

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



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

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

49. Jahrgang / November 2019 www.bzoeg.de

Forensische
Altersdiagnostik
in der Adoleszenz

Dentalhygieneprojekt
für Schulkinder
in Vietnam

Kongressbericht
Kassel 2019



Werbung und
Essverhalten
von Kita-Kindern

2.19

EDITORIAL



Dr. Claudia Sauerland Dr. Michael Schäfer MPH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dieser zweiten Ausgabe unserer Zeitschrift stehen wir vor dem Beginn einer neuen Dekade. Im Rückblick auf die letzten zehn Jahre schauen wir auf eine solche Vielzahl von Aktivitäten unseres Verbandes, die im Rahmen dieses Editorials kaum abschließend aufgelistet werden können.

Ob es die Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), die dazugehörige Online-Kalibrierung, die Entwicklung der Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im ÖGD, die Kongresse, die Sitzungen, die Stellungnahmen, die Ausgaben unserer Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“, die Homepage des BZÖG, die neue Satzung, Veröffentlichungen, Interviews, Vorträge, Leitliniendiskussionen, Symposien, Prüfungsvorsitz oder, oder, oder gewesen sind: All dies erfolgte im Ehrenamt mit einem z.T. weit über ein familien- und freizeitgerechtes Zeitbudget hinausgehenden Einsatz.

Diese Initiative hat sich unseres Erachtens jedoch gelohnt. Der Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist im Kontext der Zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Wissenschaft, Forschung und Politik nicht wegzudenken. Dies wurde im späten Frühjahr im Rahmen eines Gesprächs mit Herrn Bundesminister Jens Spahn noch einmal deutlich. Wo wir im Einzelnen stehen, ist den Artikeln dieser Ausgabe zu entnehmen.

Unser Renommee und Image ist nicht zuletzt Ihnen allen in den Kreisen und Städten mit Ihrem nimmermüden Einsatz zu verdanken.

Maßgebliche Umwälzungen in der kommenden Dekade werden die massive Beschleunigung der Digitalisierung sowie des demografischen Wandels inklusive des hiermit verbundenen Wertewandels sein.

Wir beide sind allerdings überzeugt, dass unsere Tätigkeit auch zukünftig attraktiv, absolut notwendig und sinnvoll ist. Für den Erhalt unserer Arbeitsplätze und eine bessere Entlohnung haben wir uns eingesetzt. Es gilt, im Interesse der Kinder und Jugendlichen auf die Wichtigkeit unseres Tuns immer wieder aufmerksam zu machen und in diesem Bestreben nicht nachzulassen. Denn die Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit

bei sich weiter verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ist eine Herausforderung und wird eine solche bleiben.

Sehr sehr viele der zuvor genannten Punkte durften wir beide als Vorsitzende in den letzten Jahren gemeinsam mit den uns freundschaftlich verbundenen Vorstandskolleginnen und -kollegen erarbeiten und Ihnen, unseren geschätzten BZÖG-Mitgliedern, gegenüber Rechenschaft ablegen.

Zum Ende dieser Dekade bedanken wir uns für das in uns gesetzte langjährige Vertrauen und verabschieden uns als gemeinsame Bundesvorsitzende mit diesem letzten Editorial.

Zum Kongress im April 2020 werden wir und weitere Kolleginnen aus dem Bundesvorstand nicht mehr zur Wahl antreten und legen dann die Geschäfte des Verbandes in die Hände einer neuen Generation.

Michael Schäfer und
Claudia Sauerland
Bundesvorsitzende

- 03 Editorial
Claudia Sauerland, Michael Schäfer
- Verband**
- 05 Silbernes Ehrenzeichen des BZÖG für Frau Dr. Cornelia Wempe
Michael Schäfer
- Bronzenes Ehrenzeichen des BZÖG für Frau Dr. Petra Haak
Dolores Hübner
- Kongressbericht**
- 06 Forensische Altersdiagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden
Claus Grundmann
- 08 Digitale Lebensmittelwerbung und das Essverhalten von Kita-Kindern
Laura von Nordheim
- 11 Dentalhygiene von Grundschulkindern in Vietnam – ein Konzeptvorschlag für Entwicklungsländer in Asien
Ha Thu Tra Nguyen
- 14 Kongressbericht Kassel 2019
Grit Hantzsche
- Aktuelles**
- 16 Auszug aus der Pressemeldung des internationalen Fluoridsymposiums in Sindelfingen
- 18 Statement des BZÖG zum Tag der Zahngesundheit 2019
Pantelis Petrakakis
- 19 70. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG

Bildrechte (copyright):

Titelbild: Alle Bildrechte liegen bei der Landeshauptstadt Düsseldorf
Beiträge und Artikel: Alle Bildrechte liegen bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren mit Ausnahme der Abb. 1 im Artikel von Ha Thu Tra Nguyen

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.19
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ – Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:

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

1. Vorsitzender:

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

2. Vorsitzende:

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

Geschäftsführung:

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

Redaktion Zeitung:

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

Redaktion Internet:

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

Anzeigenverwaltung:

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

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch
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, Hagen
Dr. Holger Spalteholz, Chemnitz

Satz und Druck:

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

Bezug:

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

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

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

Auflage: 600 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

Silbernes Ehrenzeichen des BZÖG für Dr. Cornelia Wempe

Im Rahmen des 69. ÖGD-Kongresses 2019 erhielt diese höchste Ehrung des BZÖG eine „absolut zuverlässige, strukturierte, fleißige und bestens informierte Kollegin“, führte Dr. Schäfer aus.

Über eine Nebentätigkeit als Gutachterin hat die Hamburgerin von Winsen nach Hamburg Nord und schließlich ins Amt Hamburg Eimsbüttel gewechselt. Gleich mit der festen Anstellung im Öffentlichen Gesundheitsdienst übernahm die couragierte Zahnärztin 1999 die Landesstelle des BZÖG in Hamburg, die sie bis Februar 2016 leitete.

Dem Verband einmal verpflichtet, hat sie dies konsequent weiterverfolgt. Seit 2004 leitet sie mit wechselnden Vorsitzenden die Geschäfte des BZÖG: zuverlässig, engagiert und kompetent – und lange Jahre parallel zur Landesstelle! Ihr ist es zu verdanken, dass die Tagungen der Landesstellenleitungen zweimal im Jahr organisiert werden, jedes neue Mitglied per Post begrüßt wird und die



Dr. Schäfer übergibt das Silberne Ehrenabzeichen an Dr. Cornelia Wempe

Mitgliederdatei, abgeglichen mit den Landesstellen, digital gepflegt wird.

Darüber hinaus hat sie sich intensiv in die Erstellung, Bekanntmachung und Aktualisierung unseres BZÖG Leitfadens zur Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung eingebracht.

Dieses Engagement spiegelt sich auch in ihrem weiteren beruflichen Werdegang wider: Trotz des Alltagsgeschäfts und des Einsatzes für den BZÖG hat sie es geschafft, sowohl im Jahr 2000 zu promovieren als auch 2010/2011 eine Amtsarztarbeit zu schreiben und ihre Prüfung als Fachzahnärztin abzulegen. Sie hat sich 2012 maßgeblich an der Multi-Center-Studie zu MIH von Splieth/Petrou für den Standort Hamburg beteiligt und 2017 einen Poster-Preis auf dem ÖGD-Kongress gewonnen.

Und nicht abschließend lässt sie seit 2013 als Referentin für die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf andere an ihrem Wissen und Können partizipieren.

Herzlichen Glückwunsch zur Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens des BZÖG im Jahr 2019, liebe Cornelia Wempe!

Dr. Michael Schäfer MPH
1. Vorsitzender des BZÖG

Bronzenes Ehrenzeichen des BZÖG für Frau Dr. Petra Haak

Die Landesstellen des BZÖG verleihen Persönlichkeiten, die sich um das öffentliche Gesundheitswesen und eine soziale Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde verdient gemacht haben, das Bronzene Ehrenzeichen.

Im Beisein von Bettina Suchan, Vizepräsidentin der Landes Zahnärztekammer Brandenburg und Steffen Hampel, Vorsitzender des BVÖGD-Landesverbandes Brandenburg und Berlin, zeichnete die Landesstelle Brandenburg Frau Dr. Petra Haak mit dieser Ehrung aus und würdigte damit ihr langjähriges Engagement für die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Dr. Petra Haak war 1991 Gründungsmitglied der Landesstelle des BZÖG und von Beginn an im Vorstand tätig. Zunächst fungierte sie als Schatzmeisterin und im Jahr 2001 übernahm sie die Funktion der Landesstellenleiterin.

Sie setzt sich leidenschaftlich und unermüdlich dafür ein, dass alle Kinder, egal welcher Herkunft, die Chance erhalten, mit gesunden Zähnen aufzuwachsen. Ein Bei-

spiel ist das von ihr ins Leben gerufene Präventionsprogramm „Kita mit Biss“, das sich hoher Akzeptanz bei Eltern, Erziehern und Kindern erfreut und mittlerweile in fast allen Landkreisen Brandenburgs sowie in einigen anderen Bundesländern in den Kita-Alltag aufgenommen wurde.

Dr. Petra Haak ist seit vielen Jahren wichtiger Ansprechpartner für die Kollegen im Land. Sie sucht das Gespräch mit ihnen, bietet Unterstützung bei der Umsetzung unserer Ziele an und setzt sich mit ihrer ruhigen und ausgleichenden Art immer wieder für Zusammenhalt und Kollegialität in unserer Landesstelle ein.

Neben ihrer Tätigkeit im BZÖG engagiert sie sich auch in anderen Gremien. Von 1999 bis 2012 war sie Mitglied der Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer. Seit 2003 ist sie aktiv im Präventionsausschuss sowie in den Ausschüssen für Weiterbildung und Prüfung für das Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen tätig. Sie ist zudem selbst Weiterbildungsleiterin und hat bereits zwei Kolleginnen



Dr. Petra Haak mit MUDr. Dolores Hübner (v.l.n.r.)

erfolgreich bis zum Abschluss der Fachzahnarztweiterbildung begleitet.

Die Landesstelle bedankt sich bei Frau Dr. Petra Haak für ihre langjährige Tätigkeit und gratuliert herzlich zum Bronzenen Ehrenzeichen!

Dolores Hübner
Landesstelle Brandenburg

Claus Grundmann

Forensische Altersdiagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden

Gutachten zur Altersdiagnostik werden meistens von Behörden und Gerichten angefordert. Bei den zu untersuchenden Personen handelt es sich in der Regel um unbegleitete, möglicherweise minderjährige Migrantinnen und Migranten mit zweifelhaften Altersangaben. Die Begutachtungen erfolgen sowohl unter zivil- als auch strafrechtlichen Aspekten.

Diese Begutachtungen, die oftmals weitreichende Konsequenzen für die Untersuchten nach sich ziehen, erfordern entweder das schriftliche Einverständnis der Probandin bzw. des Probanden oder eine richterliche Anordnung gemäß Paragraph 81a des Strafgesetzbuches (StGB).

