005 dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ beigetreten ist, wurde im Rahmen eines vierten Treffens am 10. November 2006 Bilanz gezogen.

Besonders herauszuheben ist, dass nun in der 2. erweiterten und überarbeiteten Auflage 2006 der „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ein Beispiel des Regionalen Knotens Thüringen „Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit in Kindertagesstätten“ Eingang gefunden hat.

Dem nachfolgenden Text der Autorengruppe um Frau Carola Gold entnehmen Sie bitte den Stand Ende 2006.

Aktuelles finden Sie auf der Website: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Dr. Michael Schäfer MPH

Datenbank / Good Practice

„Gute Praxis sichtbar machen und in die Fläche bringen!“ Dies ist die Kernaussage des Good Practice-Ansatzes, der mit der Möglichkeit zur Online-Recherche nach Good Practice-Angeboten in der Datenbank Gesundheitsprojekte im Sommer 2006 eine weitere Entwicklungsstufe genommen hat. Nachdem im beratenden Arbeitskreis ein transparentes Auswahlverfahren entwickelt wurde, konnten gemeinsam mit den Koordinator/innen der Regionalen Knoten mehr als 30 Beispiele für gute gesundheitsfördernde Praxis identifiziert und veröffentlicht werden. Das Kennzeichen dieses Auswahlprozesses ist, dass er nicht mit dem Anspruch antritt, die besten aller gesundheitsfördernden Angebote zu finden. Vielmehr werden jeweils drei ausgewählte Kriterien ausführlich beschrieben und so interessierten Praxisanbietern Anregungen gegeben, die eigenen Angebote weiter zu entwickeln oder Ideen für die Konzeption neuer Angebote zu erhalten.

Gleichzeitig startet eine Initiative, durch intensive Medienarbeit den Good Practice-Ansatz bei den Praktikern bekannter zu machen. Hierzu soll vor allem in den Fachmedien der relevanten Handlungsfelder (zum Beispiel Gesundheitsförderung, Sozialarbeit, Stadtentwicklung und Umwelt) über Good Practice informiert werden. Die Präsenz im Rahmen von Fachveranstaltungen und gerade auch die Darstellung auf der Internet-Plattform sollen dazu beitragen, den Ansatz perspektivisch zu einem bundesweit bekannten und genutzten Element der Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu machen.

Internet-Plattform / Öffentlichkeitsarbeit

Die Internet-Plattform hat in den vergangenen Monaten etliche Erweiterungen erfahren:

- Das Good Practice-Verfahren wird samt Kriterien ausführlich erläutert, die Good Practice-Projekte werden mit eigenen

Partner im Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

- AOK-Bundesverband
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Barmer Ersatzkasse
- BKK Bundesverband
- Bundesärztekammer
- Bundesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit
- Bundesverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Bundesverband der Unfallkassen e.V.
- Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutsches Rotes Kreuz
- Deutsches Institut für Urbanistik (difu)
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutscher Olympischer Sportbund
- Diakonisches Werk der EKD e.V.
- Gesundheit Berlin e.V.
- Gmünder Ersatzkasse
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE)
- IKK-Bundesverband
- Knappschaft
- Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (über IPP Universität Bremen)
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (AGETHUR)
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg
- Nationale Armutskonferenz
- Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz von Berlin
- Stiftung SPI
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband VdAK/AEV
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health

Beschreibungen im Rahmen der Datenbank vorgestellt. Dort kann nun auch gezielt nach einzelnen Good Practice-Kriterien recherchiert werden. Ein Medienkonzept zur Präsentation von Good Practice in den Fachmedien ist erstellt und soll sowohl die Bekanntheit des Ansatzes als auch des Kooperationsverbundes steigern.

- Der „Materialien“-Bereich wird kontinuierlich ausgebaut. Er umfasst jetzt unter anderem eine Übersicht der Gesundheitsziele-Prozesse in den Bundesländern und eine Übersicht zu Gesundheitsberichten auf Bundes- und Landesebene.
- Die Seiten der Regionalen Knoten wurden in vielen Punkten ergänzt, nun finden sich hier auch Dokumentationen zu regionalen Veranstaltungen und Informationen zu den regionalen Arbeitsschwerpunkten
- Der Newsletter „Info_Brief gesundheitsfördern“ informiert seit Februar regelmäßig über Neuigkeiten im Kooperationsverbund und auf der Internetplattform. Nach einer Pilotphase wird der Newsletter in Kürze auch über die Website abonierbar sein.

Gesundheitliche Ungleichheiten: Ein Thema in europäischer Perspektive

Gesundheitliche Ungleichheiten sind in allen europäischen Ländern eng mit sozialer Ungleichheit verbunden. Ein länderübergreifender Diskussionsprozess und wechselseitiges Lernen wird im Rahmen des von der BZgA und EuroHealthNet koordinierten Projektes „Closing the Gap - Strategies to Tackle Health Inequalities“ vorangetrieben. Das von der EU geförderte Projekt nimmt mit dem Aufbau einer Online-Datenbank mit Good Practice-Projekten aus den beteiligten Ländern die entsprechenden Vorarbeiten aus dem deutschen Kooperationsverbund auf und führt sie in europäischer Perspektive weiter. 22 europäische Länder lernen voneinander, wie gesundheitliche Chancengleichheit auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene wirksam gestärkt werden kann. Die Ergebnisse werden in einem nationalen Seminar am 13. Februar 2007 in Berlin präsentiert und diskutiert. Auf der Internetseite www.health-inequalities.eu finden sich darüber hinaus umfangreiche weitere Informationen zu Politikansätzen in den beteiligten Ländern, die relevanten Politikfelder der EU sowie Veröffentlichungen und Links zum Thema.

Gemeinsame Erklärung

verabschiedet im Rahmen des vierten Treffens des Kooperationsverbundes, 10. November 2006 in Köln

Gesundheitliche Chancengleichheit stärken – Gute Praxis in die Fläche bringen!

Die 41 Partner des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), in dem sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesvereinigung für Gesundheit, die Landesvereinigungen und -zentralen für Gesundheit, die Ärzteschaft, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den Wohlfahrtsverbänden zusammengefunden haben, nehmen das vierte Kooperationstreffen am 10. November 2006 in Köln zum Anlass für eine gemeinsame Erklärung: Menschen mit niedrigem oder ohne eigenes Einkommen, geringer Bildung, ohne Erwerbsarbeit oder in prekären Beschäftigungsverhältnissen haben, bedingt durch Armut und Ausgrenzung, eine deutlich geringere Lebenserwartung und tragen ein wesentlich höheres Krankheitsrisiko als andere Bevölkerungsgruppen. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung führt Armut auf einen Mangel an Verwirklichungschancen zurück. Um die besonders belastenden Lebensbedingungen armer Menschen zu verbessern und ihre Möglichkeiten zu stärken, diese Bedingungen aktiv mit zu gestalten, bedarf es des Engagements vieler gesellschaftlicher Akteure, die politikfeldübergreifende Strategien gemeinsam entwickeln, umsetzen und etablieren. Dies bedeutet insbesondere:

Gesundheitliche Chancengleichheit als Querschnittsaufgabe stärken!

