

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

47. Jahrgang / Dezember 2017 www.bzoeg.de

Kita mit Biss

Mundgesundheits-
förderung in Pflege- und
Behinderteneinrichtungen

Bivariate

Zusammenhangsmaße



Zahnmedizinische Gesundheitssysteme

2.17

Fluoridin N5: Starker Kariesschutz für die Zähne



Fluoridin N5 ist eine 5%ige Natriumfluoridsuspension für die Kariesprophylaxe und wurde speziell für die Anwendung in der Kinderzahnheilkunde entwickelt.

Fluoride sind eine unverzichtbare Säule der präventiv orientierten Zahnheilkunde. Zu den wichtigsten Methoden bei der Kariesprophylaxe zählt deshalb die Applikation fluoridhaltiger Präparate. Ihre kariesinhibierende Wirkung ist bereits seit langem durch diverse Studien eindeutig belegt. Das trifft insbesondere auf das Fluoridpräparat Fluoridin N5 zu, dessen nachhaltige Wirksamkeit gleich von mehreren Studien untermauert wurde.

So wurde beispielsweise im Rahmen einer Zwei-Jahres-Studie bei 288 Kindern im Alter von zwei bis vier Jahren mit nachweislich erhöhtem Kariesrisiko u.a. Fluoridin N5 eingesetzt^[1,2]. Halbjährlich wurde bei 84 Kindern der Gruppe A Fluoridin N5 appliziert (4 Anwendungen), bei 113 Kindern der Gruppe B Duraphat (Colgate) in ebenfalls 4 Anwendungen und bei 91 Kindern der Kontrollgruppe C wurde auf die Applikation eines Fluoridlackes verzichtet. Parallel zur Fluoridapplikation putzten sich die Kinder aller Gruppen täglich unter Aufsicht mit fluoridhaltiger Zahncreme (500 ppm Fluorid) die Zähne und erhielten vierteljährlich Instruktionen zur richtigen Mundhygiene sowie eine Ernährungsberatung.

Nach zwei Jahren standen bei der Untersuchung noch 200 Probanden zur Verfügung (Gruppe A: 60 Kinder, Gruppe B: 76 Kinder, Gruppe C: 64 Kinder). Die Zahl der kariesfreien Flächen war in der Fluoridin N5-Gruppe nahezu unverändert. Dies galt ebenso für die initialkariösen Flächen. Innerhalb der Duraphat-Gruppe stieg die Anzahl

der initialkariösen Flächen um mehr als 20 % und in der Kontrollgruppe ohne prophylaktischen Lack sogar um mehr als 500 %. Im Hinblick auf den Karieszuwachs zeigten beide Fluoridprodukte eine deutlich hemmende Wirkung, die bei Fluoridin N5 bei etwa 57 % gegenüber der Kontrollgruppe bezogen auf dmft und dmfs liegt. Das Studienergebnis überzeugt von der Wirkung der Fluoridanwendung und empfiehlt ihren Einsatz als effiziente und sichere Maßnahme zur Kariesprävention bei Klein-, Vorschul- und Schulkindern.

Fluoridin N5 ist eine Fluorid-Suspension, die beim Auftragen auf die Zähne flüssiger wird und dadurch auch sehr gut schwer zugängliche Regionen erreicht (Fissuren, Interdentalräume, entlang der Ränder von Brackets, Zahnhäse, Kronenränder etc.). Die Fluoride tragen aktiv zum Schutz vor Karies bei, hemmen die Zerstörung des gesunden Zahnes und geben dem Zahn die Widerstandskraft einer gesunden Zahnoberfläche zurück. Nach Applikation der Suspension dringen die Fluoride in den Schmelz ein und entfalten dort ihre langanhaltende Wirkung. Seine Feuchtigkeits-Toleranz macht Fluoridin N5 gerade in der Kinderzahnheilkunde mit Blick auf die Compliance der jungen Patienten zum Fluoridprodukt der Wahl. Er lässt sich auch dann problemlos applizieren, wenn eine Trocknung der zu behandelnden Bereiche nicht oder nur schlecht möglich ist. Bei Kindern punktet Fluoridin N5 nicht zuletzt dank seines angenehmen Himbeergeschmacks.

Die Anwendung des Materials ist ebenso einfach wie sicher. Fluoridin N5 lässt sich ganz leicht mit einem Pinsel oder Schaumstoffpellet auf die kariesgefährdeten Stellen auftragen oder mit Hilfe praktischer Zylinderampullen direkt applizieren. Diese ermöglichen eine exakte Dosierung und punktgenaue Applikation und erlauben so ein sauberes und wirtschaftliches Arbeiten.

Indikationen

- Kariesprophylaxe bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Unterstützung der Behandlung von Initialkaries
- Behandlung überempfindlicher Zahnhäse

Vorteile

- Sehr gute Benetzung schwer zugänglicher Bereiche (Fissuren, Interdentalräume, entlang der Ränder von Brackets, Zahnhäse, Kronenränder etc.)
- Kann auch auf feuchten Oberflächen aufgetragen werden
- Angenehm fruchtiger Geschmack

Ansprechpartner:

Bernd Brandt, VOCO GmbH - Manager Special Markets, Tel. 0170 7503792, b.brandt@voco.de

Arzneimittelhinweis:

Fluoridin N 5 zur Kariesprophylaxe. Wirkstoff: Natriumfluorid. 1 g Fluoridin N 5 enthält 50 mg Natriumfluorid (entsprechend 22,6 mg Fluorid), Kolophonium modifiziert, Ethanol, Siliciumdioxid, Ethylcellulose, Natriumcyclamat, Saccharin, Farbstoff E 172, Himbeearoma. Anwendungsgebiete: Vorbeugung der Karies, Unterstützung zur Behandlung der Initialkaries. Behandlung überempfindlicher Zahnhäse. Gegenanzeigen: Bei Überempfindlichkeiten gegen einen der Inhaltsstoffe darf Fluoridin N 5 nicht angewendet werden. Bei Personen, bei denen die Kontrolle über den Schluckreflex nicht gewährleistet ist (z.B. Kinder vor der Einschulung, Behinderte), darf Fluoridin N 5 nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Nebenwirkungen: Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind keine Nebenwirkungen bekannt. In Einzelfällen sind Überempfindlichkeitsreaktionen (allergische Reaktionen) jedoch nicht auszuschließen. Verschreibungspflichtig.

Literatur:

- [1] A. Borutta, S. Hufnagl, S. Möbius, G. Reuscher: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 2006, 28, 8-14.
[2] A. Borutta, S. Hufnagl, S. Möbius, G. Reuscher: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 2006, 28, 103-109.

EDITORIAL



Dr. Claudia Sauerland Dr. Michael Schäfer MPH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit der Vorlage dieser zweiten Ausgabe unserer Zeitschrift geht ein Jahr zahlreicher Wahlen, denen noch mehr Prognosen vorausseilten, zu Ende. Manch eine Überraschung trat ein und vielfach bedeutete dies für die Beteiligten erhebliche Kraftanstrengungen für Maßnahmenkataloge und Strategien.

Was, so fragen Sie sich, hat das aber mit unserem Verband und unserer Tätigkeit zu tun?

Wir wissen, dass sich die Zahngesundheit in Bezug auf die Karies bei den Jugendlichen in den letzten 25 Jahren beträchtlich verbessert hat.

Die auf Kontinuität und Verlässlichkeit angelegte Gruppen- und Individualprophylaxe hat im Verbund mit einem allgemeinen Trend zur Gesunderhaltung Früchte getragen.

Wenn wir aber im Hinblick auf diese Früchte eine Prognose für die kommenden Jahre wagen wollen, gilt es, zahlreiche Stellschrauben zu berücksichtigen.

Dies fängt bei den scheinbar einfachen Hilfsmitteln zur Mundhygiene wie den Zahnbürsten an, bei denen längst eine Abkehr von den bisherigen Erkenntnissen existiert. Damit in Verbindung steht die Frage der Putztechnik und der Putzdauer und schließlich die Frage, ob und inwieweit die derzeitige Konzentration von Fluorid in Kinderzahnpasten in Deutschland noch zeitgemäß ist.

Welche Prognose können wir hinsichtlich der Bedeutung des Zuckers in allen Lebensmitteln abgeben, wenn wir wissen, dass 92 % aller Eltern den Zuckergehalt in einem Fruchtojoghurt unterschätzen?

Wie steht es um die Frage der kultursensiblen Herangehensweise auch im Rahmen der Gruppenprophylaxe, wenn wir an die migrationsspezifischen, kulturspezifischen, krankheitsspezifischen und sozialen Faktoren denken?

Zu all diesen Punkten wollen wir an Maßnahmen und Antworten mitarbeiten.

Dass wir dies tun und dass wir uns als Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf mehreren Gebieten auszeichnen, belegt dieses Heft mit Berichten und Kongressbeiträgen sehr eindrücklich.

Aber! Wie ist hier die Prognose? Die in unserer Verantwortung liegende Gruppenprophylaxe braucht hochqualifiziertes Personal und eine auskömmliche Personalressource. Die Kenntnis in und aus den Einrichtungen ist ein unschätzbare Gut und unser Verband steht für gruppenbezogene zahnmedizinische Prävention.

Wenn wir diese weiter entwickeln und auch zukünftig unsere Expertise einbringen wollen, dann ist die Beteiligung aller Verbandsmitglieder in allen Strukturen gefragt, dann brauchen wir Sie!

Nur so haben wir eine gute Prognose, ohne Nachwuchs für Vorstands- und Gremienarbeit hat unser Verband keine Perspektive.

