

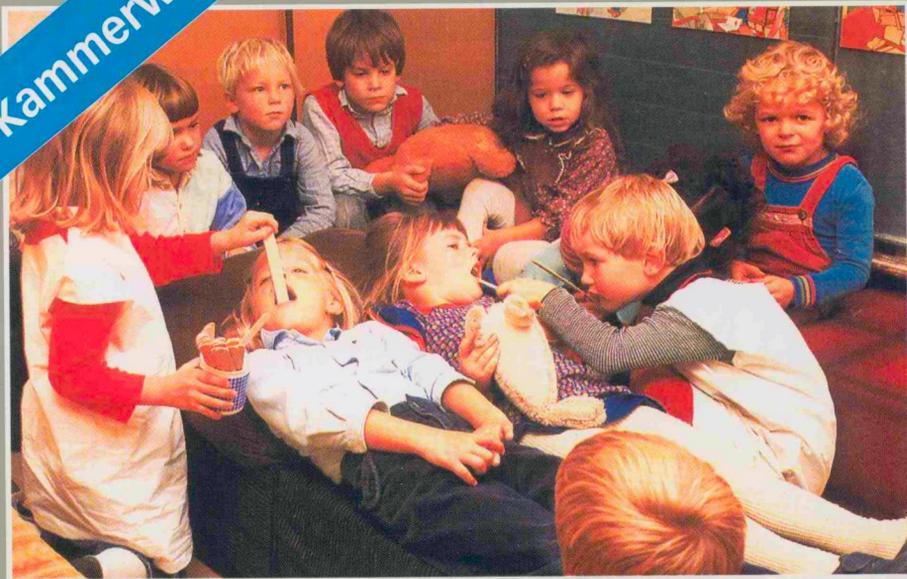
79 IV/02

von Zahnärzten Zahnärzte

DAZ
forum

21. Jahrgang 2002 Herausgeber Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ
Berlins Unabhängige Zahnärzte, BUZ

Zur Kammerwahl in Berlin und Bayern



Gesundheitsförderung

Gruppenprophylaxe und
Öffentlicher Gesundheitsdienst

Risikobestimmung

dysfunktionale Familien

Fluoridsalz auf jed



DAZ, Belfortstr.9, 50668 Köln
Postvertriebsstück
Entgelt bezahlt G8845

Maren
Murphy
Poppenbütteler Chaussee45
22397 Hamburg
01 DAZ 001 # 23 #



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß



DANKE!

GOLDEN
GATE
SYSTEM

Das GoldenGate System® wird zahn. Und es hat viel erreicht. Dank Ihrer Ansprüche. Dank seines Konzepts. Dank Ihres Vertrauens. Dank seiner Qualität. Dank Ihrer Treue. Dank unserer Kompetenz. Dank Ihrer Überzeugung. Dank unserer guten Zusammenarbeit.



Degussa Dental

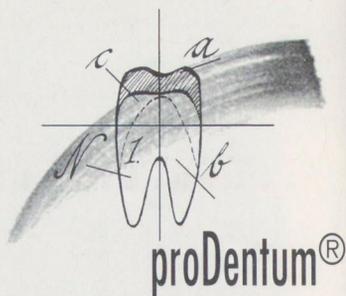
A Dentsply International Company



Foto: Verein für Zahnhygiene e.V.

Inhalt

Gruppen- und Kollektivprophylaxe	J.Hendriks	3
Gesundheitsförderung – Was ist das?	P.-E.Schnabel	4
Sie haben die Wahl (Kammerwahl Berlin)		10
Kandidaten des DAZ /NAV-Virchow-Bund		11
FVDZ-Erdrutschsieg in Bayern	E.Riedel	12
Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes	G.Rojas	13
Zur Wirksamkeit der Gruppenprophylaxe	J.Frühbuß	19
Auswirkungen dysfunktionaler Familienstrukturen	A.Künkel	21
Fluorid-Salz in der Gemeinschaftsverpflegung	A.Schulte	29
Fluorid-Salz als Regel-Speisesalz	A.Fischer	32
DAZ nimmt Stellung zu belgischer Gesetzesinitiative		33
Erhebung von Risikofaktoren	A.Makuch et al.	36
Ernährung und Mundgesundheit	J.Hendriks	41
Mundgesundheitserziehung bei Behinderten	Ch.Voß	45
Oralprophylaxe für Migranten	T.Schneller et al.	49
Buchbesprechungen		50
Ultraschall-Debridement + Leserdiskussion		52
Termine		55
Impressum		55
Kontaktadressen		56



Damit ein Lächeln
nicht
Die Welt kostet!

..... liefert **proDentum®** Dentaltechnik bundesweit erstklassigen Zahnersatz zum verblüffend günstigen Preis und zur Freude der Patienten. Zum Nutzen der Zahnarztpraxis, die dadurch auf verstärkte Empfehlungen zählen kann. Die Spezialisierung auf die Verwendung von NEM und TITAN aus Verträglichkeits- und Kostengründen begeistert unsere vielen Kunden seit langem. Auch weil wir eine extrem niedrige Reklamationsrate z.B. bei Kombi-Arbeiten verzeichnen.

Die BEL-Preislisten haben wir mindestens um 20% abgesenkt!

Unsere Preise für außervertragliche Leistungen sind fast sprichwörtlich:

Keramikverblendung:	ab Euro 29 (AVV 29)	Goldinlay:	Euro 55
Teleskop:	ab Euro 99 (AVT 99)	Empress-Inlay:	Euro 75

**Lassen Sie sich einen unverbindlichen Kostenvoranschlag erstellen.
Faxen Sie uns einen HKP, der hohe Laborkosten beinhaltet.
Vergleichen und staunen Sie!**

Kostenlos anrufen: 0800 - 469 00 80

Fax: 030 - 469 00 8 99

E-mail: info@proDentum.de

Internet: www.prodentum.de

Gruppen- und Kollektivprophylaxe

J. Hendriks, Aurich

WHO Kriterien erfüllt! Hurra, wir sind keine oralpräventive Bananenrepublik mehr!

Was führte zum Erfolg? An erster Stelle offensichtlich das Fluorid in der Zahnpasta und die Tatsache, dass diese samt Zahnbürste inzwischen in (fast) aller Munde ist. An zweiter Stelle die Fissurenversiegelung.

Doch der Erfolg betrifft nur die 12-Jährigen, also den Zustand mit weitgehend jungfräulichen bleibenden Zähnen. Mit 14 Jahren sieht es schon wieder düsterer aus und die Milchzahnkaries nimmt sogar wieder zu... Oh je. Und da ist dann noch dieses Bevölkerungsdrittel (euphemistisch: Risikogruppe), das alle Löcher in sich vereint, die die anderen nicht haben. Diese Leute gehen einfach nicht zum Zahnarzt und machen auch alles falsch! Also selbst schuld? Die nachstehenden Beiträge sprechen ein anderes Urteil.

Andere Beiträge bezeugen, wie viel oralpräventives und sozialmedizinisches Know-how, wie viel Engagement und wie viele ausgereifte und erprobte Prophylaxekonzepte in Deutschland und um Deutschland herum vorhanden sind, um aufsuchend auch in den Risikogruppen die orale Gesundheit zu steigern. Sogar an Geld mangelt es - oh Wunder

Dr. Jörg Hendriks
Hagebuttenweg 6, 26603 Aurich
j.hendriks@arcormail.de

– nicht. Allein, es fehlt der Dirigent!

Durchaus kritisch hat der Sachverständigenrat dieses kreative Nebeneinander von Ansätzen und Konzepten als „bunten Kanon“ bezeichnet. Ein neues Schlagwort ist das „Knüpfen von Netzwerken“ zwischen den beteiligten Institutionen. Es kann kaum über die Tatsache hinwegtäuschen, dass es an einer Instanz mangelt, die per Gesetzesauftrag die Präventivbemühungen zielführend koordiniert, deren Erfolg kontrolliert und die beteiligten Institutionen in die Pflicht nimmt. Oder ist es normal, dass ein Zahnarzt des ÖGD (bei dem diese Koordinierungsaufgabe doch wohl am besten aufgehoben wäre) für Reihenuntersuchungen teilweise der Erlaubnis der Schule bedarf? Also doch noch Bananenrepublik?

Noch ein Aspekt zu guter Letzt: Wie können wir hoffen, das Gesundheitsverhalten in Risikogruppen zu verbessern, wenn uns schon für die motivierten Mittelschichtpatienten zeitgemäße Normen fehlen? Seit Jahrzehnten belegen Studien, dass das Zähneputzen von Kindern keinen kariesprotektiven, sondern nur gewohnheitsbildenden Nutzen hat. Doch wer sagt den Eltern, dass sie bis zum vollendeten Grundschulalter für die Zahngesundheit der Kinder verantwortlich sind? Ist es nach PISA noch immer nicht en vogue, Verantwortlichkeit einzufordern und das Subsidiaritätsprinzip ernst zu nehmen?

Gesundheitsförderung – Was ist das?

P.-E. Schnabel, Bielefeld

Einführung

Daß vorzubeugen besser ist, als zu heilen, weiß der Volksmund schon länger, länger zumindest, als Gesundheitspolitiker und Dienstleister im modernen Gesundheitswesen die Frage beschäftigt, ob und wieviel „Prävention“ dazu beitragen könnte, die Versorgung insbesondere chronisch Kranker effizienter, d. h. wirksamer und gleichzeitig finanzierbar zu gestalten.

Die Frage nach einer wirksamen Vorbeugung von Zahnerkrankungen spielt dabei nicht nur deshalb eine wichtige Rolle, weil wir uns in der Bundesrepublik als einem der reichsten Industrieländer und mit dem zweit teuersten Gesundheitssystem der Welt wegen der Zahngesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, trotz jüngster Verbesserungen, immer noch schämen müßten (Rieger u.a. 2001). So genannte „stumme“, d. h. nicht rechtzeitig erkannte und/oder zu spät behandelte Mund- und Zahnkrankheiten, tragen auf vielfache Weise zur Genese moderner Massenkrankheiten bei und sollten schon deshalb ziemlich hoch oben auf der Agenda der Gesundheitsförderung stehen (European Federation of Periodontology 2002).

Definitionen:

Prävention = Krankheitsvermeidung
Gesundheitsförderung = Hilfestellung zur gesundheitsdienlichen Lebensplanung

„Gesundheits“-Förderung

Gesundheit zu fördern, läuft im Unterschied zu der gemeinhin als Prävention bezeichneten Krankheitsvermeidung darauf hinaus, die Bedingungen der Verantwortungsübernahme für den gesundheitsdienlichen Umgang der Menschen mit den bio-physiologischen und psycho-sozialen Belangen ihrer Lebensplanung herzustellen und kontinuierlich zu verbessern (Hurrelmann & Laaser 1998). In einer Gesellschaft, deren Versorgungsdienste traditionell auf Kuration, d. h. vornehmlich auf die technisch immer perfektere Beseitigung von Krankheitsfolgen und erst seit kurzem auf Verhinderung von Krankheiten (Prävention) gerichtet sind, ist wirkliche Gesundheitsförderung ein motivationales, strukturelles und organisatorisches Problem besonderer Art. Motivational, weil es für die Mehrheit der Bevölkerung einfacher und entlastender erscheint, wenn sich andere in der Rolle von Experten um ihr Wohlergehen kümmern. Strukturell, weil dieses Expertensystem weder durch seine Erbringungsmodalitäten, noch durch seine Dienstleister wirklich auf die Förderung dessen eingerichtet ist, was Gesundheit ausmacht. Und organisatorisch, weil es anderer als der durch Kriseninterventionismus, Fremdbestimmung und Angebotsorientierung bestimmter Zugangswege

Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
peter-ernst.schnabel@uni-bielefeld.de

bedarf, um Menschen zum wirklich vorbeugenden, langfristigen und befriedigenden Umgang mit der eigenen und der Gesundheit anderer zu motivieren.

Gesundheitsförderung allgemein (Schnabel 2001) und mundgesundheitsbezogene Förderung im Besonderen (Strippel 2002), die dieses Ziel und damit die Fähigkeit der Menschen erreicht, sich gegen die im persönlichen Lebensstil und gegen die mit den modernen Lebens- und Arbeitsverhältnissen assoziierten Risiken für Leben und Gesundheit (Beck 1986) zur Wehr zu setzen, muß deshalb nicht nur die Lebensbedingungen, und mit ihnen eben auch die Bedingungen zahnärztlicher Versorgung zum Thema und Interventionsgegenstand machen. Sie muß – wie die Gesundheitsförderungsforschung inzwischen weiß (Schnabel, Kolip & Hurrelmann 1997) – um im obigen Sinne erfolgreich zu sein,

- sachangemessen agieren,
- sich an den Lebensumständen und den Bedürfnissen der Klientel orientieren,
- sich um nachhaltige Lösungen bemühen und
- sie muß – gegenwärtig offenbar das größte Problem von allen – den über ihren Einsatz entscheidenden und den an ihr beteiligten Akteuren effizient und finanzierbar erscheinen.

Sachangemessenheit

In Zeiten, in denen vordergründig das Patientenwohl, hintergründig aber gut organisierte berufsständische Interessen bestimmen, was sich auf dem „Markt“ krankheits- und gesundheits-

bezogener Dienstleitungen durchsetzt (Rosenbrock & Kühn 1994), ist es alles andere als trivial, sich nicht nur bei der Versorgung Kranker, sondern auch vorbeugungspolitisch um den Einsatz sachangemessener, neu-deutsch „evidenzbasierter“ Vorgehensweisen zu bemühen. Faktisch bedeutet dies, dass nur solche Maßnahmen in Erwägung gezogen und realisiert werden sollten, die nachweislich dazu geeignet sind, die mit ihnen verfolgten Absichten auch tatsächlich zu erfüllen. Zum anderen sollten es Förderungskonzepte sein, die sich durch mindestens zwei der insgesamt drei üblichen Strategien: Prozeß-, Struktur- oder Ergebnis-evaluation erfolgskontrollieren und damit einem selbst auferlegten Prozeß ständiger Selbstoptimierung unterziehen.

Leider müssen wir heute konstatieren, dass das Kriterium der Sachangemessenheit weder allgemein (Trojan 2002), noch in der so genannten Oral- bzw. Dentalprophylaxe (Sheiham 2001) die ihm zustehende Rolle spielt. In Deutschland haben wir es beim vorbeugenden Umgang mit den dominierenden Massenkrankheiten, vor allem den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, seit den 50er-Jahren mit einer fast ausschließlichen Bevorzugung von Risikofaktorenprävention, d. h. von Maßnahmen zu tun, die auf die Veränderung individueller Verhaltensrisiken zielen, obwohl inzwischen bekannt ist, dass sie ihr Ziel, die nachhaltige Veränderung von Bewegungs-, Ernährungs-, Drogenkonsum- oder anderen Konfliktverarbeitungs-gewohnheiten mit Sicherheit nur in der Gruppe älterer Probanden mit ausgeprägter Krankheitserfahrung erreichen; bei Menschen, die aufgrund

ihres fortgeschrittenen Alters unter Bedingungen leben, die der Realisierung gesundheitsdienlichen Verhaltens relativ wenig Widerstand entgegensetzen (Egger, Spark & Lawson 1994). Ähnlich verhält es sich mit der zahnmedizinischen Prävention. Hier hat sich die Versorgungspolitik mit der Individualprophylaxe auf ein Vorbeugungskonzept versteift, das zu den teuersten gehört, aber seine bevölkerungsmedizinische Wirkung verfehlt, weil es bei den Patienten aus den verschiedensten Gründen motivational schwer durchzusetzen ist und den finanziellen Interessen einer überwiegend noch auf Reparatur und Substitution statt auf wirkliche Vorbeugung fixierten Zahnärzteschaft widerspricht.

Gesundheitsförderung hingegen, die, wenn auch nicht überall, so doch im innerbetrieblichen Bereich einen einigermäßen dokumentierten und deshalb nachweisbaren Siegeszug angetreten hat (Pfaff & Slesina 2001) und sich unter dem Begriff der Gruppenprophylaxe auch in der zahnheilkundlichen Versorgung mit ersten, viel versprechenden Modellvorhaben zu etablieren beginnt (Strippel 2002), kommt gegenwärtig noch viel zu selten, allenfalls in 5 % aller öffentlich und solidarfinanzierten Maßnahmen, zum Zug. Beide, Gesundheitsförderung wie auch Gruppenprophylaxe

- priorisieren die Selbst- gegenüber der langfristig immer teureren Fremdhilfe,
- sie trachten danach, existierende Gesundheitspotentiale zu stärken, statt – was immer den schwierigeren Weg bedeutet – tief eingeschliffene Verhaltensweisen zu eliminieren und
- zeichnen sich dadurch aus, dass sie

nicht nur das individuelle Verhalten, sondern die Gesamtpersönlichkeit und mit ihr die Bedingungen analytisch und gestalterisch zu bearbeiten versuchen, unter denen krankheits- und gesundheitsbezogenes Handeln gelernt, durchgeführt und verändert wird.

Als solche mutet sie dem bestehenden System und mit ihm den existierenden Angebotsstrukturen, den verteilten Ressourcen und den scheinbar befriedeten Gruppenegoismen ein Ausmaß von Veränderungen zu, an dem keinem der in die Krankenversorgung involvierten und von ihr profitierenden Akteure – ungeachtet anders lautender Bekundungen – wirklich interessiert sein dürfte.

Bedarfsorientierung

Bedarfsorientierung bedeutet zunächst – wie u. a. durch die Evaluation von Gesundheitserziehungs- und Gesundheitsförderungsprogrammen für Jugendliche und andere Risikogruppen nachgewiesen werden konnte (Leppin 2002) – dass nur solche Maßnahmen erfolgreich sind, die sich an den Lebensgewohnheiten und der Lebensumwelt der Adressaten orientieren. Dies hat vor allem damit zu tun, dass diejenigen Menschen, die auf Grund ihrer Häufung von körperlichen, seelischen und sozialen Risiken (Hurrelmann 2000) der vorbeugungspolitischen Zuwendung am meisten bedürfen, unter meist unverschuldeten Verhältnissen leben und arbeiten müssen, die ihnen kein gesundes Verhalten erlauben, selbst wenn sie es wollten. Aus den gleichen Gründen ist es für den Erfolg so wichtig, dass den Adressaten dieser Maßnahmen keine Einstellungs

- und Verhaltensänderungen zugemutet werden, die diese aus eigener Kraft nicht zu bewerkstelligen vermögen. Gesundheitsförderung kommt deshalb nicht in der Form moralischer Appelle oder schwer einlösbarer Regime daher, sondern bringt Verständigungsinstrumente zum Einsatz, die wie z. B. die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bestens bewährten (Slesina 2001) Gesundheitszirkel, darauf aus sind, sich an den Lebensverhältnissen und Erfahrungen der Adressaten und nicht – was immer wieder unabsichtlich geschieht – an den verallgemeinerten Erfahrungen derer orientieren, die die Maßnahmen als Experten planen und durchführen.

