

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

42. Jahrgang / Oktober 2012 www.bzoeg.de

Warnhinweise auf
Lebensmitteln

Zahnmedizin
und Sprachheilkunde

Die Zusammenhänge
von Karies
und Dysgnathien



Jugendzahnpflege in Thüringen

2.12

- 3 Editorial
- Kongressbeitrag**
- 4 Die Jugendzahnpflege in Thüringen
- 6 Entwicklung der allgemeinen und Mundgesundheit bei Erfurter Vorschulkindern
- 9 Warnhinweise auf Lebensmitteln: Wie sinnvoll sind sie für Kinder und Jugendliche?
- 11 Zahnmedizin und Sprachheilkunde – Möglichkeiten der interdisziplinären Kooperation
- 13 Die Zusammenhänge von Karies, Dysgnathien, Habits, TMD und oraler Gesundheit
- Verband**
- 16 Silbernes Ehrenzeichen für Frau Dr. Juliane Frühbuß
- 17 Delegierten- und Mitgliederversammlung 2012 im Erfurter Rathaus mit Vorstandswahl und Satzungsänderung
- 18 Relaunch jetzt online: bzoeg.de
- 19 Neue Redaktion
- 22 Zum Gedenken an Dr. Günter Mönlich
- Aktuelles**
- 20 Netzwerken, Schallzahnbürsten, Videoüberwachung und mehr – der Wrigley Prophylaxe Preis 2012
- 21 Strahlende Athleten
- 22 Hilfe für Notgebiete: Hilfswerk Deutscher Zahnärzte engagiert sich seit 25 Jahren weltweit

Titelbild: Tag der Zahngesundheit an der GS Großbreitenbach, 2009 (Foto: Kettler)

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.12
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des
Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

1. Vorsitzender:

Dr. Pantelis Petrakakis
Neviantstraße 87, 42117 Wuppertal
Tel. 02 02/5 63 28 40, E-Mail: petrakakis@bzoeg.de

2. Vorsitzende:

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

Geschäftsführung:

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

Redaktion:

Erdmuthe Kettler
Tungerstraße 11, 99099 Erfurt
Tel.: 03628/738-536, Fax: 03628/ 738-503
E-Mail: kettler@bzoeg.de

Anzeigenverwaltung:

Schatzmeister: Bernd Schröder
Kirchstr. 215, 47198 Duisburg
Tel. 0203/283-8579, Fax 0203/283-8572
E-Mail: schroeder@bzoeg.de
Bankverbindung: Foerde Sparkasse
KTO 192 05 558, BLZ 210 501 70

Wissenschaftlicher Referent:

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

Zeitungsbeirat:

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

Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH
Reisstraße 42, 01257 Dresden

Bezug:

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

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

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

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

EDITORIAL



Dr. Pantelis Petrakakis



Dr. Sabine Breitenbach

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten die zweite Ausgabe unserer Verbandszeitschrift des Jahres 2012 in Händen. Gekonnt zusammengestellt und bearbeitet wurde sie von unserer neuen Redakteurin, Frau Kollegin Erdmuth Kettler (siehe Seite 19). Sie nimmt zukünftig die Aufgaben von Frau Dr. Grit Hantzsch wahr, die nun als Internet-Redakteurin unsere neue Internetpräsenz betreut. Wir freuen uns, Frau Kettler als neues Mitglied in unserem Vorstand begrüßen zu können. Gleichzeitig bedanken wir uns sehr herzlich bei unserem geschätzten Kollegen, Herrn Uwe Holtkamp, für die Erstellung und langjährige Betreuung unserer bisherigen Internetseite!

Als Vorsitzende auf dem diesjährigen Kongress wiedergewählt und für zwei weitere Jahre bestätigt, möchten Frau Dr. Breitenbach und ich – im Namen des gesamten Vorstands – für das entgegengebrachte Vertrauen den Delegierten und allen Mitgliedern unseren Dank aussprechen. Die großen Leistungen der ehemaligen Vorsitzenden Dr. Michael Schäfer und Dr. Claudia Sauerland mit dem gesamten BZÖG-Vorstand der letzten Jahre bilden für uns die solide Basis für die inhaltliche Weiterentwicklung von Verbandszielen.

Nach Außen führt die Präsenz unseres Verbandes in fachlichen und politischen Gremien neben der Intensivierung unserer Kontakte zu wichtigen Partnern zu einer Festi-

gung unserer Position sowohl im Gesundheitswesen wie auch in der Gesundheitspolitik. Auf diese Weise bleibt der BZÖG eine feste Größe, die es bei wichtigen gesundheitspolitischen und fachgebundenen Entscheidungen zu berücksichtigen gilt. Neben den Impulsen, welche wir zur Unterstützung einer Fortentwicklung der Gruppenprophylaxe und einer Sozialen Zahnmedizin geben, ist es aus unserer Sicht auf Grundlage gesellschaftlicher und politischer Veränderungen sinnvoll, auch neue Wege zu beschreiten und sich mit weiteren Partnern zu vernetzen. So soll beispielsweise die jüngst auf unsere Initiative hin gebildete **Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des BZÖG** in Kooperation mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Afög) zu einer bundesweit gültigen Orientierungshilfe für eine Standardisierung und Qualitätssicherung in der Erhebung, Dokumentation und Berichterstattung zahnärztlicher Befunde aus Vorsorgeuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen führen.

Auch das **Konzept zur Behinderten- und Seniorenbetreuung** des BZÖG hat mit seiner Veröffentlichung einen weiteren starken Impuls gesetzt, der von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) mit hohem Interesse aufgenommen wurde. Ziel dabei ist es, den Verband als einen wichtigen Partner auch im Bereich der Alterszahnmedizin wahrzunehmen.

In den letzten zwei Jahren ist uns vielfach bewusst geworden, wie wichtig es ist, die bestehende kommunale Vielfalt zahnärztlicher Gesundheitsdienste und die Heterogenität länderspezifischer Strukturen sowie gesetzlicher Grundlagen bei der Vorstandsarbeit zu berücksichtigen.

Wir stellen uns daher sehr gerne auch weiterhin dem konstruktiven Diskurs mit allen Vertretern und Mitgliedern unseres Verbandes.

Ungeachtet der persönlichen Freiheit der Meinungsäußerung eines jeden sind wir jedoch als Vorstand dem Ziel einer Konsensfindung verpflichtet, um auf Bundesebene eine einheitliche fachliche und politische Position und die Fortentwicklung sowie Umsetzung gemeinsamer, verbindlicher und einheitlicher Standards zu ermöglichen.

Gemeinsam mit Ihnen wollen wir uns daher wie bisher für das Wohl und für die Gesundheit unserer kleinen wie auch großen Bürgerinnen und Bürger einsetzen und dabei mit einer Stimme sprechen.

Mit unseren besten Grüßen

Dr. Pantelis Petrakakis
1. Vorsitzender

Dr. Sabine Breitenbach
2. Vorsitzende

S. Ulonska, G. Pankau

Die Jugendzahnpflege in Thüringen

Der Freistaat Thüringen liegt in der Mitte Deutschlands und gehört mit einer Fläche von 16.172 km² und 2,2 Mio. Einwohnern in 17 Landkreisen und 6 kreisfreien Städten zu den kleineren Bundesländern.

Die Jugendzahnpflege hat in Thüringen eine lange Tradition. Bereits 1879 wurden in Erfurt erste zahnärztliche „Reihenuntersuchungen“ durchgeführt und 1907 erhielt die Stadt als dritte Kommune im Kaiserreich eine städtische Schulzahnklinik.

Zahnmedizin kann seit 1893 in Jena studiert werden und von 1975 bis 1994 war dies auch an der Medizinischen Akademie Erfurt möglich. Dort entstand unter Herrn Prof. Dr. Dr. hc. mult. Walter Künzel 1975 der erste Wissenschaftsbe- reich für Präventive Stomatologie in Deutschland mit einer Forschungsabteilung und einer Abteilung Kinderstomatologie, welcher seit 1983 als WHO-Kollaborationszentrum auch in internationaler Verantwortung fungierte. Nach Abwicklung der Medizinischen Akademie Erfurt ging dieses WHO-Kollaborationszentrum in die Friedrich-Schiller-Universität Jena über.

In den Jahren bis 1990 galt in Thüringen die bereits 1954 von der DDR erlassene „Anordnung über die Jugendzahnpflege“, in deren Folge in den Kommunen Jugendzahnkliniken entstanden. Ab 1961 erfolgte in der DDR die Ausbildung zum „Fachzahnarzt für Kinderstomatologie“ und 1979 wurde eine „Richtlinie zur regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen“ erlassen. Basierend auf diesen Grundlagen erfolgte in dieser Zeit eine organisierte Jugendzahnpflege nach dem „Bonner System“. Mit der Wende 1990 wurden alle Jugendzahnkliniken in Thüringen „abgewickelt“.

Nach der DDR-Verordnung über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom August 1990 erfolgte die Überführung des staatlichen Gesundheitswesens in

den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Aus den ehemaligen Jugendzahnkliniken wurden ein bis zwei Fachzahnärztinnen oder Fachzahnärzte für Kinderstomatologie in die neu geschaffenen Gesundheitsämter übernommen. Dies bedeutete eine Umorientierung von der Therapie hin zur reinen Prophylaxe.

■ *Nach dem Thüringer Schulgesetz und der Verordnung über die Schulgesundheitspflege sind alle Schüler verpflichtet, sich jährlich den Vorsorgeuntersuchungen zu unterziehen.*

Entsprechend den gesetzlichen Regelungen (Abb. 1) ergeben sich für die in Thüringen im ÖGD tätigen Jugendzahnärzte folgende Aufgaben:

1. Vorsorgeuntersuchungen aller Kinder und Jugendlichen einmal jährlich in Kindertagesstätten und Schulen
2. Gruppenprophylaktische Betreuung im Schulbereich
3. Zahnärztliche Gutachten im Amtshilfe
4. Gesundheitsberichterstattung
5. Gesundheitsförderung (z. B. Organisation des „Tages der Zahngesundheit“ und Mitwirkung bei den Thüringer Jugendzahnpflegetag)

Nach dem Thüringer Schulgesetz und der Verordnung über die Schulgesundheitspflege sind alle Schüler verpflichtet, sich jährlich den Vorsorgeuntersuchungen zu unterziehen. In den Kindertageseinrichtungen finden die jährlichen Vorsorgeuntersuchungen nur mit Zustim-

mung der Eltern statt. Über die Untersuchungsergebnisse müssen die Eltern sowohl in der Schule als auch in der Kindertageseinrichtung informiert werden.

Bei den Vorsorgeuntersuchungen werden folgende Parameter erfasst:

- dmf-t/DMF-T
- naturgesunde, sanierte und behandlungsbedürftige Gebisse
- Sanierungsgrad
- kieferorthopädische Befunderhebung
- Fissurenversiegelung
- Kariesrisikoerfassung nach DAJ-Kriterien
- Dokumentation der Gruppenprophylaxe
 - Fluoridierung
 - Zahnputzaktionen
 - Vorträge mit gruppenprophylaktischer Zielsetzung

Die Jugendzahnärzte und Jugendzahnärztinnen erzielten dabei im Schuljahr 2010/2011 die in Abb. 2 dargestellten Untersuchungsquoten.

Während dem bundesweiten Trend folgend im Schulbereich eine stetige Verbesserung der Mundgesundheit zu verzeichnen ist, bereitet den Zahnärzten im ÖGD auch in Thüringen die Mundgesundheit der Vorschulkinder große Sorgen (Abb. 3).

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe werden in Thüringen in einem gegliederten System durchgeführt. Durch die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. (LAGJTh e. V.), die 1992 gegründet wurde, erfolgt die flächendeckende Umsetzung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen. Dabei haben die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZÄD) von Anbeginn federführend mitgewirkt. So werden fast alle regionalen Arbeitskreise von den Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzten des ÖGD geleitet. Im Schulbereich setzt der ÖGD alle Maß-

- Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten i. d. F. vom 2. Oktober 1998
- Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) i. d. F. vom 20. Dezember 2010
- Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespfVO) vom 26. September 2002
- Thüringer Kindertageseinrichtungsgesetz (ThürKitaG) i. d. F. vom 4. Mai 2010
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch i. d. F. vom 21. 07.2004, § 21

Abb. 1: Gesetzliche Grundlagen in Thüringen

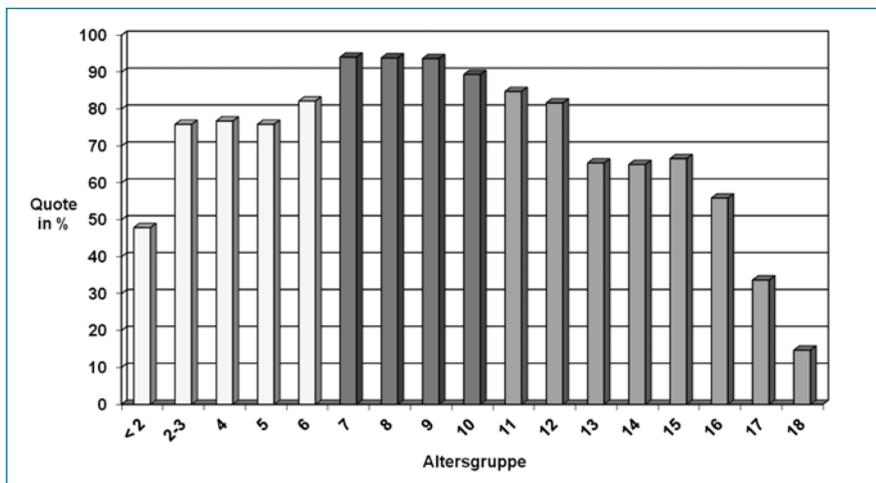


Abb. 2: Untersuchungsquoten im Schuljahr 2010/2011

	Schuljahr 1992/1993 Thüringen	Schuljahr 2010/2011 Thüringen	WHO-Ziel 2010	Mundgesundheitsziel für Deutschland 2020
Anzahl primär gesunder Gebisse der 5-/6-Jährigen	26,3 %	50,4 %	60 %	80 %
DMF-T-Index der 12-Jährigen	2,95	0,79	1,0	unter 1,0
Quelle:	TLVwA	TLVwA	WHO	BZÄK

Abb. 3: Mundgesundheitsziele im Vergleich mit Thüringer Ergebnissen

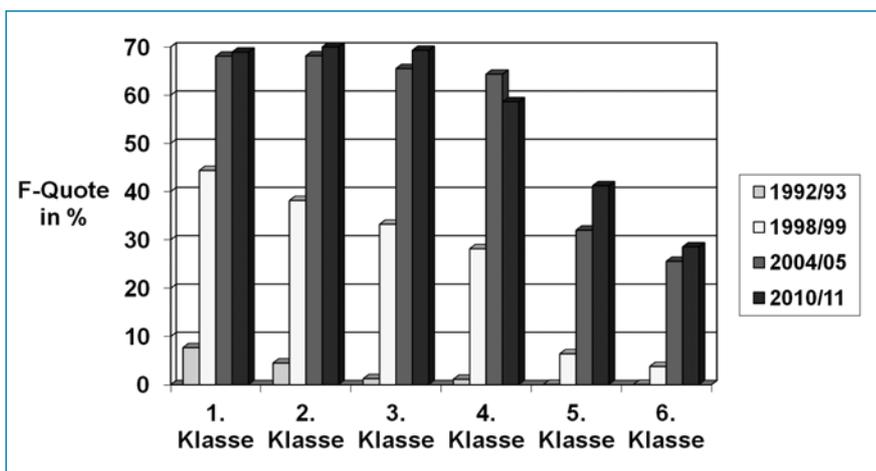


Abb. 4: Fluoridierung im Bereich Schule im Jahresvergleich

nahmen der Gruppenprophylaxe entsprechend der Verordnung über die Schulgesundheitspflege um. Im Kindertagesstättenbereich erfolgt die gruppenprophylaktische Betreuung durch bei der LAGJTh e. V. angestellte Prophylaxehelferinnen und durch Patenschaftszahnärzte nach dem Obleute-Modell.