Die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen kann nur dann nachhaltig verbessert und gestärkt werden, wenn sie über alle Politikbereiche hinweg als ein gemeinsames Querschnittsthema aufgegriffen wird. Armut und Ausgrenzung als zentrale Ursachen sozialer Ungleichheit müssen abgebaut werden. Nicht nur im Gesundheitsbereich, auch in Arbeitsmarkt-, Sozial-, Umwelt-, Stadtplanungs-, Verkehrs-, Familien- oder Bildungspolitik müssen Akzente zur Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit gesetzt werden! Gerade im abgestimmten Zusammenwirken der unterschiedlichen Politikbereiche liegen die größten Entwicklungspotenziale für die Zukunft. Ent-

sprechend sollten Ressourcen dort gebündelt und eingesetzt werden, wo der Bedarf am größten ist.

Gesundheitliche Chancengleichheit zum Leitbild machen!

Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit erfordert als politikfeldübergreifende Querschnittsaufgabe, das Thema als politisches Leitbild aufzugreifen und es auf Bundesebene, in den Ländern und Kommunen über Programme sowie im Rahmen von Förderrichtlinien, Entwicklungskonzepten und institutionellen Leitbildern systematisch zu integrieren. Künftige Aktivitäten müssen schon im Planungsstadium daraufhin untersucht werden, welchen nachhaltigen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit sie leisten können.

Gesundheitliche Chancengleichheit in der Praxis vor Ort verankern!

Erfolgreiche Gesundheitsförderung findet in den Städten, Gemeinden, Stadtteilen und Institutionen statt. Insbesondere in Schulen, Kindertagesstätten, Betrieben und Wohnquartieren sollte die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit als Querschnittsaufgabe im Sinne des von der WHO entwickelten Ansatzes zur Gestaltung gesunder Lebenswelten umgesetzt werden. Nur wenn die betroffenen Menschen dazu befähigt werden, selbstbestimmt und existenzsichernd ihre Lebenswelten mit zu gestalten, werden dauerhafte positive gesundheitliche Auswirkungen erreichbar sein. Die Einrichtung von Regionalen Knoten i. d. R. bei den Landesvereinigungen für Gesundheit als Koordinierungs- und Vernetzungsstellen in derzeit 15 Bundesländern dokumentieren, dass erste Schritte auf dem Weg zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit bereits gemacht sind. Nur die gemeinschaftliche Unterstützung durch die Länder und die gesetzlichen Krankenkassen wird es in der Zukunft ermöglichen, diese Strukturen zu stabilisieren und auszubauen. Mit der vorliegenden Erklärung dokumentieren die Partner ihre Bereitschaft, gemeinsam an der Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland zu arbeiten und laden weitere Akteure dazu ein, sich aktiv in die Arbeit einzubringen. Im Rahmen jährlicher Arbeitsprogramme stimmen die Partner konkrete Aufgaben ab, um dieses Ziel Schritt für Schritt gemeinsam umzusetzen.

Experten bestätigen Vorteile von Fluoriden für die Zahngesundheit

Eine Gruppe von Fluoridexperten hat Regierungen und andere einflussreiche Gruppen während der vom 17. bis zum 19. November 2006 veranstalteten Globalen Konsultation über „Mundgesundheit durch Fluoride“ aufgefordert, wirksame Gesetze sowie alle erforderlichen Direktiven und Programme zu entwickeln, um in allen Ländern die Voraussetzungen für einen sicheren Zugang zu Fluorid im Interesse einer Verbesserung der Mundgesundheit zu schaffen.

„Vorteile und Nutzen von Fluorid bei der Prävention und Kontrolle von Zahnkaries sind den Wissenschaftlern und den für die öffentliche Gesundheit zuständigen Verantwortlichen seit mehr als 60 Jahren bekannt. Während Fluorid in unterschiedlichen Darreichungssystemen in vielen entwickelten Ländern umfassend zur Verfügung steht, kann auf der andere Seite davon ausgegangen werden, dass global nur 20 Prozent der Weltbevölkerung von einer angemessenen Fluoridversorgung profitieren“, erklärte dazu Dr. Poul Erik Petersen, der Leiter des WHO-Referats für Mundgesundheit. „Bedauerlicherweise haben Menschen in Entwicklungsländern und die Mitglieder unterversorgter Gemeinden keinen Zugang zu Fluorid zur Verbesserung der Mundgesundheit“.

Die gemeinsam von der FDI World Dental Federation, der International Association for Dental Research (IADR) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veranstaltete Konsultation hatte zum Ziel, die erforderlichen

Aktionen zur effektiven Bekämpfung der globalen Volkskrankheit Karies zu erörtern. Dabei kommt das umfangreiche gesammelte Expertenwissen der Allianz zum Einsatz – die FDI ist die vereinigte Stimme der Angehörigen zahnärztlicher Berufe weltweit, die IADR engagiert sich in Forschungen für die Verbesserung der Mundgesundheit weltweit, und die WHO ist die anerkannte führende Organisation in globalen Gesundheitsfragen und berät Regierunqsstellen überall auf der Welt.

„Die FDI unterstützt die Förderung des weltweiten Fluorideinsatzes vorbehaltlos. Die FDI vertritt fast eine Million Zahnärzte weltweit und wird diese eindeutigen Aussagen der Experten verwenden, um sie in konkrete Ratschläge für alle Angehörigen zahnmedizinischer Berufe umzusetzen. Es besteht ein großes Interesse an Maßnahmen, mit denen eine optimale Fluoridversorgung für alle erreichbar und bezahlbar wird“, erklärte dazu Dr. J. T. Barnard, der Exekutivdirektor der FDI. „Es ist von größter Bedeutung, dass die Erkenntnisse aus der Forschung in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden, denn dies ist die einzige realistische Methode, die Mundgesundheit auf weltweiter Ebene zu verbessern“, fügte IADR-Vizepräsident Professor J. M. ten Cate hinzu.

Die verabschiedete Erklärung wird bestimmend für die Arbeit der Allianz und verschiedener internationaler Aktionsgruppen, die während der Konsultation gegründet wurden.

Quelle: FDI - Pressemitteilung

Aufruf zur Förderung der Zahngesundheit durch den Einsatz von Fluoriden

80 Experten aus 30 Ländern haben im November 2006 in Genf und Ferney Voltaire gemeinsam an einer von der FDI World Dental Federation, der International Association for Dental Research (IADR) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veranstalteten Globalen Konsultation über Mundgesundheit durch Fluoride teilgenommen. Dabei äußerten sie sich tief besorgt über zunehmende Unterschiede in der Zahngesundheit und über fehlende Fortschritte beim Kampf gegen das weltweite Übel Zahnkaries besonders in unterversorgten Bevölkerungsgruppen.

Zahnkaries befällt Kinder, Erwachsene und ältere Menschen gleichermaßen, erschwert das Leben und verursacht beträchtliche Schmerzen, Leiden und wirtschaftliche Nachteile. Karies bleibt vielfach immer noch unbehandelt, das gilt besonders für Bevölkerungsteile mit niedrigen und mittleren Einkommen. Prävention durch den Einsatz von Fluorid ist die einzige realistische Methode, die Bevölkerung vor Karies zu schützen.