Mit Hilfe von Gesundheitszirkeln, die nichts anderes sind, als regelgeleitet und problemlösungsorientiert agierende, durchaus auch anderweitig einsetzbare Arbeitsgruppen, läßt sich das Lösungswissen derer, die es betrifft und die über ihren eigenen Lebens- und Arbeitsalltag besser Bescheid wissen, als jeder andere, besonders gut nutzen. Sich selbst steuernde und programmierende Gruppen dieser Art sind aber auch deshalb in der Gesundheitsförderung so erfolgreich, weil sie es erlauben, innerhalb herkömmlicher, oft ungesund organisierter Lebens- und Arbeitszusammenhänge gesundheitsförderliche Organisationsprinzipien modellhaft auszuprobieren und den Beteiligten, wie auch denjenigen, die sie - gelegentlich sogar widerwillig - in Auftrag geben und/oder sie von außerhalb beobachten, als funktionierende Alternativen des Motivations- und Gesundheitsmanagements in Betrieben und anderen Feldern zur Nachahmung anzubieten

(Scala & Grossmann 2000).

Derartig vielschichtige und in ihrem Gelingen von der Kooperation mehrerer Personengruppen abhängige Interventionsstrategien kommen augenblicklich in der Oralprophylaxe noch so gut wie überhaupt nicht zum Zuge. Das gilt nicht nur für die vorbeugungsorientierte Gesundheitserziehung in Schulen, die heute ganz anders organisiert sein müßte, um wirksam sein zu können (Leppin 1995). Auch die von Anbieter zu Anbieter variierende Patientenaufklärung am Behandlungstuhl oder die vom Fachmann in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen durchgeführte individualprophylaktische Gebißreinigung sind weit davon entfernt, jenen Grad von freiwilliger Verantwortungsübernahme durch die Patienten zu erzeugen, den Vorbeugung braucht, um habitualisiert zu werden (Strippel 2002). Vielversprechender, wenngleich auch sehr viel seltener, sind da schon Versuche, den Kindergarten (Lange 2002) die Familie und das unmittelbare soziale Umfeld in die so genannte Gruppenprophylaxe (Wiethardt 2002) mit einzubeziehen, wiewohl viele dieser Bemühungen immer noch an der notwendigen Kooperationsbereitschaft der Eltern und dem betreuenden Engagement der Zahnärzte scheitern.

Nachhaltigkeit

Das Kriterium der Nachhaltigkeit zu erfüllen, bedeutet für Gesundheitsförderung mehr, als über den Endpunkt der Maßnahmen hinaus auf die von vornherein geplante Weise fortzuwirken. In gleichem Maße muß sie darauf

bedacht sein, schon während ihrer Laufzeit Bedingungen, insbesondere Fähigkeiten, Strukturen und Organisationsformen zu etablieren, welche die an den Maßnahmen entweder als Anbieter oder als Nutznießer beteiligten Personen und Einrichtungen in die Lage versetzen, nach Ablauf von Programmen und Projekten gleiche oder verwandte Gesundheitsprobleme selbstinitiativ, d. h. mit möglichst wenig Fremdhilfe in Angriff zu nehmen und an Hand der in vorgängigen Maßnahmen erlernten und getesteten Methoden zielführend zu bearbeiten (Grossmann & Scala 2000). Jedes Zuviel an Fremdbestimmung, sei es durch die Einmischung von Geldgebern/Trägern solcher Maßnahmen oder von Experten, die in notorischer Verkenning existierender Selbsthilfepotentiale meinen, den Adressaten ein bestimmtes Gesundheitsverhalten aufzwingen und nach eigenen Kriterien kontrollieren zu müssen, kann das Erreichen von Nachhaltigkeit gefährden. Damit entfiere jedoch gerade jenes Qualitätsmerkmal, das Gesundheitsförderung und Prävention für die Modernisierer des wirtschaftlich angeschlagenen und vor neue individualtherapeutische und bevölkerungsmedizinische Aufgaben gestellte Gesundheitssystem auch in finanzieller Hinsicht attraktiv machen könnte (Adam & Henke 1998).

Gegen diesen einfachen aber wichtigen Sachverhalt wird gegenwärtig bei der Planung, Durchführung und Erfolgsbewertung auch mündgesundheitsbezogener Förderungskonzepte viel zu oft verstoßen. Das hat nicht nur damit zu tun, dass die aus vermeintlich fachlichen Gründen mit der Realisierung von prophylaktischen Maßnahmen

beauftragten, meist medizinisch vorgebildeten und überwiegend kurativ orientierten Experten nicht über die sozialwissenschaftliche Kompetenz verfügen, um deren unbequeme Botschaften gegen die miteinander verbundenen, in Art und Wirkung aber sehr unterschiedlichen Widerstände von Menschen und Organisationen durchzusetzen. Sondern auch diejenigen, die gelernt haben und in der Lage sind, Gesundheitsförderung als kompliziertes, multifaktoriell bedingtes Umlern- und Durchsetzungsgeschehen zu begreifen, verfügen oft nicht über das Wissen und die Zeit, um Interventionsmaßnahmen erfolgreich und ergebniskontrolliert zu managen (Grossmann & Scala 2000). Deshalb wirken die meisten dieser Maßnahmen nur, solange es sie gibt und geraten allseits in Vergessenheit, sobald die Finanzierung ausläuft und die mit ihrer Durchsetzung beauftragten Experten sich aus eben diesen Gründen zurückziehen müssen.

Finanzierbarkeit

Regional begrenzte, unter Einbeziehung wichtiger Betroffenengruppen und verschiedenen Dienstleister operierende, inzwischen auch versorgungspolitisch (§ 21 SGBV) gewollte Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie die Gruppenprophylaxe, tun gut daran, keine neuen Dienste zu erfinden, sondern sich um die Zusammenarbeit zwischen Kindern, Eltern Spielkameraden oder anderen Adressaten und regional bereits vorhandenen Anbietern (Zahnarztpraxen, Kindergärten, Schulen, Ernährungsberatungseinrichtungen usw.) zu bemühen. Das ist billiger, weil es dazu beiträgt, die im Versorgungssystem ohnehin ge-

bundenen Ressourcen besser zu nutzen (Hendriks 2002). Und es trägt dazu bei, diejenigen die über ihre Finanzierung und Durchführung entscheiden, von der Effizienz der Maßnahmen zu überzeugen.

Voraussetzung dafür, dass dieser Nachweis gelingt, ist zum einen, dass die Wirkung der Förderungsaktivitäten methodisch sauber prozess-, struktur- und/oder ergebnisevaluiert und nachvollziehbar dokumentiert werden. Zum anderen kann und muß im Zuge dieses Überzeugungsvorganges immer wieder darauf hingewiesen werden, dass beim Einsatz von Gruppenprophylaxe, wie bei anderen integrierten Gesundheitsförderungsinitiativen mit regionalem Hintergrund (Schnabel & Hillenkamp 2000), neben unmittelbar direkten, sich etwa in eingesparten Behandlungskosten, weniger Behandlungsereignissen und abnehmenden Erkrankungsrisiken niederschlagenden Kostensenkungsvorteilen, immer auch mit mittelbar direkten (z. B. weniger Folgeerkrankungen) und mittelbar indirekten Einsparungsgewinnen (z. B. gewonnene Arbeits- bzw. Lebensjahre, mehr Lebensqualität) zu rechnen ist.

Zusammenfassung

Vor knapp fünf Jahren haben Experten aus aller Welt sich im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation beraten und festgestellt, dass Gesundheitsförderung nach dem so genannten Setting-Ansatz im oben beschriebenen Sinne funktioniert, wenn es, in Ergänzung der Verhaltensänderung bei Individuen und zur Unterstützung der in Familien, Schulen,

Betrieben usw. durchgesetzten organisatorischen Neuerungen, gelingt, auf regionaler Ebene Netzwerkstrukturen zu errichten, die für Fragen der Gesundheitssicherung sensibel und darüber hinaus auch in der Lage sind, selbsttätig Problemlagen zu erkennen und in Aktion zu treten (WHO 1997).

Mit der Gruppenprophylaxe hat dieses Konzept auch Eingang in die vorbeugende Mund- und Zahnbehandlung gefunden. Der gegenwärtig weitaus häufiger am und im Behandlungsstuhl durchgeführten Individualprophylaxe ist sie nach allem, was wir bisher über die Wirkung von Vorbeugungsprogrammen wissen, in finanzieller und durchsetzungsstrategischer Hinsicht überlegen. Bedingung dafür aber ist, dass mit ihrem Einsatz nicht erst im Erwachsenenalter sondern möglichst früh und in Zusammenarbeit mit den Familien, den Kindergärten, den Zahnarztpraxen und anderen Dienstleistungsbietern in der Region begonnen und dann dazu übergegangen wird, diesen ersten, noch nicht dauerhaften Input unter Nutzung des regionalen Kontextes durch kind-, jugend- und erwachsenengemäße Angebote unter Einbeziehung von Schulen und Betrieben lebensbegleitend und systematisch zu verstärken. Vermutlich lassen sich, wenn sich solche Kooperations- und Kommunikationskulturen erst einmal entwickelt haben, auch leichter die motivationalen und durchsetzungspolitischen Voraussetzungen für Maßnahmen, wie die Trinkwasserfluoridierung schaffen, die Experten ohnehin für die effizienteste aller Präventionsstrategien halten.

Literaturliste kann bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden.



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
NAV Virchow-Bund

Wahl zur Berliner Zahnärztekammer

Sie haben die Wahl!

Liste 7

Vom 25. November 2002 bis zum 1. Dezember 2002 finden die Briefwahlen zur Delegiertenversammlung (DV) der Zahnärztekammer Berlin statt. Es werden 45 Delegierte gewählt (zu denen noch zwei Vertreter der beiden Universitäten hinzukommen). Die Sitzverteilung in der Kammerversammlung wird in den nächsten vier Jahren die zahnärztliche Berufspolitik in Berlin bestimmen. Entscheidungen über die Beitragsordnung, die Berufsordnung, die Weiterbildungsordnung sowie die Altersversorgung sind zu fällen, Referate und Ausschüsse müssen besetzt und GOZ-Gutachter gewählt werden.

Bereits seit zwölf Jahren stehen der NAV-Virchow-Bund und der DAZ in Berlin, denen Zahnärzte/innen aus Ost und West angehören, für eine soziale und patientenorientierte Zahnmedizin. Seit der ersten gemeinsamen Wahl aller Berliner Zahnärzte im Jahr 1990 ist unsere Liste in der Zahnärztekammer mit mehreren Delegierten vertreten. Von 1994 bis 1998 stellten wir die erste Vizepräsidentin einer deutschen Zahnärztekammer.

Wir setzen uns ein für:

- Ausübung der Zahnheilkunde in sozialer Verantwortung
- Eine Standespolitik, in der Sachfragen dominieren
- Risikoarme Anlagestrategien und besondere Sorgfalt im Umgang mit den Kollegengeldern im Versorgungswerk
- Schaffung von Wahlmöglichkeiten zur Hinterbliebenenversorgung der Ehegatten im Versorgungswerk
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Zahnärztinnen
- Stärkere Beteiligung von Zahnärztinnen in den Gremien der Zahnärztekammer
- Eröffnung neuer Wege für Angestelltenverhältnisse in der niedergelassenen Praxis
- Soziales Engagement der Zahnärztekammer für die Benachteiligten der Gesellschaft, u.a. durch weitere Unterstützung der MUT-Praxis für Obdachlose und des Arbeitskreises für Behinderte
- Aktives Eintreten der Kammer für Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Zahnärzte selber
- Förderung von Qualitätszirkeln durch die Kammer
- Erhöhung der Attraktivität der kammereigenen Fortbildung durch günstigere finanzielle Konditionen im Philipp-Pfaff-Institut
- Anpassung der GOZ an fachliche und betriebliche Erfordernisse so wie Aufhebung des „Gebührenabschlages Ost“

Kandidaten des DAZ / NAV-Virchow-Bund



Edeltraud Jakobczyk
ZÄ in Hellersdorf



Dr. Almut Gerlach
ZÄ in Hellersdorf



Dr. Annette Bellman
ZÄ in Lichtenberg



Dr. Eva Hübner
ZÄ in Mitte



Dr. Elke Kutschke
ZÄ in Hohenschönhausen



Julia Felten
ZÄ in Treptow



Dr. Ulrich Mitzscherling
ZA in Zehlendorf



Dr. Ulrike Scheybahl
ZÄ in Tiergarten



PD Dr. Stefan Zimmer
ZA in der Charité



Kirsten Falk
ZÄ in Lichtenberg



Christian Keil
ZA in Kreuzberg



Dr. Mozghan Bizhang
ZÄ in der Charité

FVDZ-Erdrutschsieg in Bayern – ZZB halbiert

E.Riedel, München

Die Wahlen zur Delegiertenversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer vom 7. bis zum 16. Oktober haben der Zukunft Zahnärzte Bayern (ZZB) ein unerwartet großes Wahldebakel beschert. Diese gegen den Freien Verband aufgestellte Gruppierung, die sich aus vielen enttäuschten Ex-Freiverbandlern und Angehörigen anderer Organisationen (u.a. auch DAZ) zusammenfand und noch in der laufenden Wahlperiode die Mehrheit im Kammervorstand stellte, sieht sich durch das Wahlergebnis in Ihrer Delegiertenzahl praktisch halbiert. Bereits während der jetzt zu Ende gehenden Wahlperiode war es durch Nachwahlen im Bezirk Oberbayern zum Verlust der ZZB-Mehrheit in der Delegiertenversammlung gekommen und darauf mit ZA M. Schwarz ein FV-Mitglied an die Kammerspitze nachgerückt.

Nur gut 30 % der Stimmen konnte die ZZB landesweit auf sich vereinigen, was jedoch die Delegiertenzahl auf nur noch knapp 25 % der 70 Sitze schrumpfen lässt. Bei einer Wahlbeteiligung von deutlich unter 50 % (im ZBV-Bereich Schwaben sogar nur 32 %) hat also der FVDZ sein Wählerpotential erheblich besser mobilisieren können und stellt nun in 6 von 8 bayerischen Bezirken die Mehrheit.

Der Vorsitzende der ZZB, Dr. Janusz Rat aus München, griff in einem Gespräch mit der Forum-Redaktion die Wahlkampfmethodik des FVDZ scharf an. Während die ZZB bewusst auf persönliche Diffamierungen einzelner FV-Vertreter verzichtet habe und in mehreren Aussendungen an die bayerischen Zahnärzte die Sachthemen in den Vordergrund stellte, habe der FVDZ eine unerträgliche Schlammschlacht gegen verdiente Ständesvertreter inszeniert. Die Verteilung sowohl über das KZVB- als auch das FV-Organ habe zu einem klaren Wettbewerbsvorteil für den FV geführt.

Völlig absurd sei, so Rat, dass nunmehr z.B. in München langjährig verdiente (Ex-FV) Ständespolitiker erst am Ende einer Liste unbekannter und profillosen

Freiverbandsdelegierter erschienen. Dieses sei die Folge eines Blockwahlwahlverhaltens der bayerischen Zahnärzte, das nur noch die Zugehörigkeit zum richtigen politischen Lager im Auge hätte, anstatt die jahrelang bewiesene Sachkompetenz einzelner Persönlichkeiten zu würdigen.

Die geringe Wahlbeteiligung, die sogar die von 1998 noch unterbot, wirft einerseits kein gutes Licht auf das Politik- und Demokratieverständnis der bayerischen Zahnärzte, andererseits zeigt sie aber auch das ständig abnehmende Interesse der Kollegenschaft an standespolitischer Mitgestaltung. Der zwischen ZZB und FVDZ abgelaufene offene Schlagabtausch, bei dem die ZZB eindeutig die sachlicheren und klügeren Argumente hatte, während sich der FV im wesentlichen auf die bekannten Drohgebärden und seine geistlose Widerstandspolemik beschränkte, wird am Ende die Mehrzahl der bayerischen Kollegen überfordert oder gar gelangweilt haben. Zu viele Kollegen haben sich offenbar nicht die Mühe gemacht, aus eigenem Studium die Probleme zu verstehen, um so den seit jeher grundfalschen Politikansatz des FV durchschauen zu können.

Was wir gemeinhin dem akademischen Teil des Wahlvolkes nicht zutrauen würden, scheint also auch dort verbreitet zu sein: Wenn man sich nicht mehr in der Lage glaubt oder zu bequem ist, den Wahrheitsgehalt der einen oder anderen Aussage nachzuvollziehen, wählt man einfach denjenigen, der vermeintlich schlagkräftiger auftritt. Dieses Kalkül des FV mag aufgegangen sein.

Viele Stimmen mögen dem FV allein dadurch zugeflossen sein, dass Kollegen des standesinternen Streites müde waren und daher dem FV als bundesweitem Verband den Vorzug gaben. Die vielbeschworene 'Einheit des Berufsstandes' ist in Bayern somit zumindest auf parlamentarischer Ebene weitestgehend erreicht. Ob das allerdings zum Vorteil der Zahnärzteschaft gereicht, muss mehr als bezweifelt werden.

Die Rolle des ÖGD

Gudrun Rojas

Aspekte aus der historischen Entwicklung

Erstmals wurde in Deutschland 1780 Engagement für schulhygienische Belange von J. P. Frank gezeigt. Die wissenschaftlichen Bemühungen um die öffentliche Gesundheitspflege wurden u.a. von A. Grotjahn, A. Fischer und A. Gottstein geprägt und führten zur Etablierung der Sozialhygiene. Die weiterführenden ärztlichen Aufgaben, die sich aus dem neuen Versicherungs- und Fürsorgewesen ergaben, wurden noch vor 1900 unter dem Begriff „Soziale Medizin“ zusammengefasst. Als Antwort auf Armut und Krankheit entwickelte sich eine kommunale Gesundheitsfürsorge.

