

Positionspapier des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 2008

Einleitung / Ausgangssituation

Eine zahnärztliche Betreuung der Bevölkerung durch einen Zahnärztlichen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ZÄD) ist unverzichtbar. Trotz „caries decline“ (= Rückgang des Kariesbefalls) weist in Abhängigkeit vom sozialen Status etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen immer noch schwere Schäden im Gebiss mit Folgen für ihre gesamte gesundheitliche Entwicklung auf. Weitere Teile der jugendlichen Bevölkerung zeigen vermeidbare Risikofaktoren und/oder frühe Anzeichen zukünftiger Schäden.

Die erwachsene Bevölkerung ist durch Änderungen bei der Zuschussregelung für Zahnersatz bei zunehmender Liberalisierung auf dem Gesundheitsmarkt verunsichert und benötigt in vielen Fällen Hilfestellung im Dickicht von Kostenvoranschlägen, möglichen Therapien oder Versorgungsalternativen.

In einer älter werdenden Gesellschaft sind vermehrt pflegebedürftige Menschen, die in Heimen untergebracht sind, zahnärztlich zu betreuen und zu versorgen. Bestehende Lücken sind zu füllen, eine Koordination notwendiger Maßnahmen anzustreben.

Leistungsspektrum

Die Zahnärztlichen Dienste erfüllen durch ihre Arbeit formal wie inhaltlich ihre Pflichten aus den Gesundheitsdienstgesetzen und dem Sozialgesetzbuch V. Hierzu gehören:

1. Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung - Gruppenprophylaxe

Die Zahnärztlichen Dienste nehmen eigenständige Aufgaben in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensverhältnisse sowie der Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen wahr.

Dies geschieht durch themen- und zielgruppenorientierte Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung, in der Verhütung von Gesundheitsgefahren und Erkrankungen und in einer möglichst frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsschäden.

Den gesundheitsfördernden und gesundheitserzieherischen Maßnahmen, die den Schwerpunkt der Tätigkeit der Dienste ausmachen, liegt das Konzept der Salutogenese (Erhalt der Gesundheit) zu Grunde. Hiernach zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit nachhaltig zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Dieser Orientierung wird in heutigen Konzepten der Vorrang vor professioneller Fürsorge und Betreuung (Verhinderung von Krankheit = pathogenetischer Ansatz) gegeben – ohne, dass hierauf vollständig verzichtet werden könnte.

Die Chancen für eine gute Mundgesundheit sind nicht gleich verteilt. Kinder und Jugendliche, die sich in schwierigen Lebensumständen befinden, tragen die Hauptlast der Munderkrankungen. Die Bemühungen der Zahnärztlichen Dienste zielen darauf ab, diese Ungleichheit durch weitestgehende Flächendeckung der Maßnahmen zu verringern und somit Sozialkompensation zu leisten, insbesondere dort, wo durch andere Stellen keine Hilfe angeboten werden kann (Grundsatz der Subsidiarität). Dazu werden die Möglichkeiten des breiten Zugangs zu pädagogischen Einrichtungen genutzt, der eine „aufsuchende“ Betreuung zulässt, sodass auch Kinder und Jugendliche, die nicht rechtzeitig in die Zahnarztpraxen mit ihrer „Komm-Struktur“ gelangen, davon profitieren.

Zahnschäden sind in vielen Fällen vermeidbar, schwere Ausprägungen folgen heute einem sozialen Gradienten. Der Zahnärztliche Dienst nimmt sich deshalb vorrangig der Kinder und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten an und führt für diese Zielgruppe besondere Maßnahmen durch.

Die Leistungen werden zielgruppenorientiert und adressatengerecht, d.h. altersentsprechend vor allem bei Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (Eltern und Sorgeberechtigte) und bei den diese beratenden Berufs- und Multiplikatorengruppen erbracht. Zu diesen Gruppen gehören Hebammen und Geburtshelfer, Erzieher/innen,

Kinderpfleger/innen, Lehrer/innen, Altenpfleger/innen sowie Schülerinnen und Schüler in entsprechenden Lehrberufen.

In einigen Fällen halten ZÄD unter Nutzung vor allem präventiver Potenziale Angebote für Senioren und deren Betreuer/innen vor. Ältere Menschen sind derzeit die Hauptnutzergruppe des Gesundheitssystems in Deutschland; sie bedürfen einer stärkeren gesundheitlichen Betreuung und mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Gesundheitsversorgung der über 80- Jährigen dar. Dieser Personenkreis ist die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in der Bundesrepublik. Fehlende Zähne oder schlecht sitzende Prothesen bewirken eine Reduktion der Nahrungsmenge sowie die Bevorzugung leicht kaubarer, aber nicht bedarfsgerechter Nahrung. Bei körperlichen Funktionseinbußen können Mundhygiene und die Handhabung des Zahnersatzes eingeschränkt sein. Entwicklung und Implementierung von Schulungsmaßnahmen sowohl für Senioren als auch der sie betreuenden Personen zur bedarfsgerechten Mundhygiene und Ernährung im Alter unter Berücksichtigung von Einschränkungen und Krankheiten stellen die Schwerpunkte in der Arbeit der ZÄD dar.