Unter Verweis auf wissenschaftliche Erkenntnisse und mehrere Resolutionen¹ der Weltgesundheitsversammlung der WHO und weitere technische Berichte² haben die Experten erneut die Effizienz, Kosteneffektivität und Sicherheit einer täglichen optimalen Fluoridanwendung bestätigt. Für sie gilt als erwiesen, dass der universale Zugang zu Fluorid für die Zahngesundheit ein fester Bestandteil des Menschenrechtes auf Gesundheit ist.

FDI WORLD DENTAL FEDERATION

Die FDI World Dental Federation ist die maßgebliche, weltweit gehörte Stimme der Zahnärzte mit mehr als 150 Mitgliedsverbänden in über 130 Ländern weltweit. Sie vertritt international fast eine Million Zahnärzte. Zusätzliche Informationen finden Sie auf der FDI-Website unter www.fdiworldental.org

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH

Die International Association for Dental Research hat ihren Hauptsitz in Alexandria, VA, USA und ist eine gemeinnützige Organisation mit mehr als 11.000 Mitgliedern weltweit. Ihre Aufgaben definiert sie wie folgt:

- (1) Förderung und Erweiterung der Forschung und des Wissens im Dienste der Verbesserung der Mundgesundheit weltweit;
- (2) Unterstützung und Vertretung der Forschungsgemeinde im Bereich Mundgesundheit; und
- (3) Weiterentwicklung der Kommunikation und der Anwendung von Forschungsergebnissen.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION

Die Weltgesundheitsorganisation ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen und befasst sich speziell mit Gesundheitsfragen. In der Satzung der WHO wird als Hauptziel das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus aller Völker genannt.

Unter Anerkennung der Tragweite des Problems und im Hinblick auf die Erreichung dieses Ziels rufen die von WHO, FDI und IADR zusammengerufenen Experten die Regierungen und andere einflussreiche Gruppen auf, folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- Entwicklung wirksamer Gesetze und aller erforderlichen Direktiven³ und Programme, um in allen Ländern die Voraussetzungen für einen sicheren Zugang zu Fluorid im Interesse einer Verbesserung der Mundgesundheit zu schaffen;
- Berücksichtigung des Fluorid-Themas in Kommunikationsmaßnahmen zur Gesundheit sowie Strategien und Programmen zur Gesundheitsförderung;
- Gesundheitsförderung durch gesunde Ernährung verbinden mit Hinweisen

auf die Bedeutung von Fluorid für die Zahngesundheit;

- Senkung oder Abschaffung der Steuern und Abgaben auf Fluoridprodukte für die Zahngesundheit; und
- Aufforderung an die Hersteller, die Verfügbarkeit fluoridierter Zahnpasta für unterversorgte Bevölkerungsschichten zu verbessern.

Diese Maßnahmen führen zu einer Verbesserung der Lebensqualität und tragen zum Erreichen der UN-Entwicklungsziele des nächsten Millenniums bei, indem sie verstärkt auftretende Zahnerkrankungen bei unterversorgten Bevölkerungsgruppen und besonders Kindern verringern.

Die drei federführenden Organisationen dieser Konsultation bieten Beratung und technische Unterstützung in allen Aspekten dieser Empfehlungen an.

1 Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung über Fluorid (WHA 22.30/ WHA 28.64/WHA42.39/ WHA53.17/)

2 WHO, Technische Berichte über den Einsatz von Fluorid für die Zahngesundheit: WHO Technical Reports n 846 (1994) / 916 (2003); FDI-Stellungnahme Fluorid und Zahnkaries (G2000); The York review--a systematic review of public water fluoridation (British Dental Journal, Volume 192, Nr. 9, 2002); Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents, Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Ausgabe 4

3 WHO-Liste der unentbehrlichen Medikamente, 14. Ausgabe, März 2005

Generelle Empfehlung für fluoridiertes Speisesalz

Mit gezielten Prophylaxemaßnahmen konnte in den vergangenen Jahren in vielen Ländern eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit erreicht werden. Eine gesündere Ernährung hat ebenso dazu beigetragen wie regelmäßiges Putzen der Zähne und die Überwachung durch den Zahnarzt. Den größten Einfluss jedoch hatten Fluoridierungsmaßnahmen, die in Prophylaxekonzepten vieler Länder schon seit Jahren fest verankert sind.

Auch in Deutschland sind Fluoridierungsmaßnahmen eine wichtige Säule zur Erhaltung gesunder Zähne. Dazu zählen vor allem die Anwendung von fluoridierter Zahncreme, die Einnahme von Fluoridtabletten vorwiegend durch Kleinkinder und seit 1991 die zunehmende Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt, durch die die Fluoridtabletten weitestgehend überflüssig wurde.

Neben der Bundeszahnärztekammer und vielen wissenschaftlichen Fachgesellschaften hat sich jetzt auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. für fluoridiertes Speisesalz ausgesprochen und empfiehlt dessen Verwendung im Haushalt generell für alle Altersgruppen. In der DGE-Info vom Januar 2007 weist sie darauf hin, dass bei Einhaltung der von ihr genannten Zufuhrempfehlungen „die Fluoridzufuhr im sicheren Bereich liegt

und gesundheitliche Nachteile nicht zu erwarten sind.“

Wie Institutionen des Zahngesundheitswesens empfiehlt auch die DGE nur eine Form der systematischen Fluoridzufuhr, also entweder Fluoridtabletten oder fluoridiertes Speisesalz. Bei Säuglingen und Kleinkindern bis zu vier Jahren gehen Experten der DGE aber noch einen Schritt weiter, vor allem wenn das Trinkwasser weniger als 0,3 mg Fluorid pro Liter enthält, was in Deutschland bei über 90 % des Trinkwassers der Fall ist. Hier halten sie die zusätzliche Einnahme von Fluoridtabletten für gerechtfertigt, selbst wenn die Familie fluoridiertes Speisesalz verwendet.

Begründet wird diese Empfehlung damit, dass Kinder bis zu einem Alter von vier Jahren nur sehr wenig Speisesalz aufnehmen (was von der DGE auch gefordert wird), sodass selbst durch eine Zufuhr aus zwei Quellen nicht zu viel Fluorid aufgenommen wird. Ab vier Jahren sollte dann jedoch nur noch eine Form der systematischen Fluoridzufuhr erfolgen.