Die Zahnärzteschaft verschloss sich dieser Entwicklung nicht. So forderten weit-sichtige Zahnärzte eine gemeinschaftliche zahnärztliche Untersuchung und Behandlung von Schulkindern. Das Ausmaß der Kariesmorbidität wurde erfasst und infolge derartiger Bemühungen konnte 1902 in Straßburg die erste kommunale Schulzahnklinik eröffnet werden.

A. Kantorowicz beschrieb 1921 die Ziele der Schulzahnklinik mit halbjährlichen Untersuchungen, systematischer Therapie und Prophylaxe durch den Schulzahnarzt (Bonner System), während das heute noch praktizierte Frankfurter

System dem niedergelassenen Zahnarzt die Therapie der bei den Reihenuntersuchungen festgestellten Zahnschäden überträgt. Mit dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens wurde die Schulzahnpflege 1934 auf kommunaler Ebene Bestandteil der gesundheitsfürsorgereichen Infrastruktur des Gesundheitsamtes.

Nach dem 2. Weltkrieg vollzog sich eine getrennte Entwicklung. Während in der DDR das Bonner System mit den Jugendzahnkliniken und der Herausbildung der Kinderstomatologie als eigenständiges Fach umgesetzt wurde, arbeitete man in der BRD nach dem Frankfurter Verweissystem.

Mit der gesetzlichen Verankerung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe im § 21 SGB V wurde 1989 erstmals ein bundesweit gültiger Rahmen geschaffen, um Zahnerkrankungen zu verhüten. Die Primärprävention fand so eine Stärkung in der Zahnmedizin. Krankenkassen, Zahnärzteschaft und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wirken hierbei zusammen. In den Folgejahren wurden in den Ländern Vereinbarungen geschlossen und Strukturen wie Landesarbeitsgemeinschaften sowie regionale Arbeitsgemeinschaften gegründet. Auf Länderebene ist die zahnmedizinische Prävention in Gesundheitsdienstgesetzen geregelt.

Aufgaben und rechtliche Entwicklung der Gruppenprophylaxe

Der Inhalt der durchzuführenden Maßnahmen wurde in den Jahren 1993 und 1999 konkretisiert bzw. erweitert:

Dr. Gudrun Rojas, Zahnärztin im ÖGD
Gesundheitsamt, Zahnärztlicher Dienst
14767 Brandenburg an der Havel
G.Rojas@t-online.de

- Gesundheitsstrukturgesetz – Aufnahme der Untersuchung mit Erhebung des Zahnstatus und spezifischer Programme für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko
- GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – Festschreibung der Flächendeckung in der Gruppenprophylaxe; Schulen u. Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sind intensiv zu betreuen und das bis zum 16. Lebensjahr

Ziel des Gesetzauftrages ist die umfassende Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit möglichst aller Kinder und Jugendlichen, so dass die Maßnahmen (Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene, sowie spezifische Programme für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko) vorrangig in Kindergärten und Schulen erbracht werden sollen. Die nach wie vor hohe Kariesprävalenz in der Bevölkerung, der z.T. komplikationsreiche Verlauf der Karies und ihrer Folgeerkrankungen insbesondere bei kleinen Kindern und die volkswirtschaftliche Relevanz - Karies ist noch immer die teuerste Volkskrankheit - verdeutlichen, dass Prävention Priorität hat.

Es handelt sich bei der Gruppenprophylaxe sowohl um primär- als auch sekundärpräventive Maßnahmen.

Das aktive Herantragen präventiver Leistungen an Kinder und Jugendliche in bestehende Gruppen macht es möglich, die typischen sozialspezifischen Unterschiede der Inanspruch-

nahme zahnmedizinischer Leistungen auszugleichen.

Da im Setting Kindereinrichtung nicht ausschließlich sozial oder gesundheitlich Benachteiligte anzutreffen sind, wird so die Möglichkeit genutzt, Personen mit höheren Gesundheitsrisiken und / oder sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen gezielt anzusprechen ohne zu stigmatisieren.

Die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes in der Kindereinrichtung (tägliches Zähneputzen insbesondere in Kindertagesstätten, Zubereitung und Angebot zahngesunder Mahlzeiten) wird durch die in der Gruppenprophylaxe Tätigen mit beeinflusst.

Der Setting-Ansatz mit der Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen bewirkt bei entsprechend langfristiger Anlage eine größere Nachhaltigkeit der zu erzielenden Effekte als individuelle Maßnahmen.

Die Gruppenprophylaxe bildet auch eine gute Basis für weiterführende, in der zahnärztlichen Praxis zu erbringende additive Maßnahmen (§ 22 SGB V – Individualprophylaxe). Mit den Früherkennungsuntersuchungen gem. § 26 SGB V hat der Gesetzgeber 1998 für die Kinder bis zum 6. Lebensjahr, die keine Kindereinrichtungen besuchen, die Möglichkeit geschaffen, dass individuell durch Kinder- und Zahnärzte prophylaktische Leistungen erbracht werden.

Die Maßnahmen sind auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abzustimmen. Einzubeziehen sind die primären



Bezugspersonen Erzieher, Lehrer und Eltern. Neben der Vermittlung von gesundheitsförderlichem Wissen, Gewohnheiten und Verhalten (z.B. muss ein Kindergartenkind das richtige Zähneputzen entsprechend seinem Entwicklungsstand lernen) wird durch die zahnmedizinische Intervention (Fluoridierung) ein ausgewogener Mix primärpräventiver Maßnahmen für diese Zielgruppe erbracht. Kinder werden in ihrer Kompetenz gestärkt und entwickeln Eigenverantwortlichkeit.

Einen besonderen Stellenwert haben die zahnärztlichen Untersuchungen. Sie beinhalten die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Erhebung gesundheitlicher Daten. An Hand der Auswertungen können Ein-

richtungen mit erhöhtem präventiven Handlungsbedarf sowie einzelne Kinder mit erhöhtem Risiko identifiziert und bedarfsgerechte Betreuungsprogramme insbesondere auf kommunaler Ebene geplant und gezielt umgesetzt werden.

Neben den beiden dargestellten Aspekten haben diese Untersuchungen auch eine sozialkompensatorische Funktion. Die Heranwachsenden werden unabhängig von ihrer Lebenssituation erreicht und gleichzeitig kann ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt werden. Können die Untersuchungen zusammen mit weiteren präventiven Maßnahmen, wie Mundhygienetraining und Fluoridapplikation durchgeführt werden, ist die Effektivität besonders hoch.



Praxis zwangsweise geschlossen! Und die Kosten?



Stellen Sie sich vor, Ihre Praxis ist seit gestern geschlossen – ganz gleich, ob der Praxisbetrieb wegen Krankheit, Unfall, Quarantäne oder Sachschaden unterbrochen ist!

Wie lange können Sie aus privatem Vermögen Ihre laufenden Betriebskosten bezahlen? Einen Monat, zwei Monate, länger? – Oder wie viele Ihrer Kollegen, gar nicht?

Wir haben die Lösung: Die INTER Praxis-Ausfallversicherung!
Sichern Sie sich Ihre Existenz!

Coupon bitte per Telefax oder
per Post einsenden!

INTER Ärzte Service
Erzbergerstraße 9 – 15
68165 Mannheim
Telefon (06 21) 4 27-6 56
Telefax (06 21) 4 27-5 98
www.inter.de
E-Mail aertzservice.HV@inter.de

Bitte senden Sie mir weitere Informationen zum Thema Praxis-Ausfallversicherung.

Bitte rufen Sie mich zur Terminabstimmung an.

Absender / Praxis-Stempel:



Bei der Umsetzung der Gruppenprophylaxe gibt es eine Vielzahl von Herangehensweisen, die vom Sachverständigenrat durchaus kritisch als „bunter Kanon“ bezeichnet wurden.

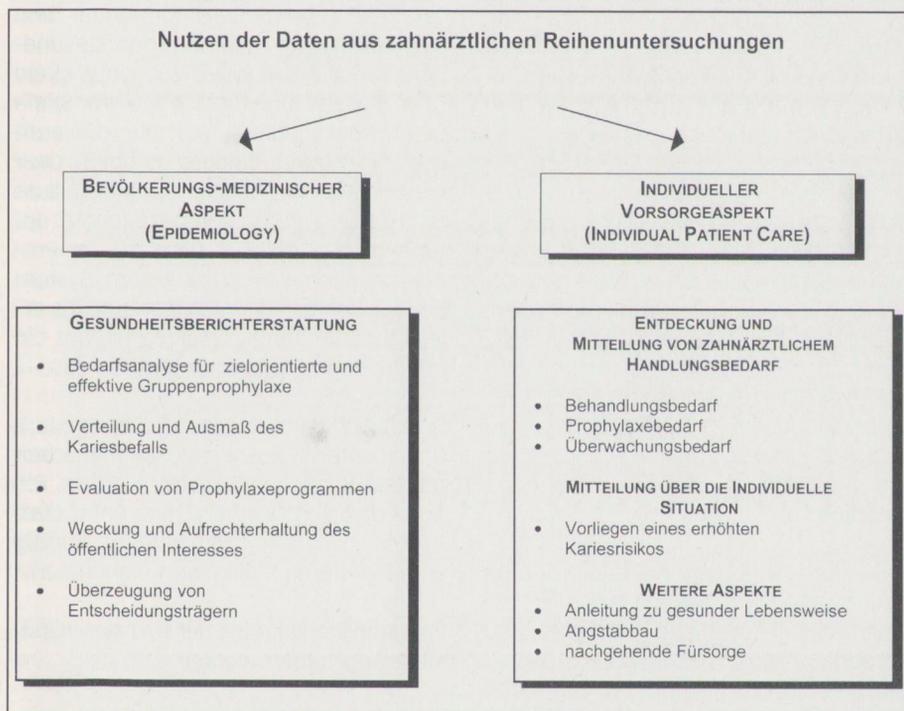
Aus den Maßnahmendokumentationen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) geht auch hervor, dass die vorgesehenen Maßnahmen noch nicht in vollem Umfang realisiert werden.

Die Heterogenität resultiert sowohl aus den föderalen Strukturen als auch aus einer Vielfalt verschiedener Gegebenheiten wie Interesse der beteiligten Krankenkassen und Bereitschaft zur Finanzierung, Beteiligung und Honorarvergütung der niedergelassenen Zahnärzte,

personelle und sächliche Ressourcen der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern etc..

Die bestehende Vielfalt gruppenprophylaktischer Konzepte ermöglicht es zwar, auf regionale Anforderungen und Gegebenheiten einzugehen, beinhaltet jedoch gleichzeitig die Problematik, dass eine erhebliche Abhängigkeit von der Finanzierungsbereitschaft der regionalen Krankenkassen und der öffentlichen Hand besteht und sogar wechselseitig dazu führt, Verantwortlichkeiten auf den jeweils anderen Partner delegieren zu wollen.

Positive, synergistische Effekte innerhalb der Gruppenprophylaxe sind insbesondere dort zu verzeichnen, wo



dem ÖGD die Koordination der beteiligten Partner bei der Umsetzung der präventiven Konzepte obliegt.

Durch die Zugangsmöglichkeit der Gesundheitsämter zu den Einrichtungen (Kindergärten und Schulen) ist eine flächendeckende Betreuung eher zu realisieren.

Der Erreichungsgrad ist dort hoch, wo der ÖGD als Struktur kontinuierlich zur Verfügung steht. Aus den Erhebungen des BZÖG wird deutlich, dass durch den ÖGD ca. 50 % der Kindergarten- und Schulkinder gruppenprophylaktisch betreut werden. Von ca. 1,5 Mio. Kindergartenkindern werden vom ÖGD 678 Tsd. mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen erreicht und 711 Tsd. werden zahnärztlich untersucht. Von 3,3 Mio. Schulkindern der Klassen 1 - 6 erhalten durch den ÖGD 1,5 Mio. Maßnahmen der Gruppenprophylaxe und 2,1 Mio. werden zahnärztlich untersucht.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das interdisziplinäre Arbeiten. Da Kinder mit Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen erfahrungsgemäß auch weitere gesundheitliche bzw. soziale Probleme haben, hat es sich bewährt, mit weiteren Partnern (z.B. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst der Gesundheitsämter, Schulsozialarbeiter, Jugendamt) im Lebensumfeld der Kinder anzusetzen.

Ausblick

Prävention und Gesundheitsförderung fachübergreifend anzugehen und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten wird zukünftig einen höheren Stellenwert haben und mit einer

stärkeren Zielorientierung verbunden sein. Neben ausgewiesenen Mundgesundheitszielen sollten die beteiligten Partner konsensfähige, machbare und finanzierbare Präventionsziele mit Prioritätensetzung und gewünschten Outcomes formulieren. Unter der Prämisse eines effizienten Mitteleinsatzes sind bevölkerungsbezogene Interventionen vorrangig umzusetzen.

Die Erstellung eines bundesweiten Programms zur weiteren Verbesserung der Mundgesundheit könnte eine Basis für die Weiterentwicklung der entsprechenden länderspezifischen und kommunalen Umsetzungen sein.

Auf kommunaler-, Länder- und Bundesebene ist ein Monitoring der Mundgesundheit insbesondere für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln bzw. auszubauen und sollte im Sinne einer Rückkopplung auf die präventiven Aktivitäten Einfluss nehmen. Auf dieser Grundlage sollte die Möglichkeit zu gesundheitssystembezogenen Interventionen eröffnet werden, um Problemgruppen den Zugang zum System der gesundheitlichen Versorgung zu erleichtern. Weiterhin resultiert hieraus ein effektiver und effizienter Mitteleinsatz.

Schließlich wird eine ressortübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Bereichen Soziales, Medizin, Bildung und Verbraucherschutz unter dem Aspekt der Netzwerkbildung zukünftig einen größeren Stellenwert einnehmen.

Literaturliste kann bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden.

Zur Wirksamkeit der Gruppenprophylaxe

Juliane Frühbuß

In den letzten 10 Jahren konnte eine erhebliche Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland aufgezeigt werden (IDZ 1997), nachdem diese bis Mitte der 90-er Jahre im europäischen Vergleich relativ schlecht abschnitt. Die Thematisierung der Mundgesundheit und die Einführung der Gruppenprophylaxe hat zweifellos erhebliche Verbesserungen bewirkt und ist bis heute ein Meilenstein in der bevölkerungsbezogenen Zahnmedizin. Die vielfältigen Aktivitäten in der Gruppenprophylaxe bestehen allerdings auch aus einem „Bunten Kanon“, wie der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2000/2001 betont und sind deshalb schwer zu evaluieren. Welchen Anteil und in welchen Bereichen die Gruppenprophylaxe an der Verbesserung der Mundgesundheit hat, ist deshalb schwer zu sagen.

Die Gruppenprophylaxe ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich organisiert und wird von verschiedenen Gruppierungen umgesetzt. Unbestritten ist, dass die Fluoridzufuhr über Zahnpasta und Speisesalz einen großen Anteil am Kariesrückgang hat. Es ist jedoch bis heute nicht klar zu erkennen, welche Maßnahmen den Hauptanteil der Verbesserungen bewirkt haben und daher ist ebenfalls unklar, in welche Maßnahmen in Zukunft „investiert“ werden soll!

Das bundeseinheitliche SGB V sagt im Paragraph 21 nicht besonders differenziert, dass Kinder bis zum 12. Lebensjahr und möglichst flächendeckend gruppenprophylaktisch betreut werden sollen. Einzelne Bundesländer (z. B. NRW) haben in den neuen Gesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bereits Vorschriften entwickelt, die den Auftrag zur Gruppenprophylaxe differenzierter beschreiben. Grundsätzlich haben diese Länder weitere Vorgaben des SGB V in das Gesetz übernommen (wie z. B. auch die Qualitätssicherung) und die Versorgungsleistungen wie folgt beschrieben. Sie sollen insgesamt unter den Aspekten

- bedarfsgerecht (Ermittlung des Bedarfs in der Kommune) = Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung
- wirtschaftlich (Kosten-, Nutzen-, -Wirksamkeitsanalysen) = Gesundheitsökonomie
- nach Wirksamkeit und Qualität = Qualitätsmanagement
- dem allgemein anerkannten Stand der = Evidence based Dentistry
- Gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse = Sozialwissenschaften

erbracht werden.

Die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind deshalb schon durch das Gesetz gehalten, sich diesen Anforderungen zu stellen und sie auch umzusetzen. Sie setzen jedoch zusätzliche Kenntnisse und Fähigkeiten voraus, die in der zahnärztlichen Ausbildung in der Regel nicht vermittelt werden. Es sollten deshalb für alle Akteure, die an

Dr. Juliane Frühbuß, M.San.,
Uni Düsseldorf
Juliane.Fruebuss@re.uni-duesseldorf.de

der Gruppenprophylaxe teilnehmen, Fortbildungen in den oben genannten Bereichen angeboten werden, damit die finanziellen Mittel auch wirklich der Zielsetzung entsprechend verwendet werden.

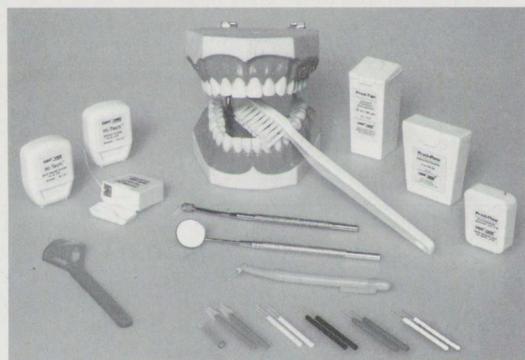
Der Bedarf in den Kommunen sollte deshalb in Zukunft zielgruppenentsprechend ermittelt werden (z. B. anhand eines sozialdemographischen Atlas), nach anerkannten Maßstäben sollten evaluierte Präventionsprogramme eingesetzt und die Wirkung anschließend evaluiert werden.

Aus meiner Sicht ist bis heute kein direkter Vergleich der Effektivität und Effizienz zwischen den eingesetzten Programmen der Gruppenprophylaxe möglich, da Kriterien für die Bewertung von Präventionsprogrammen nicht einheitlich festgesetzt sind: Es gibt

- keine einheitliche, konkrete und evaluable Zielsetzung in den angebotenen Programmen
- kein Einsatz evaluierter Gesundheits-erziehungs- und förderungsprogramme
- keine anerkannte Ausbildung in Gesundheitserziehung oder -förderung für die Zahnärzten und Prophylaxehelferinnen, die an der Gruppenprophylaxe teilnehmen
- keine einheitliche Regelung über den Einsatz (Menge und Häufigkeit) von Fluoriden.