Die ZÄD bieten damit gesundheitsfördernde, gesundheitserzieherische und prophylaktische Maßnahmen im Sinne von primär-primärer, primärer, sekundärer und tertiärer Prävention an und führen diese durch.

Die Begriffe Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung werden häufig einheitlich verwendet. Sie besitzen jedoch unterschiedliche Konzeptionen, aus denen sich unterschiedliche Handlungsansätze ergeben.

a) Prävention

Prävention ist krankheitsorientiert. Maßnahmen der Prävention zielen auf eine Verringerung von Belastungen und Gefährdungen oder die Verhütung von Krankheiten ab. Sie wenden sich somit immer den Risiken der Krankheitsentstehung zu. Präventionsmaßnahmen richten sich an Risikogruppen mit erwartbaren, bereits erkennbaren oder schon vorhandenen Störungen und Krankheiten. Je nach Zeitpunkt der Maßnahme wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden.

Durch Primärprävention soll das Eintreten von Krankheit vermieden werden. Die Maßnahmen richten sich entweder mit allgemeinen Aufklärungskampagnen an die breite Bevölkerung oder aber speziell an Menschen, bei denen ein Erkrankungsrisiko besteht (z.B. Kinder mit Milchzahnkaries, Raucher, Menschen mit hohem Blutdruck). Von Primär-

Primärprävention wird gesprochen, wenn gezielt Schwangere und junge Mütter angesprochen werden, um eine Erkrankung des Neugeborenen zu verhindern.

Sekundärprävention will die Ausweitung des Krankheitsbildes eingrenzen und den Verlauf der Krankheit verkürzen. Die Maßnahmen richten sich an Menschen, die bereits krank sind und bei denen eine Verschlimmerung ihrer Krankheit vermieden bzw. der Krankheitsverlauf abgebrochen werden kann (z.B. Elternmitteilungen mit der Information über die Erkrankung der Zähne ihres Kindes).

Tertiärprävention umfasst Maßnahmen, die eine möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis verfolgen (Versorgung von Kindern, wenn deren Sorgeberechtigte sie keiner Behandlung zuführen).

b) Gesundheitserziehung

Gesundheitserziehung beschreibt wissenschaftlich begründete Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen, die das Verhalten des Menschen in Richtung Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit beeinflussen. Der Mensch soll in seiner Verantwortung für die eigene Gesundheit gefestigt und befähigt werden. Eine entscheidende Funktion fällt bei der Gesundheitserziehung den Experten aus dem medizinischen Bereich zu.

Ziel der Gesundheitserziehung ist, Gesundheitswissen so zu vermitteln, dass es in die Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppe integriert werden kann. Individuelle Fähigkeiten zur Bewältigung krankheitsbezogener Problemlagen sollen gestärkt werden. Die Menschen sollen sich aktiv und produktiv mit den an sie gerichteten Anforderungen auseinandersetzen.

c) Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung beeinflusst die Lebensbedingungen von Menschen und konzentriert sich auf soziale Rahmenbedingungen, unter denen Kompetenzen für Gesundheit gelernt werden. Gesundheitsförderung soll Menschen ermöglichen, aus eigenem Antrieb eine Entscheidung für ein gesundes Leben zu treffen.

Zielgruppen von gesundheitsfördernden Maßnahmen sind nicht nur Risikogruppen, sondern alle Gruppen der Bevölkerung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen da an, wo Krankheit noch nicht eingetreten ist. Gesundheitsförderung nutzt bürgerschaftliches Engagement. Initiativen, freie Organisationen, Selbsthilfegruppen, benachteiligte Bevölkerungsgruppen sollen ebenso angesprochen werden wie Bürgerinnen und Bürger mit ihren individuellen Problemen, Ansprüchen und Fähigkeiten.

d) Zusammenfassung

Gesundheitserziehung und Prävention verfolgen das Ziel, die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Gesundheit zu fördern. Dies geschieht mit dem Blick auf eine mögliche Krankheit oder ein bestehendes Krankheitsrisiko. Prävention spricht den Menschen grundsätzlich als Individuum an und erwartet immer persönliche Bemühungen, um einem Krankheitsrisiko vorzubeugen. Die Kompetenz für den Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Körperlichkeit wird dabei von den Akteuren des Versorgungssektors beansprucht. Zudem konzentrieren sich Gesundheitserziehung und Prävention auf Krankheiten, die im öffentlichen Erscheinungsbild als solche wahrgenommen werden.