Quelle:
Informationsstelle
für Kariesprophylaxe
PF 1352
64503 Groß-Gerau

Anmerkung der Redaktion:

In der Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“ der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte heißt es zur Anwendung von Speisesalz und Fluoridtabletten:

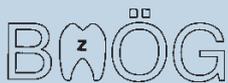
Fluoridiertes Speisesalz

Die Speisesalzfluoridierung ist eine wirksame kariespräventive Maßnahme. Die Wirksamkeit der Salzfluoridierung steigt mit der höheren Verbreitung in unterschiedlichen Einsatzgebieten (Haushalte, Gemeinschaftsverpflegungen, Restaurants oder Bäckereien). Die Anwendung von fluoridiertem Speisesalz wird generell empfohlen. (B)

Fluoridtabletten

Fluoridtabletten sind kariespräventiv wirksam. Da der kariespräventive Effekt bei durchgebrochenen Zähnen auf der lokalen Wirkung des Fluorids beruht, sollten sie regelmäßig gelutscht werden. Es wird nur eine Form der systemischen Fluoridzufuhr (Tablette oder Speisesalz) empfohlen. (A)

Bei Verwendung von Fluoridtabletten für Kinder unter sechs Jahren muss eine Fluoridanamnese erhoben werden, um überhöhte Fluoridaufnahmen durch andere Quellen zu vermeiden. (A)



Tag der Zahngesundheit 2007

Am 25. September ist es wieder soweit: Der „Tag der Zahngesundheit“ wird bundesweit mit zahlreichen Aktivitäten auf das Thema Mundhygiene aufmerksam machen. Das diesjährige Motto lautet:

**„Gesund beginnt im Mund –
auch unsere Zähne leben länger“**

Mit diesem Thema soll den vielen regionalen Aktionen eine breite Plattform geboten werden, um im Sinne einer strikt „präventionsorientierten Zahnheilkunde“ die im Wortsinne „langlebigen“ Erfolge von Prophylaxe herauszustellen – als dauerhafte Aufgabe für den Einzelnen (Verhaltensprävention) als auch für Organisationen und Gemeinden (Verhältnisprävention).

Krankenkassen, Landesarbeitsgemeinschaften, Gesundheitsämter und auch viele Zahnärzte organisieren zu diesem Zeitpunkt ihre eigenen Veranstaltungen, an denen wieder zahlreiche Besucher teilnehmen und über die viele Medien – vom Regionalblatt über Tageszeitungen und Zeitschriften bis zum Hörfunk und Fernsehen – berichten werden.

Um Interessierten eine bessere Orientierung und gleichzeitig den Veranstaltern eine größere öffentliche Wahrnehmung zu ermöglichen, hat der Aktionskreis „Tag der Zahngesundheit“ eine Homepage eingerichtet – mit einem Verzeichnis von Veranstaltungen im gesamten Bundesgebiet.

Sie erreichen diese Homepage unter www.tag-der-zahngesundheit.de

Der Bundesvorstand empfiehlt allen Mitgliedern, sich dieser Möglichkeit rege zu bedienen.

Dr. Michael Schäfer MPH
1. Vorsitzender

Born, C., Brauns, U., Dürr, K.-G., Hartmann, Th., Panthen, C.,
Schmidt-Schäfer, S., Völkner-Stetefeld, P., von der Burg, C.,
Winter-Borucki, G., Wleklinski, C.

Mundgesundheit 3- bis 5-jähriger Kindergartenkinder in sechs Landkreisen und zwei kreisfreien Städten Hessens

Einleitung

Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich seit Einführung der zahnmedizinischen Gruppen- und Individualprophylaxe erheblich verbessert. Im Rahmen der epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe werden die Ergebnisse der Schulkinder auf Bundes- und Landesebene in regelmäßigen Abständen durch die DAJ (Prof. K. Pieper) beschrieben. Für die Altersstufe der Kindergartenkinder liegen hingegen bundesweit keine vergleichbaren Studien vor.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, eine erste Bestandsaufnahme zur Mundgesundheit von Kindergartenkindern zu erstellen. Es ist weiterhin beabsichtigt, in regelmäßigen Abständen diese Mundgesundheitsdaten erneut zu erheben, um so eine Trendbeobachtung in dieser Altersgruppe zu ermöglichen.

Probanden und Methode

Im Kindergartenjahr 2003/2004 wurde aus den Kreisen bzw. kreisfreien Städten Frankfurt am Main, Lahn-Dill-Kreis, Main-Taunus-Kreis, Marburg/Biedenkopf, Offenbach-Stadt, Rheingau-Taunus-Kreis, Vogelsbergkreis und Wetterau-Kreis eine Stichprobe von Kindergärten gezogen. Diese Stichprobe umfasste ca. 10 % der Kindergärten des betreffenden Kreises. Da die ausgewählten Kindergärten die Bevölkerungsstruktur möglichst widerspiegeln sollten, erfolgte die Auswahl nach geografischen und soziografischen Gesichtspunkten.

Die Befunderhebung erfolgte angekündigt in den jeweiligen Einrichtungen durch in der Jugendzahnpflege erfahrene und kalibrierte (DAJ Studie) Untersucher (s.o.) mit Spiegel, zahnärztlicher Sonde und zusätzlicher Untersuchungslampe. Es wurde bei allen zu diesem Termin anwesen-

den Kindern ein vollständiger Zahnstatus (gemäß WHO Standard) erhoben. Zusätzlich wurde dokumentiert, inwieweit die Oberkieferschneidezähne (52, 51, 61 und 62) initiale Läsionen oder kariöse Kavitäten im Sinne eines Nursing-Bottle-Syndroms aufwiesen. Für die folgende Auswertung wurden die Befunddaten der Kinder im Alter von 3, 4 und 5 Jahren herangezogen.

Somit stand für die Untersuchung eine Stichprobe von 100 Kindergärten mit insgesamt 4161 Kindern aus den o.g. Kreisen zur Verfügung (davon 974 Dreijährige, 1524 Vierjährige und 1663 Fünfjährige). Zur Beurteilung des Nursing-Bottle-Syndroms konnten die Untersuchungsergebnisse aus insgesamt 6 Kreisen herangezogen werden (755 Dreijährige und 1165 Vierjährige).

Auswertung

Die Daten wurden in anonymisierter Form und EDV-gestützt ausgewertet. Der zahnärztliche Betreuungszustand der Kindergartenkinder wurde altersbezogen nach den Kategorien primär gesund, saniert oder behandlungsbedürftig beurteilt (Abbildung 1). Aus den dmf/t-Werten wurde der arithmetische Mittelwert berechnet, die Zuordnung zur Kategorie „Kariesrisiko“ erfolgte nach DAJ-Kriterien (Abbildung 2). Aufgrund der bekannten Polarisierung des Kariesbefalls wurde außerdem für die Gruppe der Kinder mit Karieserfahrung der mittlere dmf/t- und d/t- Wert gesondert berechnet (Abbildung 3).

Ergebnisse

Zunächst zeigt sich neben dem grundsätzlich positiven Bild der Mundgesundheit der Kinder eine, wie zu erwarten, große Streuung in den einzelnen Kreisen als auch in den Einrichtungen.