Es sollte deshalb überlegt werden, die Anforderungen an die Gruppenprophylaxe neu zu formulieren und die Kriterien der Umsetzung und Evaluation gemeinsam festzulegen.

Deutschlands großes Prophylaxe-Sortiment



- *Ultraschall-Zahnbürsten*
- *Interdentalbürsten, -halter*
- *Zahnseiden, -band, Flosser*
- *Spezialitäten der Mundhygiene*
- *Zungenreiniger, Zungen-Gel*
- *Plaquetektoren*
- *Polierkelche, -bürsten etc.*
- *Diagnostik- und Paro-Instrumente*
- *Fotospiegel, Mundspiegel*
- *Zahn- / Demomodelle, CD's*
- *Motivationsartikel, Bücher*
- *und viele weitere Spezialitäten...*

Fordern Sie unseren Katalog
"PROPHYLAXE 2002" an!

www.dentocare.de

DENTOCARE®

DENT-O-CARE Prophylaxeservice * Ahornstr. 2 * D-85635 Höhenkirchen

Tel. 08102 - 4112 * Fax 08102 - 65 23

Auswirkungen dysfunktionaler Familienstrukturen auf Kinder und Jugendliche

Almuth Künkel

Zur Lebenssituation von Kindern in Deutschland

Ende der Neunziger Jahre lebten etwa 12,3 Millionen Kinder zwischen 0 und 14 Jahren in Deutschland, sie machten damit 15% der Bevölkerung aus (BMFS-FJ 1998, S. 11). Zwanzig Jahre zuvor betrug ihr Anteil an der Bevölkerung noch knapp 22%. Rückgang der Kinderzahlen, Zunahme von Ein-Kind-Familien, ansteigende Zahl von Ehescheidungen, Alleinerziehenden und sog. Patchwork-Familien, deren Zusammensetzung sich nicht selten zwei-, dreimal während einer Kindheit ändert – wie wirken sich Lebenswelten auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus? Darum geht es im folgenden Kapitel. Insbesondere soll den Fragen nachgegangen werden:

- Welche Risikofaktoren beeinträchtigen Gesundheit und gesundheitsbewusstes Verhalten von Heranwachsenden?
- Welche Rolle kommt dabei dem Lebensumfeld, der Familie und den sozio-ökonomischen Bedingungen zu, unter denen die Kinder aufwachsen?

- Wie kann die zahnärztliche Gruppenprophylaxe dem Lebensumfeld von Risikokindern Rechnung tragen?

Zunächst einige Zahlen zur Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen, die dem 10. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung von 1998 entnommen sind:

- Etwa 85% der Kinder leben Mitte der neunziger Jahre mit verheirateten Eltern zusammen, wovon mindestens einer ein leiblicher Elternteil ist. Je älter die Kinder werden, umso größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Scheidung oder dauerhafte Trennung ihrer Eltern erleben.
- Verschiedenen Schätzungen zufolge werden fast 30% der in den 80er Jahren Geborenen eine Zeitlang ohne Vater oder ohne Mutter leben (S. 27).
- Etwa 14 % leben bei einem alleinerziehenden Elternteil, in der Regel ist dies die Mutter. Drei Fünftel der Mütter sind geschieden oder getrenntlebend, je ein Fünftel ist ledig bzw. verwitwet. Nur 2% der Alleinerziehenden sind Väter (S. 27).
- Bei mehr als einem Viertel der Kinder haben Vater und/oder Mutter einen anderen kulturellen Hintergrund als den traditionell deutschen.

Prof.Dr.Almuth Künkel
Wiembachallee 24 51379 Leverkusen
ALKuenkel@gmx.de

- Knapp 60 000 Kinder unter 15 Jahren leben in Pflegefamilien oder Heimen, wobei in den neuen Bundesländern häufig Verwandte die Pflegeeltern sind.
- Der Lebensraum der Kinder variiert stark: 31% der Kinder leben in großen Städten über 300 000 Einwohner, 29% dagegen in kleinen ländlichen Gemeinden. 40% der Kinder wohnen in Klein- und mittleren Großstädten.
- 6,3% der Kinder unter 15 Jahren lebten 1995 in Familien, die auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen waren.

Erhöhter Hilfebedarf

Viele dieser Kinder und ihre Bezugspersonen brauchen institutionelle Hilfe zum Lebensunterhalt, sei es finanziell (18% der Kinder in Deutschland sind von Armut bedroht und leben von Sozialhilfe), sei es durch Beratung bei Schul- und Erziehungsproblemen, Störungen in der Familie oder anderen Belastungen, die die Erziehungsfähigkeit der Eltern vorübergehend oder auf lange Sicht beeinträchtigen.

250 000 Kinder und deren Eltern erhielten 1997 Beratung und Hilfe bei der Bewältigung von Erziehungs-, Schul- und Lebensproblemen. (Report Psychologie, 2000, S. 159).

1995 erhielten 30 350 Kinder unter 12 Jahren eine besondere Form der intensiven Einzelbetreuung im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH), 56 600 Kinder unter 12 J. befanden sich

in heilpädagogischen Tagesgruppen, Vollzeitpflege, Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnformen.

Fragestellungen/Themen, derentwegen Beratung aufgesucht wird, waren

- Verhaltensauffälligkeiten und -störungen
- Schulprobleme
- Störungen innerhalb der Familie
- Alkoholismus eines/beider Elternteile
- schwere Erkrankung eines/beider Elternteile (vor allem Depression und Psychosen)
- Eheschwierigkeiten/Trennung/Scheidung
- Kritische Lebensereignisse (Umzug, Tod eines Angehörigen, Arbeitslosigkeit der Eltern)
- Chronische Krankheiten des Kindes

Wenn im vorangegangenen Abschnitt von Umfeld gesprochen wurde, so schließt das den gesamten Lebensraum eines Heranwachsenden ein, d.h. Menschen, Institutionen, räumliche Umgebung, biologische Umwelt und die Erwartungen, die von den Werten und Normen der Gesellschaft ausgehen. Unter dem Begriff Lebenslagen werden Merkmale wie Familiengröße und -form, Zugang zu Bildung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Lebens- und Wohnverhältnisse zusammengefasst. Lebenslagen von Kindern können vorübergehend sein, etwa durch Arbeitslosigkeit oder Scheidung der Eltern ausgelöst, können aber auch über Kindheit und Jugend hinausreichen wie Schichtzugehörigkeit, die sich vor allem auf das elterliche Bildungs- und Berufsniveau und den Lebensstandard bezieht.

Dysfunktionalität der Familie bedeutet, dass entscheidende Aufgaben und zumeist mehrere gleichzeitig nicht angemessen gelöst werden, so dass die Entwicklungschancen des Kindes erheblich und nachhaltig beeinträchtigt sind. Karies ist da nur eines von vielen Übeln.

Je früher im Leben des Kindes Belastungen eintreten und je länger diese anhalten, umso ausgeprägter sind die Beeinträchtigungen seiner Entwicklung. Der Soziologe U. Beck beschreibt die systematische Ungleichverteilung der Risiken in unserer Gesellschaft in seinem Buch „Die Risikogesellschaft“ (1986): Die Ressourcen (Schutzfaktoren, lebensverbessernde Bedingungen) sammeln sich in den oberen Schichten, die Risiken dagegen in den unteren. Die Schere zwischen arm und reich, gesund und krank öffnet sich immer weiter, wie sich auch anhand von Zahngesundheitsdaten belegen lässt:

Lebenslagen und Zahngesundheit

16% der untersuchten 8-9 jährigen deutschen Schulkinder wiesen Anfang der neunziger Jahre 100% der Zahnschäden auf (Micheelis und Bauch, 1993, S.85). Micheelis und Schroeder stellten 1996 (S. 53) folgendes fest:

Der Kariesbefall von Kindern hängt dreimal mehr mit der Schulbildung der Eltern zusammen als mit dem Süßigkeitenverzehr der Kinder.

Mit höherer Schulbildung erhält man nicht nur leichter Zugang zu gesundheitsrelevantem Wissen, man entwickelt offenbar auch eher die Einsicht, dass Gesundheit ein schützenswertes

Gut ist und dass es sich lohnt, dafür Mühen (fachliche Kontrolle und Vorsorgemaßnahmen) aufzuwenden.

Lebenslagen und Prophylaxe

Vorsorge und Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung und -erziehung werden in Familien mit geringem Bildungsstand und Einkommen seltener wahrgenommen als in der sog. Mittelschicht (Breuer, 1985). Kinder aus Unterschichtfamilien gehen nur dann zum Arzt oder Zahnarzt, wenn konkrete (dringliche) Beschwerden vorliegen. Dadurch werden nicht nur die Krankheitssymptome gravierender, sondern auch die Unannehmlichkeiten der Behandlung größer, die Angst vor der nächsten Behandlung steigt. Micheelis und Schroeder (a.a.O., S.89) stellen in bundesweiten Untersuchungen fest, dass Kinder nur dort eine Chance auf gesunde Zähne haben, wo sich die Eltern um Zahnpflege und Vorsorge kümmern. Das ist in den unteren sozialen Schichten deutlich seltener der Fall. Bei Kindern ausländischer Eltern (die sowohl vom Aufklärungsstand als auch von den sozioökonomischen Verhältnissen her zu den Risikogruppen gezählt werden müssen) ist der Kariesbefall bis zu dreimal so hoch wie bei gleichaltrigen deutschen Kindern (Büttner, 1995).

Da Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten Gewohnheiten sind, die durch Nachahmung und Verstärkung gelernt werden, haben Kinder aus sozial schwachen Familien geringe Chancen, es selbst besser zu machen als ihre Eltern.

Auf Elternseite sind nicht nur man-

gelandes Wissen, geringe Einsicht in die Zusammenhänge oder Desinteresse für die geringe Vorsorgeorientierung verantwortlich, wie Barkowski und Mitarbeiter (1996) beobachten. In den Familien mit schlechter Zahngesundheit der Kinder fanden sie folgende Belastungsfaktoren:

- Geringe Lebenszufriedenheit
- Arbeitslosigkeit eines Elternteils
- Unvollständige Familie (Pflegefamilie, alleinerziehender Elternteil, Scheidung)
- Finanzielle Probleme, schlechte Wohnverhältnisse
- Allgemeine gesundheitliche Probleme
- Erziehungsarbeit wird als stressig erlebt.

Familien mit einer solchen Fülle von Problemen werden in der sozialpädagogischen Literatur auch als „Multi-problemfamilien“ oder dysfunktional beschrieben.

Dysfunktionale Familien

Als dysfunktional ist eine Familie anzusehen, wenn sie

- in der Bewältigung des Lebensalltags
- in Kommunikation und Zusammenleben miteinander
- im Zusammenleben mit anderen Systemen (etwa Nachbarschaft, Verwandtschaft, Schule, Normen und Regeln der Gesellschaft)
- im Umgang mit kritischen Lebensereignissen
- in Bezug auf die Gesundheit ihrer Mitglieder und deren Bewältigung von jeweiligen Entwicklungsaufgaben

erhebliche Kompetenz- und Handlungsdefizite aufweist. Die Familie kann die anstehenden Aufgaben nicht so lösen, dass der Zusammenhalt der Mitglieder und ihr Wohlbefinden (biopsychosoziale Gesundheit) auf verlässliche Weise über einen längeren Zeitraum erhalten bleiben.

Im folgenden sollen Probleme in einzelnen Lebensbereichen näher beschrieben werden, mit denen die dysfunktionale Familie zu kämpfen hat und die auch Verhalten und Motivation der Heranwachsenden in der Gruppenprophylaxe beeinflussen.

Bewältigung des Lebensalltags

- Auskommen mit dem Einkommen
- Haushaltsführung: Versorgung, Pflege, Betreuung der Mitglieder, Ordnung und Sauberkeit, Einteilen der Finanzen
- Tagesstruktur: Einhalten von Zeiten (Aufstehen, Schul- u. Arbeitsbeginn, Geschäftsöffnungszeiten, Arzttermine)
- Einhalten von Absprachen, Organisation von Verabredungen

Dass sich solche organisatorischen Schwierigkeiten auch auf die Qualität der Ernährung und Körperpflege, auf das Einhalten von Arztterminen etwa zur Kontrolle von Zahnpflege und Zahnstellungsregulierung und auf den Aufbau von regelmäßigen Gewohnheiten auswirken, ist naheliegend. Wenn Eltern ihre Kinder nicht dazu anhalten, Vereinbarungen einzuhalten, sie nicht zu Veranstaltungen bringen, Mitteilungen und Elternbriefe nicht lesen, schränkt das die Wirkung der Gesundheitsaufklärung

erheblich ein.

Kommunikation und Zusammenleben miteinander

Kommunikation in der Familie ist gekennzeichnet durch die Intensität des emotionalen Zusammenhalts (Bindung) und die Art und Häufigkeit der Auseinandersetzungen untereinander (Konstanz vs. Dissens).

Der sicheren Bindung des Kindes an seine nächsten Bezugspersonen kommt eine besondere Bedeutung für die psychisch wie körperlich gesunde Entwicklung eines Kindes zu. Auch wenn Bindungsbedürfnis und Bindungsfähigkeit bei jedem gesunden Säugling vorhanden sind, müssen sie durch positive Erfahrungen in den ersten Lebensjahren gefestigt und ausdifferenziert werden. Frühe Bindungserfahrungen übertragen wir auf alle späteren Beziehungen, wie der Bindungsforscher John Bowlby als einer der ersten beschrieb (1984).

Wenn ein Kind sich durch konstante Zuwendung, verlässliche Pflege und Wahrnehmung seiner Bedürfnisse (CCC-Muster: continuous care and contact, vgl. Chasiotis und Keller, 1995) verstanden und beruhigt fühlt, ist es sicher genug, sich anderen Dingen zuzuwenden und seine Umgebung zu erkunden. Es nimmt Anregungen auf und entwickelt sich rasch weiter. Ist sich ein Kleinkind jedoch der Zuwendung seiner Bezugsperson nicht sicher, etwa wenn der Kontakt durch unberechenbaren Wechsel zwischen Nähe und Distanz oder durch Vernachlässigung, scharfe körperliche Strafen oder emotionale Kälte gekennzeichnet ist, entwickeln

sich Bindungsunsicherheiten oder -störungen, die die Entwicklung auch in späteren Lebensabschnitten noch erheblich belasten können.

Goldbrunner (1992, S. 52) sieht eine „grundlegende Beziehungsstörung“ häufig in Problemfamilien, „die es beinahe unmöglich macht, Nähe zuzulassen, ohne in Panik zu geraten, seine Autonomie zu verlieren“. Er sieht hier einen verschlimmernden Effekt in der räumlichen Beengtheit des Wohnens, die keine ausgewogene Balance zwischen Rückzug und Kontakt erlaubt. „Die räumliche Nähe mobilisiert im Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt ..., dem alle sozialen Beziehungen ausgesetzt sind, in überwertiger Form Abgrenzungstendenzen, die sich vor allem in aggressiven Verhaltensweisen manifestieren.“ (S. 52). Auch im Klassenverband verhalten sich diese Kinder oft aggressiv-gereizt, umtriebig und unruhig. Sie ertragen die großen Schülerzahlen, den langen Unterricht und die Kopflastigkeit der Wissensvermittlung (häufig zu theoretisch, zu wenig handlungsorientiert, zu wenig erlebnisbetont) besonders schlecht. Kleingruppenarbeit, Unterrichtsgespräche mit drei, vier Kindern in einem gesonderten Raum, während die übrige Klasse den Schulunterricht fortsetzt, auch Einzelgespräche mit besonders belasteten und schulabweisenden Jugendlichen sind hier sinnvoll. Auf Unterrichten im Klassenverband sollte bei Problemgruppen ganz verzichtet werden.

Erziehungsziele und Erziehungsstile

Die Wahrnehmung von Gesundheitsaufklärung und Vorsorgeverhalten hängt

eng mit den Erziehungs- und Lebenszielen in der Familie zusammen. Hier unterscheiden sich Eltern deutlich je nach Bildung und sozioökonomischen Verhältnissen (Schneewind, 1991): Mittelschichtfamilien legen mehr Wert auf persönliche Freiheit, Leistungsstreben und Selbstverwirklichung für ihre Kinder und gestehen ihnen mehr individuelle Abweichungen zu. Ihre Erziehung ist stark zukunfts- und bildungsorientiert, Vorsorge und gesundheitsbezogenes Wissen haben einen hohen Stellenwert. Unterschichtfamilien orientieren sich dagegen stärker an traditionellen Rollenmustern, was u.a. den Mädchen noch immer geringere Bildungs- und Berufschancen ermöglicht. Frühe finanzielle Eigenständigkeit steht bei ihnen vor Schulbildung, Lebenstüchtigkeit wird am gegenwärtigen und nicht am zukünftigen Erfolg gemessen. Was heute mit geringerem Aufwand zu erreichen ist, gilt mehr als der mögliche Zugewinn, der sich erst in Jahren auszahlt. Daher hat Gesundheitsvorsorge in sozial schwachen Familien einen weitaus geringeren Stellenwert.

Jugendliche reagieren nicht nur auf den Erziehungsstil der Eltern, sondern registrieren auch in der Gruppenprophylaxe, mit welcher Einstellung und welchen Erwartungen wir ihnen begegnen. Ein Macht ausübender Erziehungsstil verhindert, dass Forderungen als überzeugend und sinnvoll akzeptiert werden. Eine autoritäre Haltung fordert Widerspruch heraus, weckt Gegendruck. Allenfalls aus Angst vor Strafe wird eine Zeit lang mitgearbeitet, doch nur so lange, wie mit Kontrolle und Sanktionen zu rechnen ist. Sind Jugendliche sicher, dass sie nicht erwischt werden, lassen

sie das Gesundheitsverhalten sofort wieder sein.

Setzen Erwachsene als Druckmittel Liebesentzug ein („Schade, ich hätte von dir mehr erwartet. Du hast mich sehr enttäuscht!“), kann das vor allem zu Angst vor Kritik und Versagen führen und die Heranwachsenden zu unauf richtigem und heuchlerischen Verhalten verleiten. Um den Erwachsenen zu besänftigen, wird unerwünschtes Verhalten vertuscht, die Kinder „reden zum Munde“, beschuldigen eher andere, als selbst einen Fehler zuzugeben.