Ergänzend dazu wird darin ein Instrument gesehen, um Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. In diesem Fall ist der Begriff Risikoprävention durchaus gebräuchlich. Diese Aussage ist auch für die Karies zutreffend. Immer noch versäumen Kinder und Jugendliche jedes Jahr zahlreiche Stunden in Kindergarten und Schule, weil sie Zahnschmerzen haben und wegen akuter Beschwerden zur Behandlung müssen.

Durch Gesundheitsförderung werden konkrete Fähigkeiten wie z.B. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit und Bildung der Menschen gestärkt. Die Lebensbedingungen wie Einkommen, Information, Verhaltensspielräume, Einbindung in soziale Netzwerke oder soziale Unterstützung werden bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung einbezogen. Auf diese Weise eignen sich Interventionen der Gesundheitsförderung dazu, die Lebenswelt der Menschen insgesamt gesundheitsförderlich zu beeinflussen. Menschen werden befähigt, sich mit den alltäglichen Problemen kompetent auseinander zu setzen und Belastungen besser zu verarbeiten.

Interventionen der Gesundheitsförderung müssen multidisziplinär umgesetzt werden. Das Wissen zu Zahn- und Mundgesundheit ist von den Zahnärzten breitflächig einzubringen. Sie müssen die Zusammenhänge zwischen sozialen, wirtschaftlichen, erziehungs- oder Umweltthemen und der Mundgesundheit darstellen und eine zielgruppenspezifische Aufbereitung der Thematik vornehmen; damit der Einzelne für sich die Entscheidung zu Gunsten der gesunden Zähne treffen kann.

Mundgesundheitsthemen können in etablierte Programme anderer Professionen eingefügt werden. Die Umsetzung selbst muss nicht ausschließlich durch Zahnärzte erfolgen. Gut ausgebildetes Prophylaxepersonal kann in der Gruppenprophylaxe ebenfalls sehr erfolgreich sein.

Hilfreich ist, wenn eine Sensibilisierung für die Thematik der Zahn- und Mundgesundheit bereits während der Ausbildung z.B. von Hebammen, Erzieherinnen oder Kinderpflegerinnen sowie Altenpflegerinnen durch Zahnärzte des ÖGD stattfindet.

Kernpunkt zahnärztlicher Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch den Zahnärztlichen Dienst im Sinne des § 21 Sozialgesetzbuch V ist die sozialkompensatorische, aufsuchende Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Neben der Erarbeitung, Organisation und Durchführung spezifischer Gesundheitsförderungsprogramme liegen im Rahmen flächendeckender primärer, sekundärer und tertiärer Prävention Arbeitsschwerpunkte auf Basisprophylaxe (in Gruppen) und Intensivprophylaxe (in Gruppen) sowie in manchen Diensten der Individualprophylaxe.

Zu den Prophylaxeangeboten gehört die am Erkrankungsrisiko der Kinder orientierte Fluoridierung der Zähne.

e) Basisprophylaxe

Zahnärztinnen, Zahnärzte und Prophylaxefachkräfte sind in Kindergärten und Schulen im Rahmen der *Basisprophylaxe* tätig, um den Kindern beim Aufbau einer positiven Haltung zum Thema „Zahn und Mundgesundheit“ zu helfen. Bei dieser Tätigkeit müssen sie neben ihrem gesetzlichen Auftrag sowohl den Forderungen neuerer Lern- und Unterrichtskonzepte als auch den Schulrichtlinien der Länder entsprechen.

Inhaltlich gehören hierzu vorrangig Themen rund um das Erlernen und Trainieren von Mundhygienetechniken, die Ursachen von Munderkrankungen und die Ernährungslenkung. Hier wiederum stehen im Mittelpunkt die Kariogenität von Speisen und vor allem Getränken, die Problematik der versteckten Zucker, von Säureerosionen und nicht zuletzt von schädlichen Habits. Saugerflaschen aus Plastik und moderne Ventilverschlüsse auf Flaschen mit Erfrischungsgetränken stellen immer wieder neue Herausforderungen in Punkto Aufklärung und Erziehung dar.

Moderne Unterrichtsformen und Unterrichtskonzepte fordern eine Öffnung des Unterrichts nach außen und nach innen, d.h., sie verlangen ein Aufsuchen und Kenntnis der außerschulischen Wirklichkeit sowie ein Hereinholen, ein Einbeziehen dieser Wirklichkeit in den Unterricht.