Zunehmende Migrationsbewegungen in den letzten Jahrzehnten haben zu einer kontinuierlichen Zunahme an Altersbegutachtungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland geführt.

Bereits im Jahre 2000 hat sich am damaligen Institut für Rechtsmedizin der Charité Humboldt-Universität Berlin die „Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik“ (AGFAD) gegründet. Dabei handelt es sich um eine Arbeitsgemeinschaft der „Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin“ (DGRM), deren

Mitglieder Rechtsmediziner, Zahnärzte, Radiologen und Anthropologen sind.

Die AGFAD hat seit der Gründung Leitlinien für die Gutachtenerstattung entwickelt, um das bis zur Jahrtausendwende

/// Fester Bestandteil eines forensischen Altersgutachtens sind Röntgenuntersuchungen der Hand und der Zähne einschließlich einer Computertomografie beider Schlüsselbeine.

teilweise recht unterschiedliche Vorgehen zu kalibrieren und eine Qualitätssicherung der Begutachtungen zu erreichen. Von der Arbeitsgemeinschaft werden seit mehr als einem Jahrzehnt jährliche Ringversuche für in- und ausländische Sachverständige durchgeführt. Für eine erfolgreiche Teilnahme am Ringversuch erhalten die Sachverständigen ein Zertifikat, welches eine einjährige Gültigkeitsdauer besitzt.

Die Grundlagen (forensischer) Altersgutachten sind die Anamnese, die körperliche Untersuchung und in der Regel drei verschiedene radiologische Untersuchungsmethoden.

Bei der Anamnese werden u.a. Befragungen bezüglich bisheriger allgemeiner Erkrankungen sowie bisher bekannt gewordener Entwicklungsstörungen erfasst. Diese Angaben fließen in die spätere Bewertung ein, in der festgelegt wird, ob mögliche Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsbeschleunigungen medizinisch begründbar sind.

Bestandteil der körperlichen Untersuchung – falls sie durchgeführt werden sollte – sind insbesondere die verschiedenen Stadien der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale. Grundlage hierzu ist die Einteilung der menschlichen Entwicklungsstadien nach Tanner und Whitehouse [1]. Aus verschiedenen Gründen verzichten einige Sachverständige zwischenzeitlich auf die körperliche Untersuchung.

Fester Bestandteil eines forensischen Altersgutachtens sind Röntgenuntersuchungen der Hand und der Zähne einschließlich einer Computertomografie

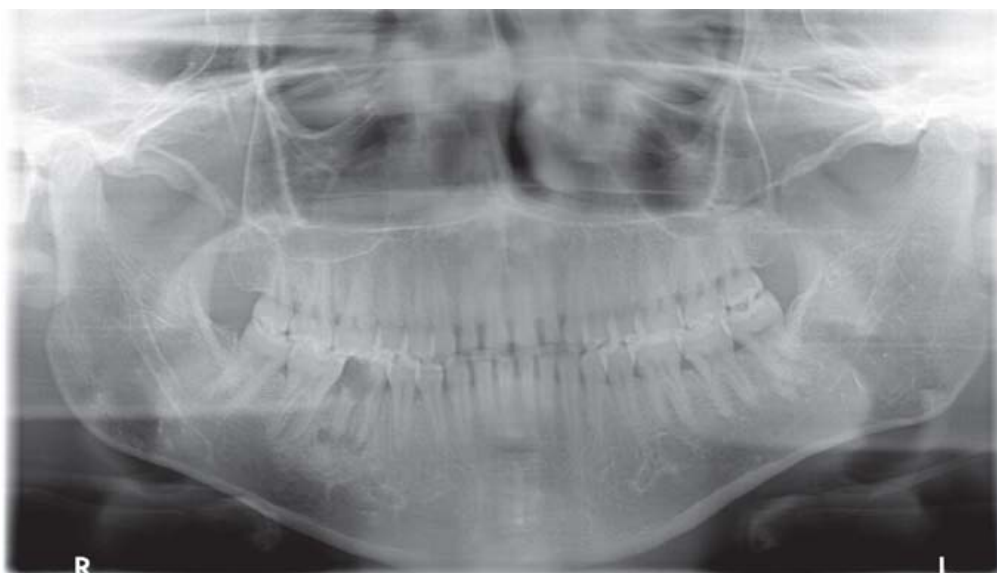


Abb. 1: Orthopantomogramm (OPG) zur forensischen Altersdiagnostik

beider Schlüsselbeine. Um eine größtmögliche Aussagesicherheit zu erzielen, werden stets mehrere Methoden miteinander kombiniert.

Die Auswertung der Röntgenaufnahme der linken Hand erfolgt mit Hilfe der seit langem bekannten Röntgenatlanten von Greulich und Pyle [2] sowie von Thiemann, Nitz und Schmeling [3].

Das im Rahmen eines Altersgutachtens angefertigte Orthopantomogramm (OPG) soll Aussagen über das Wurzelwachstum der Zähne liefern. Da in den meisten Begutachtungsfällen Aussagen zur „möglichen Vollendung des achtzehnten Lebensjahres“ getroffen werden sollen, richtet sich in diesen Fällen der Fokus auf das Wurzelwachstum der Weisheitszähne. Dabei wird das Zahnwachstum den von Demirjian festgelegten Zahnwachstumsphasen A bis H zugeordnet [4]. Anschließend erfolgt – entsprechend der ermittelten Zahnwachstumsphase(n) – die Bestimmung der Altersmittelwerte – entsprechend der von Olze et al. erforschten Mittelwerte (einschließlich Standardabweichungen) [5].

Bei gutachterlichen Stellungnahmen zur Vollendung des 21. Lebensjahres ist die Anfertigung einer Computertomografie beider Schlüsselbeine unerlässlich. Hierbei sollen Aussagen zum Wachstumsstadium der beiden medialen Clavicula-Epiphysen getroffen werden: Schließlich handelt es sich bei den Clavicula-Epiphysen um die sich als letzte schließenden Wachstumsfugen des menschlichen Körpers. Auch hierzu liegen zahlreiche Vergleichsstudien für wissenschaftlich



Abb. 2: Linke Hand zur forensischen Altersdiagnostik

begründbare Altersschätzungen vor. Die meisten Gutachter verwenden hierzu die Studien von Wittschieber et al. und Kellinghaus et al. [6].

Möglicherweise folgen zukünftig auch Altersschätzungen durch die Auswertung von Ultraschalluntersuchungen und Magnet-Resonanz-Tomogrammen (MRT).

Vom Sachverständigen werden im Rahmen eines (forensischen) Altersgutachtens sowohl das „Mindestalter“ als auch das „wahrscheinlichste Alter“ angegeben. Es existieren sowohl in der Zivil- als auch

in der Strafprozessordnung, im Aufenthaltsgesetz und im Sozialgesetzbuch mehrere Ermächtigungsgrundlagen für Röntgenuntersuchungen zu altersdiagnostischen Zwecken ohne medizinische Indikation. Gleichfalls sind auch Einwilligungen der zu untersuchenden Person möglich.

Ziel der forensischen Altersdiagnostik ist, dass bei Personen ohne gültige Ausweispapiere rechtlich vom Lebensalter abhängende Verfahren korrekt durchgeführt werden können. Dabei sind Aussagen zum „Mindestalter“ anzustreben, um rechtsverbindliche Aussagen zu treffen, ob juristisch relevante Altersgrenzen über- oder unterschritten werden.

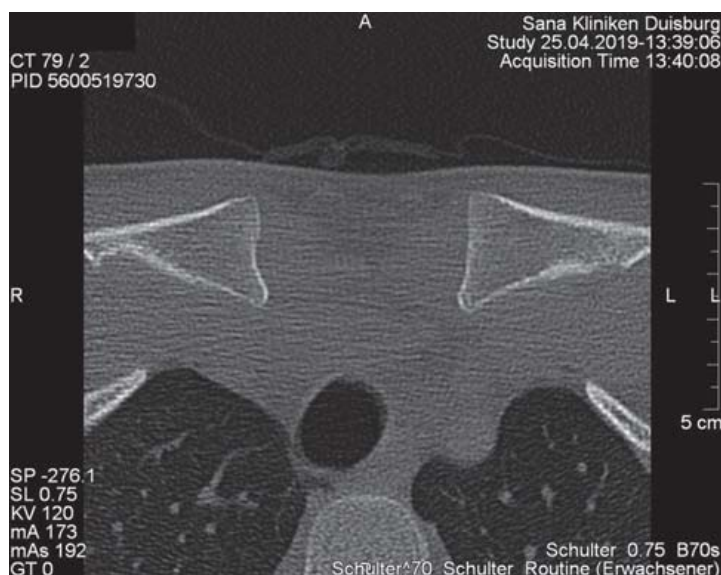


Abb. 3: Beide Schlüsselbeine zur forensischen Altersdiagnostik

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dr. med. dent.
Claus Grundmann
Gesundheitsamt der Stadt Duisburg
47049 Duisburg
Tel. 0203-283-5264
Fax 0203-283-5238
dr.grundmann@stadt-duisburg.de

– Literatur beim Autor –

Laura von Nordheim

Digitale Lebensmittelwerbung und das Essverhalten von Kita-Kindern

Dass Werbung funktioniert, weiß die Industrie schon lange [1]. Lebensmittelwerbung beeinflusst Verlangen, Präferenzen, Hunger, Lieblingsmarken und Konsumverhalten [2]. 20 Prozent aller Werbung richtet sich mittlerweile an Kinder. Obwohl Internet, soziale Medien und Computerspiele von Kindern und Jugendlichen genutzt werden, sehen sie die meiste Werbung im Fernsehen [3]. Laut der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind Kinder bei einem täglichen Fernsehkonsum von durchschnittlich 1 1/2 Stunden mit 20.000 bis 40.000 Spots pro Jahr konfrontiert [4].

Da der Großteil der Lebensmittelwerbung verarbeitete, kalorienreiche aber nährstoff- und ballaststoffarme Produkte bewirbt, die Körper- und Zahngesundheit schaden, ist Lebensmittelwerbung aus gesundheitlicher Sicht häufig ein Problem [5]. Appetitlich angerichtete Produkte, kunterbunte Bilder, eingängige Slogans, animierte Charaktere oder bekannte Stars in heldenhaften Geschichten tanzen im schnellen Tempo über die Bildschirme und schalten eine rationale Betrachtung und Analyse der Produkte aus [3]. „Guten Freunden schenkt man ein Küsschen“ [6] – besonders wenn emotionale Impulse und Assoziationen im Rahmen von Imagewerbung das tatsächliche Produkt und seine Eigenschaften überschatten, fällt es uns schwer, rationale, geschweige denn gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. Mit Überraschungen, Sammelkarten, „kostenlosem“ Spielzeug, Fan Clubs und begleitenden online Spiel-Portalen sind auch die kleinsten Konsumenten überzeugt und Eltern dürfen sich mit „Parent Pestering“ auseinandersetzen – dem „Haben-Will!“ der Kinder [3].