Ihre
Claudia Sauerland
und Michael Schäfer
Bundesvorsitzende

- 03 Editorial
Claudia Sauerland, Michael Schäfer

Berichte

- 05 Seit 2004 „Kita mit Biss“ in Frankfurt (Oder) –
Das Präventionsprogramm hat sich etabliert
Petra Haak
- 06 Kongressbericht 2017 – Gesundheit für alle
Grit Hantzsche

Kongressbeitrag

- 08 Mundgesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung –
Ergebnisse des Berliner Modellprojekts
Ines Olmos, Imke Kaschke
- 11 Bivariate Zusammenhangsmaße für zahnärztliche
Untersuchungsdaten
Michael Herzog, Pantelis Petrakakis, Rafael Weißbach
- 13 Evaluation zahnmedizinischer Gesundheitssysteme:
Resultate für Deutschland und ausgewählte
hochentwickelte Länder
Rüdiger Saekel
- 18 Verbesserung der Mundgesundheit
pflegebedürftiger Menschen im Hochsauerlandkreis
Maria Bomkamp
- 21 Erfahrungen mit den Kooperationsverträgen
zwischen Zahnärzten und Pflegeheimen
Harald Strippel

Aktuelles Thema

- 24 Bezirk verleiht Zertifikat „Kita mit Biss“ an Spandauer Kitas
Lukas Müller
- 25 Auszeichnungen für interdisziplinäre Gruppenprophylaxe
- 26 Vorschau 68. Kongress des BVÖGD und des BZÖG 2018

Verband

- 27 Nachruf für Elke Sens
Petra Haak, Sabine Röthig

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.17
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des
Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

1. Vorsitzender:

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

2. Vorsitzende:

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

Geschäftsführung:

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

Redaktion Zeitung:

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

Redaktion Internet:

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

Anzeigenverwaltung:

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

Wissenschaftlicher Referent:

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

Zeitungsbeirat:

Dr. Angela Bergmann, Krefeld
Dr. Christoph Hollinger, Hagen
Dr. Gereon Schäfer, Saarbrücken

Satz und Druck:

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

Bezug:

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung
des Herausgebers. Mit Ausnahme der gesetzlich
zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne
Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persön-
liche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung
des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

Petra Haak

Seit 2004 „Kita mit Biss“ in Frankfurt (Oder) – das Präventionsprogramm hat sich etabliert

Dritte Evaluation des Präventionsprogramms „Kita mit Biss“ im Schuljahr 2015/2016

Vor 13 Jahren stellte das Team des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder) einen hohen Anteil von kleinen Kindern mit Frühkindlicher Karies fest und entwickelte mit ErzieherInnen präventive Strategien zur Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der Frühkindlichen Karies. Das Ergebnis war die Einführung eines Aufklärungs- und Ernährungsprogramms zur Schaffung eines mundgesundheitsförderlichen Kita-Alltags, das unter dem Namen „Kita mit Biss“ umgesetzt und durch die Gesundheitsberichterstattung gesteuert wird.



Abb. 1: Handlungsleitlinien für Kindertagesstätten
Abb. 2: Das 2014 aktualisierte Zertifikat-Poster

Ausgehend von den Erfahrungen und Ergebnissen in Frankfurt (Oder) ist das praxiserprobte und 2015 mit einem Präventionspreis der Initiative für eine MUNDGESUNDE ZUKUNFT in DEUTSCHLAND ausgezeichnete Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ inzwischen in vielen Regionen des Landes Brandenburg und darüber hinaus auch in anderen Bundesländern ein Bestandteil der gruppenprophylaktischen Betreuung gem. § 21 SGB V.

In Frankfurt (Oder) beteiligen sich 29 der 30 Frankfurter Kitas an diesem intersektoralen Aufklärungs- und Ernährungsprogramm. Zur Verstärkung der Außenwirkung erhielt jede „Kita mit Biss“ ein Zertifikat.

Zusätzlich zu den jährlichen Auswertungsgesprächen in den „Kitas mit Biss“ wurde das Präventionsprogramm in den Schuljahren 2006/2007 und 2010/2011 evaluiert. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit den interviewbasierten Befragungen der Kita-Leiterinnen im Rahmen der zweiten Evaluation wurden diese auch 5 Jahre später (im Schuljahr 2015/2016)

durchgeführt. Dabei stand für den Zahnärztlichen Dienst die Frage im Vordergrund, ob es gelungen ist, über einen Zeitraum von 11 Jahren die Qualität des Präventionsprogramms zu sichern.

Ergebnisse der dritten Evaluation

Alle 29 Kitaleitungen nahmen an den Interviews teil. Das Gesprächsangebot wurde sehr positiv aufgenommen und die Gesprächsatmosphäre war vertrauensvoll. Das 2014 neu gestaltete Zertifikat (Abb. 2) zusammen mit laminierten Handlungsleitlinien (Abb. 1) zur Verstärkung der Außenwirkung von „Kita mit Biss“ sowie die verschiedenen sprachigen Elternflyer wurden begrüßt.

Nach Auswertung der Evaluationsinterviews ist festzustellen:

- Das Zähneputzen der Kinder mit fluoridhaltiger Kinderzahnpasta wird in allen Kitas durch die Erzieherinnen

und Erzieher unterstützt und begleitet. Teilweise putzt das pädagogische Personal mit.

- In allen Kitas wird das Verabreichen der Nuckelflasche bei Kindern, die aus der Tasse trinken können, konsequent abgelehnt.
- 26 Kindereinrichtungen bieten in der Kita ein zahngesundes Frühstück an. In 3 Kitas wird das Frühstück von zu Hause mitgebracht. Hier wird im Rahmen des Erstgesprächs vor Aufnahme des Kindes in die Kita durch die Kita-Leitung auf das Mitbringen eines zahngesunden Frühstücks hingewirkt.
- Alle Kitas bieten eine kauintensive Obst- und Gemüsezwischenmahlzeit an.
- Alle Kitas reichen am Vormittag konsequent zuckerfreie Getränke (Wasser bzw. ungesüßten Tee).
- Fruchtsäfte werden grundsätzlich nur verdünnt angeboten, häufig nur noch zu besonderen Anlässen. Erfreulich ist die Tatsache, dass ein Viertel der

„Kitas mit Biss“ inzwischen ganz auf das Angebot verdünnter Fruchtsäfte verzichtet.

- In 17 Kindereinrichtungen wurden in den vergangenen 2 Jahren Elterninformationsveranstaltungen zur Kariesvorsorge durchgeführt und 24 Kitas haben diese in Planung. Damit gehört die Prävention der frühkindlichen Karies zu den Schwerpunkten der Elternarbeit der „Kitas mit Biss“.

Zum Abschluss der Evaluationsinterviews wurde die Kita-Leitung um Hinweise für die weitere gesundheitsförderliche Arbeit der „Kitas mit Biss“ gebeten. Die Besuche von Kita-Gruppen im Gesundheitsamt wurden positiv bewertet und für das folgende Schuljahr vorgeplant, ebenso die Elternberatungen zur Kariesprävention im Rahmen der Baby-Treffs. Die jährlich durch den Zahnärztlichen Dienst organisierten Fortbildungen für interessiertes pädagogisches Personal

bzw. Neueinstellungen fortzuführen, wurden begrüßt.

Neben der dritten Evaluation des Präventionsprogramms „Kita mit Biss“ erfolgten auch im Schuljahr 2015/2016 die jährlichen Auswertungsgespräche. Hier wurden der Kita-Leitung die aktuellen Untersuchungsergebnisse im Vergleich zu den vorangegangenen Untersuchungen vorgestellt. Zielgerichtete Maßnahmen zur Prävention der frühkindlichen Karies wie Elterninformationsveranstaltungen für ausgewählte Altersgruppen wurden geplant.

Fazit

In den Frankfurter „Kitas mit Biss“ werden die Qualitätsstandards des Präventionsprogramms seit 2004 wirkungsvoll umgesetzt.

Die jährlichen Auswertungsgespräche des Zahnärztlichen Dienstes mit den Kitas sind die Basis für die Entwicklung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und

stellen eine qualitätssichernde Maßnahme dar. Die Methode der interviewbasierten Evaluation hat sich als geeignet erwiesen, um mit Kita-Leitungen in größeren Abständen Gelingensfaktoren und Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Präventionsprogramms zu besprechen. Es empfiehlt sich ein zeitlicher Abstand zwischen den Evaluationen von etwa 5 Jahren. Die Kita-Leitungen berichten von ihren Erfahrungen und Herausforderungen. Mit ihren Anregungen geben sie damit dem Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ und auch der Gruppenprophylaxe Impulse.

Dr. Petra Haak

Zahnärztlicher Dienst des
Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder)
Logenstr. 6
15230 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335-5525314
E-Mail: Petra.Haak@frankfurt-oder.de

Grit Hantzschke

Kongressbericht 2017 – Gesundheit für alle

Der 67. Wissenschaftliche ÖGD-Kongress, der vom 3. bis 5. Mai in München stattfand, war in vieler Hinsicht etwas Besonderes. Gemeinsam organisiert vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG), der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Prävention (GHUP) sowie dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt Bayern (RGU) tagte er in verschiedenen öffentlichen und Verwaltungsgebäuden. Die ersten Veranstaltungen begannen bereits am Dienstag mit Pre-Conferenz-Workshops zu Themen wie Krankenhaushygiene, Umweltmedizin und der Vorstellung des Projektes „Öffentlicher Gesundheitsdienst 1933 – 1945“. Obwohl die Vortragsräume in der Münchner Altstadt nah beieinander lagen, begegneten sich die Besucher der verschiedenen Fachbereiche meist nur im zentralen Anlauf-

punkt, dem LGL. Hier in der Pfarrstraße 1 – 3 konnte man auch die Industrie-Ausstellung und die fachliche Posterausstellung besuchen. Tagungsort für uns Zahnärzte war das spanische Kultur- und Sprachinstitut Institutio Cervantes. Eine Übersicht zu den Referenten und Vorträgen finden Sie unter

<http://www.bzoeg.de/kongress-leser/items/2017-kongress-muenchen.html>

Dass der Kongress in München von mehreren Partnern gestaltet wurde, zeigte sich schon zur Eröffnungsveranstaltung im Herkulesaal der Residenz. Im Rahmen einer von Fernsehjournalist Dietmar Gaiser moderierten Runde stellten sich die Vorsitzenden der Verbände der Frage „Gesundheit für alle – welchen Beitrag leistet wer?“ Schäfer hob in seinem Abschlussstatement hervor, welche großen Vorzüge in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe darin bestehen, dass alle Akteure gemeinsam und einheitlich sowie wettbewerbs- und werbeneutral

vorgehen und ihren Fokus ausschließlich auf die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen richten. Der Beweis, dass dies andere Modelle genauso gut oder besser können, steht nämlich noch aus!