Gesundheitsförderung und -erziehung sollten unter Berücksichtigung kognitiver (z.B. Wissen, Kenntnisse, Denken, Verstehen), affektiv-emotionaler (z.B. Neugier, Phantasie, Interessen, Einstellungen, Haltungen, Werte, Gefühle) und pragmatisch-psychomotorischer Lernziele (z.B. Handfertigkeit, motorische Fertigkeiten) umgesetzt werden.

Es sind Prinzipien zu berücksichtigen, die in der gegenwärtigen wissenschaftlichen Didaktikdiskussion als wichtig für ein erfolgreiches Lernen angesehen werden. Dazu gehören ein Lernen mit allen Sinnen sowie ein fächerübergreifendes, handlungsorientiertes sowie lebensweltbezogenes Lernen.

Lernprozesse müssen in einer für die Kinder angstfreien und emotionalen Sicherheit vermittelnden Atmosphäre stattfinden, weil diese für die Anbahnung bzw. Festigung eines positiven Verhältnisses zum Lebensbereich „Zahn- und Mundgesundheit“ wichtige Voraussetzung ist.

f) Intensivprophylaxe

Diese Prinzipien sind selbstverständlich für die *Intensivprophylaxe* ebenfalls umzusetzen. Abhängig vom Risiko der Kinder an Karies zu erkranken werden Einrichtungen, in denen eine große Zahl dieser Kinder anzutreffen ist, mit höherer Frequenz besucht. Außerdem gehört in der Regel mehrmals im Jahr eine Fluoridierung der Zähne – als niederschwelliges Angebot vor Ort in der Einrichtung aufgetragen – zu den Maßnahmen der Intensivprophylaxe. Mit Einverständnis der Sorgeberechtigten und nach umfangreicher Fluoridanamnese wird Lack, Fluid oder Gelee auf die Zähne aufgetragen. Dies geschieht in Verantwortung der Zahnärzte häufig durch entsprechend ausgebildetes Prophylaxepersonal.

g) Individualprophylaxe

Einige Dienste betreuen im Rahmen nachgehender Gesundheitsfürsorge Kinder, deren Eltern nicht willens oder nicht in der Lage sind, im notwendigen Umfang für die Zahngesundheit ihrer Kinder Sorge zu tragen, individualprophylaktisch. Zur *Individualprophylaxe* gehört ggf. die konservierende Behandlung dieser Kinder.

h) Konsiliardienste

Die Zahnheilkunde als Teildisziplin der Humanmedizin nimmt ihre Aufgaben im Kontext der Gesamtaufgaben der unteren Gesundheitsbehörden wahr.

Durch die Einbindung der ZÄD z.B. in logopädisch- sprachheiltherapeutische Betreuung sowie die allgemeinmedizinische Schwangeren- und Mütterbetreuung werden unverzichtbare Konsiliardienste geleistet.

2. Untersuchung und Befundung

a) Einrichtungen und Vorgehensweise

Die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen dient einerseits der Erhebung bevölkerungsrelevanter Daten für die Gesundheitsberichterstattung bzw. zu Bedarfsanalysen für zielgruppenorientiertes Vorgehen und effektiven Ressourceneinsatz im Rahmen der Gruppenprophylaxe und zur Evaluation der Maßnahmen. Andererseits dient sie als Vorsorgemaßnahme, der individuellen Feststellung von zahnärztlichem (Be-) Handlungsbedarf (z.B. Versiegelungen, Kariestherapie, kieferorthopädische Behandlung, parodontale Probleme) und der Mitteilung dieses Behandlungsbedarfes an die Sorgeberechtigte zum frühzeitigen Therapiebeginn. Der Brief an die Eltern sollte zudem Informationen über Prophylaxebedarf und/oder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko enthalten. Die Untersuchung hilft beim Angstabbau und schafft eine Grundlage für eine nachgehende sozialkompensatorische Fürsorge. Die Chance zur Motivation der Kinder, Jugendlichen und deren Bezugspersonen zu zahngesundheitsförderndem Verhalten muss dabei genutzt werden.

In Tageseinrichtungen für Kinder besteht darüber hinaus grundsätzlich die Möglichkeit einer Teilnahme der Eltern an der Untersuchung.

Die Schaffung qualitätsfördernder Rahmenbedingungen und die Beachtung der im Weiteren dargelegten Systematik sind notwendig. Die Ausführungen orientieren sich eng an den Empfehlungen der World Health Organisation (WHO) publiziert in den Basic Methods for Oral Health Surveys in der aktuellen Version von 1997, ergänzt durch sinnvolle, leicht umzusetzende Zusätze.

Als allgemeiner Grundsatz zum Vorgehen ist anzustreben, dass alle Kinder auf die gleiche Art befundet werden.