Ob Werbung für Gesundes genauso effektiv sein kann wie herkömmliche Werbung für Süßes, Salziges und Fettiges, und somit für gesundheitliche Prävention und Interventionen genutzt wer-

den kann, ist weitgehend unerforscht [7]. „Junk Food“, das heißt, verarbeitete, kalorienreiche und nährstoffarme Lebensmittel mit hohen Anteilen an Zucker, Salz und Fett – sind weitaus profitabler als frisches Gemüse, Obst, Wasser und Vollkorn – und Werbung für gesunde Lebensmittel bleibt vorerst aus [1].

Die hier vorgestellte Studie „Lebensmittelwerbung und Essverhalten von Kindern“ führte ich in Kindertagesstätten der Stadt Frankfurt am Main (Deutschland) im Jahr 2018 als Doktorandin (Doctor of Philosophy, PhD) in Zusammenarbeit mit der University of Sheffield (Großbritannien) durch. Folgende Frage wurde eruiert: Welchen Einfluss hat Lebensmittelwerbung auf das Essverhalten von Kita-Kindern? Ziel war es zu erforschen, ob Werbung für gesünderes Essverhalten und eine ausgewogene Ernährung mit Hilfe von erwiesenen Marketing-Techniken in dieser Altersgruppe ebenso erfolgreich sein kann, wie herkömmliche Junk Food

Werbung und somit das Essverhalten von Kindern positiv beeinflusst. Dazu sollten methodisch bereits bekannte Zusammenhänge zwischen Lebensmittelwerbung und Essverhalten von Kindern [8] mit Hilfe von speziell entwickelten Werbeclips auf die Zielgruppe der Kita-Kinder ausgeweitet werden.

Studiendauer und -design

Teilnehmer waren 34 Kinder, 15 Jungen und 19 Mädchen im Alter von drei bis sechs Jahren. Die Studie umspannte insgesamt 17 Wochen und fünf Messtermine. Darin enthalten waren eine Woche mit einem Prätest (Baseline), acht Wochen Intervention mit einer Werbe- und Fernsehvorführung pro Woche und Messterminen zu Beginn, Mitte und Ende sowie eine Woche Folgeuntersuchung/Follow-up mit einem Messtermin zwei Monate, nachdem die Interventionsphase beendet war.

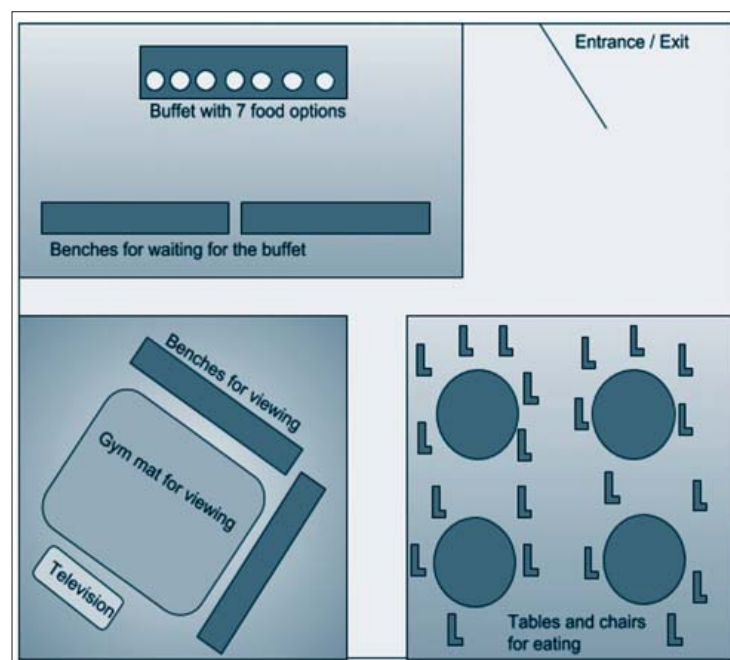


Abb. 1: Die drei Bereiche Buffet oben links, Werbe- und Fernsehvorführung unten links sowie Essbereich mit Tischen und Stühlen unten rechts.

Studienablauf, Materialien und Verfahren

Die Studie fand in den Aktivitätsräumen der jeweiligen Kindertagesstätten mit Hilfe der dort anwesenden Erzieherinnen statt und dadurch in einer den Kindern bekannten Umgebung in Begleitung ihrer Bezugspersonen. Der Aktivitätsraum war in drei Bereiche unterteilt worden: Ein Bereich zur Werbe- und Fernsehvorführung, ein Büffetbereich und ein Essbereich (Abb. 1). Die Kinder wurden zufällig in vier verschiedene Werbegruppen eingeteilt, in denen sie bis Studienende blieben. Zu Studienbeginn wurde das typische Essverhalten der Kinder im Prätest (Baseline) gemessen: Nachdem alle Teilnehmer in ihren jeweiligen Gruppen dieselbe Folge der beliebten Kinderserie „Shaun das Schaf“, gesehen hatten, wurde deren Essverhalten an einem unlimitierten Büffet mit einer Auswahl an Lebensmitteln individuell gemessen. In der darauffolgenden achtwöchigen Interventionsphase sah jede Gruppe wöchentlich eine neue Folge der Kinderserie, in welcher je nach Gruppeneinteilung der entsprechende Werbeclip zu Anfang, Mitte und Ende eingefügt war. Der Effekt der Werbeclips auf das Essverhalten der Kinder wurde durch das Büffet in regelmäßigen Abständen gemessen: Zu Beginn, Mitte und Ende der Interventionsphase, sowie zwei Monate später.

Experimentelle Stimuli waren vier Werbeclips, die speziell für die Studie produziert wurden (Abb. 2). Alle Werbeclips waren gleich in der Länge, bei den Schauspielern und beim Setting, unterschieden sich aber in Werbebotschaft und beworbenem Produkt. Sie sind unter www.tinyurl.com/MedienundEssen zu sehen. Die Werbeclips wurden in Folgen der Kinderserie „Shaun das Schaf“ eingefügt, um eine möglichst natürliche Werbe- und Fernseherfahrung zu simulieren. Sie wurden in den jeweiligen Gruppen auf einem Flachbildfernseher in den dafür ausgestatteten Aktivitätsräumen der Kindertagesstätten geschaut.

Werbeclip 1 bewarb Lebensmittel wie Gemüse, Obst, Vollkornbrot und Wasser, die als gesund eingestuft wurden und zeigte Positivbeispiele einer frischen, gesunden und ausgewogenen Ernährung. Werbeclip 2 bewarb verarbeitete, kalorienreiche und nährstoffarme Lebensmittel wie Süßigkeiten, Chips und Limonade, die wegen großer Mengen an Zucker, Salz und

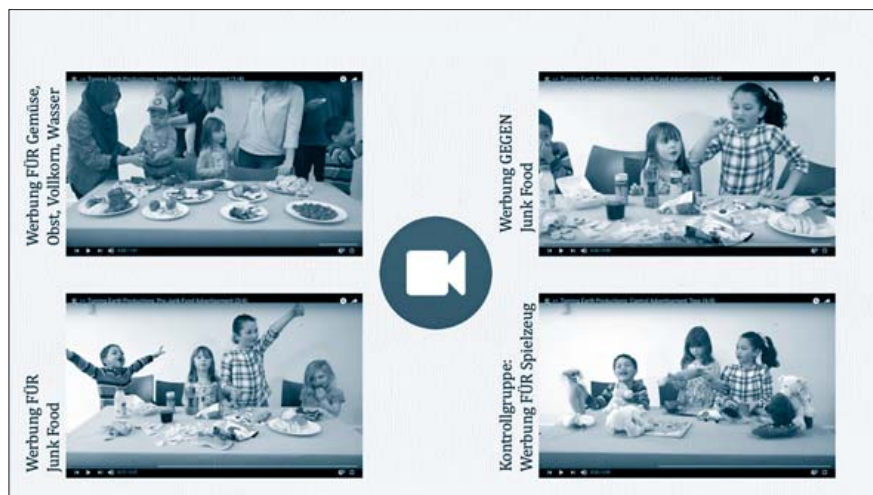


Abb. 2: Die vier Werbeclips

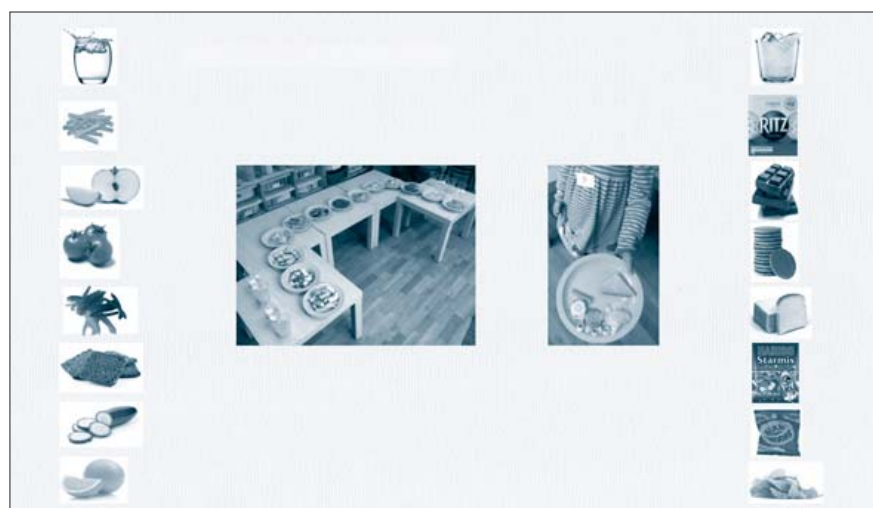


Abb. 3: Anordnung des Büffets

Fett als eher ungesund eingestuft wurden. Er reflektierte die aktuelle Werbe- und Essumgebung, in welcher die meisten Kinder aufwachsen. Werbeclip 3 zeigte Negativbeispiele, um die oben beschriebenen, ungesunden Lebensmittel weniger attraktiv zu machen. Dafür reagieren die Kinder im Clip ablehnend auf die von ihnen probierten Süßigkeiten, Chips und Limonade, verziehen die Gesichter und rufen: „Limo? Davon bekomme ich ja nur noch mehr Durst!“ oder „Das mag ich nicht, das schmeckt ja ganz pappig!“. Werbeclip 4 diente als Kontrollclip, der keinerlei Referenz zu Lebensmitteln enthielt, sondern Spielzeug bewarb.