Das Motto des Kongresses „Gesundheit für alle“ war Anlass, im zahnärztlichen Teil die Förderung der Mundgesundheit bei Menschen, die nur eingeschränkt selbst dafür sorgen können, besonders in den Fokus zu stellen. Schmidt stellte die Auswertung der zahnärztlichen Untersuchungsergebnisse bei 6- bis 17-jährigen Förderschülern des Rhein-Erft-Kreises vor. Diese profitierten in einem 5-Jahresvergleich nicht vom allgemeinen Trend des Kariesrückgangs. Der Referent formulierte Empfehlungen für entsprechende Prophylaxe-Programme. Olmos berichtete über die Erfolge des Berliner Projektes „Mundgesundheitsförderung für erwachsene Bewohner von Behinderteneinrichtungen“. Praktische und theoretische Schulungen der Bewohner unter Einbeziehung der Betreuer und Angehörigen führten dazu, dass fünf

Jahre nach der ersten Evaluation häufiger Fluoride angewendet und länger die Zähne geputzt werden. Special Olympics, die Sportwettkämpfe von Menschen mit geistiger Behinderung, begleitet die Athleten bei ihren Wettkämpfen stets mit einem Gesundheitsprogramm. Neben Themen wie gesunde Lebensweise, Sehen und Hören ist das Programm „Special Smiles – gesund im Mund“ ein fester Bestandteil. Die dabei erhobenen Zahnbefunde wurden über mehrere Jahre ausgewertet. **Bissar** zeigte, dass es auch in dieser Bevölkerungsgruppe zu leichten Verbesserungen der Mundgesundheit gekommen ist, auch wenn sie immer noch von der Normalbevölkerung abweicht. Nicht nur Menschen mit Behinderung, auch Menschen, die der deutschen Schriftsprache weniger mächtig sind, sind die Adressaten des bildsprachlichen Flyers, der in Hamburg zum Einsatz kommt. **Wempe** stellte die Evaluation des Faltblattes zur Poster-Präsentation vor. Bei der Prämierung der besten Poster auf dem Kongress erreichte sie den zweiten Platz.

Dass pflegebedürftige, betagte und hochbetagte Menschen ohne Unterstützung bei der Zahn- und Mundpflege zu 100 % eine Parodontitis mit Gefahr für weitere allgemeine Erkrankungen entwickeln können, war unter anderem ein Grund, Mundgesundheitsförderung für diese Bevölkerungsgruppe in den Fokus zu nehmen. **Haffner** beantwortete die Titelfrage seines Vortrags, ob zahnärztliche Prävention in der Pflege Sinn macht, mit einem eindeutigen Ja. **Bomkamp** schult seit 2012 Pflegekräfte im Hochsauerlandkreis und bezieht auch Pflegeschüler mit ein. Ihr Engagement wurde belohnt, denn die anfängliche Skepsis der Geschulten erwies sich als unbegründet. Für die Mundpflege bei den Bewohnern der stationären Pflege fühlten sie sich nun viel besser vorbereitet. Seit April 2014 können Vertragszahnärzte über Kooperationsverträge mit Pflegeheimen deren Bewohner systematisch betreuen. Dies ist jedoch erst zögerlich angelaufen, wie **Strippel** berichtete. Ob die von ihm geforderte gesamtdeutsche Institution für eine Mundgesundheitsförderung erfolgversprechender wäre, wurde anschließend im Gremium diskutiert. Schließlich sollte der ÖGD als kommunaler und koordinierender Partner in die Betrachtung einbezogen werden (Konzept des BZÖG).

Nicht immer stand die „Gesundheit für alle“ im Vordergrund der Arbeit der



Abb.: Der 67. ÖGD-Kongress fand im schönen München statt.

Gesundheitsämtern in Deutschland. Im Rahmen eines Forschungsprojektes befasst sich der BVÖGD seit einigen Jahren mit der Rolle der Ärzte der Gesundheitsämter in der Zeit des Nationalsozialismus. Die Ergebnisse wurden in einem Forum präsentiert. Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ von 1934 verband die seit dem Ende des 19. Jahrhunderts entstandene staatliche

/// *Das Motto des Kongresses „Gesundheit für alle“ war Anlass, im zahnärztlichen Teil die Förderung der Mundgesundheit bei Menschen, die nur eingeschränkt selbst dafür sorgen können, besonders in den Fokus zu stellen.*

Medizinal- und Gesundheitsaufsicht mit der kommunalen Gesundheitsfürsorge. Die Entwicklungen der Gesundheitsfürsorge der Weimarer Zeit wurden aufgenommen, aber zugleich auch in den Dienst der nationalsozialistischen Ideologie vom „gesunden Volkskörper“ gestellt. Den Gesundheitsämtern kam eine zentrale Rolle bei der „Erb- und Rassenpflege“ zu, die schon 1933 im „Gesetz über die Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verankert wurde. Im zahnärztlichen Vortragsteil trug **Kirchhoff** eindrucksvoll seine Erkenntnisse über die Struktur der Schulzahnpflege zu dieser Zeit vor. Die mehr als 500 Schulzahnärzte in den Schulzahnkliniken unterstanden den

staatlichen Gesundheitsämtern; die von ihnen erhobenen Befunde zu Kieferdeformitäten und Zahnfehlstellungen fanden als erblich determinierte Eigenschaften Eingang in die reichseinheitliche „Erbkartei“. Auch wenn der Vortragende noch keine Aussage dazu treffen konnte, inwieweit Schulzahnärzte an der Benennung von Euthanasieopfern in den Förderschulen beteiligt waren, fand das Auditorium diese Thematik so wissenswert, dass eine Fortsetzung des Vortrags auf einem der nächsten Kongresse gewünscht wurde.

Gern gesehen werden Vorträge aus der direkten Kollegenschaft. **Becker** stellte die Ergebnisse einer schulzahnärztlichen Untersuchung Bremer Erstklässler vor. Er konnte auch für Bremen den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Karieserfahrung aufstellen und forderte eine entsprechende Fokussierung der Gruppenprophylaxe sowie eine Stabilisierung der Untersuchungsdaten in seinem Bundesland. U. a. anhand der Bremer Untersuchungsdaten konnte **Herzog** die Möglichkeiten der Auswertung bivariater Zusammenhangsmaße darstellen.

Saekel untersuchte die Mundgesundheit unter den Bedingungen unterschiedlicher Gesundheitssysteme. Unabhängig von Finanzierungsstruktur und Selbstbeteiligungsraten konnten gute Ergebnisse in den meisten der betrachteten hochentwickelten Länder beobachtet werden.

Nach den wissenschaftlichen Vorträgen fand am Donnerstag, dem 4. Mai 2017, die Delegiertenversammlung statt.

Dr. Grit Hantzsche
hantzsche@bzog.de

Ines Olmos, Imke Kaschke

Mundgesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung – Ergebnisse des Berliner Modellprojekts

Einleitung

Menschen mit Behinderung haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht nur ein höheres Risiko für zusätzliche gesundheitliche Einschränkungen und häufig eine schlechtere Zahn- und Mundgesundheit, sondern auch nicht abgedeckte Gesundheitsbedarfe und einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung [1]. Trotz positiver Weiterentwicklungen der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung bestehen weiterhin Probleme in einer nicht ausgleichenden sowie bedarfsgerechten Versorgung. Präventive und prophylaktische Maßnahmen zur Zahn- und Mundgesundheit für die Zielgruppe werden kaum angeboten und außerdem bei erwachsenen Menschen mit Behinderung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht finanziert. Das Gesundheitssystem wird den besonderen Anforderungen hier nicht gerecht. Zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit für Menschen mit Behinderung sind zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen lebenslang erforderlich. Das Projekt Mundgesundheitsförde-

rung für Menschen mit Behinderung ist ein Präventionskonzept, das diese Versorgungslücke schließt. Die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit des Projekts wurden im Rahmen von zwei Evaluationen in den Zeiträumen 2007 bis 2008 und 2013 bis 2014 bewertet.

Behinderung

Für den Begriff Behinderung gibt es verschiedene Definitionsansätze. Die gesetzliche Definition im Sozialgesetzbuch (SGB) IX § 2 lautet: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Das SGB IX definiert Behinderung über die Beeinträchtigung der Teilhabe. Diese Beeinträchtigung entsteht durch Benachteiligung, durch Teilhabeeinschränkungen, welche die Menschen in ihren Lebenslagen durch die Umwelt erfahren [2].

Der Umfang der Einschränkung durch

Behinderung wird in Schweregrade unterteilt. Die Einteilung findet nicht primär in der ursächlichen Krankheitsdiagnose statt, sondern an der Erscheinungsform und den dadurch entstehenden Einschränkungen der Funktionen. Je höher der Schweregrad, desto umfangreicher sind die Teilhabehinderungen und damit auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen [3].

Von einer zahnmedizinisch relevanten Behinderung wird gesprochen, wenn aufgrund angeborener oder erworbener körperlicher oder geistiger Behinderung die Mundhygienefähigkeit oder die Behandlungskooperativität eingeschränkt ist [4].

Die Bedeutung der Zahn- und Mundgesundheit

Karies und Erkrankungen des Zahnhalteapparates zählen weltweit zu den häufigsten Infektionskrankheiten [5]. Der allgemeine Gesundheitszustand kann durch orale Erkrankungen stark beeinflusst werden (Abb. 1). Einschränkungen in der Mundgesundheit können sich auf die allgemeine Gesundheit sowie auf das Wohl-



Abb. 1:
Auswirkungen der Mundgesundheit auf die Allgemeingesundheit

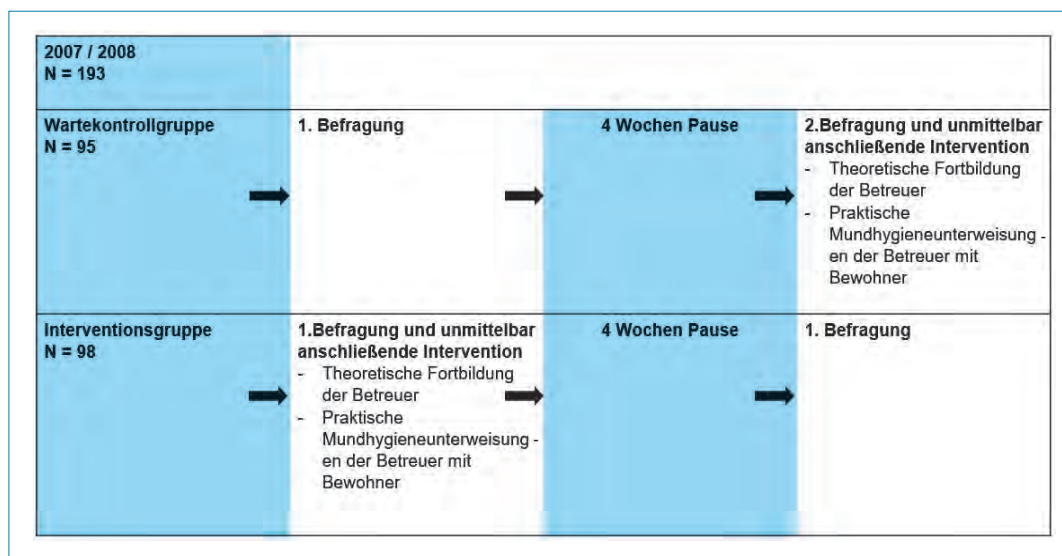


Abb. 2: Darstellung des Studiendesigns der Erstevaluation in den Jahren 2007/2008 unterteilt in Wartekontroll- und Interventionsgruppe

befinden auswirken und somit die Lebensqualität negativ beeinflussen. Karies und Erkrankungen des Zahnhalteapparates beginnen in der Regel mit Problemen bei der Mundhygiene. Das regelmäßige Zähneputzen und eine gute Mundhygiene sind einfache und wirksame Maßnahmen, mit denen viele Erkrankungen und Störungen im Mundbereich vorgebeugt werden können.