Die Zahnärztliche Untersuchung der Kinder und Jugendlichen wird – wo immer möglich und in Abhängigkeit vom Alter der untersuchten Kinder - neben datenschutzrechtlichen Gründen aus psychologisch-pädagogischen Überlegungen in der Form einer Einzeluntersuchung

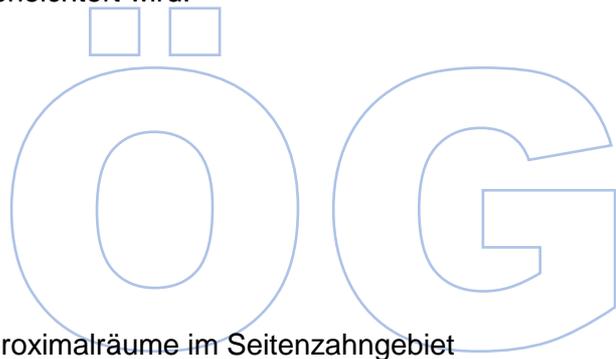
durchgeführt. Das Kind kann sich besser auf den Sachverhalt konzentrieren, ist bei entsprechender Veranlagung weniger aggressiv und unterliegt nicht dem Gruppenzwang. Nach einer Einführung vor der ganzen Klasse ist bei der Einzeluntersuchung der Kinder eine persönliche, an den individuellen Besonderheiten orientierte Betreuung jedes Mädchens und Jungen möglich.

Arbeitsbedingungen unter ergonomischen Gesichtspunkten sind zu schaffen.

Eine routinemäßige Trocknung aller Zähne und Zahnflächen wäre für diese zahnärztliche Untersuchung zu aufwändig. Ist der Zahn nicht ausreichend beurteilbar, sollte vor der Klassifizierung eine Trocknung mit Hilfsmitteln erfolgen.

Es ist insbesondere in Zweifelsfällen und bei älteren Schülern routinemäßig anamnestisch nach Beschwerden und Schmerzen zu fragen, da hiermit das Auffinden von schwer diagnostizierbarer Karies und hidden caries erleichtert wird.

Die Untersuchung ist durchzuführen mit
zahnärztlicher Sonde
nicht vergrößerndem Mundspiegel
Untersuchungsleuchte
Hilfsmittel wie Watterollen, -stäbchen
ev. einer Lampe zum Durchleuchten der Approximalräume im Seitenzahngebiet



Der Empfehlung der WHO folgend sollten abgerundete, nicht scharfe Sonden verwendet werden. Die Sonde ist aufgrund der Möglichkeit, initial vorgeschädigte Schmelzbereiche zu beschädigen, sehr vorsichtig und keinesfalls hebelnd oder stärker drückend zu handhaben. Dennoch kann auf ihre Benutzung nicht verzichtet werden, da die alleinige visuelle Untersuchung aufgrund von gelegentlich vorliegenden Belägen und der fehlenden Lufttrocknung manchmal nicht ausreicht. Besonderes Augenmerk ist auf die Grübchen und Fissuren der bleibenden Molaren zu richten.

Die Mundhöhle ist maximal auszuleuchten. Die Einstellung der Untersuchungsleuchte erfolgt möglichst immer so, dass eine Durchleuchtung der approximalen Flächen der Frontzähne mittels Spiegel von lingual möglich ist. Weil die Augen durch häufigen und wiederholten Wechsel von hell nach dunkel rasch ermüden, ist auf eine gute Ausleuchtung des Untersuchungsraumes zu achten. Zweckmäßigerweise sollte neben ausreichend Tageslicht eine gute Deckenbeleuchtung direkt über dem Untersuchungsort vorhanden sein.

Die Untersuchungen werden in der Regel aufsuchend durchgeführt, weil so eine Ansprache aller Kinder und der Eltern möglich ist. Ziel ist es deshalb, einrichtungsbezogen Kinder und Jugendliche - unabhängig von der sozialen Lage - regelmäßig zu betreuen und zu untersuchen. Auf diese Weise kann der Erfolg der Prophylaxe überprüft und auf das Auftreten von Problemen in angemessener Zeit reagiert werden. Diese Vorgehensweise sollte in Abhängigkeit von der epidemiologischen Situation regelmäßig überprüft werden.

Wegen der zunehmenden Polarisierung des Kariesbefalls und der speziellen Problematik der „Kindeswohlgefährdung“ ist zukünftig weiterhin erhöhtes Augenmerk auf die Kinder und Jugendlichen zu legen, die wegen ihres Restantenstatus oder eines erhöhten Erkrankungsrisikos besonders betreuungsbedürftig sind. Zielsetzung ist es, die Problemlage so früh wie möglich zu erkennen.