Ab dem Schuljahr 2012/2013 wird ein in Zusammenarbeit zwischen Zahnärztekammer, LAGJTh e. V. und ÖGD erarbeiteter zahnärztlicher Kinderpass an alle Neugeborenen in Thüringen ausgegeben.

Die KJZÄD können bei der Umsetzung der flächendeckenden Fluoridierung im Schulbereich sehr gute Erfolge vorweisen (Abb. 4).

Derzeit sind bei den Thüringer Gesundheitsämtern 26 (1994: 38) Zahnärztinnen und Zahnärzte angestellt sowie 5 (1994: 0) Honorarzahnärzte unter Vertrag. In vielen Kreisen wurden die Stellen der aus Altersgründen aus dem KJZÄD ausgeschiedenen Kollegen/-innen wieder neu besetzt. Dabei kam es zu einem Generationswechsel, denn die ehemals aus den Jugendzahnkliniken übernommenen Fachzahnärzte für Kinderstomatologie sind durch junge Kolleginnen ersetzt worden, die in der Regel nicht über diese Qualifikation verfügen. Um weiterhin eine qualitätsgerechte Befunderhebung, Datenauswertung und Gesundheitsberichterstattung zu gewährleisten, wurde in den Jahren 2011/2012 in einer Arbeitsgruppe ein „Leitfaden für die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste in Thüringen“ erarbeitet, der als Fachempfehlung vom Thüringer Gesundheitsministerium (TMSFG) herausgegeben werden soll.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Stom. Sabine Ulonska

LRA Sömmerda, Amt 44
 Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst
 Wielandstraße 4
 99610 Sömmerda

Telefon: +49/3634/354-759

Telefax: +49/3634/354-780

E-Mail:

sabine.ulonska@lra-soemmerda.de

K. Limberger, K. Arnold, A. Borutta

Entwicklung der allgemeinen und Mundgesundheit bei Erfurter Vorschulkindern

Einleitung

Unbestritten hat sich die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland seit dem letzten Jahrhundert bis heute deutlich verbessert. Dies ist u.a. anhand des Rückgangs der Säuglingssterblichkeit von 210 pro 1.000 Lebendgeburten auf weniger als 5 pro 1.000 klar dokumentiert. Gefährliche Infektionskrankheiten, die früher epidemisch auftraten, sind dank eines hochentwickelten Gesundheitssystems mit präventiver Orientierung nahezu verschwunden bzw. hinsichtlich Verbreitung und Schweregrad beherrschbar. Trotz dieser Erfolge gibt es allerdings noch und zum Teil neue ernsthafte Gesundheitsprobleme, welche in enger Beziehung zu einem veränderten Lebensstil stehen. Mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung, Stresssituationen etc. führen zu Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Adipositas, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Verhaltensstörungen, die bereits im Kindesalter immer häufiger beobachtet werden. Die betroffenen Kinder stammen nicht selten aus sozial schwachen Familien und/oder haben einen Migrationshintergrund. Um diesen Kindern eine Chancengleichheit zu ermöglichen, sind

I. Kommunale Ökonomie	III. Soziales
■ Pro-Kopf-Verschuldung (in Euro)	■ Arbeitslosenquote
■ Wohnungsleerstand	■ Sozialhilfequote
■ Erwerbstätigenquote	■ Anzahl Wohngeldempfänger
	■ Durchschnittliches Jahreseinkommen
II. Gesundheit	■ Haushaltsgrößen / Wohnraum
■ Chronische Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen)	
■ Krebserkrankungen	IV. Umwelt
■ Säuglingssterblichkeit	■ Lärmbelastung
■ Meldepflichtige Erkrankungen	■ Luftbelastung
■ Zahngesundheit	■ Flächennutzungsstruktur

Tab. 1: Ausgewählte sozialstrukturelle Indikatoren für die Landeshauptstadt Erfurt

zunächst die epidemiologische Kenntnis über die genannten Erkrankungen und ihre sozialen Bedingungsfaktoren Voraussetzung.

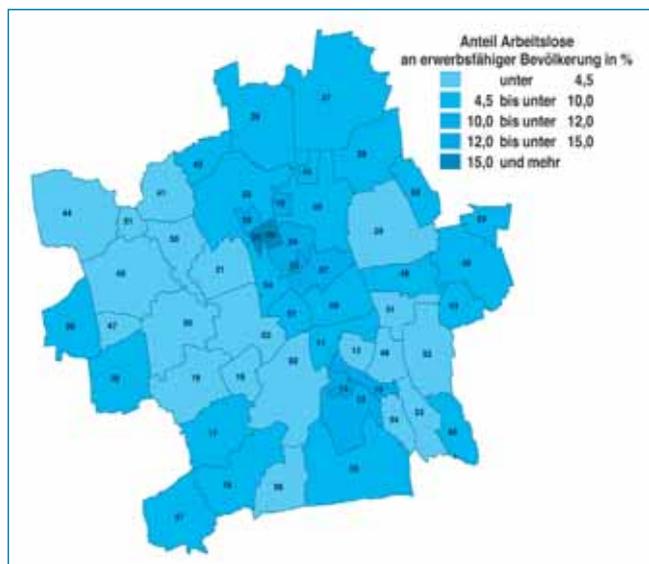
In diesem Zusammenhang hat das Amt für Soziales und Gesundheit der Landeshauptstadt Erfurt erstmals 2004 und erneut 2010 einen Kindergesundheitsbericht erstellt, der neben rein krankheits- und gesundheitsrelevanten Betrachtungen Indikatoren zur Charakterisierung der Stadt in die Wertung einbezieht (Tab. 1).

Erfurt ist Landeshauptstadt und größte Stadt des Freistaates Thüringen. In 53

Stadtteilen leben gegenwärtig 206.384 (Thüringer Landesamt für Statistik 2011) Menschen. Erfurt hat eine vergleichsweise junge Bevölkerung und gehört neben Jena und Weimar zu den Städten in Thüringen, in denen bis zum Jahr 2025 ein Bevölkerungswachstum erwartet wird. Ca. 3 % der Erfurter haben keinen deutschen Pass. Mit Blick auf die Erwerbssituation und in ökonomischer Hinsicht ist die Bevölkerung stark belastet. 15 % der Erwerbsfähigen sind in Erfurt nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) hilfebedürftig und ca. 30 % aller Kinder bis 15 Jahre leben in Bedarfsgemeinschaften (Sozialstrukturatlas 2011). Die Kinderarmutsquote beträgt immerhin 37 %. In den sogenannten Plattenbaugebieten ist die soziale Lage der Bevölkerung besonders prekär (Abb. 1).

Betreuung der Kinder und Jugendlichen durch den Kinder- und Jugendärztlichen bzw. -zahnärztlichen Dienst

Im Erfurter Amt für Soziales und Gesundheit betreuen insgesamt vier Kinder- und Jugendärztinnen und drei Kinder- und Jugendzahnärztinnen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für Thüringen die Kinder und Jugendlichen [1,2,3,4].



Landeshauptstadt Erfurt, Hauptamt, Statistik und Wahlen
Quelle: Bundesagentur für Arbeit / Stand: 31.12.2010

Abb. 1: Anteil der Arbeitslosen an der erwerbsfähigen Bevölkerung (15 bis unter 65 Jahre) in Prozent nach Stadtteilen



Erfurt, Dom und Severikirche
© Tourismus Gesellschaft Erfurt,
Foto: Barbara Baumann

Die Teilnahme der Kinder an der Vorsorgeuntersuchung in der Kita beruht auf freiwilliger Basis; wobei in Erfurt erfahrungsgemäß nur wenige Eltern die Untersuchung nicht gestatten. In der Schule sind sowohl die Schuleingangsuntersuchung (SEU) als auch alle anderen Vorsorgeuntersuchungen verpflichtend.

Die SEU ist Bestandteil des Schulaufnahmeverfahrens der Grundschulen und wird im Alter von ca. sechs Jahren durchgeführt. Sie dient sowohl der medizinischen Dokumentation der körperlichen und geistigen Entwicklung der Kinder als auch der Klärung, ob die Kinder den Anforderungen des Schulalltages gewachsen sind. Die SEU wird in ganz Thüringen standardisiert durchgeführt, d.h. es erfolgen die Erhebung der Anamnese, der Seh- und Hörtest, die Bestimmung des Körpergewichtes und der Körperlänge sowie die Durchführung spezieller Untersuchungen zur Bestimmung der geistigen und körperlichen Entwicklung des Kindes. Nach der Analyse aller erhobenen Befunde werden das Ergebnis der SEU und entsprechende Empfehlungen für den Schulalltag der zuständigen Grundschule übermittelt.

Der Mundgesundheitszustand wird standardisiert nach den WHO Kriterien (WHO 1997) ermittelt, d.h. es wird der dmft-/DMFT-Index für das Milch- und bleibende Gebiss visuell und mit stumpfer Sonde erhoben. Außerdem wird die Mundhygiene beurteilt und eine kieferorthopädische Diagnostik durchgeführt. Die Mundhygiene wird als Ja/Nein-Entscheidung hinsichtlich des visuellen Plaquebefalls im Frontzahnbereich registriert. Die kieferorthopädische Diagnostik erfolgt nach Leitsymptomen. Die Einschätzung des Kariesrisikos basiert auf den DAJ-

Kriterien und erlaubt die Differenzierung der Kinder mit und ohne Kariesrisiko. Im Anschluss an die Untersuchung erhalten alle Kinder einen Elternbrief mit befundentsprechenden Empfehlungen für den Hauszahnarzt bzw. die Hauszahnärztin. Am Ende eines Schuljahres erfolgen die Analyse aller erhobenen Befunde (Computerprogramm Octoware) und die Eingruppierung der Kita's und Schulen in Risiko- bzw. Nichtrisikoeinrichtungen mit dem Ziel, die gruppenprophylaktische Betreuungsstrategie festzulegen.

Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der zahnärztlichen Untersuchungen

Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf den Daten der SEU und der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen der 5- bis 6-Jährigen beginnend vom Schuljahr 1997/1998 bis zum Schuljahr 2008/2009 und beziehen sich im jugendärztlichen Bereich auf

die Befunde von insgesamt 16.791 Kindern und im zahnärztlichen Bereich auf die Befunde von 12.614 Kindern.

Zur Bewertung des Körpergewichtes wurde der Body Mass Index (BMI) verwendet.

Hier zeigte sich, dass im Untersuchungszeitraum durchschnittlich 6,2 % der Erfurter Kinder übergewichtig und 4,4 % der Kinder adipös waren, wobei eine steigende Tendenz insbesondere beim Übergewicht erkennbar wurde.

Die Erkrankungsrate für Sprachauffälligkeiten zum Zeitpunkt der Einschulung lag über den gesamten Zeitraum im Durchschnitt bei 22,6 %, wobei ebenfalls ein Anstieg innerhalb der 12 Jahre von 6 Prozentpunkten beobachtet werden konnte. Wies zu Beginn des Untersuchungszeitraumes noch jedes 5. Kind Sprachverzögerungen auf, so war es am Ende des Beobachtungszeitraumes bereits jedes 4. Kind.

Angestiegen um 2 Prozentpunkte ist auch der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten des Muskel-, Skelett- und Bindegewebsystems. Die durchschnittliche Erkrankungsrate lag über den gesamten Berichtszeitraum bei 9,8 %.

Verhaltensauffälligkeiten variierten im Untersuchungszeitraum erheblich und wurden bei 5,8 % bis 12,2 % der Kinder festgestellt.

In allen Beobachtungsjahren waren die Knaben sowohl bei den Sprachstörungen, bei den Auffälligkeiten des Muskel- und Skelettsystems, der Motorik und bei den Verhaltensauffälligkeiten häufiger betroffen als die Mädchen.

Insgesamt waren 32,2 % der Kinder im Durchschnitt ohne jeden Befund. Allerdings sank ihr Anteil in den letzten 12 Jahren um 8 Prozentpunkte (Abb. 2).



Abb. 2: Anteil der Kinder ohne Befund, Kindergesundheitsbericht 2010

Demgegenüber hat sich die Mundgesundheit der 5- bis 6-Jährigen in Erfurt in den letzten 12 Jahren deutlich verbessert. Dies dokumentiert vor allem der Anteil der Kinder mit kariesfreiem Milchgebiss, der sich von 37,7 % im Schuljahr 1997/1998 auf 53,8 % im Jahr 2008/2009 erhöhte. Zurückgegangen ist auch der Anteil der Kinder mit Behandlungsbedarf von anfänglich 42,6 % auf 34,9 % (Abb. 3).

Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes 1997/1998 betrug der dmft-Wert 3,0 und fiel bis zum Jahr 2008/2009 auf 2,1 ab. Die Kariesverbreitung ist somit immer noch relativ hoch. Thüringenweit beträgt der Wert sogar 2,56 (DAJ 2009). Der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko fiel im Beobachtungszeitraum von 25,1 % auf 16,6 % ab. Auch dieser Wert ist immer noch beträchtlich hoch. Hinzu kommt entsprechend des bundesweiten Trends eine starke kind- aber auch einrichtungsbezogene Polarisierung. Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko hatten durchschnittlich sogar 6,47 dmf-Zähne und fast 90 % der Kinder hatten einen aktuellen kariesbedingten Behandlungsbedarf. Betroffen sind auch hier überwiegend die Kinder aus sozial schwachen Familien.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Insgesamt zeigen die aktuellen Daten über die allgemeine und Mundgesundheit, dass zwar die Mehrheit der Kinder einen guten Gesundheitszustand hat, eine Minorität hingegen überdurchschnittlich hoch mit den verschiedenen Erkrankungen belastet ist. Um diese Risikokinder zukünftig intensiver betreuen zu können, ist das frühzeitige Erfassen des Gesundheitszustandes unbedingt erforderlich. Die SEU als erstes Pflichtscreening im Alter von ca. sechs Jahren ist demzufolge zu spät. Eine gesetzliche Pflicht zur Durchführung der bisher freiwilligen Kindergartenvorsorgeuntersuchungen – einschließlich der Hauskinder – mindestens zwei Jahre vor der Einschulung und im zahnärztlichen Bereich ab dem zweiten Lebensjahr ist zu fordern. Augenmerk sollte dabei besonders auf die körperliche Leistungsfähigkeit, die Sprachentwicklung, Seh- und Hörfähigkeit und im zahnärztlichen Bereich auf beginnende oder bereits manifeste frühkindliche Karies gelegt werden. Bei erkennbaren Defiziten ist so eine gezielte Frühförderung der



Abb. 3: Gebisszustand der 5- bis 6-Jährigen in Erfurt, Kindergesundheitsbericht 2010

Kinder und Beratung der Eltern möglich.

Die Erfolge einer individuellen Frühförderung sind stark von der Mitarbeit der Eltern abhängig. Diese ist gerade bei den sozial Benachteiligten häufig schlecht. Daher ist eine einrichtungsbezogene Durchführung von Frühfördermaßnahmen vor allem in Risikoeinrichtungen besonders vorteilhaft und Kindertageseinrichtungen können als sogenannte Schlüsselsettings zur Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit dienen.

In Erfurt gibt es diesbezüglich bereits verschiedene Angebote, wie z. B. das Projekt „Sprach- und Motorikförderung im Kindergarten“, Motorikschulungen für Kinder mit erhöhtem Förderbedarf, ausgewogene Vollverpflegung und zuckerfreie Getränke in fast allen Kitas, kostenfreies Mittagessen sowie kostenfreier Besuch der Kita für Kinder aus sozial schwachen Familien.

Das zahnärztliche Gruppenprophylaxeprogramm in Erfurt sieht sowohl die Basisbetreuung aller Kitas als auch die Intensivbetreuung der Risikoeinrichtungen vor. Dabei werden zusätzlich zu den 1/4-jährlichen Prophylaxeimpulsen, welche hauptsächlich Mundhygiene und Ernährung thematisieren, regelmäßige Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt. Gegenwärtig profitieren bereits ca. 2.000 Kinder in 19 Risiko-Kitas von lokalen Fluoridierungsmaßnahmen. Neben den aufsuchenden intensivprophylaktischen Maßnahmen wird versucht, die Eltern stärker für die allgemeine und Mundgesundheit ihrer Kinder zu sensibilisieren. So bekommen z. B. alle 2-jährigen Kinder nach der zahnärztlichen Reihenuntersuchung in der Kita den Flyer „Eltern putzen Kinderzähne“ und eine Zahnbürste

mit nach Hause. Bei Elternveranstaltungen wird gezielt auf die Problematik der frühkindlichen Karies aufmerksam gemacht.

Trotz der Vielzahl von existierenden Angeboten, Fördermaßnahmen und Projekten in Erfurt ist auf Grund unzureichender finanzieller Mittel und persönlicher Ressourcen zurzeit eine kontinuierliche und flächendeckende risikoorientierte Gesundheitsförderung noch nicht möglich. Um das Defizit zu minimieren, sollte eine verstärkte Vernetzung und Zusammenarbeit aller Institutionen, Einrichtungen und Fachkräfte, die sich um das Kindeswohl bemühen, angestrebt werden. Gleichwohl kommt es darauf an, die Elternarbeit auszubauen. Nicht zuletzt ist auch die Politik gefordert, rechtliche Grundlagen zu schaffen und entsprechende Mittel zur Förderung der allgemeinen und Mundgesundheit von Kindern, insbesondere von Risikokindern, bereit zu stellen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Kathrin Limberger
 Stadtverwaltung Erfurt
 Jugendzahnärztlicher Dienst
 Juri-Gagarin-Ring 150
 99084 Erfurt

Tel.: 0361/655 4282
 Fax: 0361/655 4209
 E-Mail: arbeitskreis-jugendzahnpflege@erfurt.de

- Literatur bei den Autoren -

G. Mau, C. Steffen, H. Schramm-Klein, S. Steinmann, E. Behrens und A. Kuffel

Warnhinweise auf Lebensmitteln: Wie sinnvoll sind sie für Kinder und Jugendliche?

Trotz des steigenden Bewusstseins für Mundhygiene leidet fast die Hälfte der Schulanfänger im Laufe ihrer Kindheit an Milchzahnkaries. Dies ist u. a. auf den Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel zurückzuführen. In der Diskussion steht, wie der Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel bei Kindern reduziert werden kann. Bei gesundheitsgefährdenden Produkten, wie bspw. Zigaretten, ist eine Strategie, per Kennzeichnungspflicht über gesundheitskritische Inhaltsstoffe aufzuklären. Doch wirken solche Hinweise auch auf Kinder? Drei empirische Studien mit Schulkindern sollten erste Antworten geben. Sie legen nahe, dass ein Warnhinweis Kinder verstärkt zu einer gesunden statt zu einer ungesunden Alternative greifen lässt, wenn sie dabei von einem Erwachsenen beobachtet werden. Fühlen sie sich unbeobachtet, hat der Warnhinweis kaum Auswirkungen.

Haben Kinder gut lachen?

Einer aktuellen Studie zufolge, welche im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) bundesweit den Zahnzustand von Schülern verschiedener Altersklassen untersuchte, verbesserte sich die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen deutlich. Diese positive Entwicklung ist deutschlandweit zu beobachten. Doch trotz des steigenden Bewusstseins für Mundhygiene leiden 46 % der Schulanfänger im Laufe ihrer Kindheit an Milchzahnkaries. Selbst im frühkindlichen Alter von drei Jahren werden mit dem Eintritt in Kindertagesstätten häufig erste Karieserkrankungen festgestellt. Dies ist u. a. auf den Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel zurückzuführen, die Kinder aufgrund angeborener Geschmackspräferenzen bevorzugen. Bei anderen gesundheitsgefährdenden Produkten, wie bspw. Zigaretten, wird versucht, per Kennzeichnungspflicht über gesundheitskriti-

sche Inhaltsstoffe aufzuklären und zu gesundheitskonformem Verhalten zu animieren. Tatsächlich belegen erste Studien, dass solche Warnhinweise bei Erwachsenen Wirkungen auf das Nutzungsverhalten gesundheitsgefährdender Produkte nehmen können. Fraglich bleibt aber, ob Warnhinweise auch bei Kindern wirken. Und wenn ja, wovon hängt deren Wirkung ab?

Dass nicht direkt von der Wirkung von Warnhinweisen bei Erwachsenen auf deren Effekte bei Kindern geschlossen werden kann, liegt vor allem aus zwei Gründen nahe: Tatsächlich reifen bestimmte kognitive, für das Verständnis von Warnhinweisen notwendige Fähigkeiten, erst mit zunehmenden Alter. Gleichzeitig hängen konsumspezifische Erfahrungen auch von der Sozialisierung durch Eltern, Schule und Umfeld der Kinder ab. Daraus resultiert beispielsweise, dass Kinder andere Vergleichsstrategien bei unterschiedlichen Wahlalternativen anwenden als Erwachsene. Während jüngere Kinder die Auswahlentscheidung anhand von Einzelvergleichen einzelner Attribute treffen, sind wir mit voranschreitendem Lebensalter eher dazu in der Lage, mehrere Eigenschaften in die Bewertung – und in die Entscheidung einfließen zu lassen. Ein anderes Beispiel ist der Aufschub der Bedürfnisbefriedigung. Dahinter verbirgt sich die erst mit zunehmendem Alter entwickelnde Fähigkeit, zu erkennen, dass es manchmal sinnvoll sein kann, Bedürfnisse nicht sofort zu befriedigen, sondern bis zu einem späteren, lohnenderen Zeitpunkt zu warten. Besonders relevant für die Wirkung von Warnhinweisen scheint aber die unterschiedliche Bewertung von Risiken im Verlaufe des Lebens zu sein: Kinder und Jugendliche erkennen und bewerten Risiken als kontrollierbarer und unwahrscheinlicher als Erwachsene. Für Eltern wird dieser Effekt besonders deutlich in der Pubertät, wenn Jugendliche – aus Sicht der Eltern – unvernünftig hohe Risiken eingehen. Dieser Effekt könnte aber die Wirkung von Warnhinweisen bei Kindern beeinflussen: Warnhinweise sollen auf

Risiken aufmerksam machen. Sie rücken eine Gefahr in den Fokus. Bei Erwachsenen kann die Aufmerksamkeit auf das Risiko die Wahrscheinlichkeit für das entsprechende Verhalten senken. Schätzen Kinder und Jugendliche aber die Risiken als kontrollierbar ein, würde der Warnhinweis keine oder eine deutlich geringere Wirkung als bei Erwachsenen haben. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir drei Studien, um die Wirkung von Warnhinweisen auf Kinder zu untersuchen.

Studie 1

Im Rahmen dieser Studie wurde ein Experimentaldesign entwickelt, um die Wirkung von Warnhinweisen in Bezug auf beliebte bzw. unbeliebte Marken zu untersuchen. Zunächst galt es, beliebte und unbeliebte Marken bei den Kindern zu identifizieren. Eine erste Befragung von Schülern zweier Sieger Grundschulen im Alter von acht bis elf Jahren ergab, dass adidas zurzeit sehr beliebt und Barbie geschlechtsübergreifend in dieser Altersstufe unbeliebt ist. Anschließend wurden zwei unterschiedliche Limonadenetiketten entwickelt (adidas Limonade und Barbie Limonade, s. Abbildung 1), die in der Hauptstudie den Grundschulern im Alter zwischen acht und elf Jahren jeweils neben einer vermeintlich gesunden Alternative als Belohnung zur Teilnahme an der Befragung angeboten wurden.

Abb. 1: Etiketten der zwei Limonaden-Marken



Einer Hälfte der Schüler wurden die Getränke von immer derselben Versuchsleiterin mit dem Hinweis „Pass auf! Limonade ist nicht gut für Deine Zähne!“ angeboten, die andere Hälfte erhielt keinen solchen verbalen Warnhinweis. Die Wahl aller Schüler wurde durch die Versuchsleiterin stets für die Kinder wahrnehmbar beobachtet. Insgesamt nahmen n = 108 Kinder an der Versuchsdurchführung teil. Bei allen Probanden handelte es sich um Schülerinnen und Schüler der vierten bzw. fünften Klasse.

Ergebnisse Studie 1

Tatsächlich führte der Warnhinweis dazu, dass weniger die als ungesund bezeichnete Limonade gewählt wurde. Ohne den Warnhinweis griffen 41 % der Schulkinder zur Orangenlimonade, mit Warnhinweis entschieden sich nur 22 % für die ungesunde Alternative (s. Tabelle 1). Demnach veranlasst ein Warnhinweis Kinder dazu, sich eher für die vermeintlich gesunde Alternative zu entscheiden.

Dieser Effekt konnte vor allem bei der unbeliebten Limonaden-Marke nachgewiesen werden, wohingegen der Einfluss des Warnhinweises bei der beliebten Marke deutlich weniger stark ausgeprägt war (s. Tabelle 2).

Die Ergebnisse in Tabelle 2 zeigen, dass 52 % der Kinder die beliebte Marke adidas wählen, wenn kein Warnhinweis gegeben wurde. Mit Warnhinweis fällt dieser Anteil auf 37 %. Der Unterschied ist in diesem Fall sehr gering und statistisch nicht signifikant, sodass der positive Effekt eines Warnhinweises im Falle der beliebten Marke nicht nachgewiesen werden konnte. 30 % der Schüler entschieden sich für die Barbie-Limonade, wenn auf den Warnhinweis verzichtet wurde. Der verbale Hinweis, dass diese ungesund ist, ließ diesen Wert auf 7 % fallen. Der Effekt des Warnhinweises ist in diesem Fall statistisch signifikant. Demnach kann hier von einer positiven Wirkung ausgegangen werden.

Die relativen Änderungen verdeutlichen die Ergebnisse: Im Rahmen des Experiments wählten 29 % weniger Schüler die beliebte adidas-Limonade infolge des Warnhinweises (vier von 14 Schüler), während 75 % auf die Barbie-Limonade verzichteten aufgrund des Warnhinweises (sechs von acht Schülern). Dies bedeutet, dass Warnhinweise einen viel stärkeren Effekt auf unbeliebtere Marken haben als im Vergleich zu beliebteren Marken.