Datenlage

In Deutschland weist ein Anteil von 13 % der Bevölkerung Behinderungen auf. Davon haben circa 9 % der Gesamtbevölkerung eine Schwerbehinderung [6]. Laut dem Statistischen Bundesamt treten Behinderungen bei Menschen im fortgeschrittenen Alter häufiger auf als bei jüngeren Menschen. 62 % der Menschen mit Schwerbehinderung haben körperliche Beeinträchtigungen. Rund 20 % der Betroffenen haben geistige, seelische und zerebrale Störungen.

Allein in Berlin leben mehr als 580.000 Menschen mit Behinderung. Der Anteil von Menschen mit Behinderung an der Berliner Bevölkerung beträgt fast 17 % [7].

Daten zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigen, dass Ungleichheiten im Gesundheitszustand bestehen. Die Daten deuten darauf hin, dass diese gesundheitlichen Ungleichheiten hervorbringen [8, 9]. Menschen mit Behinderung gehören zur Hochrisikogruppe für Karies und Erkrankungen des

Zahnhalteapparates. Aufgrund verminderter Fähigkeiten zur Durchführung einer adäquaten Mundhygiene und fehlender gesetzlich garantierter spezieller zahngesundheitsfördernder Maßnahmen besonders im Erwachsenenalter ist die Wahrscheinlichkeit für Menschen mit Behinderung größer, an vermeidbaren gesundheitlichen Problemen zu leiden. Die Krankheitslast bei Oralekrankungen ist bei benachteiligten Bevölkerungs- und Risikogruppen am stärksten [10].

Berliner Gruppenprophylaxeprojekt

Vor diesem Hintergrund hat der Arbeitskreis Zahnmedizinische Betreuung für Patienten mit Behinderungen der Zahnärztekammer Berlin mit Unterstützung des Berliner Hilfswerks Zahnmedizin sowie des Philipp-Pfaff-Instituts das Projekt Mundgesundheitsförderung für erwachsene Menschen mit Behinderung in Behinderteneinrichtungen im Jahr 2005 ins Leben gerufen. Das Angebot umfasst zahnärztliche Aufklärungen und Beratungen. Zielsetzung ist die Erhöhung der Lebensqualität und die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit. Durch eine konsequente Fortsetzung der Prophylaxe bei der Zielgruppe im Erwachsenenalter wird den Ungleichheiten in der Mundgesundheitsversorgung entgegengewirkt. Die Maßnahmen zielen darauf ab, die Bewohner und deren Betreuer zu unterstützen. Es werden aufsuchende, zielgruppenspezifische theoretische und praktische Anleitungen zur Verbesserung der Mundhygiene geboten. Dadurch sollen

sowohl die Handlungskompetenzen nachhaltig verbessert, als auch Selbstbestimmung und Teilhabe an der eigenen Mundgesundheitsvorsorge gefördert werden.

Erstevaluation Zeitraum 2007 bis 2008

Um die Wirksamkeit von zielgruppenspezifischen Zahn- und Mundgesundheitsförderansätzen bei Menschen mit Behinderung nachzuweisen, erfolgte 2007 bis 2008 eine Studie zur Erstevaluation des Projekts. Sie wurde mit ursprünglich 193 Probanden (49 % Frauen, 51 % Männer) in 31 Berliner Behinderteneinrichtungen durchgeführt. Die Befragten waren im Alter zwischen 19 und 78 Jahren (mittleres Alter $M=39$ Jahre; Standardabweichung $SD=12.50$). Zuerst wurden als Ausgangsdaten (T1) zum aktuellen Mundhygieneverhalten der Probanden Informationen zur Mundpflege, zu Putzdauer und -zeitpunkt sowie vorhandenen Zahnpasten und Zahnbürsten erhoben. Die Teilnehmenden wurden danach zufällig in eine Interventionsgruppe ($N=95$) und in eine Wartekontrollgruppe ($N=98$) unterteilt. Für die Befragung wurde ein standardisierter Fragebogen genutzt. Der Fragebogen wurde aufbauend auf den Stand der Forschung sowie der Datenlage zur Zahn- und Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung entwickelt und blieb bei späteren Untersuchungszeitpunkten unverändert. Unmittelbar nach der ersten Befragung erhielt die Interventionsgruppe eine Fortbildung bestehend aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Die Fortbildung wurde unter

Anleitung von zwei zahnmedizinischen Teams (jeweils ein Zahnarzt und eine zahnmedizinische Fachangestellte) sowohl mit Betreuern als auch mit Bewohnern durchgeführt. Die Teams hatten alle bereits Berufserfahrung im Umgang und in der Betreuung von Patienten mit Behinderung. Vier Wochen nach der ersten Befragung fand eine Folgebefragung statt (T2). Die Erhebung entsprach der Datenauswahl von T1. Die Wartekontrollgruppe erhielt unmittelbar nach der Erhebung der Ausgangsdaten keine Fortbildung. Auch bei der Wartekontrollgruppe fand die Folgebefragung nach vier Wochen. Erst im Anschluss danach erhielt diese Gruppe die Fortbildung bestehend aus Praxis und Theorie. Nachfolgend wurden zwei Empfehlungen ausgesprochen: die praktischen Unterweisungen für Betreuer und Bewohner halbjährlich zu wiederholen und durch theoretische Informationen zu ergänzen. Das Studiendesign der Erstevaluation für T1 und T2 ist in Abbildung 2 dargestellt. Die Ergebnisse zeigten, dass durch die Intervention positive Veränderungen im Mundhygieneverhalten der Teilnehmenden erreicht werden konnten. Abbildung 3 stellt signifikante Ergebnisse der Erstevaluation dar.

**Nachevaluation
Zeitraum 2013 bis 2014**

Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Intervention erfolgte fünf Jahre später 2013 bis 2014 eine Nachbefragung (T3). Daran beteiligten sich 89 Probanden (46 %) aus 20 Behinderteneinrichtungen der Erstevaluation (65 %). Davon waren 51 %

Frauen und 49 % Männer. Die Teilnehmenden hatten ein mittleres Alter von 47 Jahren (Altersspanne 28 bis 74 Jahre; SD=11,76).

Zum Zeitpunkt T3 wurden alle Teilnehmenden als eine Grundgesamtheit zusammengefasst. Ausgewertet wurden die Daten mithilfe des Statistikprogramms SPSS. Für die Datenanalyse wurden die Daten von T1 und T3 untersucht.

Die Daten zeigen, dass das Projekt eine positive Auswirkung auf das Mundhygieneverhalten erwachsener Bewohner Berliner Behinderteneinrichtungen hat. Im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2014 lassen sich nachhaltige Verhaltensänderungen aufzeigen. Signifikante Verbesserungen wurden bei der wöchentlichen Fluoridanwendung und bei Putzdauer und -zeitpunkt erzielt.

Fazit

Die Zahn- und Mundgesundheit hat eine hohe Bedeutung für das Allgemeinbefinden und die Lebensqualität. Menschen mit Behinderung haben im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung einen schlechteren Zahn- und Mundgesundheitszustand und sind aufgrund von Barrieren der zahnmedizinischen Versorgung benachteiligt.

Die Ergebnisse der Evaluationen zeigen die Relevanz und das Potenzial zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe für Erwachsene mit Behinderung. Die Intervention ist eine kostengünstige Maßnahme, welche die vielfältigen Herausforderungen in der täglichen Mundpflege in der Zielgruppe aufgreift. Die Beratung, Anleitung und Bereitstellung umfangreicher Infor-

mationen zum Thema Zahn- und Mundhygiene für die Zielgruppe bilden einen Aspekt der Selbstwirksamkeit und des Empowerments. Durch die Einbeziehung der Betreuer kann ein Bewusstsein für die Verantwortung des Erhalts der oralen Gesundheit vermittelt werden. Hierbei wird deutlich, dass mundgesundheitsfördernde Strategien möglichst am Lebensverlauf und risikogruppenorientiert ausgerichtet sein sollen, um mundgesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Im Sinne des Artikels 25 der UN-Behindertenrechtskonvention sollte die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung auch in Deutschland dementsprechend gestaltet werden.