Nach der Fernsehvorführung wurde das Essverhalten der Kinder an Hand eines vielfältigen Büffets gemessen. Beeinflussung durch Andere wurde vermieden, indem jedes Kind einen Teller bekam und einzeln am Büffet auswählte, was und wie viel es essen wollte. Dazu wurden 16 ver-

schiedene Lebensmittel in kindgerechten Portionen auf identischen, weißen Tellern bzw. in durchsichtigen Gläsern verteilt und nach jedem Kind wieder aufgefüllt (Abb. 3). Darunter waren acht gesunde Optionen (Apfelstücke, Orangenstücke, Gurkenscheiben, Karottenstifte, Paprikastreifen, Kirschtomaten, Vollkornbrot, Wasser) und acht ungesunde Optionen (Gummitiere, Schokoladenstücke, Kartoffelchips, Kartoffelringe, Butterkekse, salzige Minibrezeln, Weißbrot, Limonade). Die Größe des Büffets sollte einerseits eine Reflexion unserer modernen Ess- und Snack-Umgebung darbieten, und andererseits individuelle Essvorlieben als Störvariable eliminieren.

Die Auswahl der einzelnen Kinder wurde mit Stift, Papier und Fotografieren protokolliert. Der Lebensmittelkonsum wurde erst in Portionen aufgezeichnet, da die Lebensmittel in standardisierten Portionen mit gleichem Gewicht vorbe-

reitet und danach zusätzlich in Kilokalorien (kcal) übertragen wurden. Lebensmittelreste wurden ebenfalls dokumentiert, um nach Subtraktion den absoluten Lebensmittelkonsum der Kinder zu ermitteln.

Die erhobenen Daten wurden mit der Computersoftware SPSS analysiert, um potenzielle Veränderungen im Essverhalten der Kinder innerhalb der Gruppen, zwischen den Gruppen und den verschiedenen Messterminen zu erörtern. Nicht-parametrische Tests (Friedman, Wilcoxon, Kruskal-Wallis und Bonferroni Corrections) kamen ebenfalls zur Anwendung.

Ergebnisse

Alle Gruppen konsumierten große Mengen an ungesund eingestuften Lebensmitteln mit hohem Zucker, Salz und Fettanteil. Werbeclip 1 für gesunde Lebensmittel führte nicht in ausreichendem Maß zu gesünderem Essverhalten. Kinder in dieser Gruppe nahmen jedoch ausgewogenere Anteile aus gesunden und ungesunden Lebensmitteln auf als Kinder, die Werbung für ungesunde Lebensmittel sahen. Werbeclip 2 für ungesunde Lebensmittel führte zu ungesundem Essverhalten. Kinder in dieser Gruppe aßen große Mengen an ungesunden Lebensmitteln und fast gar keine gesunden Lebensmittel. Werbeclip 3 gegen ungesunde Lebensmittel führte zu keinem verbesserten Essverhalten. Kinder in dieser Gruppe aßen große Mengen an ungesunden Lebensmitteln und einige gesunde Lebensmittel, jedoch nicht so ausgewogen wie Kinder in der Werbegruppe für gesunde Lebensmittel. Werbeclip 4 für Spielzeug (Kontrollgrup-

Abb. 4: Ein Kind beim Auswählen der Angebote am Büffet



Abb. 5: Kinder beim Schauen der Kinderfernsehserie im Videoraum

pe) hatte keinen Einfluss auf das Essverhalten der Kinder. Auch diese Kinder konsumierten große Mengen an ungesunden Lebensmitteln und einige gesunde Lebensmittel.

Diskussion

Unabhängig von der spezifischen Werbung konsumierten alle Gruppen ein hohes Maß an Lebensmitteln mit hohem Zucker, Salz und Fettanteil verglichen mit den gesunden Lebensmitteln. Es war mit den Interventionen weder in ausreichendem Maß möglich, den Konsum von gesunden Lebensmitteln zu steigern noch den Konsum von ungesunden Lebensmitteln zu senken. Die bereits vorhandene Tendenz zu kalorienreicher Nahrung, sei diese Tendenz evolutionär oder anderweitig bedingt, erscheint zu stark, um durch eine Acht-Wochen-Werbe-Intervention beeinflusst zu werden.

Da Kinder in dieser Studie trotz digitaler Ermutigung, besonders Gemüse, Obst, Vollkorn und Wasser zu genießen, zu Schokolade, Chips und Limo griffen, zeigen die Ergebnisse auch, dass Kita-Kinder nicht in der Lage sind, die Alleinverantwortung für Ernährungsentscheidungen zu übernehmen, besonders nicht in einer Essumgebung, in welcher kalorienreiche Produkte leicht zugänglich, günstig, professionell entwickelt und beworben werden. Im Umkehrschluss verdeutlichen sie für den Bereich der Ernährungslenkung, wie entscheidend sich Verhältnisprävention gegenüber Verhaltensprävention

auswirken kann. Gemäß dem Best-Choice Prinzip suggerieren folglich die Resultate, dass Kinder von einem gesundheitsförderlichen Umfeld profitieren, in welchem sie individuelle Entscheidungen treffen dürfen.

Fazit

Werbung für gesunde Lebensmittel allein reicht nicht aus, um Kinder in einem Essumfeld, in welches Gemüse, Obst, Vollkorn und Wasser sowie Süßigkeiten, Chips und Limonade frei und uneingeschränkt zugänglich sind, zu gesünderem Essverhalten zu ermächtigen. Trotzdem ist es wahrscheinlich, dass gesunde Lebensmittelwerbung in einem gesundheitsförderlichen Umfeld, in welchem Kinder aus vielen guten Optionen auswählen können, unterstützend wirken kann.

Korrespondenzadresse

Laura von Nordheim
Referentin LAGH Jugendzahnpflege
Lauravonnordheim@gmail.com
BSc Psychology, MSc Health Psychology,
PhD Developmental Psychology
University of Sheffield
Lvonnordheim1@sheffield.ac.uk
– Literatur bei der Autorin –

Ha Thu Tra Nguyen

Dentalhygiene von Grundschulkindern in Vietnam – Ein Konzeptvorschlag für Entwicklungsländer in Asien

Veröffentlichung zum Thema und zu weiteren Studienergebnissen

siehe: www.quintessenz-news.de/fuer-diesen-code-braucht-es-nichts-ausser-zahnbuersten

Einleitung

Dentalhygiene und Prophylaxe bei Kindern spielen eine wichtige Rolle in der Förderung der Zahngesundheit und der Vorbeugung von Beeinträchtigungen der Mundgesundheit, die mit weiteren für die systemische Gesundheit relevanten Folgen assoziiert sein können. Die positiven Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) von 2005 veranlassten die Zeitschrift FOCUS noch zehn Jahre später (2014) auf Verbesserungen der Zahngesundheit bei Kindern in Deutschland hinzuweisen. „In den meisten Industriestaaten haben Kinder immer gesündere Zähne – trotzdem gibt es noch große soziale Unterschiede. In den 1980er Jahren hatten die Zwölfjährigen in Deutschland durchschnittlich sieben kariöse Zähne, heute sind es 0,7. Das entspricht

einem Rückgang um 90 %“ [4]. Die DMS V (2014), die 2016 veröffentlicht wurde, ergab eine weitere Reduktion der Karies im Zeitraum 2005 bis 2014. Die durchschnittliche Anzahl der von Karies betroffenen Zähne in dieser Altersgruppe sank auf 0,5, die Prävalenz von 29,9 % auf 18,7 % [1]. Diese bemerkenswerten Entwicklungen lassen sich anhand der gesetzlichen Regelungen zur Zahngesundheitsprophylaxe (Individual- und Gruppenprophylaxe) erklären.

In Vietnam sieht die Entwicklung dagegen nicht so gut aus. Trotz angehobenem Lebensstandard fehlen hinreichende **Vorsorgesysteme zur Kariesprophylaxe**, besonders im Hinblick auf den hohen Zuckerkonsum, der mit den wirtschaftlichen Veränderungen vergesellschaftet ist. Laut Bericht des Vietnamesischen National Hospital of Odonto-Stomatology

haben 85 % der sechs- bis achtjährigen Kinder Karies an den Milchzähnen und 54,6 % der Neun- bis Elfjährigen Karies an den bleibenden Zähnen [8]. Diese hohen Prävalenzen können als Indizien für den derzeitigen Stellenwert der Dentalhygiene in Vietnam gewertet werden. Sie verdeutlichen andererseits die Notwendigkeit, daran etwas zu ändern.

Ein anderes Beispiel aus der vietnamesischen Fachliteratur zur Prävalenz der Karies und der Gingivitis im Jahr 2012 zeigt, dass 73,84 % der drei bis vierzehnjährigen Kinder eines Waisenhauses für Kinder mit Behinderungen in Ho-Chi-Minh-Stadt Karies und 16,92 % Gingivitis mit Blutungen aufwiesen [5]. Laut UNICEF-Bericht gab es keine oder nur sehr wenige zahnärztliche Untersuchungen in Kindergärten und Schulen in der Provinz Kon Tum [7]. Im Rahmen einer schwedischen Bachelorarbeit erfolgte 2015 eine Bewertung der Veränderung der Kariesprävalenz bei drei- und fünfjährigen Kindern (primäre Dentition) nach einem im Jahr 2008 begonnenen Präventionsprogramm in einer Vorschule in der Millionenstadt Da Nang im Zentrum von Vietnam. Die Prävalenz der manifesten Karies betrug 2015 bei Dreijährigen 36,5 % und bei Fünfjährigen 63,5 % [3].

Vietnam hat in Bezug auf die zahnmedizinische Versorgung große Herausforderungen zu bewältigen, beispielsweise ist die Anzahl der Zahnärzte im Vergleich zur Anzahl der Einwohner sehr niedrig. Vier Zahnärzte praktizieren auf 100.000 Einwohner verglichen [8] mit 85,4 Zahnärzten in Deutschland (im Jahr 2016). Ein allgemeiner Vergleich zwischen Vietnam und Deutschland ist in Tab. 1 dargestellt. Zudem ist das Trinkwasser arm an Fluorid [8].

Tab 1: Ein kurzer Vergleich zwischen Vietnam und Deutschland

Kriterien	Vietnam	Deutschland
Allgemeine		
Fläche (km ²)	310,0	357,5
Bevölkerung (Million)	95,5	82,7
Wirtschaft		
	Entwicklungsland	Industrieland
GDP & PPP pro Kopf (USD)	2.342 & 6.790	44.665 & 52.599
PPP: Purchasing Power Parity oder Kaufkraftparität		
GDP: Gross Domestic Product (Bruttoinlandsprodukt)[10]		
Ernährung		
Hauptnahrungsmittel	Reis, Mais, Kartoffeln	Brot und Kartoffeln
Zuckerkonsum (kg/Kopf)	10–15 [11]	31,3 [12]
Süßwarenkonsum	1,8	2,8 [13]
Fleischkonsum (kg/Kopf)	28,8 [14]	59,2 [14]
Gemüse und Obst [14]	Sehr viel	Mittel bis wenig

Seit 1990 wurden in Vietnam zwei unterschiedliche institutionelle Maßnahmen auf der Landesebene eingesetzt. Erstens erfolgte die Integration der Mundgesundheit und Zahnpflege in das Schulprogramm. Im Rahmen des Programms veranstalten die Schulen zum Beispiel jährlich einen Festivaltag zum Zähneputzen vergleichbar mit dem Tag der Zahngesundheit in Deutschland. Als zweite Maßnahme haben sich das Ministerium für Erziehung und Ausbildung und die Krankenhäuser für „Mund-, Kiefer- und Gesicht“ zusammengeschlossen, um das öffentliche Bewusstsein für die Mundgesundheit, insbesondere bei Grundschulkindern, zu stärken [7].