Am geschicktesten ist es, sich induktiv (partnerschaftlich) zu verhalten, die Jugendlichen grundsätzlich als ernst zu nehmende Gesprächspartner anzusehen, denen an der eigenen Gesundheit etwas liegt und die dafür auch die Verantwortung übernehmen können. Das äußert sich darin, dass man Erwartungen erklärt und begründet, Schwierigkeiten bespricht, Ausnahmen und sinnvolle Alternativen diskutiert. Auf Zwang und Zurechtweisung wird verzichtet, was die Übernahme von Eigenverantwortung unterstützt. Dann leuchten dem Heranwachsenden die Forderungen eher ein, die an ihn gestellt werden; er hat das Gefühl, ihnen aus freien Stücken zu folgen, und richtet sich viel zuverlässiger danach. Dieser Erziehungsstil gilt als der effektivste, die Entwicklung am meisten fördernde. Er ist in aufgeschlossenen Mittelschichtfamilien häufiger, in Multiproblemfamilien dagegen eher selten anzutreffen.

Probleme der Verhaltenskontrolle

Multiproblemfamilien weisen häufig Probleme der Kontrolle abweichenden

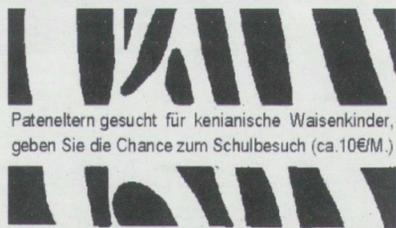
Verhaltens (mangelnde Impulskontrolle) auf. Das kann sich in Verwahrlosungsproblemen äußern, zu Kriminalität, Gewaltanwendung gegenüber Kindern, Ehepartnern oder älteren Familienmitgliedern führen und ist gleichermaßen Ursache von Vernachlässigung oder sexueller Verführung von Kindern, Schulschwänzen, Arbeitsverweigerung oder Sucht. Einzelne oder mehrere Probleme dieser Art finden sich in dysfunktionalen Familien häufig (Goldbrunner, 1992, S. 116). Für Kinder stellt die Inkonsequenz der Eltern in der Erziehung ein besonderes Problem dar. Wenn Eltern zwar Regeln aufstellen, sich aber um ihre Einhaltung nicht kümmern, können Kinder die Folgen ihres Verhaltens nicht einschätzen lernen. Sie verhalten sich zunehmend planlos, augenblicklichen Bedürfnissen folgend und halten keine Grenzen ein. Das lässt sie anderen Erwachsenen gegenüber – etwa im Umgang mit Lehrern und Prophylaxefachkräften – schwer lenkbar und zügellos wirken, es kommt häufig zu Disziplinschwierigkeiten, besonders wenn die Kinder sich in Gruppen einfügen und an Absprachen halten sollen. Das erfordert ein hohes Maß an Überschaubarkeit und konsequenter Führung vonseiten des Erwachsenen, was in kurzen Unterrichtseinheiten und großen Schulklassen kaum zu leisten ist. Wendet man jedoch zu starken Druck an, so reagieren Jugendliche aus dysfunktionalen Familien häufig mit Misstrauen, Fluchtendenzen oder der Demonstration einer aufgesetzten Anpassung (Goldbrunner, a.a.O., S. 119) oder mit Gegendruck (Aufsässigkeit, massivem Störverhalten oder Verweigerung der Mitarbeit).

Forderung nach konfliktfreien Zonen

Nicht nur in dysfunktionalen Familien gibt es mehr Auseinandersetzungen und „Zoff“ mit den Kindern, wenn sie in der Pubertät sind. Über dem täglichen Ringen um Regeln und Rechte, Ge- und Verbote gehen in diesem Lebensabschnitt schnell Verständnis und Zuneigung für einander verloren. Daher wird von Jugendpsychologen empfohlen, in der Familie konfliktfreie Zonen einzurichten (Fend, 1998), in denen der pädagogische Anspruch der Eltern einmal ruht und entspannende gemeinsame Erlebnisse überwiegen (etwa beim gemeinsamen Essen oder Fernsehen). Konfliktfreie Zonen sind auch in der Gesundheitsförderung wünschenswert, damit nicht immer nur ermahnt und belehrt, Wissen vermittelt, gefördert und kontrolliert wird. In der Gruppenprophylaxe sollte auch Zeit sein, sich ohne pädagogischen Anspruch mit den Jugendlichen zu befassen, Anteil zu nehmen an dem, was sie bewegt, sie als Person wahrzunehmen und den Blick nicht nur auf ihre Zähne zu beschränken.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus: DAJ Spezial 1-2000

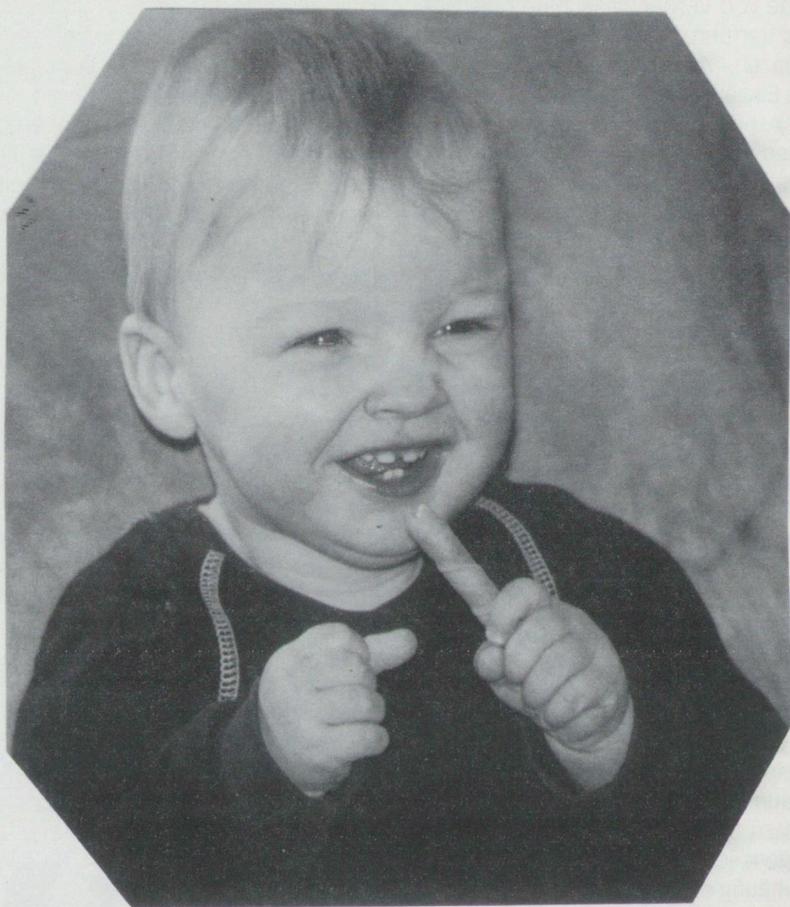
Literaturliste kann bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden



Pateneltern gesucht für kenianische Waisenkinder,
geben Sie die Chance zum Schulbesuch (ca. 10€/M.)

näheres unter www.zahnarzthilfe-kenya.de

MIT ZÄHNEN VON  KANN ER AUCH IM
ALTER NOCH KRÄFTIG BEISSEN !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!



SCHUSCHAN DENTALTECHNIK GMBH
HAHNBUSCHWEG 18
24147 KLAUSDORF
TEL. 0431/79874 / 75

Fluorid-Salz in der Gemeinschaftsverpflegung

Andreas Schulte

Die kariespräventive Wirkung von fluoridiertem Speisesalz ist dann am größten, wenn es nicht nur für die Haushalte zur Verfügung gestellt wird, sondern auch in Großküchen und in Bäckereien eingesetzt werden darf (Estupinán-Day et al. 2001). Diese idealen Bedingungen sind bisher nur in Jamaica und in Kolumbien gegeben. In Frankreich wurde fluoridiertes Speisesalz 1986 eingeführt und war zunächst nur für Privathaushalte vorgesehen; seit 1994 darf es auch von den Schulkantinen zur Herstellung von Speisen verwendet werden (Fabien et al. 1996).

In Deutschland ist es seit 1991 möglich, fluoridiertes Speisesalz in Haushaltspackungen zu kaufen. Der Marktanteil dieses Salzes ist seitdem kontinuierlich auf über 50% gestiegen, wobei es in Familien mit Kindern überdurchschnittlich häufig verwendet wird (Schulte et al. 2001, INSKP 2002). Großküchen und Kantinen dürfen fluoridiertes Speisesalz jedoch nur mit Genehmigung des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft verwenden. Diese Genehmigung wurde bisher nur einigen Einrichtungen vorläufig erteilt (z.B. Personalkantine des Universitätsklinikums Heidelberg, Zahnärztheaus Münster).

In Deutschland wurde bisher die Notwendigkeit, die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz in der Gemein-

Prof. Dr. Andreas Schulte,
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde,
Universität Heidelberg
Andreas.Schulte@med.uni-heidelberg.de

schaftsverpflegung zu erlauben, aus verschiedenen Gründen unterschätzt. Lange Jahre konnte man davon ausgehen, dass hier die Kinder im Gegensatz zu vielen anderen Ländern nur vormittags zur Schule gehen und somit in der Regel keine Kantinenverpflegung erhalten. Seit einiger Zeit wird jedoch auch in Deutschland gefordert, das Schulangebot flächendeckend um Ganztagschulen zu ergänzen. Damit haben inzwischen zahlreiche Städte und Gemeinden begonnen. Dies hat zur Folge, dass in den Ganztagschulen auch Kantinen oder Cafeterias eingerichtet werden, in denen die Schüler mittags eine warme Mahlzeit einnehmen können. Bei diesen Schülern reduziert sich dann auch die Zahl der Hauptmahlzeiten, die zu Hause eingenommen werden. Da auf Grund der bisher geltenden Regelungen eine Gemeinschaftsverpflegung nicht mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet werden darf, wird so einer steigenden Zahl von Kindern die Möglichkeit zur Einnahme von warmen Hauptmahlzeiten, die mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet sind, vorenthalten. Dies trifft Kinder aus sozioökonomisch schwachen Familien in besonderem Maße. Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass diese Kinder ein überdurchschnittlich hohes Kariesrisiko haben. Des weiteren suchen solche Kinder sehr selten einen Zahnarzt auf und nehmen somit individualprophylaktische Maßnahmen kaum in Anspruch.

Bisher wurden eine Reihe von wissenschaftliche Untersuchungen zu den positiven kariespräventiven Auswirkungen von fluoridiertem Speisesalz sowie zur

Fluoridaufnahme und Fluoridausscheidung im Urin durchgeführt. Diese Untersuchungen wurden fast ausschließlich bei Kindern (Schulte et al. 1995, Menghini et al. 1995, Fabien et al. 1996, Irigoyen und Sánchez-Hinojosa 2000, Estupinán-Day et al. 2001, Haftenberger et al. 2001, Schulte et al. 2001) und kaum bei Erwachsenen durchgeführt (Radnai und Fazekas 1999, Schulte et al. im Druck). Dabei darf nicht übersehen werden, dass in Deutschland die Kariesprävalenz von Erwachsenen seit mehreren Jahrzehnten unverändert hoch ist (Schiffner und Reich 1999). Daraus ergibt sich, dass Kariesprävention nicht nur ein Anliegen für Kinder und Jugendliche sein kann, sondern auch für Erwachsene verfolgt werden muss.

Die Situation, dass Hauptmahlzeiten nicht immer selbst zubereitet und somit auch nicht mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet werden können, betrifft schon seit langem viele Erwachsene. Dabei handelt es sich in erster Linie um berufstätige Personen, die vielfach ihre Hauptmahlzeiten in Kantinen, Cafeterias oder Restaurants einnehmen zu müssen. Dies gilt aber auch für in der Berufsausbildung befindliche Personen, Studenten oder Wehrpflichtige. Ebenfalls davon betroffen sind stationäre Patienten sowie Personen, die in Institutionen leben (z.B. Seniorenresidenzen, betreutes Wohnen von Behinderten) und dort ihre Hauptmahlzeiten nicht selbst zubereiten. Wegen der stark zunehmenden Zahl alter und hochbetagter Menschen wird auch der Anteil der Personen zunehmen, die sich fertige Hauptmahlzeiten durch einen der zahlreichen Sozialdienste in die Wohnung liefern lassen.

Diese Überlegungen zeigen deutlich, dass es notwendig ist, die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz auch in der Gemeinschaftsverpflegung generell zu ermöglichen. Am Beispiel einer eigenen wissenschaftlichen Studie kann gezeigt werden, dass diese Maßnahme zur Verbesserung der Fluoridversorgung beiträgt, ohne dass auch nur annähernd die Gefahr einer unerwünscht hohen Fluoridzufuhr besteht. Seit April 1999 wird fluoridiertes Speisesalz zur Zubereitung der Gemeinschaftsverpflegung in der Personalkantine des Universitätsklinikums Heidelberg verwendet. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach die Fluoridausscheidung im fraktioniert gesammelten 24h-Urin von Teilnehmern an dieser Verpflegung bestimmt. Der Verzehr einer warmen, mit fluoridiertem Speisesalz zubereiteten und mittags eingenommenen Hauptmahlzeit beeinflusste die Tagesausscheidung von Fluorid nur unwesentlich. Eine Erhöhung der Fluoridausscheidung um durchschnittlich 21,3% wurde im Nachmittagurin, d. h. nach Einnahme einer solchen Mahlzeit, beobachtet (Schulte et al., im Druck). Bei der Einschätzung von Werten zur Fluoridausscheidung sollte berücksichtigt werden, dass es nicht darauf ankommt, einen bestimmten Schwellenwert zu erreichen. Vielmehr reicht es aus, den Nachweis zu erbringen, dass durch die Teilnahme an einer mit fluoridiertem Speisesalz zubereiteten Mahlzeit tatsächlich eine vermehrte Fluoridzufuhr stattfindet. Aus zahlreichen Studien hat sich in den letzten Jahren herauskristallisiert, dass der kariespräventive Effekt von Fluoriden nur zu einem geringen Teil auf einer systemischen Wirkung beruht, sondern in erster Linie auf lokalen Wirkungen an den Zähnen (Featherstone

1999). Zu letzteren trägt auch der Verzehr von Mahlzeiten bei, die mit fluoridiertem Speisesalz zubereitet wurden.

Die Verwendung von fluoridiertem Jodsalz bei der Speisenherstellung in der Personalkantine des Universitätsklinikums Heidelberg wird dort aus fachlicher Sicht sowohl von der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten als auch von der Klinik für Innere Medizin befürwortet. Von den Kantinegängern wurde die Verwendung von fluoridiertem Jodsalz von Anfang an problemlos akzeptiert. In anderen Einrichtungen, die fluoridiertes Jodsalz in der Gemeinschaftsverpflegung verwenden, wurde ebenfalls eine uneingeschränkte Akzeptanz beobachtet. Umso bedauerlicher ist es, dass derzeit jede Einrichtung, die an dem Einsatz von fluoridiertem Speisesalz in der Gemeinschaftsverpflegung interessiert ist, sich dies vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft genehmigen lassen muss. Eine schnelle Änderung dieser Situation ist nicht in Sicht, da die Europäische Union verschiedene Vorschriften im Bereich Lebensmittelzusatzstoffe harmonisieren möchte. Davon ist auch die Frage des Zusatzes von Fluorid zu Lebensmitteln betroffen. Sobald die EU auf einem Gebiet tätig wird, dürfen die einzelnen Mitgliedsländer hier entsprechend dem

EU-Recht keine Entscheidungen mehr im Alleingang treffen.

Diese Situation ist aus kariespräventiver Sicht sehr unbefriedigend, und es sollte ein Anliegen aller mit dem Gesundheitswesen verbundenen Berufsgruppen sein, eine allgemeine Freigabe des fluoridierten Speisesalzes für den Einsatz in der Gemeinschaftsverpflegung zu erwirken.

Literaturliste kann bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden

Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG

Zahnarzt

Dr. dent. Breitschaft

Sprechzeiten:
Mo - Fr 9.00 - 18.00 Uhr
u. nach Vereinbarung Telefon 84 10 90 50

Fahrstuhl 2.OG

Frauenarzt

Dr. med. Henning

Sprechstunden nach Vereinbarung
Telefon 84 10 90 40

Schnelldienst

unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin

InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41

infocard@infocard-berlin.de

Fluorid-Salz als Regel-Speisesalz!

Alfred Fischer

Rund zehn Jahre nach Einführung im deutschen Markt hat fluoridiertes Speisesalz für die Privathaushalte erstmals einen Marktanteil von knapp über 50 Prozent erreicht.

Ein Einsatz in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung ist derzeit nur mit Ausnahmegenehmigung möglich, die mit vielen Auflagen verbunden ist. Eine schnelle Änderung ist nicht in Sicht, da entsprechende Regelungen zur Zeit auf EG-Ebene harmonisiert werden sollen.

Ziel sollte deshalb sein, dass Jodsalz mit Fluorid in möglichst allen Haushalten verwendet wird und somit zum Regel-Haushaltssalz wird.

Noch aber besteht großer Aufklärungsbedarf: Nur jeder zweite Haushalt verwendet dieses Salz, davon wiederum sind die meisten Single- oder Jung-Familien-Haushalte.

Auch Meinungsbildner weisen Verbraucher noch nicht ausreichend auf dieses Kombinationssalz hin: Nur jeder zweite Zahnarzt weist seine Patienten gezielt auf fluoridiertes Speisesalz hin. Die Wirksamkeit der Speisesalzfluoridierung wird von nur 31 Prozent der befragten Zahnärzte wissenschaftlich korrekt als hoch, dagegen von 24 Prozent als gering eingeschätzt (IDZ 2000).

Die Aufklärung sollte deshalb zukünftig noch breiter angelegt werden und das zahnärztliche Fachpersonal, die Ernährungsberatung und den Lebensmittelhandel ebenso mit einschließen wie Kindergärten und Schulen. Folgende Maßnahmen könnten beispielsweise zu einer noch größeren Akzeptanz von Jodsalz mit Fluorid beim Verbraucher und somit zu weiter steigenden Marktanteilen beitragen:

- Der Doppelnutzen von Jodsalz mit Fluorid sollte bei jedem Verbraucherhinweis besonders hervorgehoben werden: Es schützt gleichzeitig vor Karies und vor jodmangelbedingten Schilddrüsenkrankheiten. Und Deutschland ist nach wie vor ein Jodmangelgebiet, die Jodaufnahme entsprechend den Zufuhrempfehlungen nur zu zwei Dritteln gedeckt.