Korrespondenzadresse

Ines Olmos MPH
Dr. Imke Kaschke MPH
Special Olympics Deutschland e.V.
Tel.: 030/246252-61
Fax: 030/246252-19
E-Mail: ines.olmos@specialolympics.de

Literatur bei der Autorin

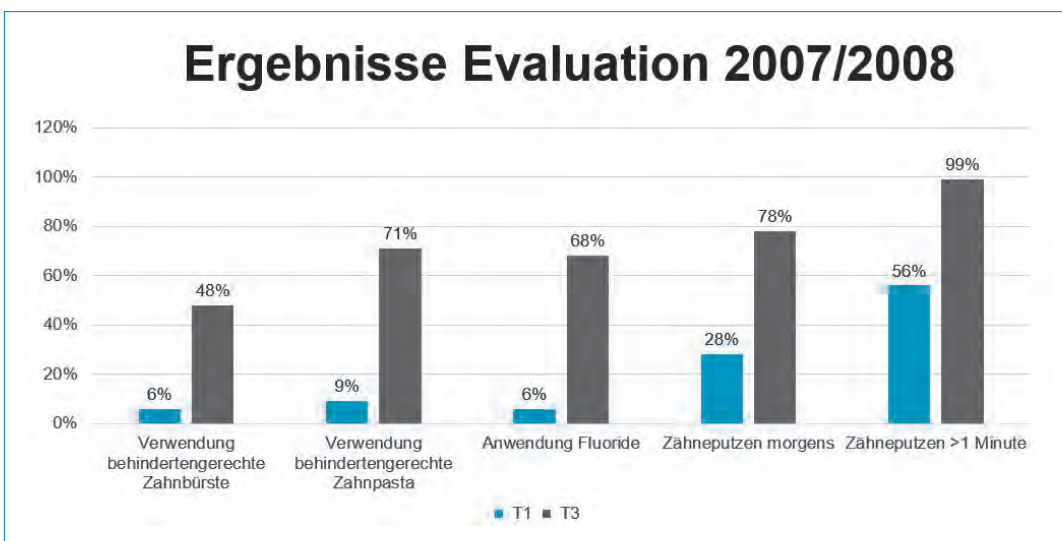


Abb. 3: Gegenüberstellung signifikanter Ergebnisse in Prozent der Interventionsgruppe zur ersten (T1) und zweiten (T2) Befragung

Michael Herzog, Pantelis Petrakakis, Rafael Weißbach

Bivariate Zusammenhangsmaße für zahnärztliche Untersuchungsdaten

Bivariate Zusammenhangsmaße informieren über die Stärke einer paarweisen Beziehung zwischen zwei simultan erhobenen Merkmalen (z. B. zwischen Mathematik- und Physiknoten im Abitur, Motorleistung und Preis von PKW, Körpergröße und Gewicht). Werden bei zahnärztlichen Untersuchungen verschiedene Gebissmerkmale (Befunde) der Kinder aufgezeichnet, so kann man ebenfalls Fragen nach Zusammenhängen zwischen zwei der erhobenen Merkmale stellen und danach, wie diese quantifiziert werden können. Im Datensatz für die statistische Auswertung bezeichnet man die Merkmale als Variable. Entscheidend für die Berechnung von Zusammenhangsmaßen, die auch allgemein als Korrelationskoeffizienten bezeichnet werden, sind Art und Größe der Merkmalsausprägungen, da sie das Ska-

lenniveau der Variablen (nominal, ordinal, metrisch) bestimmen. In der vorliegenden Arbeit werden drei der gebräuchlichen Korrelationskoeffizienten vorgestellt: Cramers V für zwei nominale Variablen, der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman für zwei ordinale und der Korrelationskoeffizient nach Pearson für zwei metrische Variable. Sind die Skalenniveaus unterschiedlich, so lässt sich das höhere entsprechend reduzieren.

Nominales Skalenniveau

Für den Zusammenhang zwischen zwei nominalen Variablen mit zwei Ausprägungen (dichotom) betrachten wir beispiels-

weise die Variablen „Geschlecht“ (M, W) und „Karies“ (dmft=0, dmft>0) in den Stichprobendaten einer Untersuchung von 1.954 Erstklässlern. Hier wurde der dmft mit 21 Merkmalsausprägungen (0 bis 20) auf die dichotome Variable „Karies“ mit zwei Ausprägungen reduziert. Die gemeinsame Verteilung der beiden Variablen lässt sich in einer Vierfeldertafel (Abb. 1a) und grafisch in einem gruppierten Säulendiagramm (Abb. 1b) darstellen. Bezüglich der Häufigkeitsverteilung von Kindern ohne und mit Karies erkennt man keinen großen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen, so dass lediglich ein geringer Zusammenhang vermutet wird. Der Wert für Cramers V berechnet sich zu:

$$V = \sqrt{\chi^2 / n} \quad \text{mit}$$

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (ad - bc)^2}{(a + b) \cdot (a + c) \cdot (c + d) \cdot (b + d)}$$

2 x 2 Tafel

Anzahl		dmft - Kategorien		Gesamt
		0	>0	
GESCHL	M	422	624	1046
	W	378	530	908
Gesamt		800	1154	1954

Abb. 1a

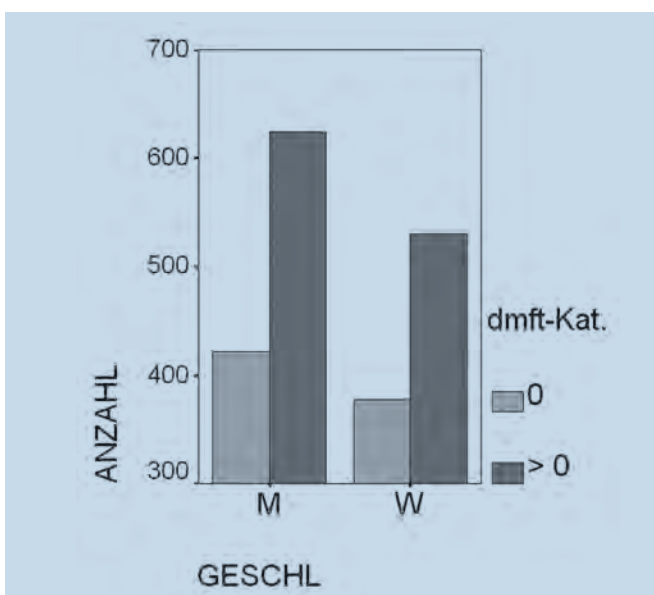


Abb. 1b

Hier sind a, b, c, d die entsprechenden Werte der Vierfeldertafel (2 x 2 – Tafel).

Man erhält $V = 0,013$ mit dem Konfidenzintervall $\{-0,031; 0,057\}$. Da die Null im Konfidenzintervall liegt, kann mit dieser Stichprobe kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Karies nachgewiesen werden.

Ordinales Skalenniveau

Als Beispiel betrachten wir hier die beiden ordinalen Variablen „Zahnpflege“ (1, 2, 3) und „Karies“ (dmft = 0, 1–3, > 3) in einer Stichprobe von 2.707 Vorschulkindern. Für die Kategorien Zahnpflege bedeutet 1 – sehr gut (keine Plaque), 2 – akzeptabel (wenig Plaque) und 3 – schlecht (deutlicher Plaquebefall). Die gemeinsame Verteilung der beiden Variablen lässt sich in einer 3 x 3 – Tafel (Abb. 2a) und grafisch ebenfalls in einem gruppierten Säulendiagramm (Abb. 2b) darstellen. Bezüglich der Häufigkeitsverteilung von Kindern in den drei verschiedenen dmft-Kategorien erkennt man einen deutlichen Unterschied zwischen den Zahnpflege-Kategorien, so dass ein signifi-

kanter Zusammenhang existieren sollte. Der Wert des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman von $r_s = 0,507$ mit dem Konfidenzintervall von $\{0,475; 0,540\}$ bestätigt einen Zusammenhang mittlerer Stärke.

Metrisches Skalenniveau

In der kommunalen GBE des Gesundheitsamtes Bremen über die Zahngesundheit von Erstklässlern im Schuljahr 2013/14 ist der Zusammenhang zwischen dem Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen (Variable „natges“) und dem Sozialindex bei 72 Bremer Grundschulen beschrieben. Eine grafische Darstellung der dort angegebenen Daten in einem X-Y-Diagramm (Scatterplot) zeigt eine gegenläufige Abhängigkeit der zwei metrischen Variablen sowie eine Häufung der Datenpunkte entlang einer Linie, so dass ein monoton fallender, eventuell linearer Zusammenhang angenommen werden kann. Der Wert des Korrelationskoeffizienten nach Pearson bestätigt mit $r = -0,82$ und einem Konfidenzintervall von $\{-0,88; -0,73\}$ einen starken gegenläufigen Zusammenhang (Abb. 3).

Limitationen

Die Korrelationskoeffizienten nach Spearman und Pearson sind nur bei linearen oder mindestens monotonen Zusammenhängen anwendbar. Bei anderen, beispielsweise quadratischen Zusammenhängen, geben sie keine brauchbaren Informationen. Ihr Wert reagiert zudem empfindlich auf Ausreißer und kann außerdem durch Inkompatibilitäten verfälscht werden. Eine grafische Darstellung (Scatterplot) kann hier nützliche Hinweise geben. Besteht zwischen zwei Variablen eine Korrelation, so darf das lediglich als Hinweis (Vermutung) für einen möglichen kausalen Zusammenhang interpretiert werden, beweisend ist es nicht.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Herzog
 Universität Rostock
 Wirtschafts- und
 Sozialwissenschaftliche Fakultät
 Lehrstuhl Statistik und Ökonometrie
 (Prof. Dr. R. Weißbach)
 D-18051 Rostock
 E-Mail: michael.herzog@uni-rostock.de

Literatur beim Autor

3 x 3 Tafel

Anzahl		dmft - Kategorien			Gesamt
		0	1 - 3	> 3	
ZPFL	1	456	11	1	468
	2	1200	444	301	1945
	3	21	37	236	294
Gesamt		1677	492	538	2707

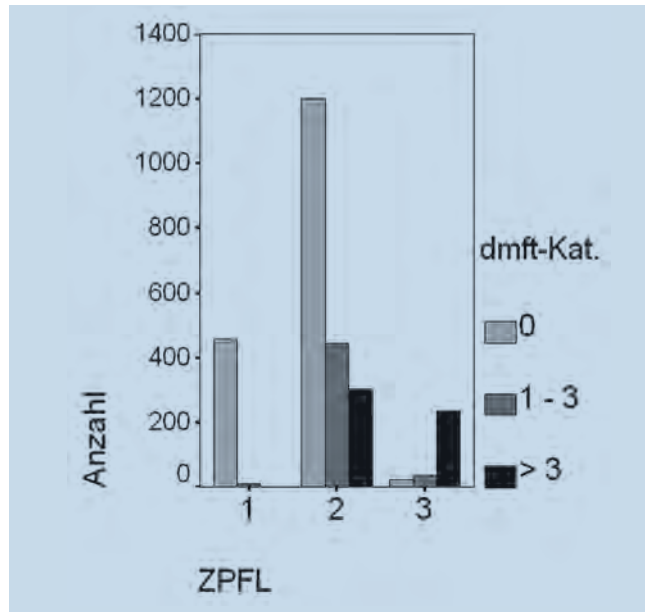


Abb. 2a (oben)

Abb. 2b (Mitte)