Aufgrund der begrenzten finanziellen Ressourcen und des Mangels an professionellem Gesundheitspersonal erreichen die zahnärztlichen Schulprogramme jedoch nicht die gewünschten Ergebnisse [8].

Zum Aufbau der Studie an der Grundschule Lang Thip

In diesem Beitrag wird auszugsweise über eine zweijährige Studie in der Grundschule in der Provinz Yen Bai berichtet, die im Rahmen einer Bachelorarbeit durchgeführt wurde. Die Grundschule Lang Thip im Kreis Van Yen der Provinz Yen Bai befindet sich in der gleichnamigen Gemeinde ungefähr 200 km nördlich von Hanoi (Abb. 1). In der topografisch durch Wälder und Berge geprägten Gemeinde leben 7.053 Menschen in 1.657 Haushalten aus elf ethnischen Gruppen. Nach vietnamesischer Einteilung handelt es sich um eine Gemeinde der Zone 3, was in der nationalen Scala große ökonomische Herausforderungen anzeigt. Die Agrar- und Forstwirtschaft sind die dortigen Haupteinnahmequellen. Das Pro-Kopf-Einkommen (PKE) ist sehr niedrig, ungefähr 21 Millionen Vietnamesische Dong/Jahr (ungefähr 901 US Dollar/Jahr). Gemessen an landestypischen Lebensverhältnissen ist die Armutsrate in der Gemeinde sehr hoch, verdeutlicht durch 47,7 % arme und 9 % nahezu arme Haushalte. Zur Gemeinde zählen auch die Bewohner der ethnischen Minderheit der Hmong, die in Streusiedlungen im Bergwald leben. Die Lebensverhältnisse in den Streusiedlungen der Hmong (Lebensstandard, Zivilisationsgrad, Ernährung) unterscheiden sich von der Lebenswelt in der geschlossenen Ortschaft von Lang Thip.



Abb. 1: Die geografische Lage der Gemeinde Lang Thip

An der Grundschule Lang Thip wurde eine empirische Querschnittstudie über zwei Jahre zur Dentalhygiene und Mundgesundheit, jeweils im Monat Dezember 2017 und 2018, mit den entsprechenden Kurzbezeichnungen U2017 und U2018, durchgeführt. Im Schuljahr 2018–2019 hatte die Grundschule 712 Schülerinnen und Schüler, von denen die meisten nationalen Minderheiten angehören. Ein Jahr zuvor im Schuljahr 2017–2018 konnten zum ersten Mal alle Grundschul Kinder der ethnischen Minderheit der Hmong gemeinsam an der Grundschule Lang Thip unterrichtet werden. Um das zu ermöglichen, wohnten alle Schulkinder der Hmong seit Schulbeginn im Internat, auch Erstklässler (sechs Jahre alt). Insgesamt wohnten 2018–2019 258 Grundschüler im Internat. An den Wochenenden oder auch nur zum Monatsende, sowie in den Ferien gehen die Internatskinder nach Hause. Bis zum Schuljahr 2016–2017 mussten die Lehrerinnen jeden Tag mit dem Motorrad kilometerlang bergauf zu den Streusiedlungen fahren, um dort Gruppen von Schülerinnen und Schülern altersübergreifend von Klasse 1 bis 5 zu unterrichten [2].

Um die von den Kindern ausgeübte Dentalhygiene und ihre Mundgesundheit bezogen auf die Ethnie der Hmong messen und vergleichen zu können, wurden die Schulkinder in zwei Gruppen (A und B) eingeteilt. Die Gruppe B bildeten hauptsächlich Kinder der Ethnie der Hmong. In der Gruppe A befanden sich Kinder von fünf anderen, nicht zu den Hmong zählenden, ethnischen Minderheiten der Kinh, Tay, Nung, Dao und der Day. Bei der U2017 zählten 59 % der teilnehmenden Kinder zur Gruppe A und 41 % zur Gruppe B. Bei der Folgeuntersuchung U2018 war der Anteil der Kinder in Gruppe A mit 63,1 % etwas größer und der von Gruppe B mit 36,9 % entsprechend kleiner.

In der U2017 wurden von 736 Grundschulkindern insgesamt 87 einbezogen (11,7 %). Bei der U2018 konnte der Anteil der Teilnehmenden auf 18,2 % gesteigert werden. Geschlecht und Alter der Kinder wurden dokumentiert und bei der Auswertung der Daten verwendet. Mit Anteilen von 56 % an Mädchen in der U2017 und 57,7 % ein Jahr später nahmen immer etwas mehr Mädchen als Jungen teil.

Was das Alter der Kinder betrifft, war in der U2017 die Mehrzahl der Kinder acht bis neun Jahre alt (52,9 %). Die nächstgrößere Altersgruppe bildeten die Sechs- bis Siebenjährigen (26,4 %) gefolgt von den Zehnjährigen (20,7 %). In der U2018 überwog die Altersgruppe der sechs- bis siebenjährigen Kinder mit 69,2 % (Tab. 2).

Zur Dokumentation der Dentalhygiene und der Mundgesundheit unter Feldbedingungen wurde ein Befragungs- und Untersuchungsformular verwendet. Jeder Schüler erhielt außerdem eine neue Kinderzahnbürste und eine Tube Zahnpasta. Es wurden nacheinander die sechs Erhebungsschritte S1 bis S6 durchgeführt:

- S1:** Auswahl der untersuchten Schüler mit Hilfe der Schulverwaltung, Kriterium der Gruppe B: Grundschul Kinder der Hmong.
- S2:** Gewichts- und Größenmessung sowie direkte Befragung mit dem Fragebogen über die persönliche Durchführung der Zahnpflege.
- S3:** Die erste zahnärztliche Untersuchung.
- S4:** Zähneputzen in trockener Übung innerhalb von fünf Minuten.

	Gesamt Schüler	Anzahl & Anteil		Anteil		Anteil		Anteile der		
				Geschlecht %		pro Gruppe %		Altersgruppen %		
				m	w	A	B	10	8-9	6-7
U2017	736	87	11,8 %	44	56	59,0	41,0	20,7	52,9	26,4
U2018	712	130	18,2 %	42,3	57,7	63,1	36,9	21,5	9,2	69,2

Tab. 2: Umfang & Struktur der Stichprobe U2017 & U2018

S5: Die zweite zahnärztliche Untersuchung zur Bestimmung des Blutungsindex oder der Gingivitis anhand der anhaftenden Blutmenge an den Borsten der Zahnbürste

S6: Datenanalyse mit SPSS.IBM 2.0.

Die Blutungsgrade an den Borsten der Zahnbürste

Code 0 – kein Blut

Code 1 – Blut im oberen Drittel der Borsten

Code 2 – Blut in den oberen 2/3 der Borsten

Code 3 – Borsten vollständig mit Blut getränkt

Zur Auswertung kamen die erhobenen Daten der zwei Stichproben U2017 und U2018. Als weiteres Material dienten neben den Fragebögen unterschiedliche digitale Aufnahmen von den Schülerinnen und Schülern beim Zähneputzen sowie Aufnahmen der Blutungsgrade an den Borsten der Zahnbürsten (Code 0 bis 3).

Auszüge aus den Studienergebnissen

Aus den Fragebögen konnten nachfolgende Ergebnisse zur Dentalhygiene für die Gruppen A und B herausgearbeitet werden. Bei der Basiserhebung U2017 begannen die meisten Schüler beider Gruppen durchschnittlich im Alter von 5,14-5,31 Jahren die Zähne zu putzen. In der Folgerhebung U2018, ein Jahr später, putzen sie bereits im durchschnittlichen Alter von 4,47 und 4,61 Jahren. Obwohl das auf die Gemeinde Lang Thip bezogen als ein Fortschritt angesehen werden kann, ist der Zeitpunkt des Zahnpflegebeginns im Vergleich zu städtischen Räumen Vietnams immer noch als spät zu bewerten.

Auf die Frage „Wer zeigt dir zum ersten Mal das Zähneputzen?“ antworteten die Kinder in Gruppe A zu 90 %, dass es die Eltern waren, die Kinder in Gruppe B jedoch nur zu 60 %. Neben den Eltern spielten als Instruktoren und Impuls-

geber beim Zähneputzen die Geschwister (8,6 %) und die Lehrer (5,7 %) eine Rolle.

Bezogen auf die Qualität des persönlichen Zähneputzens befragt, hat in beiden Gruppen die Mehrzahl auf „Wie putzt du dir die Zähne?“ geantwortet, dass sie nicht richtig putzen: 92,2 % der Kinder in Gruppe A und 83,3 % in Gruppe B.

Die häufigsten Antworten auf „Welche Zahnpasta benutzt du am häufigsten?“ waren Zahnpasta „PS“ und „Colgate“. „Wann werden die Zähne geputzt?“. Auf diese Frage haben die Schülerinnen und Schüler beider Gruppen geantwortet, dass sie meistens morgens vor dem Essen und/oder abends nach dem Essen putzen. Ein Teil der Schülerinnen und Schüler putzt sich jedoch nicht morgens und abends die Zähne. Unter den Probanden der Gruppe B waren es 20 %, die nicht morgens und 43 %, die nicht abends Zähne putzten. Da diese Schüler im Internat wohnen, wird es daraufhin als Aufgabe der Lehrerinnen und Lehrer angesehen, die Disziplin beim Zähneputzen zu verstärken.

Die Frage „Was machst du, wenn du Zahnschmerzen hast?“ ergab, dass die Mehrzahl in beiden Gruppen nicht zum Zahnarzt bzw. zum Medizinerzentrum in der Gemeinde geht. Die Eltern sollen jetzt dabei helfen. Traumatisierende Habits (wie das Kauen harter Gegenstände) sind noch häufig bei den Grundschulkindern beider Gruppen zu verzeichnen.

Die Auswertung der Blutungsindices gemessen an Zahnbürsten (Code 0 bis 3) bzw. der Gingivitis ergab, dass in U2018 zahlreiche Schülerinnen und Schüler Zahnfleischbluten in der Größenordnung Code 1 bis Code 3 aufwiesen (63,2 % bei Jungen und 83,3 % bei Mädchen).