- Meinungsbildner und Multiplikatoren wie Zahn- und Kinderärzte, Prophylaxefachkräfte, der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Ernährungsberatung, Krankenkassen und andere Institutionen haben bei Verbrauchern in Gesundheitsfragen zumeist eine sehr hohe Akzeptanz und sollten deshalb verstärkt auf die Möglichkeit der Kariesvorbeugung mit Fluoriden, insbesondere mit fluoridiertem Speisesalz, hinweisen.

- Ebenso wichtige Impulse können von Erzieher/-innen und Lehrer/-innen ausgehen, die direkten Einfluss auf die Kinder und über diese auch auf die Eltern nehmen können. Bei der Behandlung des Themas Zahngesundheit

Informationsstelle für Kariesprophylaxe Postfach
1353, 64503 Groß Gerau, Tel. 06152/81466
Daz@kariesvorbeugung.de

durch Prophylaxefachkräfte, bei Schuluntersuchungen, bei Elternabenden oder anderen Anlässen sollten deshalb stets auch Informationsschriften zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden verteilt werden, wie sie beispielsweise von der Informationsstelle für Kariesprophylaxe zur Verfügung gestellt werden.

- Im Lebensmittelhandel selbst könnte mehr Aufmerksamkeit auf Jodsalz mit Fluorid gelenkt werden, wenn dieses Salz die zentrale Stelle im Salzregel einnehmen würde nach dem Motto "Zahn-gesundheit steht bei uns in der ersten Reihe".
- Die Hersteller von Jodsalz mit Fluorid sollten ihre Packungen so deklarieren,

dass der Verbraucher auf den ersten Blick erkennen kann, ob - und mit welchem Vorteil - Speisesalz mit Jod und mit Fluorid angereichert ist.

- Damit auch in Deutschland lebende Ausländer in den Genuss von Jodsalz mit Fluorid kommen, sollten Hersteller und Vertriebsorganisationen bemüht sein, dass dieses Salz auch in kleinen, vor allem von Ausländern betriebenen Lebensmittelgeschäften angeboten wird, wo Migranten bevorzugt einkaufen. Parallel dazu sollten ausländische Mitbürger im Rahmen aufsuchender Prophylaxe gezielt über die Möglichkeiten der Kariesprophylaxe mit Fluoriden und fluoridiertem Speisesalz aufgeklärt werden.

DAZ nimmt Stellung zu belgischer Gesetzesinitiative

Seit über 50 Jahren werden in fast allen Ländern zum Schutz der Zähne vor Karies Fluoride, Salze des Halogens Fluor, eingesetzt. Zahlreiche Studien dokumentieren seither Wirkungen und Nebenwirkungen der Fluoride.

„Fluor-Verbot in Belgien“ - so ging es Ende Juli 2002 durch die Presse. Als Begründung wurden ein Ansteigen von Fluorose und Osteoporose sowie angeblich neue Fakten über Fluoridrisiken genannt. Dahinter standen jedoch offenkundig nicht neue wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern die alten emotionalen Argumente aus der Fluoriddiskussion der 80er Jahre.

Tatsache ist - belegt zuletzt durch ei-

ne Untersuchung von Carvalho et al. -, dass milde Symptome der Fluorose zwischen 1983 und 1998 in Belgien von 5% auf 30% zugenommen haben. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil kariesfreier 12-Jähriger von 4% auf 50%. Man muss hier abwägen, was die Vermehrung einzelner weißer Flecken, die keinen gesundheitlichen Schaden und meist auch keine ästhetische Beeinträchtigung darstellen, gegenüber der Vermeidung schwarzer schmerzhafter Karieslöcher bedeutet. Karies schädigt den Zahn irreversibel und führt oft genug zu frühem Zahnverlust, mit allen bekannten gesundheitlichen und finanziellen Folgen. Was die Osteoporose anlangt, so gibt es keine Belege für ihre Zunahme in Belgien, ebenso wenig

wie für einen Kausalzusammenhang zu Fluoridierungsmaßnahmen. Bekannt ist dagegen, dass Fluorid die Knochendichte verbessert und in der Therapie der Osteoporose eingesetzt wird - allerdings in sehr hohen Dosen, weit oberhalb der für die Kariesprophylaxe gebräuchlichen Mengen.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), ein zahnärztlicher Berufsverband, begrüßt es, dass die deutschen Medien nicht mit Sensationsmeldungen über „giftiges“ Fluor das „Sommerloch“ zu stopfen versuchten, sondern mit sachlichen Darstellungen reagierten. Das ist ein Indiz dafür, dass die Aufklärungsarbeit der vergangenen Jahrzehnte, an der auch der DAZ tatkräftig mitgewirkt hat, Früchte trägt.

Bei der belgischen Initiative gilt es zu beachten, dass sie sich nicht auf alle Formen der Fluoridierung bezieht, z.B. nicht auf fluoridhaltige Kosmetika, zu denen Fluoridzahnpaste gehört, sondern auf Fluoridtabletten, -Tropfen und fluoridierte Kaugummis. Diese Dinge gelten in unserem Nachbarland als Lebensmittel-Ergänzungstoffe. Ziel von Gesundheitsministerin Aelvoet war auch nicht, Fluoridtabletten zu verbieten, sondern sie verschreibungspflichtig zu machen. Nicht zuletzt sollte der belgische Vorstoß auch die Vereinheitlichung in Europa ein Stück vorantreiben. Diese Harmonisierung steckt bisher noch in den Kinderschuhen. Z.B. gibt es Länder mit fluoridiertem Speisesalz, andere mit Trinkwasserfluoridierung. In Belgien sind Fluoridtabletten eine Nahrungsergänzung, in Deutschland ein Arzneimittel. In Deutschland muss bei einem Fluoridgehalt ab 1,5 ppm

angegeben werden, dass es sich um ein fluoridhaltiges Mineralwasser handelt; in Belgien braucht selbst bei einem Fluoridanteil von über 9 ppm kein Hinweis zu erfolgen.

Zwar bedeutet die bisherige Situation keine Gesundheitsgefährdung der Menschen. Jedoch ist es angesichts der Vielzahl möglicher Fluoridquellen und des zunehmenden Austausches innerhalb der EU auch aus DAZ-Sicht wünschenswert, das systemische Fluoridangebot besser einschätzbar und exakter dosierbar zu machen und sich europaweit abzustimmen. Hierfür schlagen wir vor:

- Keine Addition sämtlicher einzelstaatlicher Regelungen, sondern Beschränkung der europäischen Regelung auf wenige systemische Fluoridquellen
- Fluorid als Lebensmittelzusatz nur im Speisesalz
- Abgabe von Fluoridtabletten nur als verschreibungspflichtiges Arzneimittel
- Fluorid-Obergrenze von 2 ppm für Mineralwässer

Verhindert werden muss, dass die Bevölkerung erneut verunsichert wird und Fluoridierungsmaßnahmen unterlässt. Denn gerade den Fluoriden verdanken wir einen großen Teil des erfreulichen Kariesrückgangs der letzten zwei Jahrzehnte. Diesen Fortschritt sollten wir nicht aufs Spiel setzen.

Bausteine für die Zähne

*Eine Empfehlung
für Ihre Patienten*

Tag für Tag
Bad Reichenhaller
MarkenJodsalz mit
Fluor anstelle des
normalen Salzes.
Fluorid härtet den
Zahnschmelz
und ist daher wichtig
für die Zähne.
Jod ist für die tägliche
Ernährung genauso
wichtig wie Vitamine.



Bad Reichenhaller

...die Geschmackskraft der Natur

Erhebung von Risikofaktoren im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchung

Makuch, A.; Hentschel, B.; Treide, A.

1. Einleitung

Unter dem Einfluss präventiver Maßnahmen ist in den Industriestaaten in den letzten zwei Jahrzehnten ein deutlicher Kariesrückgang festzustellen. Er ist von einer Polarisierung des Kariesbefalls begleitet, d.h., wenige Kinder (20 - 30%) vereinen einen hohen Kariesbefall (75%) auf sich [4,5,7].

Daraus folgt, dass diese Kinder eine gezielte, individuelle, intensive präventive Betreuung erfahren müssen. Aus diesem Grunde ist es von hoher Bedeutung, dass dieser betroffene Personenkreis im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchung entsprechend identifiziert wird.

Als problematisch erweist sich hierbei allerdings, dass die bisher praktizierte Klassifikation von Kindern in Risiko-/Nichtisiko-Gruppe an Hand der DAJ-Kriterien oder nach der Schieber- bzw. Dentoprogrmethode konzeptionell unbefriedigend ist. Außerdem orientieren sie sich ausschließlich an klinischen Faktoren. Der modifizierende Einfluss nicht klinischer Parameter, z.B. soziodemografischer und psychosozialer, wird hierbei nicht mit kalkuliert. Beide wurden aber in letzter Zeit, wie aus der Literatur hervorgeht, häufig in die Risikobetrachtung mit einbezogen [1,3,6,9].

OÄ PD Dr. med. Dipl.-Psych. A. Makuch
Abt. Kinderzahnheilkunde Uni Leipzig,
Leiter: Prof. Treide
kizhl@modizin.uni-leipzig.de

Aus diesem Grunde wurde von TREIDE et al. eine Längsschnittsstudie mit drei Untersuchungszeitpunkten konzipiert [10]. Vorliegende Arbeit stellt eine erste Auswertung der 1. Querschnittserhebung dar. Neben Alter und Schultyp sollen mit Fragen nach dem Prophylaxeverhalten und einer Einschätzung des Gesundheitsverhaltens zusätzliche Hinweise im Rahmen einer zahnärztlichen Reihenuntersuchung zum Kariesrisiko erlangt werden.

2. Probanden und Methode

2.1 Probanden

Es wurde eine Stichprobe aus allen schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen der Stadt Leipzig der Klassenstufe 1, 2, 5, 7 und 8 randomisiert ausgewählt. Um die Repräsentativität zu gewährleisten, erfolgte bei der Stichprobenerhebung eine Stratifizierung in einem zweistufigen Cluster-Sampling-Verfahren nach Stadtteilen und Schultypen. Um eine Fallzahl von mindestens 300 Schülern pro Klassenstufe zu gewährleisten, wurden 77 Klassen aus 23 Schulen (12 Grundschulen, 6 Mittelschulen und 5 Gymnasien) zufällig ausgewählt.

Zur Auswertung kamen 336 Schüler der 1. Klassenstufe und 295 Schüler der 2. Klassenstufe. In Klasse 5 wurden 175 Mittelschüler und 239 Gymnasiasten untersucht. In Klasse 7 waren es 168 Mittelschüler und 200 Gymnasiasten bzw. 154 Mittelschüler und 191 Gymnasiasten in Klasse 8.

2.2 Methode

Die Befunde der Schüler wurden im Rahmen der in Sachsen gesetzlich geregelten Reihenuntersuchung erhoben. Bei ausreichenden Lichtverhältnissen erfolgte die Ermittlung der klinischen Karies (deutliche Kavitation) nach WHO-Standard (1987).

Es wurde das Alter, das Geschlecht und der Schultyp registriert. Die Erfassung des Zahnstatus und des Flächenbefundes erfolgte getrennt nach Milch- und bleibendem Gebiss in ein Gebisschema.

Zusätzlich erfolgte eine klinische Beurteilung weiterer oraler Befunde. Für die Auswertung wurden die Ausprägungen dieser Befunde wie folgt dichotomisiert: Mundhygienezustand / Beläge (keine/ vereinzelt/massiv), Parodont (entzündet / nicht entzündet), Mineralisationsstörungen (vorhanden/nicht vorhanden), Anomalien (vorhanden/nicht vorhanden) und Fissurenversiegelung (ja/nein).

Eine kurze Befragung zum Verzehr von Süßigkeiten bezüglich ständiger Verfügbarkeit (ja/nein) und Häufigkeit (täglich/nie/ab und zu) und zum Mundhygieneverhalten bezüglich Häufigkeit (mehr als 2x täglich/nie, 1x täglich) und Regelmäßigkeit (ja/nein), sollte neben den klinischen Befunden risikobehaftete Faktoren aufzeigen.

Abschließend wurde neben Untersuchung und Befragung eine Einschätzung des gesamten Gesundheitsverhaltens auf einer 5-stufigen Skala von „sehr gut“ bis „ungenügend“ durch den Zahnarzt vorgenommen. Durch Zusammenfassen

der Skalenstufen 1 und 2 sowie 3 bis 5 erfolgte eine Dichotomisierung in die Kategorien „gut“ und „nicht gut“

Der zahnmedizinischen Betreuungszustand der Schüler wurde nach den Kategorien: primär gesund, saniert oder behandlungsbedürftiges Gebiss beurteilt. Die epidemiologische Beschreibung des Kariesbefalls erfolgte mit dem international gebräuchlichen Erhebungsinstrument DMF/T-Index für Schüler der Klassen 5, 7 und 8. Für Schüler der Klassen 1 und 2 wurde die Summe aus DMF/T und dmf/t ermittelt. Von den Indizes wurden arithmetisches Mittel und Standardabweichung sowie Median, Minimum und Maximum pro Klassenstufe angegeben. Kategoriale Merkmale werden durch absolute und relative Häufigkeiten beschrieben. Die Analyse des Einflusses von zusätzlich erhobenen Merkmalen auf den Kariesbefall erfolgte für die Klassen 5 - 8 klassenstufenweise. Die Klassen 1 und 2 wurden zusammen ausgewertet. Eine Einteilung des Kariesbefalls in hohen Befall und niedrigen Befall erfolgte durch Dichotomisierung der DMF/T- bzw. der dmf/t-Werte in der Weise, dass etwa 30 % der Schüler in den Klassenstufen einen erhöhten Kariesbefall aufweisen. Die erhobenen Merkmale wurden univariat mit dem 2-Test ausgewertet. Für die multivariate Analyse wurden logistische Regressionsmodelle angepasst. Es wurde auf einem Signifikanzniveau von 5 % getestet. Die statistische Bearbeitung erfolgte mit dem Statistikprogrammpaket SPSS Version 9.0.1.

3. Ergebnisse

Zunächst zeigt sich beim Betreuungszu-

stand (Abb. 1) der Schüler der 1. und 2. Klassenstufe, dass mehr als die Hälfte behandlungsbedürftig ist. Die Anzahl der primär gesunden Gebisse nimmt von 32% bei den Erstklässlern auf 21% bei den Zweitklässlern ab.

Bei den Schülern der 5., 7. und 8. Klassenstufe lässt sich ein deutlicher Unterschied bezüglich Behandlungsbedürftigkeit und Anzahl primär gesunder Gebisse zugunsten der Gymnasialschüler feststellen.

Die beobachtete relativ hohe Kariesprävalenz bei Schülern der 1. und 2. Klasse (Tab. 1) ist durch die Einbeziehung des Milchgebisses bei der Beurteilung des Kariesbefalls zu erklären.

Mit zunehmendem Alter ist ab Klasse 5 ein wachsender Kariesbefall im bleibenden Gebiss zu beobachten, wobei die Schüler des Gymnasiums niedrigere DMF/T-Werte aufwiesen als die Mittelschüler. Ab Klasse 8 (13- und 14-Jährige) werden die WHO-Forderungen nach weniger als 3 DMF/T-Zähnen für 12-Jährige von den Mittelschülern bereits nicht mehr erfüllt (DMF/T: 3,26).

Die erhobenen klinischen Befunde (Tab.2) zeigen erwartungsgemäß eine Zunahme der Anzahl der Schüler mit Fissurenversiegelungen mit dem Alter, wobei deutlich mehr Gymnasiasten versiegelte Zähne haben. Die dichotome Einschätzung massiv vorhandener Beläge nimmt bis zu Klasse 5 leicht zu (Klasse 1: 11,3%, Klasse 2: 20% und Klasse 5: 24,6% bzw. 23,8%). Für die 7. und 8. Klasse schwanken die Angaben zwischen 10,1% und 19% und es wird kein Schultyp favorisiert. Der Zustand

des Parodonts zeigt einen ähnlichen Trend. Bei den Mineralisationsstörungen ist zunächst ein Anstieg von Klasse 1 zu Klasse 2 von 6,5 % auf 10,5 % feststellbar. Ab Klasse 5 zeigt sich, dass die Mittelschüler im Durchschnitt doppelt so viel Störungen wie die Gymnasiasten aufweisen.

Die Feststellung von Anomalien weist auf ein diagnostisches Problem hin: Bis zur Klasse 5 ist ein Anstieg von 36,6 % auf über 60 % bei den Gymnasiasten zu verzeichnen.

In den folgenden Schuljahren, also bei Klasse 7 und 8, bleibt der hohe Anomalieanteil erhalten, obwohl diese Schüler bereits einer Therapie zugeführt sein oder sie gar abgeschlossen haben müssten.

Die Befragung (Tab. 3) zum Verzehr von Süßigkeiten ergibt, dass die jungen Jahrgänge zu mehr als einem Drittel (34,8% und 37,3%) täglich Süßigkeiten naschen, aber die ständige Verfügbarkeit, wahrscheinlich durch die Eltern beeinflusst, deutlich niedriger liegt als in den höheren Klassenstufen (bis zu 91,1%). Für das Mundhygieneverhalten ergab die Befragung eine Zunahme der Kinder, die häufig und regelmäßig ihre Zähne putzen. Ab Klasse 5 ist dieser Verlauf für die Gymnasialschüler als günstiger einzuschätzen.

Bei der Einschätzung des Gesundheitsverhaltens lässt sich eine ähnliche Tendenz aufzeigen.

Die Analyse des Einflusses der zusätzlich erhobenen Merkmalen auf den Kariesbefall erfolgte, wie unter 2.2.

beschrieben, für Klassenstufe 1 und 2 gemeinsam.