	Orangenlimonade ausgewählt	Apfelsaftschorle ausgewählt	Basis (100 %)
ohne Warnhinweis	n = 22 (40,7 %)	n = 32 (59,3 %)	n = 54
mit Warnhinweis	n = 12 (22,2 %)	n = 42 (77,8 %)	n = 54

Tab. 1: Einfluss des Warnhinweises auf die Getränkewahl

		Orangenlimonade ausgewählt	Apfelsaftschorle ausgewählt	Basis (100 %)
beliebte Marke: adidas	ohne Warnhinweis	n = 14 (51,9 %)	n = 13 (48,1 %)	n = 27
	mit Warnhinweis	n = 10 (37,0 %)	n = 17 (63,0 %)	n = 27
unbeliebte Marke: Barbie	ohne Warnhinweis	n = 8 (29,6 %)	n = 19 (70,4 %)	n = 27
	mit Warnhinweis	n = 2 (7,4 %)	n = 25 (92,6 %)	n = 27

Tab. 2: Einfluss des Warnhinweises auf die Getränkewahl für die beliebte bzw. unbeliebte Orangenlimonaden-Marke

Offensichtlich sind Kinder bei Lebensmitteln beliebter Marken eher dazu bereit, Warnungen in den Wind zu schlagen. Daraus erwächst für die Hersteller von Produkten beliebter Marken eine besondere Verantwortung. Gleichzeitig ist die Gesellschaft gefordert, Kinder bezüglich gesundheitsgefährdender Substanzen aufzuklären.

Studie 2

Während in der Studie 1 ausschließlich verbale Warnhinweise gegeben wurden, sollte eine zweite Studie klären, ob Schulkinder (8 bis 10 Jahre) einen bildlichen und schriftlichen Warnhinweis beachten, dass ein Getränk schlecht für sie ist, wenn dieser direkt auf der Verpackung abgedruckt ist. Der Versuchsaufbau unterschied sich nicht von dem der ersten Studie, außer der Darbietung des Warnhinweises. Statt der verbalen Warnung durch die Versuchsleiterin platzierten wir auf die Limonaden-Flaschen, die eine Hälfte der Schülerinnen und Schüler zur Auswahl bekam, einen bildlichen/schriftlichen Warnhinweis (siehe Abbildung 2).

Die Ergebnisse zeigen, dass der Warnhinweis tatsächlich von Kindern wahrgenommen und verstanden wird. Dennoch hat er bei der Auswahlentscheidung keinen

nicht gewarnt wurden. Offensichtlich reicht es nicht aus, dass Kinder über die Schädlichkeit von Lebensmitteln informiert werden, sie müssen vermutlich auch motiviert werden, das Wissen umzusetzen.

Studie 3

Wenn die reine Information nicht ausreicht, scheint Kontrolle der Entscheidung durch Erwachsene (öffentliche Selbstaufmerksamkeit) eine vermittelnde Rolle bei der Wirkung von Warnhinweisen zu spielen. Beachten Kinder also die gedruckten Warnhinweise auf der Verpackung, wenn die öffentliche Selbstaufmerksamkeit hoch (Entscheidung wird unter Beobachtung eines Erwachsenen gefällt) ist eher, als wenn sie niedrig ist (Entscheidung wird privat, ohne Beobachtung gefällt). Dieser Frage gingen wir in der dritten Studie nach. Das Design der Studie glich dem der zweiten Studie, mit einer Ausnahme: Die Hälfte der Kinder sollten ihre Entscheidung in Anwesenheit des Versuchsleiters fällen (hohe öffentliche Selbstaufmerksamkeit), bei der anderen Hälfte verließ dieser während der Auswahl unter einem Vorwand den Raum und die Kinder konnten ihre Entscheidung offensichtlich unbeobachtet fällen (geringe öffentliche Selbstaufmerksamkeit). Die Ergebnisse zeigen, dass der Warnhinweis auf der Verpackung bei niedriger öffentlicher Selbstaufmerksamkeit wie in der Studie 2 keinen Einfluss auf die Konsumententscheidung hatte. Bei hoher öffentlicher Selbstaufmerksamkeit hingegen wählen die Kinder häufiger das Getränk ohne Warnung.

Die Ergebnisse der drei Studien legen nahe, dass Warnhinweise tatsächlich einen Einfluss auf Kinder und Jugendliche haben können. Sie helfen dabei, Risiken bewusst zu machen, verhindern aber nicht die Kontrollüberschätzung und den positiven emotionalen Gehalt, der mit Risiken bei Kindern und Jugendlichen einhergeht.



Abb. 2: Bildlicher/schriftlicher Warnhinweis

Einfluss. Mit anderen Worten: Die Kinder verstehen, dass der Warnhinweis anzeigt, dass die Limonade schlecht für die Zähne ist, greifen aber genauso häufig zur Limonade mit Warnhinweis wie die Kinder, die

Kontakt: mau@marketing.uni-siegen.de

W. Angerstein

Zahnmedizin und Sprachheilkunde – Möglichkeiten der interdisziplinären Kooperation

Primär- und Sekundärfunktion von Lippen und Zunge

„Schnittmengen“ und „Berührungspunkte“ zwischen Zahnmedizin und Phoniatrie bestehen insbesondere bei Zähnen, Lippen und Zunge: Für die korrekte Bildung der Konsonanten der vorderen Artikulationszonen sind sowohl ein intaktes, orthognathes Gebiss als auch eine physiologische Lippen- und Zungenfunktion erforderlich. Dies betrifft insbesondere bilabiale, labio-dentale, apiko-dentale und apiko-alveolare Konsonanten. Bilabiale Laute (b, p) werden mit Ober- und Unterlippe gebildet. Labio-dentale Laute (f, v, w) werden mit Unterlippe und oberen Schneidezähnen gebildet. Apiko-dentale Laute (t, d, engl. th) werden mit Zungenspitze (Apex) und oberen Schneidezähnen gebildet. Apiko-alveolare Laute (s, ts, z, dsch, j, l, n, r, stimmloses sch) werden mit Zungenspitze (Apex) und Oberkiefer-Alveolarfortsatz gebildet. Entsprechend ihrer Wichtigkeit für die kindliche Sprachentwicklung sind Lippen, Kiefer und Zunge im motorischen Cortex mit großen Hirnarealen repräsentiert. Die Lautbildung (Artikulation) ist entwicklungsgehistorisch die nicht mehr lebensnotwendige Sekundärfunktion von Lippen und Zunge. Die entwicklungsgehistorisch ältere, lebenswichtige Primärfunktion ist die Nahrungsaufnahme bzw. das Schlucken. Diese Erkenntnis hat unmittelbare Bedeutung bei der Sprachübungsbehandlung labialer und lingualer Artikulationsstörungen: Hier muss zunächst die entwicklungsgehistorisch ältere Primärfunktion therapiert werden, bevor die entwicklungsgehistorisch jüngere Sekundärfunktion behandelt werden kann! Sowohl beim Schlucken als auch beim Sprechen gilt es, zunächst die korrekte Ruheposition der Zunge im Mund einzuüben: Meistens nimmt die Zunge eine sog. obere Ruhelage ein. Dabei hat das vordere Drittel der Zunge an der Inzisalpapille einen flächenhaften Kontakt mit dem Gaumen, weshalb dann nur Nasenatmung möglich ist. Die Lippen sind in Kontakt, der Mentalis-Muskel ist entspannt. Der Abstand zwischen Inzisalpapille und vorderem Zungenende sollte etwa 1-2 mm betra-

gen. Dieser korrekte „Ruhepunkt“ der Zunge kann bei kleinen Kindern z. B. mit Schokoladencreme am Hartgaumen „markiert“ werden, um so spielerisch die korrekte Ruhelage der Zunge einzuüben. Dabei befinden sich die Zahnreihen in einer „Ruheschwebe“, so dass ein kleines Luftpolster zwischen Ober- und Unterkieferzahnreihen besteht. Wenn die Zunge in dieser korrekten Ruhestellung positioniert ist, dann nimmt der Schluckvorgang quasi „automatisch“ seinen richtigen Ausgangspunkt, und auch die Artikulation der Zungenspitzenlaute gelingt.

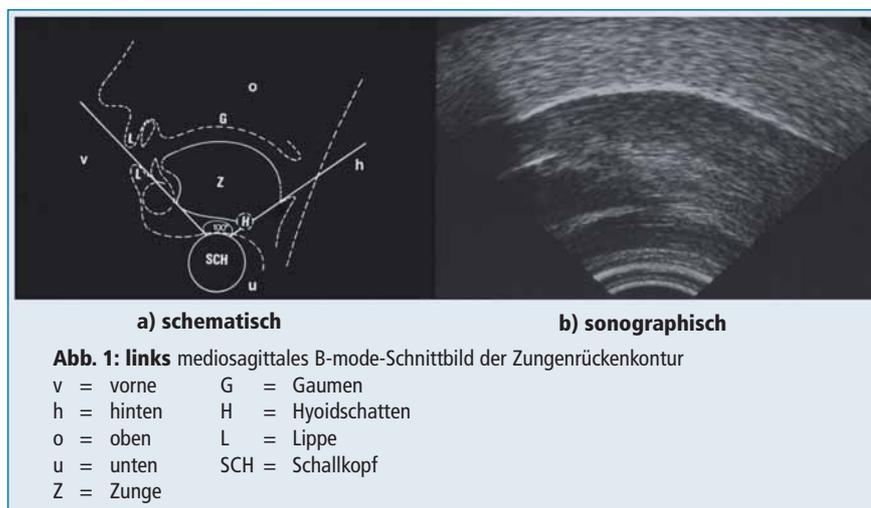
Zungenfehlfunktion

Diese korrekte Ruhelage der Zunge kann durch Lutschhabits (Schnuller, Daumen) beeinträchtigt werden, die oftmals zu Gebissentwicklungsstörungen (insbes. frontal offener Biss) mit daraus resultierender Zungenfehlfunktion führen. Unter einer „Zungenfehlfunktion“ versteht man eine addentale oder interdental Zungenposition in Ruhelage und/oder beim Schlucken und/oder bei der Lautbildung. Diese Dysfunktion der Zunge, die häufig mit offenem Mund und habitueller Mundatmung kombiniert ist, führt zu fehlerhafter Aussprache (sog. Dyslalie) der alveolaren, dentalen, apikalen und/oder labialen Konsonanten. Multiple Laute der vorderen Artikulationszonen werden interdental fehlgebildet (sog. multiple Interdentalität).

Besonders häufig sind addentale oder interdental Fehlbildungen der Zischlaute (Sigmatismus, Schetismus, Chitismus). Multiple Dyslalien sollten spätestens ab dem 3. Geburtstag (evtl. auch schon im Alter von 2,5 Jahren) logopädisch behandelt werden. Isolierte Sigmatismen (ohne weitere Lautbildungsstörungen und ohne sonstige Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung) können zunächst durch häusliche Zungenpositionierungsübungen (z.B. mit Schokoladencreme am Hartgaumen, s.o.) unter Anleitung der Eltern behandelt werden. Eine logopädische Therapie ist erst im Jahr vor der Einschulung erforderlich, denn isolierte Sigmatismen sollten bei der Einschulung verschwunden bzw. behoben sein.

Zungenphonographie

Die Zungenposition im Mund lässt sich sehr einfach, nicht invasiv und ohne Strahlenbelastung mit Ultraschall-B-mode-Schnittbildern darstellen [1]: Hierzu wird der Schallkopf (Konvexscanner mit 100°-Sektor) median in Längsrichtung unter dem Kinn platziert. Man erhält dann mediosagittale Ultraschall-Schnittbilder der Zungenrückenkontur, wobei die Zungenspitze konventionsgemäß links und der Zungenrücken konventionsgemäß rechts abgebildet wird (s. Abb. 1). Wenn man den median unter dem Kinn positionierten Schallkopf um 90° dreht, so dass er quer zur mediosagittalen



Längsachse der Zunge steht, dann erhält man koronare Schnittbilder der Zungenrückenkontur (s. Abb. 2). Auf diese Weise läßt sich die Zungenrückenkontur sowohl beim Schlucken (Primärfunktion der Zunge) als auch bei der Artikulation (Sekundärfunktion der Zunge) beobachten, d. h. während die Zunge sich bewegt. Die dynamische Zungenphonographie ist somit durch 90°-Drehung des Schallkopfes in zwei Ebenen (mediosagittale und koronare B-mode-Scans) möglich. Die mediasagittalen und koronaren Zungenrückenbewegungen lassen sich in Echtzeit videodokumentieren und erlauben so eine exakte Beurteilung der Zungenrückendynamik.

Mediosagittale Ultraschall-B-mode-Schnittbilder gestatten eine detaillierte Beobachtung des vierphasigen Zungenschluckmusters [2]: Der physiologische linguale Schluckvorgang besteht aus Sammelphase, Vorbereitungs- bzw. Aufschaukelphase, Förder- bzw. Verdrängungsphase und Abschlussphase (Rückkehr der Zunge zur Ruhelage). Dieses vierphasige Bewegungsmuster läuft sowohl beim Schlucken als auch beim Saugen stereotyp ab. Störungen (z. B. unvollständig ausgebildete Phasen und/oder Mehrfachschlucke) können lokale Ursachen (z. B. Zungenfehlfunktionen, entzündliche oder tumoröse Zungenveränderungen, Gaumenspalten etc.) haben oder aber systemisch bedingt sein (z. B. degenerative neurologische Systemerkrankungen, Hirnblutungen, Hirntumoren etc.).

Die Ruhelage der Zunge befindet sich in etwa 80 % an den Rugae des Oberkiefer-Alveolarkammes, d. h. etwa 2 mm hinter den Oberkiefer-Schneidezähnen. In etwa 20 % liegt die Zunge dem Mundboden auf, und die Zungenspitze berührt die Rugae des Unterkiefer-Alveolarkammes (untere Ruhelage der Zunge). Sowohl die physiologischen Zungenbewegungen beim Schlucken als auch die Bildung des s-Lautes können nicht nur aus der oberen Ruhelage der Zunge, sondern problemlos auch aus der unteren Ruhelage heraus erfolgen. Die Ermittlung der Zungenruhelage (in 80 % oben am Hartgaumen liegend, in 20 % unten dem Mundboden aufliegend) ist wichtig für die logopädische Therapie des Zungenschluckmusters sowie für die logopädische Anbahnung des s-Lautes. Die Zungenruhelage läßt sich problemlos im mediasagittalen B-mode-Schnittbild erkennen.