Der Anteil der primär gesunden Gebisse liegt bei den Dreijährigen bei 80 %, bei den Vierjährigen bei 68 % und nimmt bei den Fünfjährigen auf 58 % ab. Der Behandlungsbedarf der Kinder stieg von 18 % (Dreijährige), auf 24 % (Vierjährige) und 29 % (Fünfjährige). Mit dem Alter und zunehmender Kooperationsbereitschaft der Kinder steigt der Sanierungsgrad von 2 % (Dreijährige), auf 8 % (Vierjährige) und 13 % (Fünfjährige). Bei der Einschätzung des Kariesrisikos nach den DAJ-Kriterien gelten 20 % der Dreijährigen, 13 % der Vierjährigen und 11 % der Fünfjährigen als besonders Karies gefährdet. (Abbildung 1)

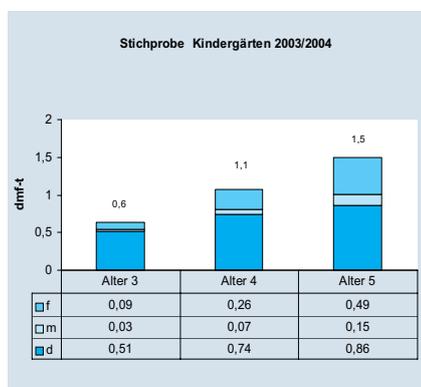


Abbildung 1

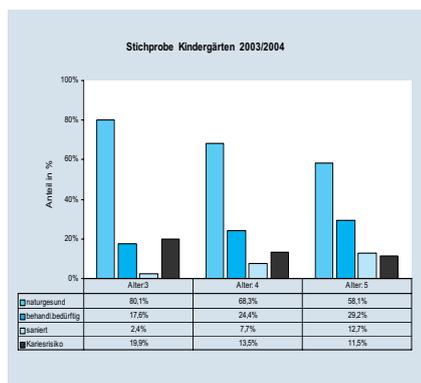


Abbildung 2

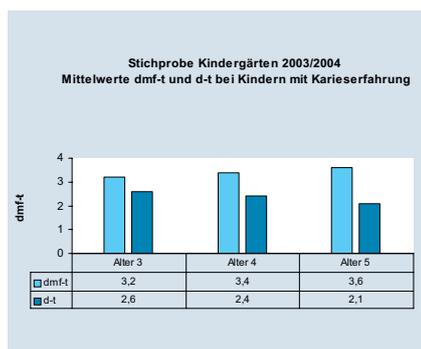


Abbildung 3

Der mittlere dmft-Werte der Dreijährigen liegt bei 0,6, der Vierjährigen bei 1,1 und der Fünfjährigen bei 1,5. Auffällig ist insbesondere die hohe d-Komponente in allen Altersgruppen und eine deutliche Zunahme der behandelten Milchzähne erst bei den Fünfjährigen (Abbildung 2).

In der Gruppe der Kinder mit Karieserfahrung wurden folgende Mittelwerte berechnet: Dreijährige dmft 3,2 und d/t 2,6; Vierjährige dmft 3,4 und d/t 2,4 und Fünfjährigen dmft 3,6 und d/t 2,1 (Abbildung 3). Hier zeigt sich deutlich die immer wieder beschriebene Polarisation der Karies.

Eine weitere Fragestellung bezog sich auf die Ursache der Milchzahnkaries, die sich insbesondere bei den Dreijährigen im Bereich der Oberkieferfrontzähne häuft. Da zur Beurteilung dieser Situation ausschließlich der klinische Befund ausschlaggebend war und keine Befragung von Eltern stattfand, sollten diese Ergebnisse nur mit Vorsicht interpretiert werden. Dennoch zeigte sich, dass etwa 9 % der Dreijährigen und 10 % der Vierjährigen Frontzahnkaries bzw. Initialläsionen im Sinne eines Nursing-Bottle-Syndroms aufwiesen. Setzt man dies in Relation zu den Ergebnissen aus Abbildung 1, so kann festgestellt werden, dass insbesondere bei den Jüngsten Nuckelflasche und Co. als Hauptursache für Milchzahnkaries angesehen werden kann.

Diskussion

Ziel der Untersuchung war es, neben den bereits seit Jahren vorliegenden landesweiten Untersuchungsergebnissen bei Schulkindern, Mundgesundheitsdaten von hessischen Kindergartenkindern zu erheben und diese in den nächsten Jahren fort zu schreiben. Auch wenn sich die Probandenauswahl auf eine Gruppe von insgesamt 4161 Kindern beschränkt, lassen sich aus den vorliegenden Daten Trends und Entwicklungen aufzeigen.

Erfreulich festzustellen ist, dass die Mehrzahl der Kindergartenkinder primär gesunde Zähne aufweist. Allerdings zeigt sich bereits bei den Dreijährigen eine relativ hohe Kariesprävalenz, denn jeder 5. Kindergartenkinder hat schon Probleme mit seinen Milchzähnen. Bedenkt man, dass diese Kinder in aller Regel noch keine gruppenprophylaktische Betreuung erfahren haben, so zeigt sich, wie wichtig die mittlerweile von der LAGH und den regionalen AKJ initiierten Maßnahmen für diese Altersgruppe und ihre Eltern ist.

In diesem Zusammenhang nicht zufrieden stellen kann auch der Sanierungsgrad im Milchgebiss, denn ca. jedes 4. Kindergartenkind hat behandlungsbedürftige Milchzähne. Gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen sind aber dann besonders wirksam, wenn keine unbehandelten Kavitäten vorhanden sind. Die Daten belegen, dass Kinderbehandlung kooperative Kinder und Eltern benötigt, denn selbst bei den Fünfjährigen liegt der Sanierungsgrad nur bei 13 %. Vor diesem Hintergrund zeigt sich erneut die Wichtigkeit der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und der Vermeidung von Karies gerade in den ersten Lebensjahren, in denen sich Kinder für zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen noch wenig kooperativ zeigen (können). Die Ergebnisse unterstreichen auch, wie sinnvoll regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in den Kindergärten sind. Da außerdem der Milchzahnkariesbefall als Prädiktor für das Risiko der Kariesentwicklung im bleibenden Gebiss beschrieben wird, sind frühzeitige Prophylaxemaßnahmen wichtig und notwendig. Hier gilt der Entwöhnung von der Nuckelflasche besondere Aufmerksamkeit.

Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Querschnittsuntersuchung bewertet die Mundgesundheitsituation hessischer Kindergartenkindern aus einigen Kreisen und kreisfreien Städten. Sie liefert erste Daten zur Beurteilung bei drei-, vier- und fünfjährigen Kindern und stellt die sich daraus ableitenden Besonderheiten im jeweiligen Alter dar.

Es ist beabsichtigt, diese Erhebungen in ähnlicher Form erneut im Zeitraum 2005/2006 durchzuführen, um Trends und damit weitere Handlungsempfehlungen für die Betreuung der Zielgruppe aufzuzeigen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Gisela Winter-Borucki

Gesundheitsamt Rheingau-Taunus-Kreis
Black-und-Decker-Straße 17c
65510 Idstein

Dr. Klaus-Günther Dürr

Gesundheitsamt Main-Taunus-Kreis
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim

Erstveröffentlichung
im Hessischen Zahnarzt 11/2005



Wir lassen kein Kind zurück – Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg

Kinder- und Familienpolitik

Die Politik im Land Brandenburg legt seit zwei Jahren einen Schwerpunkt auf die Förderung von Kindern und jungen Familien. Ausdruck dafür sind zahlreiche Initiativen wie die lokalen Netzwerke „Gesunde Kinder“, eine Qualifizierungsoffensive für Erzieherinnen sowie der Gesundheitszieleprozess „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“.