In der univariaten Analyse zeigte sich für diese Schüler ein signifikanter Einfluss massiv vorhandener Beläge, eines entzündeten Parodonts, des täglichen Verzehr von Süßigkeiten und des seltenen Zähneputzens auf den Kariesbefall. Außerdem wies ein als „nicht gut“ eingeschätztes Gesundheitsverhalten auf einen hohen Kariesbefall. In den Klassen 5 - 8 beeinflusste die Fissurenversiegelung, aber auch die Mundhygiene den Kariesbefall signifikant. Zusätzlich erwiesen sich die Mineralisationsstörungen in Klasse 5 und 8 sowie der Schultyp in Klasse 5 und 7 als signifikant. Der tägliche Verzehr von Süßigkeiten, eine nicht regelmäßige Mundhygiene sowie ein als „nicht gut“ eingeschätztes Gesundheitsverhalten waren in Klasse 7 signifikante Merkmale für einen erhöhten Kariesbefall.

Um den unabhängigen Einfluss der beschriebenen Merkmale auf den beobachteten Kariesbefall zu evaluieren, wurden multivariate logistische Regressionsanalysen gerechnet. Es wurden schrittweise Verfahren gerechnet, bei denen in jedem Auswertungsschritt, nichtsignifikante Merkmale aus dem Modell entfernt werden. Der Einfluss der signifikanten Merkmale wurde durch Odds Ratios (OR) mit zugehörigen 95%-Konfidenzintervallen beschrieben (Tab. 4). Das Odds Ratio beschreibt das Risiko für erhöhten Kariesbefall bei Vorliegen einer Merkmalskategorie im Verhältnis zu einer Referenzkategorie. Odds Ratios mit Werten größer als 1 bedeuten ein erhöhtes Risiko, OR kleiner als 1 ein niedrigeres Risiko.

Für Schüler der 1. und 2. Klasse weisen massive Beläge auf ein fast zweifach erhöhtes Risiko (OR=1,73) für starken Kariesbefall. Ist das Gesundheitsverhalten der Erst- und Zweitklässler nicht gut, erhöht sich das Risiko auf mehr als das Doppelte (OR=2,66). Der tägliche Verzehr von Süßigkeiten erhöht das Risiko um Faktor 1,52.

Für Schüler ab Klasse 5 wird der Schultyp (Mittelschule/Gymnasium) in das Modell aufgenommen. Das Risiko für hohen Kariesbefall steigt in Klasse 5 um Faktor 1,69, wenn es sich um Mittelschüler handelt. Putzen sich Schüler dieser Klassenstufe nie oder nur einmal täglich die Zähne, steigt das Risiko sogar auf das Dreifache (OR=3,16). Schüler mit fehlender Fissurenversiegelung haben ein mehr als vierfach erhöhtes Risiko.

Die Fissurenversiegelung und der Schultyp haben auch für Schüler der 7. Klasse einen signifikanten Einfluss (OR=2,37 resp. OR=1,76). Neben fehlender Mundhygiene (weniger als 2xtägliches Putzen) erhöht der tägliche Verzehr von Süßigkeiten die Karies.

Fehlende Versiegelung (OR=4,9) und Schüler ein Mittelschule zu sein (OR=2,0) deuten auch in der 8. Klasse auf einen erhöhten Kariesbefall. Zusätzlich stellen Mineralisationsstörungen (OR=2,56) einen Risikofaktor für Kariesbefall dar.

5. Diskussion

In vorliegender Studie wurde der Versuch unternommen, über die Aufnahme zusätzlicher Merkmale im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchungen Hinweise für ein Kariesrisiko zu erlan-

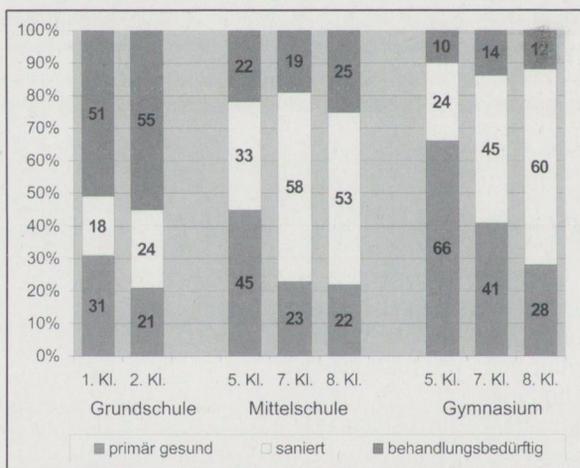
gen. Dabei zeigte sich, dass Anomalien, die Verfügbarkeit von Süßigkeiten und die Regelmäßigkeit der Mundhygiene keinen Einfluss auf das Kariesrisiko haben. Massive Beläge wirken sich nur im jungen Schulalter auf den Kariesbefall aus, Mineralisationsstörungen nur in Klasse 8. Dagegen scheinen recht beständigen Einfluss das Vorhandensein von Fissurenversiegelungen und ab Klasse 5 der Schultyp zu haben. Ähnliche Angaben sind auch in der Literatur zu finden [8].

Das eingeschätzte Gesundheitsverhalten scheint ein relativ sicheres Merkmal für die Schüler der Klassen 1 und 2 zu sein. Schon HETZER et al. [2] stellten fest, dass das klinische Urteil eines erfahrenen Zahnarztes recht gut die Kariesentwicklung eines Patienten bestimmen kann. Neben den Faktoren, die objektiv feststellbar sind, erwies sich, dass Fragen zum Gesundheitsverhalten wie nach dem täglichen Konsum

von Süßigkeiten und der Häufigkeit des Zähneputzens durchaus Einfluss auf die Vorhersage der Kariesentwicklung haben. Allerdings zeigen sich in den verschiedenen Klassenstufen Alterseffekte, die sich im Sinne „erwünschten Verhaltens“ oder auch alterstypische Verfälschungen (es ist cool, sich absichtlich falsch zu verhalten) äußern. Das demonstriert wiederum, Befragungen zum Verhalten sind nicht gleichzusetzen mit Beobachtungen des Verhaltens. Verhaltensparameter während einer Reihenuntersuchung zu erfragen, scheint unter diesem Aspekt nur eine untergeordnete Bedeutung für die Erkennung von Risikoverhalten zu haben.

6. Zusammenfassung

Diese erste grobe Analyse zeigt auf, dass die Merkmale im Zusammenhang mit klinischen Größen weiter zu analysieren und zu differenzieren sind. Dabei muss sich von der klassenstufenorientierten



(wichtig für Reihenuntersuchungen) Betrachtungsweise mehr der altersdetaillierten zugewandt werden. Hierzu sollen die Daten des Längsschnittes aus der Leipziger Studie zum Kariesrisiko dienen und Aufschluss geben. Nur die komplexe Betrachtung des Karieszuwachses lässt weitere Schlussfolgerungen zu.

Literaturliste und Tabellen sind bei der DAZ-Geschäftsstelle erhältlich

Abb. 1: Betreuungszustand bei Schülern der Klassenstufen 1 und 2 (Milchgebiss und bleibende Zähne) und der Klassenstufen 5, 7 und 8 getrennt nach Mittelschule und Gymnasium

Ernährung und Mundgesundheit

Jörg Hendriks

Nach einem Review von K.G. König

In der Mundhöhle müssen drei orale Gewebe unterschieden werden, auf die die Ernährung einwirkt: Zahnhartgewebe, Parodont und Mucosa. Die Einflüsse der Ernährung können dabei direkt und/oder systemisch sein.

Karies

Bezüglich der Zahnhartgewebe bestehen systemisch-aufbauende Einflüsse ausschließlich präeruptiv; posteruptiv hingegen nur noch lokale, tendenziell eher destruktive Nahrungseinflüsse.

Kariöse Demineralisation ist bekanntlich nicht durch Kohlenhydrate selbst verursacht, sondern entsteht durch Säuren, die sich bei der Verstoffwechslung von Kohlenhydraten - in ausreichend dicker bakterieller Plaque - auf der Zahnoberfläche bilden. Somit stellt sie quasi eine Nebenwirkung der Nahrungsaufnahme dar. Die Säuerbildung beginnt sofort nach Nahrungsaufnahme und dauert ca. ½ Stunde.

In früheren Studien, in denen die Teilnehmer weder eine reguläre Mundhygiene ausführten noch Fluoride zur Verfügung standen, konnte ein starker Zusammenhang zwischen häufiger Zuckeraufnahme und Kariesfortschreiten festgestellt werden. Moderne Studien in Populationen mit ausgeprägter Mundhygieneverhalten und allgemeiner Verfügbarkeit von fluoridierter Zahnpasta hingegen zeigen nur noch schwache oder gar keine Korrelationen zwischen Kariesinzidenz und Ernährungsverhalten:

In einer amerikanischen Studie bei 11-15-jährigen [2] wurde für die Fissurenkaries keine Abhängigkeit von der Ernährungsweise festgestellt, eine schwache für approximale Karies. Hingegen ergab sich in einer schwedischen Studie eine überdeutliche Abhängigkeit zwischen Gingivitis - als Zeichen schlechter Mundhygiene - und Karies [3]! In einer anderen Studie ergab die Multivarianzanalyse Abhängigkeiten der Kariesinzidenz von Alter, sozialer Schichtzugehörigkeit und Zahnputzhäufigkeit, nicht jedoch von der Ernährung [4]. Vergleiche zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen in den Niederlanden zeigten, dass solche mit geringerem Zuckerverbrauch und günstigerem Ernährungsverhalten, aber schlechten Mundhygienegewohnheiten, mehr Karies hatten als die Vergleichsgruppe mit hohem Zuckerverbrauch [5]. Lediglich eine drastische Zuckerreduktion, wie sie z.B. in der Zeit des 2. Weltkriegs auftrat, führte zu einem signifikanten Kariesrückgang. Dieser Vorteil für die betroffenen Individuen verlor sich jedoch rasch mit der Wiederverfügbarkeit von Zucker. In den letzten Jahrzehnten konnte hingegen - bei gleichbleibend hohem oder gar steigendem Zuckerverbrauch - ein deutlicher Kariesrückgang vor dem Hintergrund verbesserter Mundhygienegewohnheiten und fluoridierter Zahnpasta beobachtet werden. Dabei machen aktuellere Studien deutlich, dass der Effekt von individueller Mundhygiene mit fluoridierter Zahnpasta denjenigen von fluoridiertem Trinkwasser statistisch überdeckt bzw. überragt.

Zusammenfassend kann gesagt werden,

dass Kariesrückgang durch optimierte Zufuhr von Fluorid oder aber durch gravierende Zuckerrestriktion erreichbar ist. Hierbei muss beachtet werden, dass Zucker aus Früchten - egal ob getrocknet oder frisch - und ebenso aus (gekochten) Stärkeprodukten entgegen verbreiteter Meinung keineswegs weniger kariogen sind als isolierter Zucker. Trotzdem gibt es Riskogruppen oder -verhaltensweisen, die - meist vor dem Hintergrund unzureichender Mundhygienegewohnheiten - eine Änderung des Ernährungsverhaltens nahe legen: Z.B. führt langes Stillen über den Zeitpunkt des Zahndurchbruchs hinaus, wenn das Kind die ganze Nacht bei der Mutter liegt und ad libitum Zugang zur Brust hat, ebenso zu erhöhter Kariesinzidenz wie die unkontrollierte Benutzung von Saugerflaschen. Auch das häufige Essen frischer Früchte, wie es z.B. bei Farmarbeitern vorkommt, wirkt kariesteigernd.

Einen nachgewiesenen karieshemmenden Effekt haben hingegen Zuckeraustauschstoffe, bevorzugt in Kaugummis, allen voran das Xylit, das sogar remineralisierend wirkt und offensichtlich als Nebeneffekt auch Mittelohrentzündungen vorbeugen hilft. Besonderen Nutzen hat es bei Mundtrockenheit und zur Vorbeugung von Wurzeloberflächenkaries.

Erosionen

Im Gegensatz zu Karies, die über eine Porenbildung durch schwache Säuren unter der Schmelzoberfläche entsteht, stellen Erosionen einen Substanzabtrag durch die Einwirkung stärkerer Säuren direkt an der Oberfläche der Zahnhartsubstanzen dar. Nach solcher Säureeinwirkung ist sie naturgemäß besonders

anfällig für zusätzlichen mechanischen Abtrag: Daher sollten die Zähne nach dem Genuss z.B. von Zitrusfrüchten nicht sofort gebürstet werden.

Nicht nur Säuren in Früchten und Getränken wirken erosiv, sondern auch der Verzehr von rohem Gemüse und anderen ungekochten Speisen bergen ein Erosionsrisiko [6]. Nicht erosiv sind hingegen Joghurt und Frischkäse - dank ihres hohen Mineralgehalts [7]. Auch Mineralzusätze bei Zitrusäften (primär aus Gründen des Osteoporoseschutzes zugegeben) haben (ab 40mmol/l Calcium und 30mmol/l Phosphat) eine erosionsprotektive Wirkung auf Zahnschmelz [8].

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass gerade die ernährungstechnisch gesunden Lebensmittel Erosionsrisiken bergen. Sie können schlechterdings nicht verboten werden, sondern es sollte lediglich eine einseitige Bevorzugung einzelner Fruchtarten vermieden werden.

Eine abwechslungsreiche Ernährung ist der beste Rat nicht nur bezüglich Erosionsvermeidung, sondern auch zur Sicherstellung einer ausreichenden Vitamin- und Mineralstoffversorgung und zur Minimierung von schädlichen Umwelteinflüssen.

Parodontalerkrankungen

Anders als bei der Zahnhartsubstanz spielen bezüglich der parodontalen Strukturen systemische Nahrungseffekte eher eine Rolle als lokale (s. Skorbut). Der mögliche Einfluss von Ernährungsdefiziten (und ebenso von Stress) auf das Immunsystem und darüber auch

auf die parodontale Gesundheit wird erst in neuerer Zeit wieder Gegenstand systematischer Forschung.

Der stärkste Einfluss auf die parodontale Gesundheit wird allerdings wiederum lokalen Faktoren, nämlich bakteriellen und zytotoxischen Einflüssen, zugemessen: Schon Untersuchungen aus den 60er Jahren zeigten, dass Parodontalerkrankungen mit dem Lebensalter zunehmen; eine deutlich höhere Abhängigkeit als vom Alter wurde jedoch von fehlender Mundhygiene festgestellt [9]!

Mucosa

Im Gegensatz zu dentalen und parodontalen Geweben besitzt die Mucosa eine ausgeprägte Selbstreinigungskraft durch Desquamation. Mucosaerkrankungen sind in der Regel nicht ernährungsbedingt, sondern infektiös. Allerdings gibt es (bei gehäufter Aufnahme) kanzerogen wirkende Nahrungs- und Genussmittel, allen voran hochprozentiger Alkohol und Tabak, aber auch einige scharfe Gewürze.

Zusammenfassung und Empfehlungen

- Alle Zucker, auch die in Früchten oder Stärkeprodukten, sind potentiell kariogen. Zucker lassen sich nicht vermeiden, sondern stellen einen unverzichtbaren Bestandteil einer aus-

gewogenen Ernährung dar. Trotz unverminderten Zuckerkonsums ließ sich in den Industrienationen ein bedeutender Kariesrückgang verzeichnen.

- Gefährlich sowohl aus zahnärztlicher als auch aus allgemeinmedizinischer Sicht ist die häufige oder gar ständige Nahrungsaufnahme egal ob in flüssiger oder fester Form und egal ob zucker- oder säurehaltig. Diese ist Ursache für Stoffwechselerkrankungen, aber auch (zusammen mit unzureichender Mundhygiene) für frühkindliche Karies. Für Kleinkinder wurde eine signifikante Erhöhung der Kariesgefahr bei mehr als drei süßen Zwischendurch-„Snacks“ oder -„Drinks“ pro Tag festgestellt. Dieses Ernährungsverhalten wurde auch als „Zuckermisbrauch“ definiert [10].

- Xylithaltige „Zahnkaugummis“ sind aus verschiedenen Gründen empfehlenswert: zur Reduktion kariogener Zwischenmahlzeiten insbesondere bei Kindern, bei Mundtrockenheit, zur Förderung der Remineralisierung initialer Läsionen und beugen möglicher Weise auch Mittelohrentzündungen vor. Die Empfehlung von Zuckeraustauschstoffen in größerem Umfang dürften aber wohl kaum im Sinne einer umfassend gesunden Ernährung Akzeptanz finden.

- Hingegen befindet sich die allgemeinmedizinische Forderung nach abwechs-

Patienten VIP Lounge
Prothetik Finanzierung
Patienten Fahrservice
Zirkonoxid Kronen und Brücken
Implantat Suprakonstruktionen
Galvano - Kombi - Kronen- und
Brückentechnik

floerchinger's
zahntechnik gmbh



Telefon 030/300 963 0 Eschenallee 36 www.floerchinger.com
Telefax 030/300 963 20 D-14050 Berlin mail@floerchinger.com

lungsreicher Ernährung in keinem Widerspruch zu zahnmedizinischen Belangen, so lange eine systematische, schonende Mundhygiene mit fluoridhaltiger Zahnpasta stattfindet. Es sollten somit keine separaten Ernährungsempfehlungen aus rein zahnärztlicher Perspektive ausgesprochen werden. Wohl aber können orale Probleme Anlass bieten, auf die Wichtigkeit einer ausgewogenen, gesunden Ernährung hinzuweisen.

- Bloße Ernährungsempfehlungen ohne (Selbst-)Kontrolle über Ernährungsaufzeichnungen im Rahmen einer begleitenden Ernährungsberatung haben eine geringe Erfolgswahrscheinlichkeit für Verhaltensänderungen [11]. Änderungen des Ernährungsverhaltens eines einzelnen Individuums sind häufig nur

durch Änderungen in der gesamten zugehörigen Gruppe (z.B. Familie) erreichbar.

- Die neueste Ernährungsempfehlung seitens der WHO ersetzt ältere, komplizierte Diätvorschriften durch den einfach zu befolgenden Rat: „Eß 5xtäglich Obst oder Gemüse!“, wobei nicht vorgeschrieben ist, ob diese frisch, eingemacht oder in getrockneter Form aufgenommen werden. Damit nimmt sie den nachweisbaren Trend zu mehr Fruchtverzehr auf. Diese Empfehlung birgt zusammen mit immer intensiverer individueller Zahnpflege eine zunehmende Erosions- und Abrasionsgefahr, der es ggf. durch Instruktion in sanfteren Reinigungstechniken und -mitteln vorzubeugen gilt.