Trotz teilweise sinkender Kinderzahl haben die vorrangig zu betreuenden Einrichtungen nicht abgenommen, ebenso wenig die Anzahl der Gruppen, Klassen und Kinder in Brennpunkteinrichtungen. Außerdem hat sich die Altersstruktur in den Tageseinrichtungen für Kinder entscheidend geändert. Der Anteil von unter Dreijährigen hat sich seit dem Jahr 2000 fast verdoppelt. Dies bedeutet, dass neue Ansprachemuster und Strategien entwickelt werden müssen, um diese Kleinkinder zu erreichen.

Menschen mit Migrationshintergrund und bildungsschwache Bevölkerungsgruppen finden einen schlechteren Zugang zu unserem Gesundheitssystem und bedürfen deshalb besonderer Unterstützung. Werden mit Hilfe der ZÄD erste Barrieren gegenüber dem Versorgungssystem überwunden, dürfen neben psychologischen und kulturellen Hürden nicht noch finanzielle aufgebaut werden. Für risikobelastete und finanzschwache Familien und deren Kinder muss eine zuzahlungsfreie Versorgung gewährleistet sein. Vor diesem Hintergrund werden die Bedeutung von präventiven Maßnahmen und die Vermeidung von Schäden besonders deutlich.

b) Hygiene und Arbeitsschutz

Die Durchführungen von Maßnahmen zur Hygiene im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung von Kindern und Jugendlichen in pädagogischen Einrichtungen und aller anderen zahnmedizinischen Tätigkeiten der Dienste ist gemäß der gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien einzuhalten.

Gesetzliche Grundlagen (in der jeweils geltenden Fassung) sind

- das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG)
- das Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz, MPG)
- die Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte- Betreiberverordnung, MPBetreibV)
- Technische Regeln für das Arbeiten mit biologischen Arbeitsstoffen 250 (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250))
- Berufsgenossenschaftliche Regeln für Sicherheit und Gesundheit (BGR 250)
- Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung, BioStoffV)
- Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen (Gefahrstoffverordnung - GefStoffV)
- Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte)
- Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene (Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut)
- Anforderungen an die Hygiene an die Reinigung und Desinfektion von Flächen (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut)
- Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes der Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA)

Weiterhin sind das Erstellen eines Hygieneplans und eine aktuelle Desinfektionsmittelliste erforderlich.

Das Medizinproduktegesetz verpflichtet außerdem zum Qualitätsmanagement.

3. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Die zahnärztliche Untersuchung ist Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung (epidemiologische Betrachtungen, Trendaussagen usw.). Daraus ergibt sich die Überprüfung und Weiterentwicklung von Prophylaxestrategien (Bedarfsanalysen für zielgruppenorientiertes Vorgehen und effektiven Ressourceneinsatz). Nicht zuletzt deshalb muss die zahnärztliche Untersuchung auf Karies nach international anerkannten

Grundsätzen (WHO) standardisiert EDV- gestützt und nach Möglichkeit von kalibrierten Untersucherinnen und Untersuchern durchgeführt werden.

Alle Befunde sind für jedes Kind in einem Zahnschema zu erfassen. Falls erforderlich muss neben einem zahnbezogenen Untersuchungsergebnis eine auf die Zahnfläche bezogene Befundung möglich sein.

Außer Aussagen zum dmf-t und DMF-T ist z.B. eine Ermittlung des SIC- Wertes anzustreben.

Neben der Karies und ihren Vorstufen sind Füllungen, Versiegelungen sowie kieferorthopädische und parodontale Befunde zu erfassen.

Durch die Durchführung aller Maßnahmen nach aktuellen anerkannten Standards und Grundsätzen sowie wissenschaftlich fundiert in Struktur, Prozess und Ergebnis sind die Leistungen gleichermaßen effektiv und effizient. Die Qualität der Arbeit sollte im Prozess des Qualitätsmanagements ständig überprüft und falls erforderlich, verbessert werden.

Die seit langen Jahren bestehende Mitarbeit der ZÄD in lokalen Arbeitskreisen zusammen mit Krankenkassen, Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hat die seit einiger Zeit eingeforderten Kommunalen Gesundheitskonferenzen, Runden Tische u.Ä. de facto bereits vorweggenommen. Eine landes-, bundes- und WHO- compatible, EDV- gestützte Berichterstattung zur Evaluation, Erfolgskontrolle, Wirkungsanalyse sowie zum Erstellen und Unterstützung (lokaler) Oral Health Surveys ist derzeit nicht in Sicht. Die Ausarbeitung entsprechender Programme ist daher wünschenswert. Die jährlich durchgeführte Dokumentation zur Gruppenprophylaxe durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) ist bislang eine Zustandsbeschreibung; könnte jedoch unter konsequenter Fortentwicklung diese Aufgabe erfüllen und sollte für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe angestrebt werden.