Auch vor und nach jeder operativen Zungenbändchen-Lösung sollte eine derartige dynamische, funktionelle Zungenphonographie mit mediasagittalen B-mode-Scans durchgeführt werden, um das Zungenbewe-

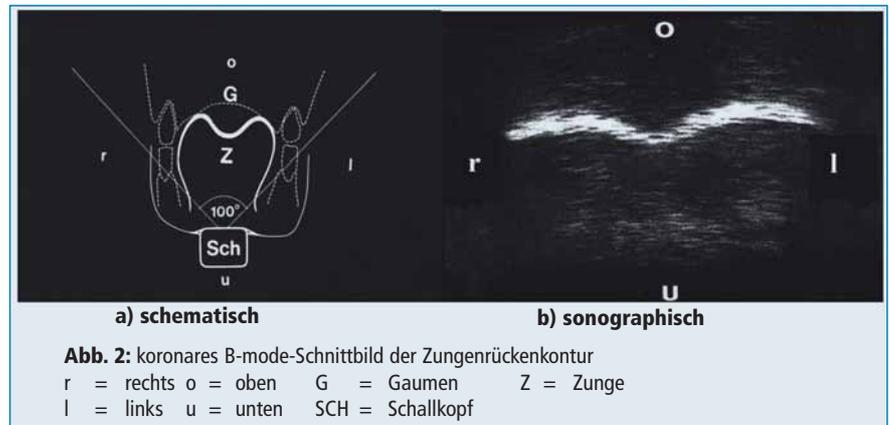


Abb. 2: koronares B-mode-Schnittbild der Zungenrückenkontur
 r = rechts o = oben G = Gaumen Z = Zunge
 l = links u = unten SCH = Schallkopf

Tab. 1: Zahnärztlich-kieferorthopädische Indikationen für die Zungenphonographie

- orale Dysphagien (Einschluckstörungen)
- linguale Lautbildungsstörungen (insbes. Sigmatismen)
- vor und nach jeder operativen Zungenbändchen-Lösung
- Ermittlung der Zungenruhelage (oben – unten)
- bläserische Artikulation (Intonationsprobleme)

gungsmuster bei Schlucken und Artikulation zu überprüfen. Bei sonographisch unauffälligem Zungenbewegungsmuster besteht aus phoniatischer Sicht keine Indikation zur Zungenbändchen-OP.

Für die bläserische Artikulation, d. h. bei der Intonation während des Spielens auf Blasinstrumenten, ist das Zungenbewegungsmuster ebenfalls außerordentlich bedeutsam. Die Zungenrückenkonturen lassen sich auch während des Blasinstrumentenspiels mittels Ultraschall „live“ in mediasagittalen B-mode-Schnittbildern beobachten [3,4,5].

Koronare Ultraschall-B-mode-Schnittbilder der Zungenrückenkontur sind wichtig für die Beurteilung der s-Lautbildung: Die physiologische Bildung des s-Lautes geht einher mit einer medianen Rinne am Zungenrücken (s. Abb. 2), die den Ausatemstrom in Richtung der Oberkiefer-Frontzähne lenkt. Diese mediane Rinnenbildung ist auch notwendig beim Spielen von Blasinstrumenten, denn die Atemstromführung entlang der Medianlinie des Zungenrückens ist essenziell für eine gute Intonation. Fehlt die mediane Rinne, dann ist der Zungenrücken häufig entweder rechtsseitig oder linksseitig abgeflacht. Die daraus resultierende laterale Atemstromführung bedingt einen Sigmatismus lateralis dexter bzw. sinister. Blasinstrumentalisten mit seitlich abgeflachter Zungenrückenkontur haben deutliche Intonationsprobleme.

Tab. 1 fasst die wichtigsten zahnärztlich-kieferorthopädischen Indikationen für die Zungenphonographie zusammen.

Interdisziplinäre Therapieansätze

Die komplexen Zusammenhänge zwischen Zahnstellung, Zungenbewegungsmuster, Schluckvorgang, sprachlicher und bläserischer Artikulation bedingen eine enge Kooperation zwischen Zahnärzten und Kieferorthopäden auf der einen Seite sowie Phoniatern und Logopäden auf der anderen Seite: Die Zunge kann sich bei Schlucken und Artikulation nur dann physiologisch bewegen, wenn keine größeren Gebissanomalien (z. B. frontal oder seitlich offener Biss) vorliegen. Umgekehrt können Gebisslücken nur dann erfolgreich geschlossen werden, wenn zuvor ein addentales oder gar interdentes Zungenpressen durch logopädische Übungsbehandlung erfolgreich abgebaut worden ist. Den Phoniatern kommt dabei die Funktion zu, mittels dynamischer Ultraschallschnittbilder das Zungenbewegungsmuster vor, während und nach der logopädischen und/oder zahnärztlich-kieferorthopädischen Therapie zu überprüfen. Optimalerweise resultiert diese Behandlung in einer orthognathen Gebissstellung ohne Lücken mit einer physiologischen Zungenfunktion bei Schlucken, Artikulation und Blasinstrumentenspiel.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Wolfgang Angerstein
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Funktionsbereich Phoniatrie und
 Pädaudiologie
 Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
 - Literaturverzeichnis bei der Redaktion -

R. Reinhardt, B. Scherer, H. Wehrbein

Die Zusammenhänge von Karies, Dysgnathien, Habits, TMD und oraler Gesundheit

1. Einleitung

Karies und Entzündungen des Zahnhalteapparates zählen nach wie vor zu den häufigsten Infektionskrankheiten der industrialisierten Welt. Als Ursache für zahlreiche Folgeerkrankungen gilt es diese frühzeitig zu erkennen und in Anbetracht der stetig ansteigenden Kosten im Gesundheitssystem mittels intensiver Prophylaxe nachhaltig zu verhüten. Vor allem die präventive Betreuung von Kindern nimmt dabei eine zentrale Stellung ein. Moderne Kinderzahnheilkunde macht es sich zur Aufgabe, das Bewusstsein für Zahngesundheit möglichst früh zu vermitteln und so kariogene Defekte und somit auch Zahnfehlstellungen gar nicht erst entstehen zu lassen [1]. Die Bedeutung funktionell intakter Milchzähne als Voraussetzung für einen regelrechten Zahnwechsel und die Ausbildung eines eugnathen Gebisses wird von Laien vielfach unterschätzt. Ihre Aufgabe liegt nicht nur in der Aufrechterhaltung von Kau- und Platzhaltefunktion für bleibende Zähne, sondern sie beeinflussen gleichermaßen Schluckmuster und Sprachbildung des Kindes [5], sowie die Beschaffenheit des bleibenden Gebisses. So können beispielsweise ausgeprägte Anomalien des Milchgebisses auf das Wechselgebiss übertragen werden und aufwendige kieferorthopädische Therapien nach sich ziehen. Eine rechtzeitige kieferorthopädische (präventive) Frühbehandlung ist also gleichermaßen von Bedeutung und hat die Aufgabe, skelettale Manifestationen und Verschleppung von Anomalien ins bleibende Gebiss abzuschwächen bzw. im Idealfall zu verhindern [3,14]. Gleichzeitig wird einer Fehlfunktion in Form einer temporomandibulären Dysfunktion (TMD) präventiv begegnet.

Der Mundgesundheitszustand der Kinder in Deutschland hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Vor allem in der Altersgruppe der 12-jährigen Jugendlichen waren im Rahmen der DAJ-Studie 2004 extrem niedrige Prävalenzwerte zu

verzeichnen. Demnach waren durchschnittlich nur 0,71 bis 1,42 bleibende Zähne der 12-Jährigen in Deutschland kariös („decayed“), wegen Karies gefüllt („filled“) oder extrahiert („missed“) (mittlerer DMF-T=0,98), was je nach Bundesland einem Kariesrückgang von 51,4 % bis 70,4 % im Vergleich zu Untersuchungen im Jahr 1994 entsprach [7]. Der mittlere dmf-t-Wert im Milchgebiss der Schuleinsteiger (6- bis 7-Jährige) fiel im Vergleich zu den 12-Jährigen mit 2,16 in etwa doppelt so hoch aus. Die stagnierende Kariesreduktion in dieser Altersgruppe betrug demnach maximal 35,5 % im Vergleich zu 1994, in manchen

/// *Als Ziel der vorliegenden Studie wurde die Erörterung der Frage nach einem möglichen kausalen Zusammenhang zwischen Kariesbefall und Zahnfehlstellungen im Wechselgebiss definiert.*

Bundesländern war sogar eine Verschlechterung der Zahngesundheit zu verzeichnen [6]. Darüber hinaus präsentierte sich über die Hälfte der Milchzahnkaries unversorgt, was potentiell in Schmerzen und eingeschränkter Lebensqualität resultieren kann [4].

Literarische Angaben zur Häufigkeit von Dysgnathien im Milch- und Wechselgebiss variieren von 22 % bis 90 % im Milchgebiss und 31 % bis 69 % im Wechselgebiss [2]. Hinsichtlich ihrer Ätiologie können Gebissanomalien nach einem Vorschlag von Hotz sowohl auf genetische Prädisposition als auch auf exogene Faktoren zurückgeführt werden. Eine zweifelsfreie Zuordnung gestaltet sich jedoch wegen einer Vielzahl an Kombinationsformen oftmals schwierig [11,13]. Die zentrale Ursache für exogen bedingte Dys-

gnathien sieht Schopf zum einen in der kariösen Zerstörung von Milchzähnen bzw. dem konsekutiven vorzeitigen Milchzahnverlust und zum anderen in habituellen Einflüssen, wie beispielsweise dem Daumenlutschen [11]. Der prozentuale Anteil dieser exogenen Entstehungsursachen wird bei 70 % bis 80 % angesiedelt [9,11]. Ein Großteil der Anomalien könnte demnach durch konservierende und kieferorthopädische Prävention und Frühbehandlung eine erhebliche Minderung ihrer vollständigen morphologischen Ausprägung erfahren [8,12].

Um den Ausprägungsgrad einer Dysgnathie bestimmen, einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf ermitteln und den Behandlungserfolg einer Therapie beurteilen zu können, sind standardisierte Untersuchungskriterien von Nöten, die ein gewisses Maß an Objektivität liefern sollen, um eine möglichst gleichförmige Interpretation durch verschiedene Behandler zu erlangen. In dieser Studie dient der Reinhardt-Index der Ermittlung von Zahnfehlstellungen und kieferorthopädischem Behandlungsbedarf. Er basiert auf der Registrierung intermaxillärer Aberration und zeichnet sich durch gute Reproduzierbarkeit sowie einfacher Handhabung bei geringem Zeitaufwand aus [10].

Als Ziel der vorliegenden Studie wurde die Erörterung der Frage nach einem möglichen kausalen Zusammenhang zwischen Kariesbefall und Zahnfehlstellungen im Wechselgebiss definiert. Weiterhin war die Beziehung zwischen Kariesaufkommen und kieferorthopädischem Behandlungsbedarf, sowie eine potentielle Verknüpfung von Zahnfehlstellungen mit vorzeitigem Milchzahnverlust und Habits von speziellem Interesse. Hierzu wurden Karieshäufigkeit, Karieslokalisation, vorzeitiger Milchzahnverlust, Habits, Zahnfehlstellungen und daraus resultierender KFO-Behandlungsbedarf bei Grundschulern im Alter von 5 bis 12 Jahren im Rahmen gruppenprophylaktischer Untersuchungen erfasst und dokumentiert.

2. Material und Methode

Bei dieser epidemiologischen Querschnittsuntersuchung wurden Grundschul-kinder auf kariogene Defekte und Zahn-fehlstellungen hin untersucht. Die Unter-suchungen erstreckten sich über einen Zeitraum von 1,5 Jahren: Von November 2007 bis Mai 2009. Bei den Probanden der Studie handelt es sich um Grundschüler der Klassen 1-4 zweier Grundschulen in Mainz. Das für die statistische Auswertung maßgebende Gesamtkollektiv belief sich auf 517 Kinder, 244 Mädchen und 273 Jungen im Alter von 5-12 Jahren.

Wegen der ungleichmäßigen Altersver-teilung wurde das Gesamtkollektiv in drei Altersgruppen eingeteilt, der frühen Wechselgebissphase (5-8 Jahre), der Wechselgebissphase (> 8-10 Jahre) und der späten Wechselgebissphase (≥10 Jahre).

Es handelte sich um eine umfangreiche allgemein-zahnärztliche Befunderhebung unter Berücksichtigung folgender kieferorthopädischer Dysgnathien:

- Angle- Klasse II/III
- Offener/tiefer Biss
- Overjet und/oder Overbite vergrößert/verkleinert
- Kreuzbiss (einseitig, beidseitig, Einzelzahn)
- Engstand
- Reinhardt-Index:

A =Anzahl der bleibenden Zähne

R =Anzahl der richtig verzahnten Antagonistenpaare

F = Anzahl der falsch verzahnten Antagonistenpaare

Q =Anzahl der Zähne ohne gleichnamigen Antagonisten

	Altersgruppe					
	5-7 Jahre		8-9 Jahre		≥10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%
weiblich	99	48,5	111	44,6	34	53,1
männlich	105	51,5	138	55,4	30	46,9
gesamt	204	29,5	249	48,2	64	12,4

Tab. 1: Verteilung der Kinder in den jeweiligen Altersgruppen getrennt nach Geschlecht.

Für die statistische Auswertung war der Behandlungsbedarf über die Bestimmung der falsch verzahnten Antagonistenpaare F von besonderem Interesse:

$$\text{Anteil } F (\%) = \frac{\sum F}{(\sum R + \sum F)} * 100$$

Bei der Befunderhebung bezüglich Habits wurde besonders auf das Vorhandensein von Zungenfehlfunktionen, Sauger- oder Fingerlutschen, Nägelkauen, Zähneknirschen und inkompetenten Lip-penschluss geachtet.

3. Ergebnisse

Die Altersverteilung der 517 Kinder, 244 (47,2 %) weiblichen und 273 (52,8 %) männlichen Geschlechts, ist in Tabelle 1 dargestellt.

Die Anzahl der Zähne der ersten und zweiten Dentition in der Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen beträgt durchschnittlich 15,1 (±3,0) Milchzähne und 7,6 (±3,4) bleibende Zähne. Die 8- bis 9-jährigen Probanden wiesen im Mittel noch 11,2 (±2,8) Milchzähne und bereits 12,2 (±2,8) bleibende Zähne auf. Die Alterskategorie der ältesten Kinder zeigte nur noch eine Milchzahnanzahl von durchschnittlich 7,3 (±4,1) auf, während die Anzahl

der Zähne der 2. Dentition in dieser Gruppe auf 16,5 (±4,6) stieg (Abb.1).