Anlässlich des Kindergesundheitsgipfels am 27.01.2007 wurde ein Report zur Gesundheit von kleinen Kindern im Land der Öffentlichkeit vorgestellt und die Potsdamer Erklärung verabschiedet, in der es u. a. heißt:

„Gesund Aufwachsen ist eines der wichtigsten Gesundheitsziele auf Bundes- und Landesebene. Der politische Wille, Brandenburg zu einer besonders kinder- und familienfreundlichen Region zu machen, stellt besondere Anforderungen an eine vorsorgende Gesundheits- und Sozialpolitik. In einer kinder- und familienfreundlichen Region spielen Prävention und Gesundheitsförderung für Eltern und Kinder, Frühwarnsysteme zur Verhinderung von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern sowie eine gut funktionierende kinderärztliche Versorgung eine besonders wichtige Rolle. Diese Ziele können nur durch ein Zusammenwirken der zahlreichen Akteure erreicht werden.“

Aktueller Gesundheitsreport

Zu diesen Akteuren gehört auch die Landesstelle Brandenburg des BZÖG, die die Potsdamer Erklärung mit unterzeichnet hat und die im „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ mitarbeit-

et. Die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen des ÖGD zeigen, wie sich die Mundgesundheit in den unterschiedlichen Altersgruppen entwickelt hat und wie die präventive Betreuung im Land zu steuern ist, welche Schwerpunkte beibehalten werden und wo neue Akzente zu setzen sind. Diese Feststellungen sind Bestandteil des im Januar 2007 veröffentlichten Berichts „Wir lassen kein Kind zurück“, der umfangreiche Daten und Hintergrundwissen bereitstellt.

Hierzu gehört u. a. dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Obwohl sich die Gesundheit der Kinder gegenüber früheren Jahren deutlich verbessert hat, die Säuglingssterblichkeit gesunken ist, die Sterblichkeit wegen Infektionskrankheiten stark abgenommen hat und die Lebenserwartung heute geborener Mädchen und Jungen so hoch ist wie nie zuvor, treten langwierige Leiden und chronische Krankheiten häufiger auf.

Jedes vierte Kind unter 15 Jahren lebt im Land Brandenburg unter Bedingungen, die der früheren Sozialhilfe entsprechen. Im September 2006 erhielten rund 68.000 Kinder unter 15 Jahren Leistungen nach dem SGB II. Die wirtschaftliche Lage von Familien mit kleinen Kindern ist besonders bei Alleinerziehenden oft angespannt. Alleinerziehung ist eine weit verbreitete Familienform: In jeder fünften Familie mit Kindern unter 18 Jahren lebt nur ein Elternteil. Etwa 40 % der unter 3-Jährigen sowie 93 % der 3- bis unter 7-Jährigen besuchen eine Kindertageseinrichtung. Kita-Kinder haben seltener Sprachstörungen und sind seltener stark übergewichtig. Die U-Untersu-

chungen werden zunehmend in Anspruch genommen. Die U1 bis U7 erreichen in einigen Regionen 90 % der Kinder. 71 % dieser Kinder machen alle U-Untersuchungen mit. Bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind es aber nur 47 %.

Etwa 17 % der Einschüler weisen Befunde auf, die teilweise durch Frühförderung vermeidbar gewesen wären (zum Beispiel Sprachstörungen). Insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben damit einen ungünstigen Schulstart. Schwere Sprach- und Sprechstörungen betreffen 12 % der Jungen und 7 % der Mädchen. In vielen weiteren Bereichen sind Jungen mehr beeinträchtigt als Mädchen.

Zahn- und Mundgesundheit

Die Zahn- und Mundgesundheit Brandenburger Kinder und Jugendlichen hat sich in den letzten 15 Jahren verbessert. Die jüngsten Daten der Gesundheitsämter signalisieren aber noch immer Defizite in der zahnmedizinischen Versorgungsqualität von Kindern im Kita-Alter.

Wie aus der Abbildung 1 hervorgeht, ist der durchschnittliche dmf-t-Index als Indikator für die Kariesbelastung aller Kinder seit 1998 weitgehend unverändert geblieben. Es gibt die alterstypischen Unterschiede bei den Kita-Kindern der einzelnen Jahrgänge. Innerhalb eines jeden Jahrgangs zeigen die Ergebnisse für die jüngsten Jahre jedoch keine wesentliche Veränderung.

Die Berlin nahen Regionen Brandenburgs haben in den vergangenen Jahren eine günstigere wirtschaftliche und soziale Entwicklung genommen als die Ber-

„Freiliegende Zahnhälsen, hypersensible Zähne“ –

Tagungsbericht aus Haldensleben



Teilnehmerrunde

Am 11.10.2006 fand in Haldensleben eine Fortbildungsveranstaltung für Zahnärzte, Prophylaxeassistentinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte zum Thema:

„Freiliegende Zahnhälsen, hypersensible Zähne“ statt. Organisiert wurde die Veranstaltung vom Jugendzahnärztlichen Dienst des Ohrekreises. Diese Fortbildung fand im Rahmen einer auf Initiative der GABA GmbH seit 1998 alle 2 Jahre in Haldensleben regelmäßig ausgerichteten Veranstaltungsreihe statt und ist mittlerweile zu einer guten Tradition geworden. Sie findet in Sachsen-Anhalt wegen der stets aktuellen Themenwahl große Resonanz. Eröffnet wurde die Veranstaltung durch den Jugendzahnarzt des Ohrekreises, Herrn Dr. Heese, der den zahlreichen Teilnehmern die Referenten vorstellte.

PD Dr. Hirsch von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erläuterte in seinem Beitrag das Konzept „Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität“. Am Beispiel überempfindlicher Zähne machte er deutlich, dass orale Erkrankungszustände nicht ausschließlich als physische Befunde in Erscheinung treten, sondern dass jeder physische Befund Auswirkungen auf das psychosoziale Befinden der Betroffenen hat. Patienten beim Zahnarzt wollen nicht nur Schmerzfreiheit, sondern auch einen frischen Atem, eine deutliche Aussprache, ein sozial akzeptables Aussehen, sie wollen alles essen und trinken können und sich im Mundbereich wohl fühlen, kurzum sie wollen mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ). Diese Multidimensionalität oraler Erkrankungen kann mit den klassischen Indizes (z.B. DMF, PSI) nicht beschrieben werden, weil es sich bei MLQ um ein Konstrukt handelt ähnlich wie „Angst“ oder „Depression“. Solche

Konstrukte können jedoch mit geeigneten Fragebögen erfasst werden, MLQ z.B. mit dem Oral-Health-Impact-Profil, welches auch in deutscher Sprache vorliegt. Bei dessen Anwendung für Patienten mit überempfindlichen Zähnen zeigt sich, welche Auswirkungen ein eigentlich banal erscheinendes klinisches Problem haben kann. Im Schnitt haben diese Patienten wesentlich mehr Beeinträchtigungen der Lebensqualität (Schmerzen bei heißen und kalten Nahrungsmitteln, Nahrungsreste bleiben an den Zahnhälsen haften, sich Sorgen machen, das Lachen vermeiden) als Vergleichspersonen. Auf diese Weise können orale Erkrankungen aus dem Blickwinkel der Betroffenen beurteilt werden. Diese Sichtweise der Dinge wird zukünftig sowohl in der zahnmedizinischen Forschung als auch bei der Mittelverwendung im Gesundheitssystem eine wesentliche Rolle spielen.