Die Schüler der Gruppe B haben einen niedrigeren Zuckerkonsum als Schulkameraden in der Vergleichsgruppe A. Die Ernährung der Probanden in Gruppe B beinhaltet hauptsächlich Reis, daneben noch Mais, Kartoffeln und Maniok. Sie wird als einseitig beurteilt.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Untersuchungsergebnisse haben gezeigt, dass die Dentalhygiene bei den Schülern in einer regionalen Grundschule im Bergland von Vietnam sehr problematisch ist. Die Grundschule in der Gemeinde Lang Thip hat Anstrengungen zur Verbesserung der Dentalhygiene bei Kindern unternommen. Die Hilfe von außen wurde sehr gut angenommen, wie an den innerhalb der Studie vorgenommenen Untersuchungen zur Dentalhygiene erkennbar ist.

Ein Konzept für die Bergregion Lang Thip, als ein Beispiel für Entwicklungsländer in Asien, sollte folgende gesundheitsförderlichen Faktoren berücksichtigen:

- (1) Der Wasserversorgung in der Bergregion fehlt Fluorid, eine notwendige Versorgung mit Fluoridsalz sollte gewährleistet werden.
- (2) Die Versorgung der Bewohner in den Haushalten der Bergregion mit wichtigen Vitaminen sollte bei Bedarf mittels einer ausgewogenen Ernährung oder Substitution gewährleistet werden (Vitamin C, D und andere).
- (3) Das Zähneputzen für die Kinder in der Schule sollte als festes Ritual vor dem Schlafengehen eingeführt werden (strenge Kontrolle).
- (4) Eine jährliche zahnärztliche Untersuchung sollte in der Schule eingeführt werden.
- (5) Ein Aufruf an gemeinnützige Organisationen sowie wohlthätige Privatpersonen zur Unterstützung der Finanzierung von Zahnbürsten und -pasta für Kinder aus der Bergregion wird als erforderlich angesehen.

Korrespondenzadresse

Ha Thu Tra Nguyen

DH Studentin (Bachelor of Science)

praxisHochschule Köln

Neusserstr. 99, 50670 Köln

Email: nguyenhathutra8494@gmail.com

– Literatur bei der Redaktion –

Grit Hantzsch

Kongressbericht Kassel 2019

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Mitten in der Gesellschaft

Mit diesem Motto betonte der 69. Wissenschaftliche Kongress der Verbände der Zahnärztinnen und Zahnärzte und der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), der vom 4. bis 6. April 2019 in Kassel stattfand, die zentrale Rolle des ÖGD im deutschen Gesundheitswesen.

Noch vor Kongresseröffnung versammelten sich über 600 Kongressteilnehmer vor den Toren des Kongress Palais Kassel und setzten sich lautstark für die vom Marburger Bund unterstützten Forderungen der Bundesverbände ein:

Weiteres Ausbluten der Gesundheitsämter muss gestoppt werden!

Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst fordern Bezahlung nach Ärztetarif!

Das zahnmedizinische Vortragsprogramm begann bereits am Donnerstagvormittag mit der traditionellen Vorstellung des gastgebenden Bundeslandes und den hiesigen Strukturen der Jugendzahnpflege. **Rümmelin-Thoma (Kassel)** und **Bausback-Schomakers (Frankfurt a. M.)** zogen dabei den geschichtlichen Bogen von den Brüdern Grimm über Goethe, der den Zwischenkieferknochen entdeckte, hin zu OMR Tholuck, den Begründer des Frankfurter Systems der Jugendzahnpflege, welches die Untersuchung durch haupt- und nebenamtliche Zahnärzte und die Behandlung in selbstständigen Zahnarztpraxen vorsieht. Das 1981 in Marburg gestartete Programm einer systematischen lokalen Fluoridierung in den Schulen ist ebenso mit Hessen verbunden wie die Universitäten in Gießen und

Marburg, Prof. Wetzel und Prof. Pieper. Entsprechend des Hessischen Gesundheitsdienstgesetzes (HGöG) führen die Gesundheitsämter „regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen durch“. Die Gesundheitsämter beraten und betreuen Kinder und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr sowie ihre Sorgeberechtigten,

/// *Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen sich auch als wichtiger Partner im Netzwerk Kinderschutz verstehen und in einem multiprofessionellen Team bei der Diagnostik des Verdachts auf eine Kindesmisshandlung beteiligt werden bzw. andere Fachbereiche beteiligen.*

Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer bei der Gesunderhaltung der Zähne sowie des Mund- und Kieferbereiches. Die Gesundheitsämter können Informationen zur Zahnhygiene und Zahngesundheit auch für andere Altersgruppen anbieten.“ 146 Kitas konnten bisher die Zertifizierung „Rundum mundgesund“ erhalten, da sie die 5 Sterne der hessischen Gruppenprophylaxe (Zähne putzen zuhause direkt nach dem ersten Frühstück; Zuckerfreier Vormittag und Zähne putzen üben; Süßes am Nachmittag – bewusst und maßvoll; Eltern putzen nach dem Abendessen Kinderzähne sauber; Zweimal jährlich zur zahnärztlichen Vorsorge – fürs Baby ab der Schwangerschaft) in ihrer Konzeption verankert, Elterngespräche stattgefunden und alle pädagogischen Fachkräfte an einer Fortbildung teilge-

nommen haben. Ebenfalls in Hessen wurde eine Studie zum Zusammenhang von Lebensmittelwerbung und Essverhalten durchgeführt und von **von Nordheim (Sheffield)** vorgestellt. Die Wirkung selbstgedrehter Werbespots wurde an Kindergartenkindern getestet. Aber selbst nach acht Wochen, in denen die Kinder nur Werbung mit gesunden Lebensmitteln gesehen haben, greifen sie zur Schokolade, wenn sie auf dem Tisch liegt. Das Fazit lautete: zuckerfreier Vormittag als beste Verhältnisprävention. Über Ernährung und Verpflegung sprach auch **Kappelhoff (Marburg)**. Sie stellte das erfolgreiche Projekt eines „Ernährungsführerscheins“ vor, das seit 10 Jahren in Grundschulen der Stadt Marburg etabliert ist.

In ihrem Vortrag „Erkrankungen der Mundschleimhaut – was muss ich erkennen, was muss ich tun?“ zeigte **Petruchin (Wiesbaden)** anhand zahlreicher Bilder, bei welchen Veränderungen in der Mundschleimhaut unbedingt weiter diagnostiziert werden sollte.

Das Freitagprogramm eröffnete, da Frau Dr. Rojas erkrankt war, **Bels (Potsdam)** vom Büro zahnärztliche Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg. Sie berichtete über die Struktur, die Inhalte, die Zielsetzung und die Ergebnisse der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg. Das überaus erfolgreiche System der Brandenburger Gruppenprophylaxe wurde bereits mehrfach ausgezeichnet und ist regelmäßig in einschlägigen Veröffentlichungen zu finden. **Grundmann (Duisburg)** informierte über die „Forensische Altersdiagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden“, zu der neben dem Röntgenbild der Hand und des Schlüsselbeins auch ein OPG zur Einschätzung des

Wachstums der Weisheitszähne gehören kann. „Seltene Erkrankungen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ waren das Thema von **Hanisch (Münster)**. Als seltene Erkrankungen werden solche definiert, die weniger als 5 von 10.000 Menschen betreffen. Der lange Leidensweg vom Symptom zur Diagnose soll für die Betroffenen durch eine bessere Aufklärung und Information der Mediziner verkürzt werden. Die Datenbank unter www.romse.org ist dafür ein Mittel. Der 2. Nationale Kongress „Seltene Erkrankungen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ findet am 23. November 2019 an der Uni Münster statt.

Das Vortragsprogramm am Freitagnachmittag beinhaltete unterschiedliche Themen. **Schilke (Hannover)** war beteiligt an der Erarbeitung der neuen AWMF S3 (+) Kinderschutzleitlinie. Er erläuterte, dass es gelungen war, zahnmedizinische Fragen und Handlungsempfehlungen mit in die Leitlinie einzubringen. Dabei sind für die zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen nicht nur die fünf zahnmedizinischen Handlungsempfehlungen (Nr. 30 – 34) von Bedeutung. Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen sich auch als wichtiger Partner im Netzwerk Kinderschutz verstehen (Nr. 12 – 15) und in einem multiprofessionellen Team bei der Diagnostik des Verdachts auf eine Kindesmisshandlung beteiligt werden bzw. andere Fachbereiche beteiligen. „Diagnose MIH – und was dann?“ lautete der Vortrag von **Giraki (Frankfurt am Main)**, in dem sie die Möglichkeiten eines präventiv-prophylaktischen Vorgehens und der zeitweiligen und definitiven Versorgung MIH-geschädigter Zähne aufzeigte. Dass „Gruppenprophylaxe“ nicht mit dem Ende der Schulzeit aufhören muss und niedrigschwellige Präventionsangebote in den Lebenswelten integriert werden können, stellte **Zimmer (Witten)** dar. Da die Hürden für die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Kantinenessen zu hoch sind, bieten sich eine kostenlose Ausgabe von zuckerfreiem Kaugummi und Mundspüllösungen an. Aktuell wird die Wirksamkeit eines solchen Programmes im Rahmen eines Pilotprojektes untersucht. Mit jugendlicher Frische berichtete **Nguyen (Köln)**, Studentin im 6. Semester an der praxisHochschule Köln, über die Zahnpflege in unterschiedlichen Regionen ihres Heimatlandes Vietnam. Für ihr Programm „Dentallhygiene – ein Konzept für



Abb. Kongresspalais in Kassel

Entwicklungsländer in Asien“ stellte sie eine eigene Nachweismethode für die Blutungsneigung der Gingiva vor.

Der abschließende Sonnabendvormittag wurde wieder überwiegend von hessischen Kolleginnen und Kollegen bestritten. **Schreiber (Gelnhausen)** untersuchte die Mundhygiene und die Mundbefunde in Pflegeheimen und stellte fest, dass mehr als die Hälfte der Heimbewohner Defizite in der Grob- und Feinmotorik aufwiesen und daher nicht genügend zur eigenen Mundhygiene befähigt sind. Praktische Schulungen zur Mund-, Zahn- und Prothesenpflege wurden in den von ihr aufgesuchten Einrichtungen vom Pflegepersonal ausdrücklich gewünscht. **Weitz (Bürstadt)** berichtete über die zahnärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Hessen, wo aktuell 39 % der Einrichtungen einen Kooperationsvertrag mit Zahnarztpraxen abgeschlossen haben. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 27 %. Er machte auch darauf aufmerksam, dass die häusliche Betreuung schwieriger ist als in stationären Einrichtungen und wies hier auf die Einbeziehung der mobilen Altenpflege und der Landfrauenverbände hin. Wie die Fähigkeit der Senioren und Pflegebedürftigen für feinmotorische Tätigkeiten wie die Mundhygiene standardisiert getestet werden kann, erklärte **Kwetkat (Jena)**. Als geriatrischen Assessment-Test empfiehlt sie den Geldzähltest nach Nikolaus und den Nackengriff. Das Bestehen des Tests war in ihrer Studie signifikant

mit einer effektiveren Plaquerreduktion an Zähnen und Prothesen assoziiert. **Wleklinski (Herborn)** plädierte für eine Aufwertung der Zahnärztlichen Dienste in den Ämtern. Als „Kommunaler Zahnarzt im Gesundheitsamt“ sollte er ein selbstständiges Fachamt verwalten. Die Erweiterung des Aufgabenspektrums vom „Schulzahnarzt“ hin zum Zahnarzt, der auch Ansprechpartner für Senioren, Pflegebedürftige und deren Angehörige ist, Unterricht in Altenpflegeschulen abhält, an Hygienebegehungen beteiligt und zahnmedizinischer Gutachter ist und darüber hinaus für ein ganzes Team die Personalverantwortung hat, verdeutlicht diese Aussage.