345 (66,7 %) der Gebisse des 517 Kinder umfassenden Gesamtkollektivs waren komplett kariesfrei. Indessen wiesen 172 (33,3 %) der Kinder mindestens eine kariöse Läsion auf. Im Geschlechtervergleich war das Verhältnis nahezu ausgeglichen, so sind 68,1% aller Jungen (n=273) und 65,2 % aller Mädchen (n=244) als kariesfrei eingestuft worden. Im Vergleich der einzelnen Altersgruppen untereinander wurde ein Anstieg des Kariesbefalls mit zunehmendem Alter verzeichnet; während in der Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen (n=204) noch 73 % der Kinder kariesfrei waren, so wurden bei den 8- bis 9-Jährigen (n=249) 63,5 % und bei den ≥10-Jährigen (n=64) noch 59,4% kariesfreie Gebisse erfasst.

Insgesamt wurde für alle untersuchten Kinder durchschnittlich ein df-t-Wert von 0,9 (±1,6) für das Milchgebiss und ein DF-T-Wert von 0,5 (±1,1) für das bleibende Gebiss ermittelt.

Beim Vergleich der Altersgruppen untereinander lag der mittlere df-t-Wert im Milchgebiss innerhalb der Altersgruppe der 5- bis 7jährigen Kinder bei 0,8 (±1,6) und der mittlere DF-T-Wert im

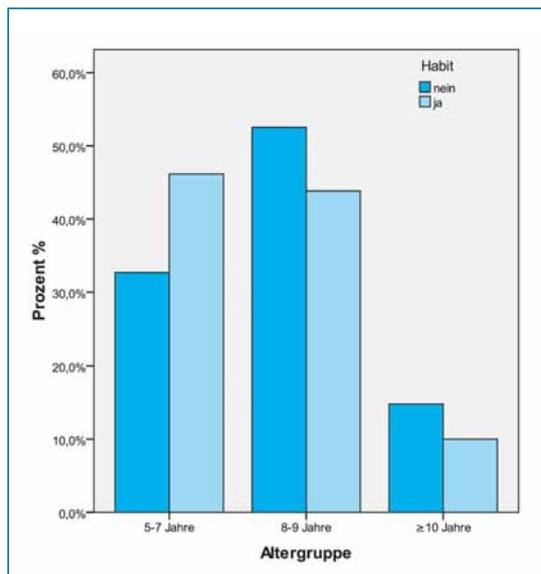
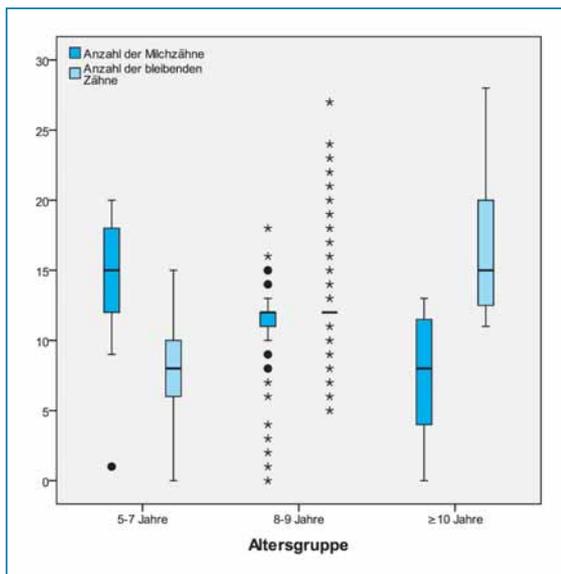


Abb. 1; links: Verteilung der Milchzähne und der bleibenden Zähne in den jeweiligen Altersgruppen. Ausreißer und Extremwerte sind durch * bzw. ° gekennzeichnet.

Abb. 2; rechts: Häufigkeitsverteilung des Habits in den jeweiligen Altersgruppen.

Probanden mit Zahnfehlstellungen ($F \geq 1$)		
	n	%
kariesfrei	238	69%
kariesbefallen	139	80,8%
p-Wert	0,005	

Tab. 2: Häufigkeitsverteilung der Probanden mit Zahnfehlstellungen (%) in Abhängigkeit vom Kariesbefall.

Probanden mit Zahnfehlstellungen ($F \geq 1$)			
	Mädchen	Jungen	gesamt
kein Habit	73	98	171
	64,6%	68,1%	66,5%
Habit	109	97	206
	83,2%	75,2%	79,2%
p-Wert	0,001	0,227	0,001

Tab. 3: Häufigkeitsverteilung der Probanden mit Zahnfehlstellungen (%) im Zusammenhang mit dem Vorliegen von Habits, im Gesamtkollektiv und getrennt nach Geschlecht.

bleibenden Gebiss bei $0,2 (\pm 0,7)$. Für die 8- bis 9-Jährigen erbrachten die Untersuchungen einen mittleren $df-t$ -Wert von $1,1 (\pm 1,7)$ und einen mittleren $DF-T$ von $0,7 (\pm 1,2)$. Die Alterskategorie der ≥ 10 -Jährigen wies einen mittleren $df-t$ -Wert von $0,6 (\pm 1,2)$ und einen mittleren $DF-T$ -Wert von $0,8 (\pm 1,4)$ auf, der bereits die Forderungen der Bundeszahnärztekammer für das Jahr 2020 bei 12-Jährigen einen $DMF-T$ von < 1 zu erreichen, erfüllt.

Insgesamt wiesen 257 (49,7%) aller untersuchten Kinder keine Habits oder orofaziale Dysfunktionen auf, während 260 (50,3%) Probanden mindestens ein Habit hatten. Abbildung 2 stellt die Häufigkeitsverteilung der Habits in den jeweiligen Altersgruppen graphisch dar.

Insgesamt bestand bei 206 (39,8%) Probanden des Gesamtkollektivs zum Zeitpunkt der Untersuchung kein KFO-Behandlungsbedarf. Bei 311 (60,2%) der Kinder hingegen wurde die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung festgestellt; darunter befanden sich 62 (19,9%) Patienten, bei denen eine kieferorthopädische Therapie bereits veranlasst wurde.

Um einen bestehenden Zusammenhang zwischen Kariesbefall und Zahnfehlstellungen nachweisen zu können, wurde das Gesamtkollektiv in die Gruppen der

- kariesfreien und
- kariesbefallenen Gebisse unterteilt.

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Probanden mit Dysgnathien im kariesfreien und kariesbefallenen Kollektiv.

Um einen Zusammenhang zwischen Zahnfehlstellungen und dem Auftreten von Habits feststellen zu können, wurde zwischen Kindern

- mit mindestens einem Habit und
- ohne Habits

differenziert. Während bei Betrachtungen der Kinder ohne Habits Zahnfehlstellungen in 66,5% ($n = 171$) der Fälle auftraten, so wurden falsch verzahnte Antagonistenpaare (F) im Teilkollektiv der Kinder mit mindestens einem Habit in 79,2% ($n = 206$) der Fälle diagnostiziert. Hier stellt sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem habitfreien Kollektiv und den Patienten mit Habits bezüglich des Auftretens von Zahnfehlstellungen dar (Tab. 3).

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Der hohe Stellenwert der Prophylaxe im Kindesalter zum Erhalt der Stützzonen und eines optimalen Wachstumsverlaufs ist sowohl im Bereich der konservierenden Zahnheilkunde, als auch auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie ausreichend bekannt.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit stand die Fragestellung nach einer möglichen Beziehung zwischen Kariesbefall und Zahnfehlstellungen im Wechselgebiss, die Korrelation zwischen Kariesaufkommen und kieferorthopädischem Behandlungsbedarf und einer potentiellen Abhängigkeit der Zahnfehlstellungen von vorzeitigem Milchzahnverlust und Habits.

Die für beide Fachgebiete wichtigen Zusammenhänge von Karies, Dysgnathien und Habits konnten gegeben werden:

■ Zwischen kariesfreiem und kariesbefallenem Kollektiv wurde in Bezug auf Fehlstellungen ein signifikanter Zusammenhang ermittelt ($p = 0,005$).

■ Die Anwendung der $df-t$ - bzw. $DF-T$ -Werte ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen Dysgnathien und Karies ($p = 0,010$).

■ Probanden mit Habit wiesen zu 79,2% gleichzeitig Zahnfehlstellungen auf. Es besteht ein signifikanter Unterschied zum habitfreien Kollektiv ($p = 0,001$).

5. Zusammenfassung

In einer Querschnittsuntersuchung an insgesamt 517 Grundschulkindern aus Mainz, 244 Mädchen und 273 Jungen im Alter von 5-12 Jahren, wurde der Zusammenhang zwischen Kariesaufkommen und Zahnfehlstellungen sowie der kieferorthopädische Behandlungsbedarf untersucht. Außerdem wurde der Einfluss vorzeitigen Milchzahnverlusts und Habits auf die Entwicklung von Dysgnathien überprüft. Hierzu wurden bei den Kindern Mundhygienestatus, Karieshäufigkeit, Karieslokalisierung, vorzeitiger Milchzahnverlust, Habits, Dysgnathien und der kieferorthopädische Behandlungsbedarf in Form von falsch verzahnten Antagonistenpaaren bleibender Zähne (F) nach dem Reinhardt-Index erfasst.

Trotz der hohen Kariesfreiheit der 5- bis 7-jährigen Mainzer Kinder (65,2%), werden die Zielvorgaben der Bundeszahnärztekammer für das Jahr 2020 nicht erreicht, die kariesfreie Gebisse für 80% der 6- bis 7-Jährigen fordern. Der $DF-T$ der ≥ 10 -jährigen Probanden unterschreitet jedoch mit 0,8 bereits den in diesem Rahmen vorgegebenen Schwellenwert eines $DMF-T < 1$. Die asymmetrische Verteilung der $df-t/DF-T$ -Werte bestätigte das vielfach beschriebene Phänomen der Polarisierung der Kariesverteilung für das Mainzer Studienkollektiv. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Kariesprävalenz hingegen konnten beim Mainzer Kollektiv nicht verzeichnet werden.

Bei lediglich 61 (11,8%) Kindern wurde ein vorzeitiger Milchzahnverlust diagnostiziert; jedoch wies über die Hälfte des Studienkollektivs mindestens ein

Habit auf. Das weibliche Geschlecht überwog bezüglich Häufigkeit und Dauer der schlechten Angewohnheiten.

Eine deutliche Mehrheit der Kinder (72,9 %) wies einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf auf. Die Häufigkeit der Zahnfehlstellungen nahm mit steigendem Alter der Kinder zu, während sie sich gleichmäßig auf Jungen und Mädchen verteilte. Der Prozentsatz falsch verzahnter Antagonistenpaare lag im Mittel bei 57,3 % und reduzierte sich, im Gegensatz zur relativen Häufigkeit von F, bei den ältesten Kindern von ehemals 62,0 % bei den 8- bis 9-Jährigen auf 50,2 %.

Der Korrelationstest ergab einen signifikanten Unterschied zwischen kariesfreiem und kariesbefallenem Kollektiv hinsichtlich des Auftretens von Fehlstellungen ($p = 0,005$).

79,2 % der Kinder mit Habits wiesen gleichzeitig Zahnfehlstellungen auf, während dies nur auf 66,5 % der Patienten ohne Habits zutrifft, lässt auf eine signifikante Beeinflussung der Zahnfehlstellungen durch Habits schließen ($p = 0,001$).

Diese Studie hebt den hohen Stellenwert eines interdisziplinären Screenings für eine frühzeitige Indikationsstellung

hinsichtlich konservierender sowie kieferorthopädischer Behandlungen hervor.

Korrespondenzadresse:

Dr. Rotraut Reinhardt
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 der ZMK- Klinik der Universitäts-
 medizin Mainz
 55131 Mainz
 Augustusplatz 2
 Tel.: 06131-176814
 E-Mail: rreinhar@uni-mainz.de

- Literatur bei der Redaktion -

Silbernes Ehrenzeichen für Frau Dr. Juliane Frühbuß



Foto:
 Verleihung des Silbernen
 Ehrenzeichens durch
 Dr. Pantelis Petrakakis an
 Frau Dr. Juliane Frühbuß

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) verleiht satzungsgemäß Persönlichkeiten, die sich um das Öffentliche Gesundheitswesen und die Jugendzahnpflege auf Bundesebene verdient gemacht haben, das Silberne Ehrenzeichen.

In diesem Jahr fiel es dem Vorstand des BZÖG nicht schwer, den Ehrenzeichenträger zu bestimmen, denn die Entscheidung fiel einstimmig auf Frau Dr. Juliane Frühbuß.

Ihre Verdienste für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), für eine Soziale Zahnmedizin und ihr humanitärer Einsatz prädestinierten sie in hohem

Maße für die höchste Auszeichnung, die durch den BZÖG vergeben wird.

Von 1983 bis 1991 in freier Praxis tätig, entschloss sie sich die Praxis zu verlassen und als eine der Ersten ein Studium des noch verhältnismäßig jungen Studiengangs der Public Health an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf zu beginnen. Dort blieb sie auch weiterhin nach ihrem Abschluss und war als Studiengangskoordinatorin für Herrn Professor Dr. Johannes Siegrist, den Studiengangsleiter, bis 2002 tätig. Von 2002 bis 2011 koordinierte sie als freie Mitarbeiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf neben Fortbildungsmodulen im Bereich Sozial-

medizin auch Fortbildungsveranstaltungen für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD – unter anderem auch zu ihren Steckenpferden Qualitätsmanagement, Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie.

Einer besonderen Erwähnung bedarf ihre unermüdliche humanitäre Hilfe im heutigen Myanmar, wo sie gemeinsam mit ihrem Ehemann, ebenfalls Zahnarzt, jedes Jahr unentgeltlich eine zahnmedizinische Versorgung für die Landbevölkerung, teilweise unter den widrigsten Umständen, bereitstellt. Zudem ist sie „Botschafterin“ unseres Modells der Gruppenprophylaxe und des Gedankens einer Sozialen Zahnmedizin, die sie auf dem Jahreskongress der burmesischen Zahnärzte in 2011 vorstellen konnte. Frau Dr. Frühbuß ist neben ihrer breitgefächerten fachlichen Kompetenz zugleich die Grande Dame des Öffentlichen Gesundheitswesens, welches sie nachhaltig beeinflusst hat. Dabei ist sie dennoch eine Kollegin in unserer Mitte geblieben, die sich ihre Menschlichkeit, ihren Verstand, ihren Humor und ihre Empathie erhalten konnte.