Prof. Beetke von der Universität Rostock erläuterte in seinem Vortrag sehr anschaulich die Problematik freiliegender Zahnhälsen. Normalerweise ist der Zahnhals, Grenzbereich zwischen Schmelz und Zement, durch die Gingiva geschützt. In Folge von mechanischen (wie z.B. Putzdefekte) und entzündlichen Faktoren kommt es jedoch häufig zur Gingivaretraktion und somit zu freiliegendem Dentin, welches auf Grund seiner Morphologie (30 % organischer Anteil, Dentintubuli-System) anfälliger für Zahnhals- und Wurzelkaries, Abrasion und Erosion sowie für Schmerzsen-



Foto links:
Die Referenten: Herr Prof. Dr. Beetke,
Frau Dr. de Moura Sieber
und eine Teilnehmerin

Foto rechts:
Fachkundige Beratung
durch die Mitarbeiterin von GABA,
Frau Petra Höhne

sationen auf thermische, osmotische und mechanische Reize ist. Hypersensible Zahnhäse sind auch oft Ursache für eine vernachlässigte Mundhygiene, wodurch es zu einem besonders progredienten Kariesverlauf kommt.

Das Therapiekonzept nichtkariöser und kariöser Defekte am freiliegenden Zahnhals beinhaltet Prophylaxe-, noninvasive und invasive Maßnahmen. Für die Behandlung nichtkariöser Defekte ist das Ausmaß des Defektes und die Schmerzsymptomatik entscheidend. Primär sind die verursachenden Mechanismen auszuschalten, wie Fehlbelastungen, falsche Zahnputztechnik, Säureimpulse etc. Ferner muss der Patient über den korrekten Gebrauch der Zahnbürste (weiche Borsten, geringer Anpressdruck, modifizierte Stillmann-Technik) und die Abrasivität von Zahnpasten informiert werden. So kennzeichnet die Bezeichnung „Sensitive“ nicht allein die Abrasivität von Zahnpasten. Entscheidend sind die RDA-Werte, die unter 40 liegen sollen. Nach Verzehr von säurehaltigen Nahrungsmitteln und Getränken oder nach Erbrechen wird empfohlen, den Mund zunächst mit fluoridhaltiger Zahnpülung oder Wasser zu spülen, während das Zähneputzen erst nach 1 bis 2 Stunden erfolgen soll.

Die Behandlung der Schmerzsymptomatik der freiliegenden Zahnhäse basiert auf dem Verschluss der offenen Dentintubuli und dem Versuch der Desensibilisierung mit Dentinadhäsiven, wie z. B.: Gluma Desensitizer oder Hyposen-Schutzlack. Diese Applikation kann nach 3-4 Monaten wiederholt werden. Zusätzlich wird die regelmäßige Touchierung mit einem hochkonzentrierten Fluoridpräparat, wie z. B. elmex® fluid, empfohlen.

Initialkariöse Defekte an freiliegenden Zahnhäsen ohne Kavitation sollten stets noninvasiv behandelt werden. Dazu gehören Plaquekontrolle (Optimierung der häuslichen Mundhygiene und PZR), lokale Fluoridapplikation und Kontrolle der Läsionen. Bei schmelzbegrenzten Kavitäten im Zahnhalsbereich ist die Füllungstherapie mit Kompositen, bei Ausdehnung bis ins Wurzelkollimum mit Komposeren und Glasionomern indiziert. Bei besonders ausgedehnten Zahnhartsubstanzdefekten muss auch eine endodontische oder prothetische Behandlung in Betracht gezogen werden.

Frau Dr. med. V. de Moura Sieber von der Medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der GABA GmbH erläuterte in ihren Ausführungen das „elmex® SENSITIVE Schutzsystem“ für häusliche Mundhygienemaßnahmen bei freiliegenden und hypersensiblen Zahnhäsen. Dieses besteht aus Zahnpasta, Zahnpülung und Zahnbürste, die optimal aufeinander abgestimmt sind. Dabei beruht der Schutz vor Hypersensibilität und Zahnhalskaries auf der Wirkung der Aminfluoride in der elmex® SENSITIVE Zahnpasta und elmex® SENSITIVE Zahnpülung. Die sich bei regelmäßiger Anwendung bildende calciumfluoridhaltige Deckschicht verhindert einerseits die Weitergabe schmerzhafter Reize und schützt die Zähne gegen Säureangriffe, andererseits fördert sie die Remineralisation und schützt vor Zahnhalskaries. Der Schutz vor Abrasion wird durch die optimal abgerundeten Schon-

Borsten und die besondere Konfiguration der X-Filamente erreicht, unterstützt durch den sehr niedrigen Dentin-Abrasionswert (RDA) der elmex® SENSITIVE Zahnpasta von etwa 30.

Ausgehend von dem Postulat, dass Patienten mit freiliegenden Zahnhäsen kein naturgesundes Gebiss haben, verwies Frau Dr. de Moura Sieber auf die notwendige intensive Betreuung dieser Patienten in der Zahnarztpraxis. Das Wohlbefinden der Patienten mit freiliegenden Zahnhäsen kann nur wieder hergestellt werden, wenn die auslösenden Faktoren beseitigt werden sowie die Zahnhartsubstanz geschützt wird. Die Unterweisung der Patienten durch die zahnmedizinischen Prophylaxehelferinnen ist besonders wichtig, da falsche Zahnputztechniken, harte Zahnbürsten und abrasive Zahnpasten das freiliegende Dentin schädigen, was wiederum zu Zahnhalskaries und Hypersensibilität führen kann.

Eine kleine Ausstellung der Firma GABA über die wichtigsten und neuesten Zahnpflegeprodukte sowie reichlich Informationsmaterial fanden großen Zuspruch bei den Teilnehmern. Besonderes Interesse fand neben dem elmex® SENSITIVE Schutzsystem die neue elmex® Junior Zahnpasta für das Wechselgebiss mit einem Fluoridgehalt von 1400 ppm. Damit bietet GABA jetzt für jede Altersgruppe vom 1. Zähnchen bis ins Erwachsenenalter eine Zahnpasta mit der optimalen Fluoridkonzentration an.

OÄ Dr. Leonore Kleeberg
Sektion Präventive Zahnheilkunde und
Kinderzahnheilkunde
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Ein Rap für die Zähne – Musikwettbewerb in Rostock

Die Zahnärzte des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Rostock hatten in enger Zusammenarbeit mit der Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege im Schuljahr 2006/07 einen Musikwettbewerb für die Schüler der Klassen 7 bis 12 für weiterführende Schulen in Rostock ausgeschrieben. Hintergrund war die bundesweite Themenvorgabe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) mit dem Titel: „Gesund beginnt im Mund - HipHop für die Zähne“.

Die Zahnärzte hofften, dass sich viele Jugendliche mit dieser Thematik inhaltlich befassen und diese so aufarbeiten, dass andere Kinder und Jugendliche sich angesprochen fühlen.