S+P
Schmid Paula OHG
dentallabor

gemeinsam auf
Erfolgskurs
Medizin & Technik

Qualität und Leistung seit über **25 Jahren**
erfolgreiche Dentaltherapie ...
kombiniert mit Prothetik
überzeugend in Ästhetik & Funktion

Ihre Zahntechnikermeister: B. Hoffmann – W. Lipinski

Bruderwöhrdstraße 10 — 93055 Regensburg —
Telefon 0941/79 15 21 — Telefax 0941/79 25 11 —
info@schmidundpaula.de — www.schmidundpaula.de —

- Weiterhin ist eine Fluoridzufuhr z.B. über fluoridiertes Kochsalz oder das Wasser sinnvoll. Darüber hinaus sollten für Kariesrisikogruppen Präventionsstrategien zielgerichtet auf der Grundlage individueller Risikoanalysen und Kosten/Nutzen-Abwägungen entwickelt werden.

Literaturliste kann der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden

Mundgesundheitserziehung bei Geistigbehinderten

Christina Voß

Im Rahmen meiner Staatsarbeit für das Lehramt für Sonderpädagogik (Voß 2002) habe ich eine Unterrichtsreihe zur Mundgesundheitserziehung für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt und in einer Vorstufe (erstes Schulbesuchsjahr) durchgeführt.

Sonderpädagogische Konzeptionen

Die Mundgesundheitserziehung von Menschen mit geistiger Behinderung ist ein recht vernachlässigter Bereich: In einigen Konzeptionen zur lebenspraktischen Erziehung wird zwar auf die Vermittlung von Mundhygienetechniken eingegangen, allerdings ohne Einbindung in allgemeine gesundheitserzieherische Überlegungen wie Umfeld- und Kontextbezug und ebenso weitgehend ohne Berücksichtigung zahnmedizinischer Aspekte.

Theoretische Grundlagen

Innerhalb der Gesundheitserziehung ist in den letzten beiden Jahrzehnten eine Abkehr von ausschließlich individuumorientierten Ansätzen zu beobachten gewesen. Der Schüler bzw. die Schülerin wird im persönlichen Lebenskontext betrachtet; dabei bildet nicht mehr die Warnung vor möglichen Risikofaktoren den Mittelpunkt der Bemühungen, sondern das handlungsorientierte und erlebnisbezogene Erlernen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen. Im

schulischen Rahmen können die Vorbildfunktion der Lehrkraft und das Gruppenerlebnis positiv genutzt werden. Basis für meine Konzeption ist die bedürfnisorientierte Sichtweise der Menschen mit geistiger Behinderung und damit das Bemühen, ihnen bei der Erschließung ihrer individuellen Möglichkeitsräume zu helfen. Es geht also um einen Brückenschlag zwischen zahnmedizinischen Grundlagen und methodisch-didaktischer Umsetzung.

Ein subjektiv guter oraler Zustand ist von grundlegender Bedeutung für die Gesundheit, das Wohlbefinden sowie für das Selbstwertgefühl und damit für die Lebensqualität eines jeden Menschen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung hat die Erhaltung der Zahngesundheit besonderen Wert, um ihnen neben den primären, behinderungsbedingten weitere Benachteiligungen zu ersparen. Zudem sind Zahnbehandlungen bei diesen Menschen oftmals mit großen Schwierigkeiten verbunden. Dabei weisen geistig Behinderte häufig einen gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt deutlich schlechteren Mundgesundheitszustand auf, was zum einen in behinderungs- und medikamentösbedingten Risiken begründet ist, und zum anderen in Defiziten bezüglich der „vier Säulen der Zahngesundheit“ (vgl. Cichon & Grimm 1999), an denen mein Konzept ansetzt:

1. Ernährungsgewohnheiten sind sehr schwer und nur in Zusammenarbeit mit den Eltern zu verändern, dabei sollte

Christina Voß
Im Bram27, 59379 SelmBork
chr-voss@gmx.de

zahngesunde Ernährung als etwas Positives erlebt werden. Konkrete Ziele sind der vermehrte Verzehr kauaktiver, vitamin- und mineralstoffhaltiger Nahrung sowie die Reduktion des Zuckerkonsums.

2. Die Mundhygiene soll nicht nur bezüglich Motorik, Koordination und Ablauf erlernt, sondern als obligatorischer Teil des Tagesablaufs verstanden werden. Wichtig ist die Weckung eines Mundhygienebedürfnisses und die regelmäßige, dauerhafte Durchführung des Zähneputzens. Motorischen und koordinatorischen Schwierigkeiten kann in einem gewissen Maße mit Hilfsmitteln entgegengewirkt werden. Nichtsdestotrotz erfordert die Zahnpflege längerfristiges Üben.

3. Die regelmäßige Fluoridierung liegt in erster Linie in den Händen der Eltern. Der Schule kommt in Zusammenarbeit mit den Zahnärzten eine Aufklärungsfunktion zu.

4. Eine emotionale und kognitive Vorbereitung auf Zahnarztbesuche bildet einen weiteren Zielschwerpunkt. Neben der Beschäftigung mit dieser Thematik im schulischen Schonraum sollte ein gemeinsamer Zahnarztbesuch in angenehmer Atmosphäre erfolgen.

Die Mundgesundheitserziehung sollte kontinuierlicher Bestandteil des Schulens sein. Als vorteilhaft erweist sich die Ganztagsbeschulung an der Schule für Geistigbehinderte (Sonderschule).

Konkrete Ziele der einführenden Unterrichtsreihe in der Vorstufe
Auf der Handlungsebene sollen sie

die Gewohnheit entwickeln, vor dem zweiten Unterrichtsblock die Zähne zu putzen. Auf der Wissensebene sollen die SchülerInnen die „vier Säulen der Zahngesundheit“ kennen lernen. Nachfolgend werden die Themen und Ziele der zehn Unterrichtseinheiten überblicksartig vorgestellt:

1. Wir putzen unsere Zähne, damit sie sauber sind und nicht krank werden
Ziel: Heranführen an das tägliche Zähneputzen in der Schule und Erwecken einer wachsenden Einsicht in die Notwendigkeit des Putzens

2. Wir haben Wackelzähne
Ziel: Bewusste Wahrnehmung des eigenen aktuellen Gebisszustands und Erwerb erster Kenntnisse zur Entwicklung und zum Aufbau eines Zahns

3. Wir üben die KAI-Technik
Ziel: Vertiefen der bereits bekannten Putztechnik und Erwerb erweiterter Kenntnisse über Zeitpunkt und Durchführung des Zähneputzens

4. Ein Loch im Zahn und was man dagegen tun kann
Ziel: Kennen lernen schädigender Einflüsse auf den Zahn und der Entstehung eines Lochs sowie der möglichen Therapiemaßnahmen

5. So sieht ein Besuch beim Zahnarzt aus
Ziel: Kennen lernen der Abläufe beim typischen Zahnarztbesuch und der typischen Ausstattung

6. Zahnarztbesuch: Wir schauen uns die Praxis von Dr. X an
Ziel: Vertraut werden mit dem Ablauf

In Deutschland gibt es zwei namhafte Zahnbürsten mit der zukunftsweisenden Schalltechnologie:

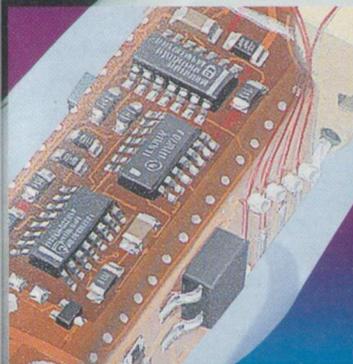
Im Vergleich zum Mitbewerber ist

waterpik **Sonic Speed**

die bessere Empfehlung

- Sieger im klinischen Vergleichstest der Charité Berlin
- bessere Reinigung der Molaren durch längeren Bürstenhals
- hygienischer, da kein Schutzlöffel auf der Bürsten-Rückseite
- geringeres Gewicht, ergonomischere Handhabung
- Akku austauschbar
- bei gleicher Qualität um 50% (!) preiswertere Aufsteckbürsten

Und selbstverständlich ist **waterpik Sonic Speed** unübertroffen in der Anti-Plaque-Leistung.



Weitere Informationen, klinische Studien, Forschungsberichte und Patientenbroschüren direkt von:



intersanté
Wellness, Health & Beauty

Berliner Ring 163 B, D-64625 Bensheim
Tel.: 06251-9328-10 / Fax: 06251-9328-93
E-mail: info@intersante.de
internet: www.intersante.de

und den Gerätschaften in einer Zahnarztpraxis

7. Wir unterscheiden Lebensmittel mit und ohne Zucker

Ziel: Entwicklung des Verständnisses dafür, dass Lebensmittel mit Zucker den Zähnen schaden; Kennen lernen von Lebensmitteln mit bzw. ohne Zucker und Erlernen der Unterschiede

8. Was ist gut für unsere Zähne?

Ziel: Vertiefung der Kenntnis von Zahngesundheit fördernden (und schädigenden) Faktoren

9. Ein „zahngesundes“ Frühstück für uns und unsere Eltern

Ziel: Kennen lernen und Probieren „zahngesunder“ Lebensmittel in der Gemeinschaft

10. Abschlussrunde: „Die Zähne und ihre Gesunderhaltung“

Ziel: Festigung der Kenntnisse aus der Unterrichtsreihe und freudiger Ausklang

Die Fluoridierung wird bei der Arbeit mit den SchülerInnen vernachlässigt, da eine tiefergehende Einsicht zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet werden kann. Die Unterrichtsarbeit wird ergänzt durch

begleitende Elternarbeit. So wird den Eltern regelmäßig Informationsmaterial ausgehändigt und zum Abschluss der Reihe findet ein zahngesundes Elternfrühstück statt, bei dem die Eltern über Inhalte und Ziele der Reihe informiert werden.

Für einen langfristigen Erfolg ist es zum einen wichtig, die verschiedenen Aspekte der Mundgesundheitsziehung regelmäßig in den Schulalltag einfließen zu lassen, und zum anderen in den folgenden Jahrgangsstufen immer wieder Unterrichtsreihen durchzuführen, die sich wiederholend und erweiternd mit der Thematik beschäftigen.

Abschließende Stellungnahme

In den letzten zehn Jahren ist innerhalb der Zahnmedizin eine wachsende Auseinandersetzung mit den Belangen und Problemen geistig Behinderter zu beobachten gewesen. Die hier gewonnenen Erkenntnisse sollten auf ihre Bedeutung für und ihre Durchführbarkeit in der sonderpädagogischen Schulpraxis geprüft und unter Berücksichtigung methodisch-didaktischer Erkenntnisse in Unterrichtskonzepte für Behinderte einbezogen werden.

Literatur auf Anfrage bei der Autorin

„Kinder haben das Recht, die Zahnpflege als eine Basis-Kulturtechnik dort zu lernen, wo man solche Techniken lernt: in der Schule. Punktum!“

(Felix Magri, Stiftung für Schulzahnpflegehelferinnen,
Zahnmed. Zentrum der Universität Zürich)

Muttersprachliche und kultursensible Oralprophylaxe für Migranten

Aussiedler, Flüchtlinge und Gastarbeiter bilden eine schwer erreichbare Risikogruppe für Karies und andere orale Erkrankungen. Das ethno-medizinische Zentrum Hannover hat daher ein Projekt zur muttersprachlichen und kultursensiblen Oralprophylaxe für Migranten (MOM) entwickelt und durchgeführt. Zielgruppe waren russische und türkische Mitbewohner.

Um Zugang zu den jeweiligen ethnischen Gruppen zu erhalten, werden zunächst meist weibliche Schlüsselpersonen aus diesen Gruppen gesucht. Diesen werden dann theoretische und praktische oralpräventive Kenntnisse vermittelt, um dann mit ihnen gemeinsam muttersprachliche Informationsveranstaltungen zu oralpräventiven Themen und den Versorgungsangeboten in Deutschland in den jeweiligen Gemeinschaften durchzuführen.

Türkisch sprechende Gruppen sind in der Regel leicht in bestehenden Institutionen erreichbar, die Frauen zeigen durchweg Offenheit, auch im Akzeptieren eigener Wissensdefizite, und großes Interesse. Die Fissurenversiegelung war für fast alle völlig unbekannt.

Russischsprachige Teilnehmer, zumeist Aussiedler, bilden eine deutlich inhomogenere Gruppe, da sie aus unterschiedlichen Regionen und Kulturräumen stammen. Sie reagierten leichter

aus: Schneller T, Salman R, Goepel C:
Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. DAJ 2001)

gekränkt, wenn man Unterschiede zu den einheimischen Deutschen benennt, sie dürfen insbesondere nicht das Gefühl bekommen, das Adressaten von Sondermaßnahmen zu sein.

Die Teilnahme von deutschen Fachkräften (Zahnärzten des ÖGD, der LAG's etc.) an den Veranstaltungen hatte dabei einen ausdrücklich positiven Effekt: Ihre Teilnahme versprach nicht nur größere Fachautorität, sondern kam möglicherweise auch dem Integrationswunsch der Migranten entgegen.

Die Erfolgskomponenten dieses Projekts (Beteiligung der Migranten selbst, Kultur- und Sprachsensibilität, aufsuchend-gemeindenah, Ausrichtung auf die Müttergeneration, Kooperation mit ÖGD) dürften durchaus auch auf andere ethnische Gruppen und Settings übertragbar sein.

**Redaktionsschluß forum 80
8. Januar 2003**

**Schwerpunkt:
zahnärztliche Behandlung
von Kindern**

Redaktionsleitung:
Dr. Ulrich Happ
dr.happ@happ.org
Fax: 040-243676

Spadenteich 1, 20099 Hamburg

Kontaktadressen

Berlin-BUZ

Dr. Peter Nachtweh, Kaiserdamm 97,
14057 Berlin, Tel. 030 302 30 10
FAX 030 325 56 10,
E-Mail peter.nachtweh@buz-berlin.de;
Stefan Günther, Georg-Wilhelm-Str.3, 10711
Berlin, Tel. 030-890 928 76,
Fax 030-890 928 77,
E-Mail stefan.guenther@buz-berlin.de;
E-Mail helmut.dohmeier@buz-berlin.de

Berlin-DAZ

Edeltraud Jakobczyk, Jenaer Straße 54,
12627 Berlin, Tel. 030 9915003,
Fax 030 99284908,
E-Mail jako.zahn@telemed.de;
Dr. Annette Bellman,
E-Mail AKP.Bellmann@t-online.de

Baden-Württemberg

Dr. Wolfgang Schempf, Wilhelmstraße 3,
72764 Reutlingen,
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517

Sachsen

Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr. 8,
09130 Chemnitz,
Tel. 0371 4012228, Fax 0371 4028686,
E-Mail Ralf_Eisenbrandt@t-online.de

Elbe - Weser

Dr. Till Ropers, Alter Marktplatz 2,
21720 Steinkirchen,
Tel. 04142 4277 Fax 04142 2059,
E-Mail Dr.Ropers-Dzingel@t-online.de

Freiburg

Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215,
79211 Denzlingen, Tel. 07666 2410

Hamburg

Thomas Murphy, Poppenbütteler
Chaussee 45, 22397 Hamburg,
Tel.040 6074151, Fax 040 6074152

Nordrhein

Dr. Rainer Küchlin,
Am Buschhof 12, 53227 Bonn,
Tel. 0228 440231, Fax 0228 462862

Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Ammerseeestr.6,
82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341;
Dr. Kai Müller,
E-Mail Kai_F_Mueller@t-online.de
Dr. Ursula Frenzel, Kidlerstr. 33,
81371 München, Tel. 089 773716,
Fax 089 74665749,
E-Mail ursulafrenzel@hotmail.com

Oberpfalz

Dr. Gerd Ebenbeck, Hochweg 25,
93049 Regensburg, Tel. 0941 297290,
Fax 0941 2972999,
E-Mail info@ebenbeck.com

Oldenburg

Rolf Tödtmann, Oldenburgerstraße 291,
26180 Rastede, Tel. 04402 928811,
Fax 04402 928831,
E-Mail RolfToedtmann@t-online.de;
Dr. Roland Ernst,
E-Mail Ernst.Roland@t-online.de

Rheinessen

Dr. Andreas Vahlenkamp, Betzelsstr.27,
55116 Mainz, Tel. 06131 222218,
Fax 06131 237294

Schleswig Holstein

Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43,
24217 Schönberg, Tel. 04344 9020,
Fax 04344 3349,
E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

Thüringen

Dr. Bernd Kröplin, Leine Einkaufszentrum,
37308 Heilbad Heiligenstadt,
Tel./ Fax 03606 9518,
E-Mail MKroepelin@aol.com

Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,
32657 Lemgo, Tel. 0526110166,
Fax 05261 92901,
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,
50668 Köln, Tel. 0221 97300545, Fax
7391239, E-Mail kontakt@daz-web.de

Leben

Qualität



Cavitrone[®]

ULTRASCHALL-DEBRIDEMENT

Neugierig?

DENTSPLY Service-Line für Deutschland 08000/735000 (kostenlos).

DENTSPLY
DETREY

IP4

Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) sind Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. elmex® gelée) als Sprechstundenbedarf zu verordnen.

Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe



effektiv –
ohne großen
Zeitaufwand

Zusammensetzung:

100 g elmex® gelée enthalten:
Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olafalur 3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (Fluoridgehalt 1,25 %), gereinigtes Wasser, Propylenglycol, Hydroxyethylcellulose, Saccharin, Aromastoffe.

Anwendungsgebiete:

Prophylaxe: Zur Kariesprophylaxe.

Therapie: Zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries, zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

Gegenanzeigen: Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll elmex® gelée nicht angewendet werden.

Nebenwirkungen: In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen.

Packungsgrößen und Preise:
25 g Dentalgel € 5,75 (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel € 7,96 (verschreibungspflichtig);
215 g Anstaltspackung € 21,24 (verschreibungspflichtig).

GABA GmbH – elmex® Forschung
79515 Lörrach

Stand: Februar 2002



elmex® gelée zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Erwachsenen; zur lokalen Fluoridanreicherung des Zahnschmelzes und zur Remineralisation der Initialkaries.

Durch die zusätzliche Verordnung von elmex® gelée 38 g (verschreibungspflichtig) zur 1 x wöchentlichen Anwendung wird sichergestellt, dass die eingeleiteten Maßnahmen durch den Patienten zu Hause weitergeführt werden.

In der Praxis wird elmex® gelée mit dem Applikator oder mit der Miniplastschiene angewendet.

G
GABA GmbH
Spezialist für orale Prävention

elmex® Forschung
e-mail: info@gaba-dent.de