Der Vorstand des BZÖG schätzt sich daher glücklich, dass mit Frau Dr. Juliane Frühbuß eine würdige Persönlichkeit mit dem Silbernen Ehrenzeichen ausgezeichnet werden konnte.

Dr. Pantelis Petrakakis

Delegierten- und Mitgliederversammlung 2012 im Erfurter Rathaus mit Vorstandswahl und Satzungsänderung



Foto:
von rechts:
Herr Dr. Petrakakis, Frau Dr. Breitenbach, Frau Kettler, Frau Dr. Hantzsche, Herr Schröder, Frau Dr. Wempe, Herr Dr. Niekusch

Die Bundesverbände der Ärztinnen und Ärzte (BVÖGD) und der Zahnärzte (BZÖG) des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hatten vom 10. bis 12. Mai 2012 zu ihrem 62. Wissenschaftlichen Kongress unter dem Motto „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – die dritte Säule des Gesundheitswesens“ nach Erfurt eingeladen.

Die Thüringer Landeshauptstadt stellte dazu bei herrlichem Sonnenschein einen großartigen Rahmen für den kollegialen Austausch dar. Der restaurierte „Kaisersaal“ mit seinen Tagungsräumen inmitten der historischen Altstadt schaut nicht nur auf eine 500-jährige Geschichte und zahlreiche namhafte Gäste aus Kultur und

Politik zurück, sondern bot auch ein ansprechendes Ambiente. Mit dem interessanten und vielseitigen Vortragsprogramm wird der diesjährige Kongress in bester Erinnerung bleiben.

Am Rande des wissenschaftlichen Kongressprogramms fand die Delegierten- und Mitgliederversammlung des BZÖG statt, bei der in diesem Jahr der Vorstand gewählt wurde. Aufgrund der zuvor beschlossenen Satzungsänderung besteht der Vorstand nun aus sieben Mitgliedern. Der neue Passus in der Satzung lautet:

§ 9 (1) Der Bundesvorstand besteht aus der/dem 1. Vorsitzenden, der/dem 2. Vorsitzenden, der/dem Geschäftsführerin/

Geschäftsführer, der/dem Schatzmeisterin/Schatzmeister und 3 Beisitzerinnen/Beisitzern und zwar der/dem Redakteurin/Redakteur der Verbandszeitschrift, der/dem wissenschaftlichen Referentin/Referenten und der/dem Redakteurin/Redakteur Internet.

Zum 1. Vorsitzenden wurde Herr Dr. Pantelis Petrakakis und zur 2. Vorsitzenden Frau Dr. Sabine Breitenbach wieder gewählt. Ebenfalls im Amt bestätigt wurden Frau Dr. Cornelia Wempe als Geschäftsführerin und Herr Bernd Schröder als Schatzmeister. Neu im Vorstand ist Frau Erdmuth Kettler als Redakteurin der Verbandszeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“. Die neuen Funktionen im Vorstand werden bis zur Gültigkeit der Satzungsänderung mit dem Eintrag ins Vereinsregister kommissarisch von Herrn Dr. Uwe Niekusch (Wissenschaftlicher Referent) und Frau Dr. Grit Hantzsche (Redaktion Internet) wahrgenommen.

Das Protokoll der Delegiertenversammlung steht den Mitgliedern im internen Bereich der Web-Site unter www.bzoeg.de zur Verfügung.



Foto: Delegiertenversammlung im Erfurter Rathaus-Sitzungssaal am 11. Mai 2012

Relaunch jetzt online: bzoeg.de



Abb.: Die neue Startseite im Internet

Schon längere Zeit diskutierte der Vorstand, dass eine Überarbeitung des Internetauftritts unseres Verbandes sinnvoll wäre. Mit dem Beschluss, die Anzahl der Zeitungsausgaben zu reduzieren, war es nun nicht mehr länger aufschiebbar. Nachdem klar wurde, dass ein Relaunch nicht ehrenamtlich von einem Mitglied zu bewältigen war, gab es in der Landesstellenleiterrunde den Beschluss, nach externen Partnern zu suchen. Mit dem Unternehmen Form-Farbe-Style wurde eine kreative Agentur für Neue Medien gefunden, die Konzeption, Design und Umsetzung aus einer Hand bot und dabei die Vorstellungen und Wünsche der Vorstandsmitglieder sachkundig und kompetent umsetzte.

Ziel war es, aufbauend auf dem Zeitungsdesign einen einfach handhabbaren Auftritt zu schaffen, der eine zeitnahe Berichterstattung ermöglicht, die vorhandenen und zukünftigen Daten klar strukturieren kann und in Ergänzung zu Zeitung, Mail und persönlichen Treffen zum Austausch und zur Beteiligung der Mitglieder anregt.

Präsentation in der Öffentlichkeit

Mit der Absicht, den Verband, seine Struktur, Vorstellungen und Positionspapiere in der Öffentlichkeit zu präsentie-

ren, wurden die Startseite und besonders „Was wir wollen“ klarer strukturiert. Nicht zuletzt sollen dadurch auch Kolleginnen und Kollegen angesprochen werden, die noch nie vom BZÖG gehört haben oder aber skeptisch einer Mitgliedschaft gegenüber stehen. Wie gewohnt erscheinen aktuelle Meldungen und Terminhinweise auf der Startseite, die nun einfacher mit Bildern, Links und Downloads verknüpft werden können.

Interner Bereich – nur für Mitglieder

Nach wie vor ist es Aufgabe der Geschäftsführung, die Mitgliederdaten zu verwalten. Die Liste der Mitglieder kann jetzt jedoch online gepflegt werden. Dazu war zunächst eine erstmalige Registrierung der Mitglieder im System notwendig. Neue Mitglieder werden direkt durch die Geschäftsführung eingepflegt und sie erhalten von ihr Zugang und Passwort für den internen Bereich. Unter der Rubrik „Meine Seite“ kann und soll jedes Verbandsmitglied im Falle von Änderungen (Adresse, Name, Telefonnummer...) ohne großen Aufwand die Korrekturen selber vornehmen. So sind die Daten immer aktuell und es ist gewährleistet, dass Sie die Zeitschrift immer an die richtige Anschrift geliefert

bekommen. Vergessen Sie bitte trotzdem nicht, Ihre Landesstellenleitung über die Änderungen zu informieren, denn die im System hinterlegten Informationen sind nur für die Geschäftsführung und die Internetredaktion einsehbar. Sie erleichtern aber die Arbeit der Geschäftsführung außerordentlich. Angepasste Mail-Empfängerlisten ermöglichen gruppenspezifische Informationsverteilung. Und die Abkehr vom Postversand hilft beim sparsamen Umgang mit den Verbandsgeldern.

Schnelle Recherche in der Datenbank

In Zeiten ausgefeilter Suchmaschinen erscheint es vielleicht etwas antiquiert, im internen Bereich eine Download-Sammlung anzubieten, die nie wirklich auf dem allerletzten Aktualisierungsstand sein wird. Trotzdem sind hier all die Handwerkszeuge zu finden, die speziell auf die Aufgaben der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Dienst zugeschnitten sind.

Der Föderalismus im Schul- und Gesundheitswesen bedingt eine Vielfalt an länderspezifischen Regelungen. Doch kommt die Frage, ist die zahnärztliche Untersuchung in den Schulen denn auch in anderen Bundesländern verbindlich, genügt ein Blick in andere Schulgesetze. Jüngstes Beispiel: das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen aus dem Jahr 1991 steht auf dem Prüfstand und die Landesstellenleitung wurde um Zuarbeit gebeten. Der erste Schritt war nun der Blick in die ÖGD-Gesetze anderer Bundesländer. Einige wurden erst vor wenigen Jahren novelliert, und sie enthalten sehr klare Definitionen der Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste und zeitgemäße Formulierungen. Damit wurde es einfacher, dann auch die sächsischen Ansichten darzustellen.

Die Navigationshilfen und Filter im internen Bereich, z.B. in der Sammlung der Rechtsgrundlagen, erleichtern das Sortieren – Probieren Sie es aus! Und wenn es eine neue Regelung in Ihrem

Land gibt, genügt eine kurze Mitteilung im Kontaktfenster, um eine Anpassung auszulösen.

Als 2005 der erste Webauftritt des BZÖG gestartet wurde, gab es auch die Überlegung, dass alle in den Zahnärztlichen Diensten der Kommunen erarbeiteten Informations- und Mitteilungsblätter in einer Mediensammlung den Mitgliedern zur Verfügung gestellt werden. Lassen Sie uns diesen Gedanken wieder aufgreifen! Warum sollen wir nicht voneinander abgucken.

Newsletter

Mit der zur Mitglieder- und Delegiertenversammlung beschlossenen Satzungsänderung wurde die Verantwortung für die Pflege der Internetseite in die Hand einer Person, der Redakteurin/dem Redakteur Internet, gegeben. Deren Aufgabe ist es, relativ zeitnah BZÖG-relevante Neuig-

keiten und Termine zu veröffentlichen, aber auch den internen Teil zu vervollständigen und zu aktualisieren. Neue Meldungen in unserem Bereich gibt es nicht täglich, sodass davon ausgegangen werden kann, dass ein oder zweimal im Monat eine Aktualisierung stattfindet. Damit die Mitglieder erfahren, wann es etwas Neues zu lesen gibt, wurde die Newsletter-Funktion eingerichtet. Mit der Freigabe zum Newsletter-Empfang auf „Meine Seite“ bekommen Sie per Mail die Information über die Aktualisierung vorab. Also melden Sie sich dafür an – es lohnt sich!

Und außerdem

Als Anfang März 2012 der BZÖG-Vorstand über seine Vorstellungen und Wünsche zum Relaunch der Internetseite diskutierte, wurden weitere Funktionen in Betracht gezogen, die mittlerweile mög-

lich sind, aber wenig oder noch nicht genutzt wurden.

Im internen Bereich gibt es die Kommentarfunktion, die für einen offenen Austausch steht. Themen dafür werden aktuell eingebracht.

Möglich ist auch ein umfassendes Event-Management mit Terminierung, einem Anmeldeformular unter der Angabe der Anzahl der Plätze und einem Anmeldestopp sowie der einfachen Datenverwaltung der angemeldeten Teilnehmer. Eines der nächsten Treffen wird die Geschäftsführung auf diese Weise vorbereiten.

Schauen Sie einmal wieder vorbei – bei bzoeg.de! Nutzen Sie die neuen Möglichkeiten für Kritik, Hinweise, Fragen ...

Dr. G. Hantzsche
Redaktion Internet
hantzsche@bzoeg.de

Neue Redaktion



Liebe Leserinnen und Leser,

als neue Redakteurin unserer Verbandszeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ möchte ich mich Ihnen kurz vorstellen.

Mein Name ist Erdmuthe Kettler. Nach dem Studium der Zahnmedizin von 1979 bis 1984 an der Komensky-Universität in Bratislava absolvierte ich die verschiedenen Hospitationen im Rahmen der Weiterbildung zur Fachzahnärztin für Kinderstomatologie in Arnstadt und Erfurt. Seit 2003 arbeite ich als Jugendzahnärztin im Gesundheitsamt des ILM-Kreises. (Der ILM-Kreis entstand aus den Kreisen Arnstadt und Ilmenau, liegt etwa 20 km südlich von Erfurt und wird auch das „Tor zum Thüringer Wald“ genannt.)

Seit 2005 bin ich Mitglied im BZÖG und 2008 übernahm ich die Funktion der Schatzmeisterin der Landesstelle Thüringen. Durch die zunehmende Einbeziehung in die Verbandsarbeit habe ich einen Einblick in die Vielfältigkeit der Aufgaben und Probleme, die es ständig zu bewältigen gilt, bekommen. Und es ist auch interessant und spannend, von der Arbeit in anderen Bundesländern zu erfahren und zu lernen. Man schaut über den eigenen Tellerrand hinaus und bekommt ein wenig den Blick für das große Ganze.

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ als offizielles Organ des Bundesverbandes hilft mit bei der Verbreitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, unter anderem durch den Abdruck der Kongressbeiträge, berichtet über gelungene Projekte in der Gruppenprophylaxe, informiert über aktuelle Termine, Tagungen oder Fortbildungen und vieles mehr. Diese Informationen zu sammeln, zu koordinieren und in die endgültige Form zu bringen, wird meine Aufgabe als Redakteurin sein und ich freue mich schon darauf. Frau Dr. Grit Hantzsche hat

mich im letzten Jahr hervorragend eingearbeitet und mir auch zukünftig ihre Hilfe zugesichert. An dieser Stelle herzlichen Dank dafür. Aber auch der Zeitungsbeitrag soll nicht unerwähnt bleiben. Frau Dr. Angela Bergmann, Herr Dr. Christoph Hollinger und Herr Dr. Gereon Schäfer werden der Redaktion weiterhin bei allen Aufgaben mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Und zum Schluss natürlich auch noch der Appell an Sie alle, liebe Leserinnen und Leser. Schreiben Sie Ihre guten Taten auf, schicken Sie Fotos von Aktionen oder berichten Sie von durchgeführten Projekten! Helfen Sie mit, dass der „Zahnärztliche Gesundheitsdienst“ eine interessante und abwechslungsreiche Zeitschrift bleibt!

Kontakt:
Erdmuthe Kettler
Tungerstraße 11
99099 Erfurt
Tel.: 03628/738-536
Fax: 03628/738-503
kettler@bzoeg.de

Netzwerken, Schallzahnbürsten, Videoüberwachung und mehr – der Wrigley Prophylaxe Preis 2012

Dresden, 20. April 2012 – Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) wurde heute der mit insgesamt 10.000,- EUR dotierte Wrigley Prophylaxe Preis in Dresden verliehen. Unter 22 Bewerbern, der zweithöchsten Teilnehmerzahl seit Ausschreibungsbeginn 1994, errangen Zahnmediziner aus Ulm, Unna, Zürich und München, je einen 1. und 2. Preis in den beiden Ausschreibungsbereichen „Praxis/ÖGD“ und „Wissenschaft“. Darüber hinaus prämierte die Jury eine wissenschaftliche Arbeit aus Gießen und Marburg mit einem Sonderpreis.