Das hat dann auch funktioniert, weil die Musiklehrer angesprochen wurden und auch sie diese Idee unterstützten. Den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Rostock erreichten einige Zuschriften, darunter auch Raps von außerhalb. Da hatte es die Jury, bestehend aus Mitgliedern der Musikredaktion des Partners LOHRO und den Zahnärzten des Gesundheitsamtes Rostock, nicht leicht, die Preisträger festzulegen. Entscheidend für die Auswahl waren Bewertungskriterien wie Textinhalt, Textästhetik, Musik und Gesamtbild.

Ein besonderer Dank gilt allen Einsendern, die mit viel Engagement dabei waren und ihre Raps produziert haben. Ebenfalls gilt unser Dank den Musiklehrern, die diese Idee aufgriffen und mit ihren Schülern umsetzten, den Direktoren der Schulen, die den zahnärztlichen Aufruf unterstützten und Plakate, die das Lokalradio LOHRO drucken ließ, in ihren Einrichtungen verbreiteten. Hier zeigt sich die hervorragende Zusammenarbeit zwischen

den Schulen und dem Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock. Denn ohne ein Vertrauensverhältnis, das in den langen Jahren der Zusammenarbeit gewachsen ist, hätte wohl kein Rap fertig gestellt werden können.

Die feierliche Preisverleihung mit musikalischen und tänzerischen Kostproben fand am 17.01.2007 in der Aula des Innerstädtischen Gymnasiums in Rostock statt. Alle Preisträger waren natürlich anwesend, sie kamen auch von außerhalb (Insel Rügen), um ihren Sonderpreis entgegen zu nehmen und brachten ihre eigenen Instrumentalisten mit (am Piano, an den Drums, am Saxophon). Das Auditorium bildeten die geladenen Gäste, unter ihnen Vertreter der Zahnärztekammer MV, Vertreter der LAJ MV, Vertreter der Krankenkassen und die Schüler der 6. Klassen am Innerstädtischen Gymnasium.

Zur Begrüßung sprach Frau Dr. Schremmer, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Rostock und Initiatorin des Wettbewerbes einige einleitende Worte zum Entstehen der Idee, einen Musikwettbewerb zu starten, es sprachen im Anschluss die Amtsleiterin des Gesundheitsamtes, Frau Dr. Haufe und Herr Schneider, der Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege MV, der die ersten Sonderpreisträger auf die Bühne bat.

Den 1. Preis errang das Duo „Dymon & Venom“, Schüler der Klasse 11, den zweiten Platz belegten „Die Flötts“, Schüler der 9. Klasse des Gymnasiums Reutershagen.

Sonderpreise ergingen an die Schüler der Klasse 6b des Innerstädtischen Gymnasiums Rostock sowie an die Schüler der Klasse 8b des Ernst- Moritz-Arndt-Gymnasiums aus Bergen/Rügen und an Schüler des Gymnasiums in Güstrow.



Foto: 2. Platz: 9. Klasse, Gymnasium Reutershagen, Rostock

Das Lokalradio LOHRO bot an, alle Aufnahmen im Studio zu bearbeiten, Workshops für die Schüler wurden angeboten. Nun hoffen alle Teilnehmer und Zuhörer auf die Erstellung einer CD. Es wäre durchaus denkbar, solche Initiativen bundesweit aufzugreifen. Vielleicht hat der eine oder andere Kollege auch Interesse an der CD. Für die Altersgruppe der Jugendlichen gibt es kein ausreichendes Arbeitsmaterial. Aber man kann zeigen, was andere Schüler so drauf haben und zum Thema Mundgesundheit zu sagen haben - in einer Form, die jeder Jugendliche versteht.

Es war eine durchaus lohnenswerte Erfahrung zu sehen, wie intensiv sich die Jugendlichen mit einem Thema beschäftigen können, das sonst eher „out“ ist. Sie wissen sehr viel über die Gesunderhaltung des Mundraumes, es kommt nur darauf an, wie wichtig das den Jugendlichen ist, um ihr Wissen auch konsequent umzusetzen.

Vielleicht zur guter Letzt ein paar Textauszüge:

„Zahnrap“ – Kl. 6b Innerstädtisches Gymnasium Rostock:

„Das ist der Zahnarzt rap
Wer nicht zum Zahnarzt geht,
der ist ein Depp“

„Besonders mag ich Prophylaxe - das ist so angenehm und mir kann keiner mit dem Bohrer auf die Nerven geh'n.“

Jan Thurmman und Sören Bill:

„Morgens, mittags, abends nimm die Bürste in die Hand, und dann putze, putze, putze deine Zähne blitze blank und zweimal im Jahr mach' 'nen Zahnarzttermin klar.
Dieser checkt dann deinen Mund, ob noch alles ist gesund.“

Dynom & Venom:

„Zahnpflege ist out? Das ist mitunter auch der Grund, dass ihr so hässlich seid - denn GESUND BEGINNT IM MUND.“



Foto links: 1. Platz für „dymon & venom“, Schüler der Klasse 11, Rostock;
Foto rechts: Sonderpreis für Schüler der Kl. 6b, Innerstädtisches Gymnasium Rostock

Dr. Britt Schremmer
ga.zahnarzt@rostock.de

Jetzt ist die Zahnpflege für unterwegs noch praktischer

Ab März 2007 erscheinen die beliebten Wrigley's Extra Pflegekaugummis in neuer Aufmachung: als wiederverschließbare Päckchen mit doppeltem Inhalt – jetzt 14 statt 7 Mini-Streifen.

Das größere Verpackungsformat ersetzt die bisherige Packungsgröße.

Es ist besonders praktisch und garantiert Frische bis zum letzten Kaugummi.

Zugleich bringt eine neue Geschmacksrichtung frischen Wind in das Wrigley's Extra Sortiment: Von nun an verwöhnt Polar Ice anstelle der Variante Winterfresh die Zähne mit besonders frischem Minzgeschmack.



Wrigley Oral Healthcare Programs wurde 1989 von der Wrigley GmbH zur Förderung der zahnärztlichen Präventivmedizin in Deutschland gegründet. Ziel ist es, die Kariesprophylaxe in Forschung und Praxis sowie die Gruppenprophylaxe zu fördern. Weltweit ist das Programm in 47 Ländern vertreten.

Die zahnmedizinische Prophylaxe unterstützen besonders Wrigley's Extra® Drops™, Wrigley's Extra® Professional Mints™ und Wrigley's Extra® Zahnpflegekaugummi.

Speichelstimulation reduziert das Kariesrisiko

Die Wirkungsweise von zuckerfreien Zahnpflegekaugummis ist wissenschaftlich belegt*: Sie stimulieren den Speichelfluss, fördern die Säureneutralisation sowie den Anstieg des pH-Wertes im Mund und die Remineralisation des Zahnschmelzes –

besonders wichtig nach kohlenhydratreichen Zwischenmahlzeiten! Regelmäßiges Kauen von zuckerfreiem Kaugummi zwischendurch – zusätzlich zum Zähneputzen – reduziert das Kariesrisiko um bis zu 40 Prozent.*

Kommed Dr. Barbara Bethcke
Ainmillerstraße 34
80801 München

* Literatur bei Wrigley