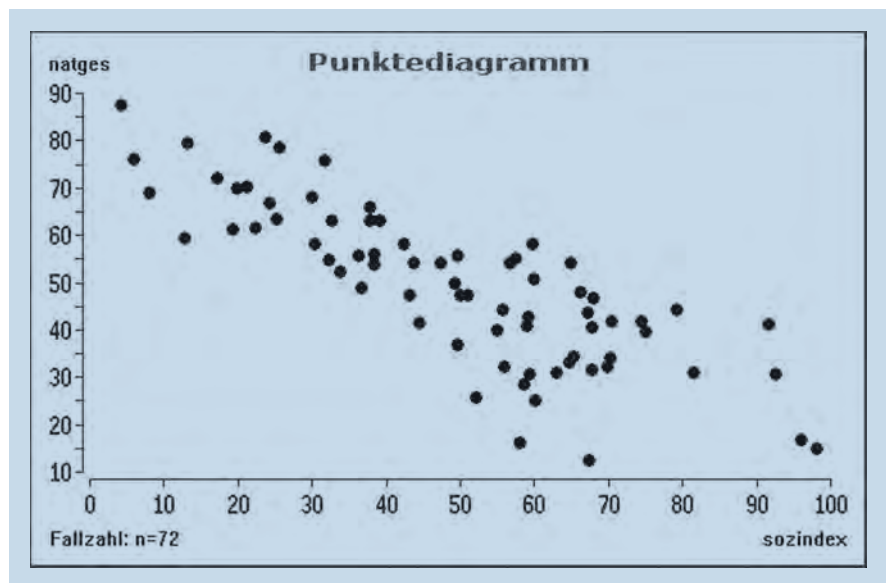


Abb. 3

Rüdiger Saekel

Evaluation zahnmedizinischer Gesundheitssysteme: Resultate für Deutschland und ausgewählte, hochentwickelte Länder. Aktualisierung einer Studie aus 2016.

Einleitung

Obwohl es zahlreiche länderübergreifende Studien zum Zahngesundheitszustand bestimmter Altersgruppen oder zu bestimmten Charakteristika von zahnmedizinischen Systemen gibt [1–5], gelten die dabei erzielten Ergebnisse immer nur für die untersuchten Teilgruppen oder die jeweils analysierten Systemcharakteristika. Sie können nicht auf die Gesamtbevölkerung oder auf das Gesamtsystem hochgerechnet werden. Denn in der Vergangenheit wiesen Länder mit niedrigem Kariesbefall bei Kindern und Jugendlichen hohe Raten von fehlenden Zähnen im mittleren Erwachsenenalter und extrem hohe Raten von Zahnlosigkeit in der Altersklasse Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) auf [6–7]. Daraus folgt, dass die Karieserfahrung im Laufe des Lebens nicht konstant verläuft und deshalb ein einzelner Indikator, der auf eine bestimmte Altersklasse bezogen wird, den Zahngesundheitszustand einer Bevölkerung nicht abbilden kann.

Ein Beispiel, internationale Vergleiche zum Mundgesundheitsstatus aus der Perspektive der Gesamtbevölkerung vorzunehmen, stellt die Studie von Crocombe et al. [8] dar, die mit unterschiedlichen Einzelindikatoren für wenige Altersklassen arbeitet. Deren Ergebnisse widersprechen sich jedoch in Teilbereichen, so dass es schwer ist, zu eindeutigen Schlussfolgerungen zu kommen.

Die vorliegende Arbeit bedient sich deshalb eines neu entwickelten Instrumentariums zur Messung der Mundgesundheit. Dabei werden einzelne Indikatoren zu einem Gesamtindikator zusammenfasst. Dieser „Zahngesundheitsindex der Bevölkerung“ (ZGI), der von Bauer et al. [9] entwickelt wurde und sich in erweiterter Version bereits in einer länderübergreifenden Untersuchung bewährt hat [10], wird hier zu Grunde gelegt.

Neben der Messung der bevölkerungsbezogenen Mundgesundheit wird ein Kostenindex zur Erhebung des makroökonomischen Ressourcenverbrauchs für den zahnmedizinischen Sektor gebildet, um eine Nutzen-Kosten-Analyse des zahnmedizinischen Gesamtsystems vornehmen zu können. Die Arbeit ist eine Aktualisierung einer früheren Studie [11], da zwischenzeitlich nicht nur für Deutschland aktuellere epidemiologische Daten verfügbar sind.

Material und Methoden

Da Karieserkrankungen und ihre Folgen (z. B. Zahnverlust) weltweit rd. 95 % der Kosten für orale Erkrankungen verursachen [12], stellt der ZGI auf die Messung der Karieslast und ihrer Folgen ab. Er erfasst dabei auch indirekt schwere Parodontalerkrankungen, die im höheren Alter ebenfalls zu Zahnverlust führen können. Der ZGI setzt sich aus folgenden Einzelindikatoren für die jeweiligen WHO-Standard-Altersklassen zusammen und bezieht – im Gegensatz zur Studie von 2016 – zusätzlich den Wert „fehlende Zähne (MT)“ bei Senioren mit ein. Dieser Einzelindikator misst die Kumulierung oraler Schäden im Verlauf des Lebens und ermöglicht einen Rückschluss auf die Wirksamkeit eines zahnmedizinischen Versorgungssystems bei der Erreichung des vorrangigen Ziels „Erhaltung der eigenen Zähne bis ins hohe Alter“.

$ZGI = (Kariesfreiheitsindex\ 5/6 + DMFT\ 12 + DMFT\ 35/44 + MT\ Index\ 65/74 + Zahnlosigkeitsindex\ 65/74) : 5.$

Je niedriger der ZGI desto besser die Mundgesundheit der Bevölkerung. Die Einzelheiten zur Konstruktion des erweiterten ZGI finden sich bei Saekel [10]. Die Verbindung zwischen dem ZGI und dem Kostenindex der zahnmedizinischen Versorgung, definiert als Anteil der

Gesamtkosten der zahnmedizinischen Versorgung am Bruttoinlandsprodukt (BIP), stellt der Effizienzindex dar. Er wird durch Addition des ZGI und des gesamtwirtschaftlichen Kostenindex gebildet:

$Effizienzindex = Zahngesundheitsindex + Gesamtwirtschaftlicher\ Kostenindex.$

Durch die Addition beider Indizes wird erreicht, dass sich Verbesserungen in der Mundgesundheit und im makroökonomischen Ressourcenverbrauch gleichgerichtet auswirken, d. h. sich jeweils in niedrigeren Indizes niederschlagen. Mit anderen Worten: Je niedriger der Effizienzwert desto besser ist die Nutzen-Kosten-Relation des zahnmedizinischen Sektors.

Die neuen Gesamtindikatoren zur Messung der Nutzen- und Kostenseite eines zahnmedizinischen Systems werden nun auf hochentwickelte Länder mit herausgehobener Mundgesundheit bei der jungen Generation und auf Länder mit unterschiedlichen zahnmedizinischen Gesundheitssystemen angewandt.

Einbezogen werden Modelle mit Sozialversicherungssystem (Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Japan), mit Nationalem Gesundheitsdienst (Vereinigtes Königreich, Schweden, Dänemark, Finnland), mit Privatversicherungssystem (USA, Schweiz, Kanada) sowie mit einem gemischten System (Australien). Die Länder Schweiz und Kanada, die grundsätzlich ein Sozialversicherungssystem haben, werden hier dem Privatversicherungssystem zugeordnet, da beide Länder bewusst die zahnmedizinische Versorgung, bis auf geringfügige Ausnahmen, privatisiert haben [13].

Die Studie ist beschreibend und beobachtend und benutzt empirisches Material aus existierenden Datenbanken. Als länderübergreifende Querschnittsstudie, die dort wo es möglich ist, auch Längsschnittdaten mit einbezieht, liefert sie

Hinweise auf Zusammenhänge und Einflussfaktoren. Da es keine experimentelle Studie ist, sind Aussagen zu Ursache und Wirkung begrenzt.

Resultate

Die schwedische Bevölkerung verfügt mit einem ZGI von 3,18 mit Abstand über die beste Zahngesundheit (Tab. 1). Mit ZGI von 4,42, 4,58, 4,64 und jeweils 4,66 sowie 4,72 folgen Dänemark, Deutschland, Kanada, das Vereinigte Königreich, die USA und Japan nahezu gleichauf auf Rang zwei bis sieben. In den zuletzt genannten sechs Ländern liegt das Mundgesundheitsniveau um 40 % bis 50 % niedriger als in Schweden.

stands von Erwachsenen und Senioren aus mehreren der untersuchten Länder auf. Besonders ausgeprägt sind die Rückgänge bei der Zahnlosigkeit unter älteren Schweden, Dänen, Briten, Japanern und Schweizern.

Im Vereinigten Königreich betreffen die Rückgänge der Kariesprävalenz alle Erwachsenenaltersklassen und belegen damit, wie verbreitet ein präventiver, zahnhalter Ansatz auch bei Erwachsenen ist [24]. In Deutschland fällt auf, dass Verbesserungen im Mundgesundheitszustand bei Erwachsenen später als in den anderen Ländern beginnen. Zusammengefasst stützen die Ergebnisse der longitudinalen Survey Daten tendenziell die mit Hilfe des ZGI ermittelten Resultate.

sofern die gegenwärtig wirkenden Trends stabil bleiben. So haben lediglich Dänemark und Schweden mit rd. 80 % kariesfreien Milchgebissen ihr Potenzial weitgehend ausgeschöpft. Für Zwölfjährige sind allerdings nur geringfügige Fortschritte in Frankreich und Japan zu erwarten, da alle anderen Länder bereits in die WHO-Kategorie mit „sehr niedrigem Kariesbefall“ (DMFT < 1,2) fallen. Die meisten Reserven bestehen in der Erwachsenenpopulation. In der mittleren Altersgruppe (35 bis 44 Jahre) weisen Schweden, Australien, die USA, Deutschland, das Vereinigte Königreich, Japan und Kanada eine – nach WHO-Kriterien – „niedrige Karieslast“ (DMFT 5,0-13,9) auf. In den restlichen Ländern sind die Verbesserungsspielräume deutlich größer. Wie realistisch dies ist, zeigen die hochentwickelten Länder/Regionen Asiens (Südkorea, Singapur, Hongkong und Taiwan) mit DMFT Werten von 5,5–7,4 in dieser Altersgruppe [10].