Mit dem 1. Preis (Prämie 3.000,- EUR) in der Kategorie „Öffentliches Gesundheitswesen und Praxis“ wurde ein zukunftsweisendes oralprophylaktisches Schulungskonzept für die Altenpflege von Dr. Elmar Ludwig, Ulm, ausgezeichnet. Dr. Claudia Sauerland und Dr. Christoph Hollinger freuten sich über den 2. Preis (Prämie 2.000,- EUR) für ihre innovative Netzwerkarbeit im Gesundheitsamt Unna.

Im Ausschreibungsbereich „Wissenschaft“ verlieh die Jury den 1. Preis (Prämie 3.000,- EUR) an die Arbeitsgruppe von PD Dr. Annette Wiegand, Zürich, die das Abrasionspotenzial von Schallzahnbürsten im Vergleich zu Handzahnbürsten bei Erosionspatienten untersuchte. Die erfolgreiche Implementierung einer Intensivprophylaxesprechstunde für Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom würdigte die Jury mit dem 2. Preis, verbunden mit einem Preisgeld von 2.000,- EUR.

Einen Sonderpreis, für den der Preissponsor zusätzlich 1.000,- EUR als Prämie ausschüttete, nahm der Gießener Zahnmediziner Tobias M. Winterfeld für ein Kooperationsprojekt der Universität Gießen und Marburg (Arbeitsgruppe Dr. Nadine Schlüter und Prof. Dr. Carolina Ganß, beide Gießen, sowie Jörg Illig und Dr. Jutta Margraf-Stiksrud, beide Marburg) entgegen. Die Gießener und Marburger Wissenschaftler fühlten im Rahmen einer aufwändigen Videoanalyse den Mundhygienetechniken junger Erwachsener auf den Zahn.

Wrigley Prophylaxe Preis – die Jury

Abgesehen von der hohen Zahl an Bewerbungen freute sich die Jury „über die fachübergreifende Relevanz der prämierten Arbeiten“ wie Prof. Dr. Klaus König, Nijmegen, die Entscheidung der Jury begründete. Mit in der Jury: Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich; Dr. Sabine Breitenbach, Mannheim, 2. Vorsitzende des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BZÖG); Prof. Dr. Werner Geurtsen, Hannover; Prof. Dr. Joachim Klimek, Gießen, und für den Schirmherrn Prof. Dr. Wolfgang Raab, Düsseldorf, DGZ-Präsident.

Erstes WOHP-Symposium „Multitalent Speichel“

Begeistert von der Resonanz, die dem Wrigley Prophylaxe Preis entgegengebracht wird, war auch der Sponsor. „Wir

freuen uns, dass wir seit 18 Jahren Projekte zur Mundgesundheitsförderung nachhaltig vorantreiben können. Deshalb baut WOHP sein Engagement in diesem Jahr aus. Mit dem von der Bundeszahnärztekammer mit 3 CME-Punkten zertifizierten Symposium „Multitalent Speichel“ wollen wir Zahnmedizinern eine Diskussionsplattform zur Schlüsselrolle des Speichels in der Mundgesundheit bieten“, erklärte Jens Christmann, Leiter Wrigley Oral Healthcare Program und Head of Corporate Affairs Deutschland, am Rande der Preisverleihung.

kommed

Dr. Barbara Bethcke

Ainmillerstr. 34

80801 München

fon:+49 89 38 85 99 48

fax:+49 89 33 03 64 03

Email: mailto:kt@kommed-bethcke.de

Wrigley Prophylaxe Preis 2013

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) wird der Wrigley Prophylaxe Preis auch für das Jahr 2013 wieder ausgeschrieben.

Der Preis wird für herausragende Arbeiten zur Forschung und Umsetzung der Prophylaxe in der Praxis oder im öffentlichen Gesundheitswesen verliehen. Hierzu können Arbeiten aus den Bereichen „Wissenschaft“, „Praxis“ und „Öffentliches Gesundheitswesen“ eingereicht werden.

Themen der Ausschreibung

- Ätiologie und Pathogenese sowie Prophylaxe oraler Erkrankungen
- Epidemiologie und Diagnostik oraler Erkrankungen
- Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gesundheits- und Versorgungsforschung
- Bedeutung von Nahrungs- und Genussmitteln für die allgemeine und die orale Gesundheit

- Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten auf orale Strukturen
- Wechselwirkungen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen

Die Gesamtdotierung beträgt 10.000,- EUR. Eine Teilung der Prämie ist möglich. Die Preisverleihung findet auf der DGZ-Jahrestagung vom 11.–12. Oktober 2013 in Marburg statt.

Einsendeschluss: 1. März 2013

Adresse für Bewerbungen:

Dr. Barbara Bethcke

Ainmillerstr. 34, 80801 München

Telefon: 089 / 38 85 99 48

Telefax: 089 / 33 03 64 03

E-Mail-Adresse (für Rückfragen):

[info\(at\)kommed-bethcke.de](mailto:info(at)kommed-bethcke.de)

Die Teilnahmebedingungen kann man im Detail unter www.dgzmk.de nachlesen.

Strahlende Athleten



Abb. 1: Engagement für Zahngesundheit: Mit Hilfe des Stofflöwen Dentulus erklärt Wrigley-Geschäftsführer Michael Kunze (2. v. links) die richtige Zahnputztechnik (Foto: Wrigley).

Begeisterung bei den Special Olympics Ende Mai in München: 5.000 Sportler mit geistiger Behinderung aus ganz Deutschland maßen sich in 19 Disziplinen und wurden dabei auch zahngesundheitlich top betreut. Hierfür sorgte das Gesundheitsprogramm Special Smiles Deutschland, das von der Wrigley GmbH unterstützt wird. Es ist das größte Engagement innerhalb der unternehmerischen Sozialverantwortung des Unternehmens. Rund ein Viertel der Belegschaft von Wrigley Deutschland war in München vor Ort. Zahnärzte und Helfer zeigten den Athleten und Athletinnen, wie sich Zähne auch mit Handicap erfolgreich putzen lassen. Insgesamt 731 Athletinnen und Athleten ließen sich nach einem spezifischen Screeningprogramm untersuchen. Das Ergebnis: 426 Athleten (58 %) wiesen Gingivitis auf und 150 Athleten (21 %) mussten dringend zahnärztlich behandelt werden. „Gerade für Menschen mit geistigen Behinderungen stellt das Zähneputzen eine große Herausforderung dar. Denn hier ist feinmotorisches Geschick notwendig, das diese Menschen oft nicht so schnell erlernen wie Menschen ohne Behinderung“, erklärte die Zahnärztin Dr. Imke Kaschke, Leiterin Healthy Athletes. Doch so wie beim Sport gaben die Athletinnen und Athleten in München auch bei der

Mundpflege ihr Bestes. Sportler und Helfer hatten ihren Spaß daran – getreu dem Motto der Spiele „Gemeinsam sind wir stark“.

Wrigley engagiert sich seit über 20 Jahren für gesunde Zähne, unter anderem mit seinem Angebot zuckerfreier Zahnpflegekaugummis und Pastillen zur Mundpflege. Hintergrund dieser Entwicklung war die Entdeckung des Speichels als natürlicher Schutzmechanismus für die Mundgesundheit. Insbesondere das Kauen stimuliert die Speichelbildung. Dies unterstützt die Neutralisierung der Plaque-Säuren und die Remineralisation des Zahnschmelzes – Plaque-Säuren und eine nachfolgende Demineralisation des Zahnschmelzes sind Risiko-

faktoren bei der Entstehung von Karies. Zuckerfreien Kaugummi zu kauen eignet sich deshalb ideal zur Zahnpflege für zwischendurch. Des Weiteren bietet die Gesundheitsinitiative Wrigley Oral Healthcare Program (WOHP) Fortbildungsprogramme für Universitäten und Arztpraxen an und lobt jährlich den Wrigley Prophylaxe Preis aus (www.wrigley-dental.de).

kommed

Dr. Barbara Bethcke

Ainmillerstr. 34

80801 München

fon: +49 89 38 85 99 48

fax: +49 89 33 03 64 03

Email: mailto:kt@kommed-bethcke.de



Abb. 2: Zähne putzen leicht gemacht: Schauspielerin Michaela May und ihr Kollege Bobby Brederlow (rechts im Bild) geben Tipps für die richtige Zahnpflege bei Special Smiles Deutschland (Foto: Wrigley).

Zum Gedenken an Dr. Günter Mönnich

Mit Bestürzung haben wir Mitglieder der Landesstelle Mecklenburg-Vorpommern erfahren, dass unser Kollege Dr. Günter Mönnich im April im Alter von 76 Jahren verstorben ist. Er hat den Kampf gegen seine heimtückische Erkrankung letztendlich verloren.

Kollege Dr. Mönnich war nach der Wende führend an der Gründung unserer Landesstelle beteiligt und hat sich als Landesstellenleiter große Verdienste beim Aufbau der Zahnärztlichen Dienste in unserem Bundesland erworben.

So erarbeitete er Richtlinien, die im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und im Schulgesetz unseres Bundeslandes Berücksichtigung fanden. Auf Bundesebene hat Dr. Mönnich mehrere Jahre als kooptiertes Mitglied im Bundesvorstand mit dazu beigetragen, dass das Zusammengehen der Kollegenschaft aus den alten und neuen Bundesländern harmonisch gelang.

Anschließend arbeitete er noch einige Jahre im Redaktionsbeirat unserer Fachzeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ mit.

Für seine Verdienste wurde Dr. Mönnich 2005 mit dem Ehrenzeichen des BZÖG in Bronze ausgezeichnet.

Bis zu seinem Ausscheiden aus dem Berufsleben hat er als Vorstandsmitglied der Landesstelle und als Leiter des Zahnärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock der qualitativen Weiter-



Foto: Dr. Günter Mönnich

entwicklung und Förderung der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern wichtige Impulse gegeben. Besonders am Herzen lag ihm als Kieferorthopäde die Zusammenarbeit mit der Universität Rostock auf diesem Gebiet.

Auch als Pensionär nahm Dr. Mönnich noch regen Anteil am Verbandsgeschehen.

Die Kolleginnen und Kollegen unserer Landesstelle trauern um einen lieben Menschen und Kollegen, der uns mit seiner fachlichen Kompetenz, dabei immer auf Harmonie und Ausgleich setzend, mit seiner Fröhlichkeit und seinem Humor fehlen wird.

Im Namen der Landesstelle Mecklenburg-Vorpommern

Wolfgang Jaentsch

Hilfe für Notgebiete: Hilfswerk Deutscher Zahnärzte engagiert sich seit 25 Jahren weltweit

Berlin, 16. Mai 2012 – Seit 25 Jahren engagiert sich die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) für Lepra- und Notgebiete weltweit, um in der Dritten Welt oder in Katastrophengebieten die Not zu lindern. Das HDZ koordiniert die Hilfe vieler zahnärztlicher Kollegen. So können Bewohner in unterversorgten Regionen zahnmedizinisch behandelt werden, beim Infrastrukturaufbau unterstützt oder mit Soforthilfemaßnahmen geschützt werden.

Auch der Kampf gegen HIV/AIDS und Lepra zählt zu den Aufgaben. Das Hilfswerk wurde am 18. Mai 1987 gegründet.

„Viele Zahnmediziner und ihr Team helfen humanitär vor Ort. Gerade in entlegenen Gegenden sind wir oft der erste Mediziner vor Ort“, berichtet Dr. Klaus Winter, Vorsteher der Stiftung HDZ. „Wer das Elend in anderen Regionen der Erde gesehen hat, möchte etwas zurückgeben. Im Verbund mit den zahlreichen Kollegen

und den Zuspenden haben wir in den letzten 25 Jahren einiges bewegen können.“

„Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte finanziert sich ausschließlich aus Spenden. Allein in 2011 hat die Stiftung für 38 Projekte weltweit insgesamt rund eine Million Euro mobilisiert. Das wurde durch die Spendenbereitschaft deutscher Zahnarztpraxen möglich“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. „Gesundheit ist für den

Berufsstand ein hoher Wert. Menschenwürde definiert sich auch darüber, Gesundheit zu schützen oder wiederherzustellen, dies schafft eine soziale Verantwortung der Kollegen.“

Die Spenden finanzieren langfristige Projekte in Afrika, Südamerika, Asien und Europa, wie den Bau von Schulen, Waisenhäusern, Sozialstationen und (zahn-)medizinischen Einrichtungen. Und sie helfen in akuten Notsituationen, wie nach Naturkatastrophen.

Das HDZ ist die größte zahnärztliche Hilfsorganisation. Es erhält regelmäßig das begehrte Spendensiegel vom Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI), das unter anderem „geringen Verwaltungsaufwand“ bestätigt. 2010 übernahm die Bundeszahnärztekammer offiziell die Schirmherrschaft.

Ausführliche Informationen zu einzelnen Projekten und zur Historie des Hilfswerks finden Sie unter:

www.stiftung-hdz.de

Das HDZ ist auf folgenden Kontinenten im Einsatz:



Abb.: Hilfswerk Deutscher Zahnärzte – Kenia
(Foto: H. Hartmann)

Afrika: Angola, Äthiopien, Benin, Botswana, Elfenbeinküste, Eritrea, Gabun, Gambia, Ghana, Kamerun, Kenia, Komoren, Kongo, Liberia, Madagaskar, Ruanda, Sudan, Tansania, Uganda, Zimbabwe

Zentral- und Südamerika: Argentinien, Bolivien, Brasilien, Chile, Dominikanische Republik, Ecuador, Haiti, Honduras, Kolumbien, Nicaragua, Peru

Asien: Bangladesh, China, Indien, Indonesien, Japan, Kambodscha, Libanon, Malaysia, Mongolei, Myanmar (Burma), Nepal, Ost-Timor, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Türkei

Europa: Albanien, Deutschland (Berlin, Sachsen), Herzegowina, Kroatien, Polen, Rumänien, Russland, Serbien, Tschechien, Ukraine, Ungarn, Weißrussland

Kontakt Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte:

**Dr. Klaus Winter,
Vorsteher der Stiftung HDZ**

Am Paradies 87
37431 Bad Lauterberg

Tel.: 05524-931163

Fax: 05524-931164

E-Mail: hilfswerk-z@arztmail.de