Die Posterausstellung, bei der drei zahnmedizinische Poster vertreten waren, aber auch die Industrieausstellung und das Abendprogramm boten wieder viel Gelegenheit zum kollegialen Austausch. Das nächste Mal treffen wir uns zum 70. Wissenschaftlichen Kongress in Saarbrücken – vom 23. bis 25. April 2020.

Dr. Grit Hantzsche
hantzsche@bzoeg.de

Auszug aus der Pressemeldung des internationalen Fluoridsymposiums in Sindelfingen

„Aufklärung tut Not, um Schaden von der Zahngesundheit der Bevölkerung abzuwenden!“ Dies sei der Zweck des Symposiums, zu dem sich knapp 300 Teilnehmer am 16. Oktober 2019 auf Einladung von Prof. Dr. Johannes Einwag, dem Leiter des Zahnmedizinischen Fortbildungszentrums Stuttgart, in der Sindelfinger Stadthalle zusammengefunden hatten.

Als erster Referent informierte Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern, über die „Wirkungsweise von Fluorid im Rahmen der Kariesprophylaxe (Schmelz/Dentin) und der Erosionsprophylaxe“.

Zähne sind neben der Pulpa aus dem sehr gut mineralisierten Schmelz und aus dem deutlich mehr organische Matrix enthaltenden Dentin und Zement aufgebaut. Die mineralische Phase dieser Zahnhartsubstanzen ist kein reiner Hydroxylapatit (HAP = $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6\text{OH}_2$), sondern es handelt sich um ein kalziumarmes Biomaterial, in das andere Ionen eingebaut sind. Ein erhöhter Karbonatanteil des Dentins (5,5 %) im Ver-

gleich zum Schmelz (3 %) sowie die kleinen Kristalle führen zu einer höheren Säureanfälligkeit des Dentins. Demgegenüber kann der partielle Ersatz der OH-Gruppen im Kristallgitter durch Fluoridionen eine gewisse Stabilisierung der

/// *Der Kariesrückgang in den Industrieländern während der letzten Jahrzehnte beruht hauptsächlich auf der Anwendung von Fluoriden, wobei die lokale Fluoridapplikation von Bedeutung ist.*

Apatitstruktur bewirken. Im gesunden menschlichen Zahnschmelz ist neben HAP auch Fluoridhydroxylapatit (FHAP) oder Fluorapatit (FAP) vorhanden, wobei in der äußersten Schmelzschicht weniger als 5 % der OH-Gruppen des HAP durch

Fluorid ersetzt sind. Bereits in einer Tiefe von 50 μm sinkt dieser Anteil weiter ab.

Der Kariesrückgang in den Industrieländern während der letzten Jahrzehnte beruht hauptsächlich auf der Anwendung von Fluoriden, wobei die lokale Fluoridapplikation von Bedeutung ist. Die Verwendung von fluoridhaltigen Zahnpasten steht dabei im Vordergrund. Fluorapatit und FHAP haben nur ein geringes kariesprotektives Potential, die gelösten Fluoride in der Umgebung des Schmelzes dagegen sind sowohl in der Förderung der Remineralisation als auch in der Hemmung der Demineralisation wirksam. Zieht man in Betracht, dass die Abnahme der Karies im gleichen Zeitraum erfolgte, in dem auch lokale Fluoridierungsmaßnahmen verbreitet angewendet wurden, scheint die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass durch regelmäßige Fluoridapplikation die Karies optimal gehemmt werden kann. Als Nebenwirkung ist während der Entwicklung der Zahnkronen Zahnfluorose möglich.

Eine wachsende Bedeutung haben Fluoridverbindungen auch im Rahmen der Erosionsprophylaxe. In diesem Zusammenhang stehen vor allem die „Gegenionen“ des Fluorids (z. B. das Zinn im Zinnfluorid) im Mittelpunkt.

„Wirksame und sichere Anwendung fluoridhaltiger Produkte – allgemeine Grundlagen“

So lautete der Titel von Prof. Dr. Elmar Hellwig aus Freiburg. Fluorid kommt ubiquitär vor und wird mit dem Trinkwasser und der Nahrung täglich aufgenommen. Dabei verschlucken Erwachsene ca. 0,5 – 0,8 mg Fluorid pro Tag. 60 – 80 Prozent des verschluckten Fluorids gelangt in den Blutkreislauf und baut sich in die Knochen ein. Auch sich entwickelnde Zähne reichern an der Oberfläche Fluorid an. Beim Durchbruch der Zähne besitzen diese an der Schmelzoberfläche eine Fluoridkonzentration zwischen 300 – 500 ppm, die jedoch offensichtlich nicht ausreicht,

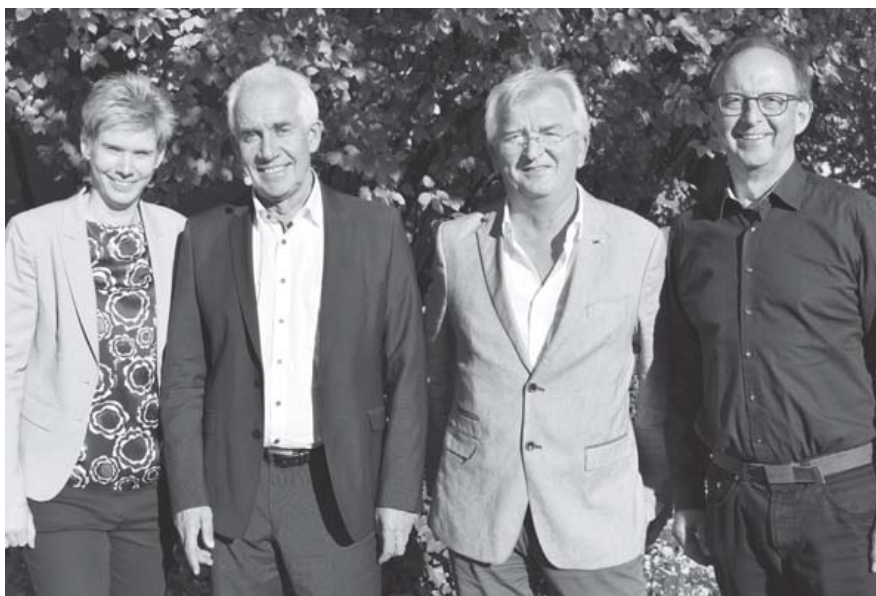


Abb.: Referenten des Symposiums von links nach rechts: Frau Prof. Dr. Katrin Bekes aus Wien, Prof. Dr. Elmar Hellwig aus Freiburg, Prof. Dr. Johannes Einwag aus Stuttgart, Prof. Dr. Adrian Lussi aus Bern

Tab. 1: Empfehlung* zur Anwendung von Kinderzahnpasten

Alter	Konzentration	Häufigkeit	Menge
Ab Durchbruch des ersten Zahnes bis zum 2. Geburtstag	500 ppm	2 mal tgl.	erbsengroß
	alternativ		
	1000 ppm	2 mal tgl.	reiskorngroß
Vom 2. bis zum 6. Geburtstag	1000 ppm	2 mal tgl.	erbsengroß
Zusätzlich fluoridiertes Speisesalz mit Beginn der Teilnahme des Kindes an der Familienverpflegung			

*Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ), Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM), Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ), Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Stand 27.9.2018

um Karies zu verhindern. Man geht daher heute davon aus, dass Fluorid zusätzlich präeruptiv an der Zahnoberfläche vorliegen muss, um eine kariespräventive Wirksamkeit zu entfalten.

In zahlreichen internationalen Leitlinien wird die Evidenz für die Fluoridwirkung beschrieben. Dabei wird insbesondere auf die Wirkung und Wirksamkeit fluoridhaltiger Zahnpasten Bezug genommen. In einem neuen systematischen Review der Cochrane Library wird deutlich unterstrichen, wie wichtig das Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta ist. Unabhängig davon kann bei kariesaktiven Patienten die Applikation von fluoridhaltigen Gelen, Lacken oder Mundspüllösungen empfohlen werden. Insbesondere bei Patienten mit Wurzelkaries zeigt sich, dass die tägliche Anwendung hochkonzentrierter Zahnpasten zur Prävention bzw. Verhinderung der Progression zu empfehlen sind. Dies gilt auch für Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko aufgrund von festsitzenden kieferorthopädischen Geräten. Allerdings zeigt sich auch, dass bei hohem Zuckerkonsum die Applikation von fluoridhaltigen Kariostatika die

Anlass für die Neustrukturierung ist die Tatsache, dass der Kariesrückgang im Milchgebiss im Vergleich zu den bleibenden Zähnen deutlich geringer ausfällt.

Karies nicht vollständig verhindern kann. Bezüglich der schädlichen Nebenwirkungen einer Fluoridapplikation zeigen zahlreiche Studien, dass Fluorid keine Allergien auslöst, dass Fluorid kein ätiologischer Faktor für Tumorerkrankungen oder Allgemeinerkrankungen ist, nicht die Sterblichkeitsrate erhöht und somit in den empfohlenen Dosierungen unbedenklich angewandt werden kann.

Dies gelte selbstverständlich auch für die Anwendung fluoridhaltiger Produkte bei Kindern ergänzte Frau Prof. Dr. Katrin Bekes aus Wien und präsentierte in ihrem Referat „Wirksame und sichere Anwendung fluoridhaltiger Produkte – Spezielle Maßnahmen bei Kindern“ die neuen Fluoridierungsempfehlungen für diese Altersgruppe.