Besonders weit auseinander klaffen die Anzahl der fehlenden Zähne (MT) und die Raten der totalen Zahnlosigkeit im Seniorenalter (65 bis 74 Jahre). Aus den MT-Werten für Senioren (Tab. 1) lässt sich die Anzahl der verbliebenen natürlichen Zähne in der Altersklasse 65 bis 74 ermitteln. Dabei weisen Schweden und Kanada mit 24 bzw. 22,4 erhaltenen Zähnen die besten Werte auf. Auch in Dänemark, der Schweiz, den USA, Frankreich und Japan ist der Grad der Zahnerhaltung mit durchschnittlich 20 bis 18,9 natürlichen Zähnen im Seniorenalter höher als in Deutschland, dem Vereinigten Königreich, Finnland und Australien. Mit im Mittel 14 natürlichen Zähnen ist der Zahnerhaltungsgrad in den Niederlanden am niedrigsten.

Tabelle 1: Zahngesundheitsindex der Bevölkerung (ZGI) in ausgewählten, hochentwickelten Ländern im Zeitraum 2006-2014

Land	Survey Jahr	Kariesfreiheit 5/6		DMF-T 12 (2)	DMF-T 35/44 (3)	M-T ² 65/74		Totale Zahnlosigkeit 65/74		ZGI ¹⁰ (6)	Rang
		in %	Index (1)			abs.	Index (4)	in %	Index (5)		
SE	2011/13	79	2,1	0,8	9,7 ⁵	4	3	2,7	0,3	3,18	1
DK	2009/14	75	2,5	0,4	13,5	8	5	6,8	0,7	4,42	2
DE	2009/14	≈ 60	4,0	0,5	11,2	11,1	6	12,4	1,2	4,58	3
CA	2007/9	53	4,7	1,0	12,3 ⁸	5,6 ⁹	3	21,7	2,2	4,64	4
UK ¹	2009/13	< 69	3,1	0,8	11,9	11,1	6	15,0	1,5	4,66	5
US	2004/10	53	4,7	1,19	10,91	8,3	5	15,0	1,5	4,66	6
JP	2011	58	4,2	1,4	12,3	9,1	5	6,9	0,7	4,72	7
FR	1994/06/13	63	3,7	1,23	14,6 ³	9	5	9,1	0,9	5,09	8
AU	2005/09/10	49	5,1	1,05	10,7	12	7	21,1 ⁷	2,1	5,19	9
CH	2002/11/13	51	4,9	0,9	14,5 ⁴	8	5	6,7	0,7	5,20	10
FI	2001/09	39	6,1	0,7	16,0	11,7	6	36,0	3,6	6,48	11
NL	1998/09/13	60 ²	4,0	0,8 ⁶	17,4	14	8	27,6	2,8	6,60	12

1) Ohne Schottland; 2) Basis: 28 Zähne; 3) Rhone/Alpes; 4) Kanton Zürich; 5) Jönköping; 6) Den Haag; 7) 65+; 8) 40-59; 9) 60-79; 10) ZGI(6)=[(1)+(2)+(3)+(4)+(5)]: 5. Quelle: 14-22

Mit wiederum einigem Abstand belegen Frankreich, Australien und die Schweiz die nächsten Rangplätze. Mit ZGI von 6,48 und 6,60 nehmen Finnland und die Niederlande die letzten Plätze im Ranking ein, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Mundgesundheitsdaten für Erwachsene im mittleren Alter in beiden Ländern relativ alt sind. Eine aktuelle Studie aus Finnland weist denn auch aus, dass zwischen 2000 und 2011 die Mundgesundheit mittlerer Erwachsener zugenommen hat [23]. Der Abstand des Mundgesundheitsniveaus zwischen dem Rangplatz eins und dem Platz zwölf ist mit über 100 % Unterschied erheblich. Bei der Betrachtung der Einzelindikatoren fällt auf, dass die gravierenden Unterschiede sich erst im Erwachsenenalter zeigen (Tab. 1).

Zur Ergänzung der Querschnittsdaten listet Tabelle 2 verfügbare Longitudinaldaten zur Entwicklung des Gebisszu-

Eine allgemeine Bewertung der Mundgesundheitssituation in den einzelnen Altersklassen zeigt, dass weitere Fortschritte in allen Ländern zu erwarten sind,

Tabelle 2: Veränderungen des Zahngesundheitszustandes bei Erwachsenen in ausgewählten, hochentwickelten Ländern 1972 bis 2014

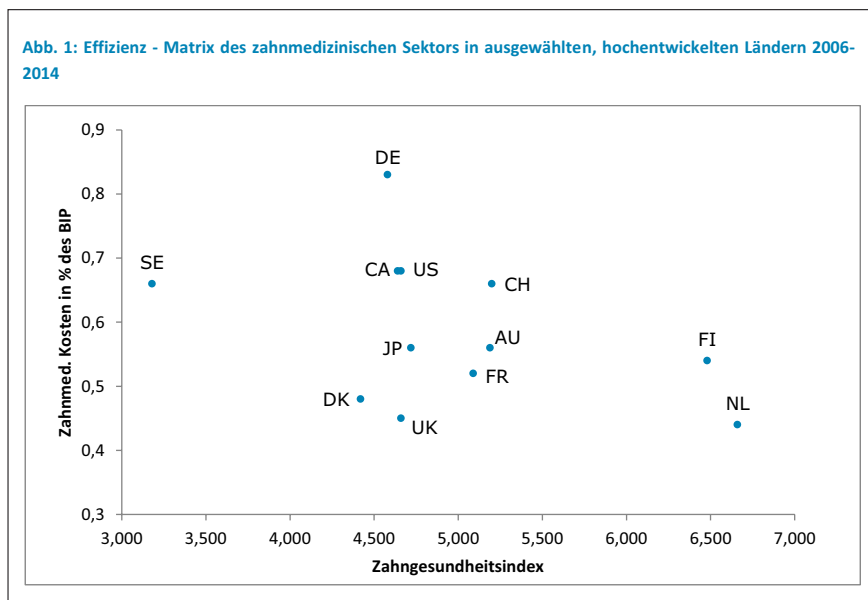
Land	Alter	Zeitraum	Indikator	Resultate in %		Δ in %
SE	65/74	1980-2013	Zahnlosigkeit	44,2	↘	2,7 -94
DE	65/74	1997-2014	Funktionsfähiges Gebiss ²	22,0	↗	53,4 142
	65/74		Zahnlosigkeit	24,8	↘	12,4 -50
DK	35+	1975-2005	Zahnlosigkeit	36,4	↘	5,0 -86
	65/74	1987-2008/9	Zahnlosigkeit	51,0	↘	6,8 -87
	65/74	1987-2000	Funktionsfähiges Gebiss ²	16	↗	40 150
JP	65/74	1987-2011	Funktionsfähiges Gebiss ²	22	↗	60 173
	65/74		Zahnlosigkeit	30	↘	6,9 -77
CH	65/74	1992-2002	Fehlende Zähne (MT)	15,4	↘	10,4 -33
	65/74	1992-2013	Zahnlosigkeit	26,8	↘	6,7 -75
UK ¹	20-65+	1978-2009	Zahnlosigkeit	28	↘	6,0 -79
	65/74		Zahnlosigkeit	78	↘	15,0 -81
	20-65+		Kariesprävalenz	46,0	↘	28,0 -39
CA	20-79	1972-2010	Zahnlosigkeit	23,6	↘	6,4 -73
	30-75+		Zahnlosigkeit	29,5	↘	14,5 -51

1) Ohne Schottland; 2) ≥ 20 erhaltene Zähne (FDWHO-Modell) Quelle: 14-22, 25-27

Während Schweden, die Schweiz, Dänemark und Japan sehr niedrige Zahnlosigkeitsraten mit deutlich unter 10 % aufweisen, mit der Prognose für Schweden, im Jahr 2015 sogar bei Hochbetagten (75 bis 84 Jahre) nur 10 % Zahnlosigkeit zu erreichen [28], sind die vergleichbaren Raten in Deutschland, den USA und dem Vereinigten Königreich (12,4 %-15,0 %) als moderat einzuschätzen. Erheblich mehr zahnlose Senioren finden sich in Australien und Kanada (> 20 %). Die Raten der Zahnlosigkeit kulminieren in Finnland und den Niederlanden mit 36 % bzw. 27,6 % (Tab. 1), so dass in diesen Ländern mit verstärkten Anstrengungen zur Reduzierung der extremen Werte gerechnet werden kann. Alles in allem ist zukünftig in den untersuchten Ländern eine weitere Abnahme der Kariesprävalenz im Erwachsenenalter und – insbesondere in den Niederlanden – ein Rückgang der Zahnverluste sowie – auch in Finnland – der totalen Zahnlosigkeit im Seniorenalter zu erwarten. Dieser Prozess dürfte solange anhalten, bis „sehr niedrige“ oder „niedrige“ Niveaus der Kariesprävalenz im mittleren Erwachsenenalter und der Zahnlosigkeit bei Senioren erreicht sind².

In Tabelle 3 werden die Zahngesundheitsniveaus mit dem makroökonomischen Ressourcenverbrauch verknüpft, um quantifizierbare Aussagen zur Effizienz der jeweiligen zahnmedizinischen Sektoren zu gewinnen, wobei Deutschland als Maßstab für die Indexierung (DE=100) fungiert.

Bei gleichzeitiger Betrachtung von Nutzen und Kosten weisen Schweden, Dänemark und das Vereinigte Königreich die effizientesten zahnmedizinischen Ver-



sorgungssysteme auf. Deutschland erreicht Rang elf und liegt damit nur knapp vor dem am wenigsten effizienten System von Finnland.

Bei alleiniger Betrachtung der Gesamtkosten für den zahnmedizinischen Sektor fällt auf, dass alle Länder deutlich weniger Ressourcen verbrauchen als Deutschland. Selbst Schweden, dessen Bewohner ein wesentlich höheres Mundgesundheitsniveau aufweisen als Deutsche, benötigt zur Finanzierung seiner zahnmedizinischen Versorgung ein Fünftel weniger als Deutschland. Auch die Schweiz, ein Land mit signifikant höherem Einkommens- und entsprechendem Anspruchsniveau, kommt mit 20 % weniger Ressourcen aus.