Die Datenanalyse muss dazu dienen, Mundgesundheitsrisiken der Bevölkerung aufzuzeigen. Es ist ratsam, überregionale Mundgesundheitsdaten zu ermitteln und für Vergleichs- und Planungszwecke zu nutzen, Gesundheitsberichte anderer Institutionen sind mit den gewonnenen Erkenntnissen zu ergänzen.

Durch die Datenanalyse können Trends und Verhaltensweisen aufgespürt werden, aus denen Mundgesundheitsprobleme entstehen können. Missstände, die die ungünstige

Entwicklung der Mundgesundheit verursachen, sind zu benennen und die Dienste sollten für deren Beseitigung eintreten.

4. Öffentlichkeitsarbeit

Wünschenswert ist, dass Kindern eine bejahende Einstellung zur Mundgesundheit und zur Pflege ihrer Zähne vermittelt wird. Die Grundlagen dazu werden durch die Gruppenprophylaxe in vielfältigen Formen gelegt. Die erworbenen Handfertigkeiten, Kenntnisse und Einstellungen motivieren die Kinder zu einem verantwortungsbewussten Handeln in ihrer außerschulischen Lebenswirklichkeit.

Deshalb suchen und nutzen die Zahnärztlichen Dienste bestehende Gremien, wie z.B. den Arbeitskreis Zahngesundheit oder Elternbeiräte, um durch die Einbindung vieler Verantwortlicher und durch Koordination der Arbeit Synergieeffekte zu erzielen.

Durch Vernetzung und sektorübergreifende Zusammenarbeit sind Kontinuität und Nachhaltigkeit präventiver Maßnahmen anzustreben. Dazu sind Modelle guter Praxis zu etablieren und vor allen Dingen in der Öffentlichkeit zu verbreiten.

Gemeinsam mit öffentlichen oder privaten Organisationen, Schulen, Medien etc. sind Strategien gegen die erkannten Mundgesundheitsprobleme zu entwickeln und / oder Unterstützung einzufordern sowie Partnerschaften zu gründen.

Es sind Kontakte zu knüpfen zu den Interessenvertretungen der Bevölkerungsgruppen, die unter besonderen Mundgesundheitsproblemen leiden, um die Unterstützung dieser Interessenvertreter für lokale Gesundheitsprogramme zu gewinnen. Diese Programme sollten den Zugang zu umfassender Mundgesundheit für alle Kulturkreise ermöglichen.

Die ZÄD müssen zu einer wichtigen Informations- und Wissensquelle für Lobbyisten und Politiker werden und die Entscheidungsträger in der Kommune für sich gewinnen.

Zu den Aufgaben der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört die Beratung der Bürgerinnen und Bürger in Fragen rund um die Mundgesundheit. Hierdurch werden sie befähigt, als mündige Patientinnen und Patienten zu agieren.

Eine umfassende fachliche Qualifizierung und durch Weiterbildung stets aktualisiertes Wissen sind Voraussetzung für eine gute und rechtlich nicht zu beanstandende (Patienten-) Beratung. Hinzu kommen für die Beratungstätigkeit notwendiges Einfühlungsvermögen und Geduld.

Fragen der Bürgerinnen und Bürger zu zahnärztlichen Behandlungen (Art und Umfang der Versorgung, mögliche Alternativen) sowie dem Kostenumfang (Kostenvoranschläge, Krankenkassenleistungen) bilden den inhaltlichen Schwerpunkt der Beratungen.

Der Aufbau von Patientenberatungsstellen als Anlaufstation für alle Bürgerinnen und Bürger, die Fragen und Probleme rund um Zähne und Zahnbehandlungen haben, fördert nicht nur das Image der ZÄD, sondern festigt ihre Position in der Kommune.

5. Gutachterliche Stellungnahmen

Die Zahnärztlichen Dienste erstellen als Teil der Unteren Gesundheitsbehörde Gutachten, gutachterliche Stellungnahmen sowie amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse.

Das amtszahnärztliche Gutachten ist eine sachverständige Beratung auf der Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen für den öffentlichen Dienst und die Verwaltung. Letztere sind bei komplexen zahnmedizinischen Zusammenhängen auf fundiertes und differenziertes zahnmedizinisches Wissen angewiesen. Als notwendige und geforderte Hilfe wird unter (zahn-)medizinischen Gesichtspunkten in für medizinische Laien verständlicher Darstellung die spezifische Fragestellung der Auftraggeber beantwortet und entscheidende Unterstützung bei der Entscheidungsfindung geleistet.