Für Kinder gibt es seit dem letzten Jahr neue Empfehlungen für den Gebrauch fluoridhaltiger Zahnpasten, die unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ) und der Deutschen Gesellschaft für Präventive Zahnmedizin (DGPZM) sowie weiteren Experten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden verabschiedet wurden. Diese sehen vor, dass bereits ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes zweimal täglich mit einer erbsengroßen Menge einer Zahnpasta mit 500 ppm oder mit einer reiskorngroßen Menge einer Zahnpasta mit 1.000 ppm geputzt wird. Vom zweiten bis zum sechsten Lebensjahr sollte dann zweimal täglich eine Zahnpasta mit 1.000 ppm in einer erbsengroßen Menge verwendet werden (Tab.1). Anlass für die Neustrukturierung ist die Tatsache, dass der Kariesrückgang im Milchgebiss im Vergleich zu den bleibenden Zähnen deutlich geringer ausfällt. Darüber hinaus werden international schon längst Zahnpasten mit höherer Fluoridkonzentration für Kinder bis zum sechsten Geburtstag empfohlen.

Eine weitere Neuerung gibt es im Bereich der Applikation von Fluoridlacken im Kleinkindalter. Das Auftragen dieser Lacke ist für Kinder zwischen dem 6. und 34. Lebensmonat seit diesem Jahr eine Kassenleistung geworden. Der Anspruch besteht zweimal je Kalenderhalbjahr, unabhängig davon, ob bei den Kindern eine (initial-)kariöse Läsion vorliegt. Kinder zwischen dem 34. Lebensmonat und dem vollendeten 6. Lebensjahr haben weiterhin unverändert Anspruch auf Fluoridierung bei hohem Kariesrisiko (Tab. 2).

Korrespondenzadresse
Zahnmedizinisches
Fortbildungszentrum Stuttgart
(ZFZ)
 Herdweg 50, 70174 Stuttgart

FLA-Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung (14 Punkte):
Leistungsinhalt:
Anwendung von Fluoridlack einschließlich Beseitigung von sichtbaren weichen Zahnbelägen und der relativen Trockenlegung der Zähne
■ Die Die FLA kann bei Kindern vom 6. bis 33. Lebensmonat 2x je KH abgerechnet werden.
■ Ab dem 34. Lebensmonat ist die zweimalige Abrechnung je KH nur bei hohem Kariesrisiko möglich.

Tab. 2: FLA-Fluoridlackanwendung

Pantelis Petrakakis

Statement des BZÖG zum Tag der Zahngesundheit 2019: Kreisen, Rütteln oder Wischen? Das Zähneputzen auf dem Prüfstand

Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta trägt wirkungsvoll dazu bei, uns vor Karies zu schützen.

Im Milchgebiss von kleinen Kindern wird die so genannte „KAI-Technik“ zum Zähneputzen empfohlen. Die Technik ist benannt nach der Putz-Reihenfolge Kaufläche – Außenfläche – Innenfläche. Wesentliche Merkmale dieser relativ einfach zu erlernenden Putztechnik sind horizontale schrubbende Bewegungen auf den Kauflächen, kreisende Bewegungen an den Außenflächen und wischende Bewegungen an den Innenflächen vom Zahnfleischrand zum Zahn. Die so genannte „Fones-Methode“ ist eine weitere Zahnputztechnik für Kinder, die der KAI-Technik im Wesentlichen ähnlich ist.

Das Zähneputzen mit kreisenden Bewegungen wird von einem Teil deutscher Hochschulen auch für Erwachsene empfohlen. Diese Empfehlung stützt sich auf die Erkenntnisse mehrerer videobasierter Studien zum Erlernen neuer Zahnputztechniken, in welchen sich diese beiden Techniken von jungen Erwachsenen am einfachsten erlernen ließen.

Andere deutsche Hochschulen favorisieren hingegen die sogenannte „Fegetechnik“. Bei dieser Technik wird die Zahnbürste schräg am Zahnfleischrand aufgesetzt und mit einfachen fegenden Bewegungen über die Außenfläche der Zähne geführt – ähnlich wie im Milchgebiss zur Reinigung der Innenflächen. Von kreisenden Bewegungen wird abgeraten, da diese das Zahnfleisch verletzen können und der Belag beim Kreisen unter das Zahnfleisch geschoben wird.

Solche gegenläufigen Aussagen verunsichern nicht nur die Verbraucher, sondern auch die Fachleute. Zeit Online betitelte dieses Zahnputzdilemma mit „Planlos im Mundraum“. In Spiegel Online schließlich wird die Meinung vertreten,

dass sich die Mehrheit aller Menschen in Deutschland die Zähne falsch putzt.

Gerade bei jungen Heranwachsenden ist es wichtig, dass das Zahnfleisch mitgeputzt wird, denn in dieser Phase des Aufwachsens ist sehr häufig nicht die Karies das Problem, sondern Entzündungen insbesondere am Zahnfleischrand. Diese sind einerseits auf hormonelle Ursachen infolge der Pubertät zurückzu-

Gerade bei jungen Heranwachsenden ist es wichtig, dass das Zahnfleisch mitgeputzt wird, denn in dieser Phase des Aufwachsens ist sehr häufig nicht die Karies das Problem, sondern Entzündungen insbesondere am Zahnfleischrand.

führen. Andererseits sind diese in der Mehrheit der Fälle durch Zahnbeläge (Plaque) bedingt, die nicht richtig weggeputzt werden. Zudem scheint die Struktur des Zahnschmelzes bleibender Zähne eine Anlagerung von Plaque mehr zu fördern, als das im Milchgebiss der Fall ist. Dort treten Zahnfleischprobleme deutlich seltener auf.

Die Folgen sind unter anderem Mundgeruch und Zahnfleischbluten. Tritt das Zahnfleischbluten im Rahmen des Zähneputzens auf, wird dies naturgemäß als Warnsignal wahrgenommen und häufig auf einen falschen Druck mit der Zahnbürste zurückgeführt. Das kann unter Umständen dazu führen, dass gerade die betroffenen Bereiche am Zahnfleischrand gar nicht mehr geputzt werden aus Sorge, etwas falsch zu machen. Die Ergebnisse der aktuellen Fünften Deutschen Mund-

gesundheitsstudie zeigen, dass 65,0 % der jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) eine Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodontitis) aufweisen, die mit tiefen Zahnfleischtaschen und Knochenabbau verbunden ist. Eine Zahnfleiscentzündung (Gingivitis) gilt als Vorstufe einer Parodontitis. Daher sollte unser Augenmerk darauf liegen, die Parodontitis bereits im Anfangsstadium zu erkennen und wirksam zu bekämpfen.

Viele sehen im Einsatz elektrischer Zahnbürsten die Rettung aus der Zahnputzmisere. Tatsächlich haben elektrische Zahnbürsten große Vorteile. Sie reinigen die Zähne effizienter als konventionelle Handzahnbürsten. Allerdings muss das Zähneputzen mit den „Elektrischen“ ebenfalls erlernt werden, da sich die Methodik und die Handhabung von den Handzahnbürsten deutlich unterscheidet. Zudem lässt die derzeitige Studienlage die Schlussfolgerung zu, dass die Putzüberlegenheit der elektrischen Zahnbürsten bei richtiger Anwendung der Handzahnbürsten deutlich schwindet.

Für eine wirkungsvolle Prävention von Erkrankungen des Zahnhalteapparats empfiehlt es sich, die Zahnputzempfehlungen beim Zahnwechsel entsprechend an die neuen Gegebenheiten anzupassen, um den anfälligen Grenzbereich am Zahnfleischrand richtig zu reinigen.

Wichtig ist beim Zähneputzen auch, immer die gleiche Systematik einzuhalten, um sicherzugehen, dass alle Bereiche der Zähne geputzt worden sind, in der Form, wie wir es als Kinder bei der KAI-Technik gelernt haben – denn alle Maßnahmen zur frühen Prävention der Gingivitis sind wirksame Maßnahmen zur Prävention der Parodontitis im Erwachsenenalter.

Dr. Pantelis Petrakakis
petrakakis@bzoeg.de

Willkommen zum 70. Wissenschaftlichen Kongress des BVÖGD und des BZÖG in Saarbrücken

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,
wir laden Sie ganz herzlich ein zum
70. Wissenschaftlichen Kongress des
BVÖGD und BZÖG, der vom 23. April
bis 25. April 2020 in Saarbrücken unter
dem Motto **„Große Gesundheitsziele fördern wir hier von klein auf“** stattfindet.

Wer das Ziel kennt, kann entscheiden.
Wer entscheidet, findet Ruhe.
Wer Ruhe findet, ist sicher.
Wer sicher ist, kann überlegen.
Wer überlegt, kann verbessern.

Konfuzius

Dass es klug ist, sich bewusst Ziele zu
setzen, ist also keine neuzeitliche Erkenntnis.
Mit einer zunehmenden Verknappung
finanzieller und personeller Ressourcen
im Gesundheitsversorgungssystem insge-

samt und vor allem im Öffentlichen
Gesundheitsdienst gewinnt der Prozess
der Gesundheitsziele weiterhin an Bedeutung.
Der Öffentliche Gesundheitsdienst
des Saarlands möchte den Kongress nutzen,
mit Ihnen die Umsetzung und Stimmigkeit
von Gesundheitszielen auf Bund-,
Länder- und kommunaler Ebene zu diskutieren.
Gleichzeitig wollen wir damit die
Rolle des ÖGD in diesem Prozess schärfen
und den Austausch zwischen den
Akteuren fördern.

Wir werden die Kooperation mit den
Sozialmedizinischen Assistentinnen und
Assistenten sowie Hygieneinspektorinnen
und -inspektoren verstetigen und die gute
Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für
Hygiene, Umweltmedizin und Präventiv-
medizin (GHUP) fortsetzen. Dafür bietet
das Saarland mit seinem Kongress in
2020 eine hervorragende Basis.

Neben der guten Infrastruktur, kurzen
Wegen und der freien Nutzbarkeit des
öffentlichen Nahverkehrs gehören Kultur-
und Naturräume sowie das gesellige
Leben mit dem reichhaltigen Gastronomie-
angebot dazu. Das Lebensgefühl des
„savoir vivre“ im Rücken wird sicherlich
auch den fachlichen Austausch unterstützen,
denn: **„Große Gesundheitsziele fördern wir hier von klein auf“**.

Gemeinsam mit dem Landesverband
des Saarlands wünschen wir allen Teil-
nehmenden angeregte Diskussionen,
viele gute Impulse für die eigene Arbeit
und wunderbare Tage im Herzen von
Europa!

Dr. Ute Teichert MPH
Vorsitzende des BVÖGD
Dr. Michael Schäfer MPH
1. Vorsitzender des BZÖG

70. Wissenschaftlicher Kongress Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Große Gesundheitsziele fördern wir hier von klein auf

23. – 25. April 2020, Congresshalle Saarbrücken, Saarland

Große Gesundheits-
ziele fördern wir hier
von klein auf.

willkommen.saarland



SAARLAND

Großes entsteht immer
im Kleinen.

Ab Dezember erscheint die Terminseite für den Kongress 2020 unter:
www.bzoeg.de/kongress-leser/items/Kongress-Saarbruecken-2020.html

Weitere Informationen über den Kongress erfahren Sie online unter:
www.bvoegd-kongress.de