Methoden- und Materialvielfalt bei der durchgeführten Behandlung erfordern stets eine aktuelle Einarbeitung in den gefragten Themenkomplex. Hierbei müssen rechtliche Aspekte (z.B. BVO) und Haftungsfragen berücksichtigt werden.

In den gutachterlichen Stellungnahmen für die Sozialämter werden in erster Linie Fragen nach Notwendigkeit, Art und Umfang von prothetischen, parodontologischen oder kieferorthopädischen Maßnahmen beantwortet und gemäß der verschiedenen Behandlungsrichtlinien bei gebotener Wirtschaftlichkeit beurteilt. Es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle um Personen, bei denen das Asylbewerberleistungsgesetz zur Anwendung kommt.

Im Umgang mit den Bürgerinnen und Bürgern ist die Arbeit verbindlich, mit der gebotenen Freundlichkeit und Höflichkeit, im Verwaltungshandeln unbürokratisch und flexibel, dabei kompetent und gesetzeskonform zu leisten.

Im Bereich der gutachterlichen Stellungnahmen bestimmen außerdem die Grundsätze der Neutralität, Objektivität und die Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes das Handeln.

6. Hygieneüberprüfung und –überwachung von Zahnarztpraxen

In verschiedenen Bundesländern gehört diese Tätigkeit ebenfalls zum Aufgabenspektrum Zahnärztlicher Dienste. Gemeinsam mit Gesundheitsaufsehern und Hygienefachkräften wird gemäß der o.a. gesetzlichen Grundlagen die Praxis begangen, überprüft und vorrangig in allen Belangen der Hygiene beraten. In Einzelfällen muss der Praxisbetrieb eingestellt werden.

Erforderliche Strukturen

Für eine effektive und effiziente Aufgabenerfüllung ist eine entsprechende personelle, technische und sachliche Ausstattung der Zahnärztlichen Dienste erforderlich. Nur gut ausgebildetes Personal kann allen Anforderungen kompetent gerecht werden.

Als unverzichtbare Parameter für eine hinreichende Arbeitsqualität sind anzusehen:

1. Die Zahnärztlichen Dienste sollten durch Fachzahnärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Kinderstomatologie oder durch Zahnärzte mit einem akademischen Aufbaustudium i.S. des Magister sanitatis (M.san.) bzw. Master of Public Health (MPH) geleitet werden.
2. Zahnmedizinisch qualifiziertes und fortgebildetes Personal mit pädagogisch-didaktischen, sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Kenntnissen (z.B. Gruppenprophylaxehelferinnen) auf der einen Seite und Assistenzpersonal mit Kenntnissen in fachspezifischer EDV und aktuellen Hygieneanforderungen (z.B. Zahnmedizinische Fachangestellte) ist einzusetzen. Im Sinne der Qualitätssicherung sind Konzepte zur Weiterbildung dieser Berufsgruppen länderübergreifend einheitlich zu entwickeln.

3. Eine Verwaltungskraft sollte zur Unterstützung der Organisation eingesetzt werden.
4. Die Einbindung der ZÄD in die Gesamtstruktur der Gesundheitsämter zur effektiven Nutzung von Synergieeffekten muss erhalten bleiben.

Wissenschaftliche Kooperation

Die Zahnärztlichen Dienste verfügen über wissenschaftlich und / oder fachzahnärztlich weitergebildetes Personal. Auf eine fruchtbare Kooperation u.a. mit lokal ansässigen Universitäten, (zahn-)medizinischen Fort- und Weiterbildungsinstituten, den Landesinstituten für ÖGD, den Landes(zahn-)ärztekammern und der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf kann zurückgeblickt werden.

Diese Zusammenarbeit zu institutionalisieren, zu intensivieren und kontinuierlich wissenschaftlich zu begleiten ist Aufgabe des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG).

Die Zahnärztlichen Dienste beteiligen sich an den epidemiologischen Begleituntersuchungen der DAJ. Diese Studien werden gem. § 21 SGB V von der DAJ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Abstand von vier bis fünf Jahren durchgeführt. Die Mitarbeit aller Bundesländer ist anzustreben, um bundesweit Aussagen über die Zahngesundheit von Kindern in bestimmten Altersgruppen treffen zu können und die Erfolge der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe zu überprüfen und zu dokumentieren.

Die Identifikation und Verbreitung von Modellen guter Praxis sollte Aufgabe der ZÄD werden. Darüber hinaus können durch die Evaluation der bisherigen Programme wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsprojektes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten", dem der BZÖG seit dem Jahr 2005 angehört, leisten hierzu einen derzeit unverzichtbaren Beitrag.