In der Effizienzgraphik (Abb. 1) springen die herausragenden Stellungen

Schwedens hinsichtlich der Mundgesundheit, die Länder Dänemark und das Vereinigte Königreich hinsichtlich ihrer günstigen Kosten und ihrer Systemeffizienz, Deutschland hinsichtlich seiner extremen Ausgabenintensität und Finnland sowie die Niederlande wegen ihrer niedrigen Mundgesundheitsniveaus besonders ins Auge. Gut erkennbar ist, dass die große Mehrheit der Länder zwischen 0,5 % und 0,7 % des BIP zur Finanzierung ihrer zahnmedizinischen Systeme aufwenden.

Diskussion

Die Validität länderübergreifender Untersuchungen steht und fällt mit vergleichbaren Survey Zeitpunkten und der Verlässlichkeit der empirischen Daten. Für die meisten Länder liegen aktuelle Survey Daten vor. Lediglich für Frankreich und die Niederlande sind die Kariesprävalenz Daten für mittlere Erwachsene älteren Datums. Außerdem liegen für Frankreich, die Schweiz und Schweden kaum landesweit repräsentative Daten für Erwachsene vor. Deshalb wurde in diesen Fällen auf repräsentative Regionaldaten, die von den Autoren als landesweit repräsentativ angesehen werden, zurückgegriffen. Trotz dieser Einschränkungen erlauben die vorhandenen Datensätze realistische Einschätzungen über die unterschiedlichen Mundgesundheitsniveaus.

Die Ergebnisse dieser Studie weichen von den Resultaten einer früheren Studie mit den gleichen Ländern [11] teilweise deutlich ab, da zwischenzeitlich aktuelle-

Tabelle 3: Effizienzindex des zahnmedizinischen Sektors in ausgewählten, hochentwickelten Ländern 2012

Länder	Zahngesundheitsindex der Bevölkerung (ZGI)		Zahnmedizinischer Kostenindex		Effizienzindex ² (3)	Rang
	Wert (abs.)	Index (1)	Zahnmedizinische Kosten in % des BIP ¹	Index (2)		
SE	3,18	69	0,66	80	149	1
DK	4,42	97	0,48	58	155	2
UK	4,66	102	0,45	54	156	3
JP	4,72	103	0,56	67	170	4
FR	5,09	111	0,52	63	174	5
AU	5,19	113	0,56	67	180	6
CA	4,64	101	0,68	82	183	7
US	4,66	102	0,68	82	184	8
CH	5,20	114	0,66	80	194	9
NL	6,60	144	0,44	53	197	10
DE	4,58	100	0,83	100	200	11
FI	6,48	141	0,54	65	206	12

1) Daten von 2012 2) (3) = (1) +(2)

Quelle: 29, 30, eigene Berechnungen

re Survey Daten eingearbeitet wurden [18, 20] und ein erweiterter ZGI zur Messung der Mundgesundheit zu Grunde gelegt wurde. Dadurch ergaben sich wichtige Abweichungen für verschiedene Länder. Dies führte z. B. dazu, dass Deutschland nunmehr beim Zahngesundheitsstatus den dritten und das Vereinigte Königreich den fünften Rangplatz einnehmen, während es in der früheren Studie nur der achte bzw. zehnte Platz war. Folgerichtig verbesserte sich in beiden Ländern auch die Effizienz des zahnmedizinischen Sektors vom letzten auf den vorletzten bzw. vom sechsten auf den dritten Rang.

Mögliche Gründe für unterschiedliche System-Performance

Unabhängig vom Gesundheitssystem, seinen Angebotsstrukturen (öffentlich, privat oder gemischt) und seinen Finanzierungsbedingungen, kann gute Mundgesundheit in jedem System erzielt werden, wie aus Tabelle 1 hervorgeht. Unterschiedliche Gesundheitssysteme können deshalb Variationen der Effektivität des zahnmedizinischen Sektors nicht erklären. Dies ist insofern kaum überraschend, als trotz erheblicher Divergenzen der allgemeinen Gesundheitssysteme sich in allen Systemen zeigt, dass der zahnmedizinische Sektor anders reguliert und finanziert wird als der medizinische Sektor. Gründe hierfür sind die höhere Nachfrageelastizität und das niedrigere intrinsische Risiko bei zahnmedizinischen Erkrankungen.

Während im medizinischen Bereich nur geringe private Finanzierungsanteile erforderlich sind, erfordert der zahnmedizinische Bereich deutlich höhere private Zuzahlungen, um Moral Hazard (verwerfliches Verhalten zu Lasten der Gemeinschaft) weitgehend zu vermeiden (siehe Abb. 2).

In den meisten Ländern haben erwachsene Patienten hohe Selbstbeteiligungen pro Behandlung zu zahlen [30]. Mit Ausnahme von Deutschland und Frankreich, wo zahnerhaltende Maßnahmen zuzahlungsfrei oder mit geringer Zuzahlung versehen sind, sind insbesondere prothetische Versorgungen weitgehend aus dem universellen Leistungskatalog heraus genommen worden. In Ländern, in denen dies nicht geschah, sind häufig aus Sachleistungen standardisierte Festzuschüsse geworden, z. B. in Deutschland, dem Vereinigten Königreich und Schweden. Zusammenfassend gilt, dass selbst wenn alle zahnmedizinischen Leistungen für Erwachsene privat finanziert werden müssen (wie in der Schweiz und Kanada), es möglich ist, ein gutes Niveau der Zahngesundheit in der Gesamtbevölkerung zu erreichen.

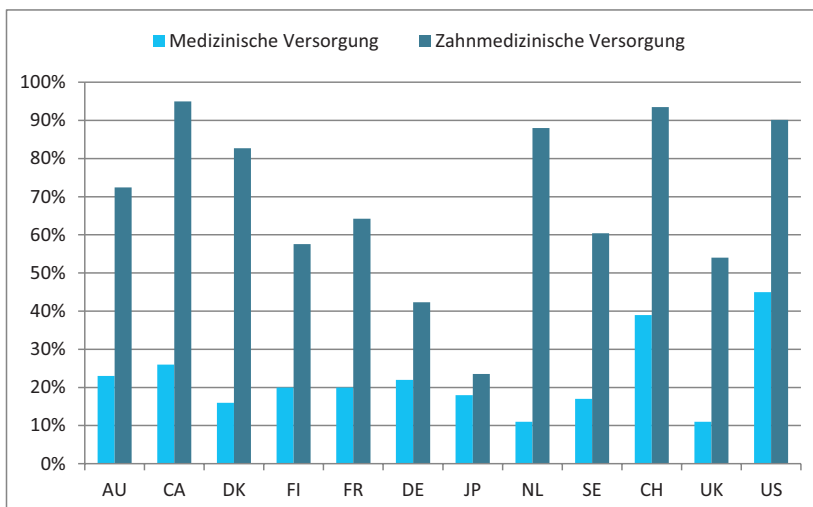
Allerdings spielt die Gestaltung des zahnmedizinischen Versorgungssystems eine große Rolle, wenn es um die Patientenzufriedenheit, den Zugang zu zahnärztlichen Leistungen, um eine gute Absicherung sozialschwacher Personen und die Sicherstellung einer qualitativen Versorgung geht. In dieser Hinsicht äußern

insbesondere amerikanische, australische und kanadische Patienten wesentlich höhere Unzufriedenheit mit ihrem System als Patienten aus europäischen Sozialversicherungssystemen [5, 33, 34].

Starken Einfluss auf das Mundgesundheitsniveau hat das orale Gesundheitsverhalten der Patienten. Als Schlüsselgröße hierfür wird die regelmäßige Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienste gewählt. Dabei zeigt sich, dass im Land mit der besten Zahngesundheit, Schweden, seit langem 85 % der erwachsenen Bevölkerung regelmäßig den Zahnarzt zu Kontrollzwecken aufsuchen, wobei 70 % – 80 % in ein Recall-System eingebunden sind, dessen Initiator der Zahnarzt ist [35]. Die von 74 % (2005) auf 81 % (2014) gestiegene regelmäßige zahnärztliche Inanspruchnahme der 35- bis 74-jährigen Deutschen und die gleichzeitige Verbesserung der Mundhygiene bei Senioren [20] dürften wesentlich zur Steigerung des Mundgesundheitsniveaus Erwachsener in Deutschland in den letzten zehn Jahren beigetragen haben. Außerdem haben die deutschen Zahnärzte im gleichen Zeitraum ihre präventiven und zahnerhaltenden Bemühungen verstärkt [36]. Niedriger sind die Raten regelmäßiger Kontrollbesuche in Kanada, den USA, dem Vereinigten Königreich, Australien und Japan (68 %, 65 %, 61 %, 45 % und 40 %). Wenn dennoch diese Länder eine gute Mundgesundheit aufweisen, dürfte dies in den USA, Australien und Kanada auch an der weiten Verbreitung der Trinkwasser Fluoridierung liegen (75 %, 67 % bzw. 43 %) [37–39]. Welches Verbesserungspotenzial Deutschland im Vergleich zum führenden Land, Schweden, bezüglich verhaltensbezogener Risikofaktoren noch hat, verdeutlicht Tabelle 4. Insbesondere bei den Snack- und Rauchgewohnheiten, wobei letztere für den wesentlich schlechteren Parodontalzustand der deutschen Bevölkerung – wiederum im Vergleich zu Schweden – mitverantwortlich sein dürften [15, 20, 40], besteht Verbesserungsbedarf.

Ein weiterer Faktor zur Erklärung der unterschiedlichen Mundgesundheitsniveaus kann in der Verbreitung eines präventiven, zahnerhaltenden Ansatzes in der Gesamtbevölkerung, der Existenz einer aktiven, zielorientierten Gesundheitspolitik und einer begleitenden Versorgungsforschung gesehen werden. All diese Voraussetzungen sind in Schweden,

Abb. 2: Gesamte Privatzahlungen (Privatversicherung, Selbstbeteiligung) für die medizinische und die zahnmedizinische Versorgung (%) in ausgewählten, hochentwickelten Ländern 2010



Quelle: 29, 30-32

Tabelle 4: Orale Verhaltensvariablen bei Erwachsenen in Schweden und Deutschland 2013/14

Land	Orales Gesundheitsverhalten (in %)				
	Tägl. Zähneputzen ≥ zweimal	Regelmäßiger Zahnarztbesuch	Zuckerkonsum/Kopf p.a. (in kg)	Snacks zwischen den Mahlzeiten (1-2)	Raucher ¹
SE	85	85	36,5	23	23
DE	80,5	81	36,9	54,6	32

1) Durchschnitt von Frauen und Männern

Quelle: 20, 35, 41, 42

Dänemark, dem Vereinigten Königreich, den USA, Japan und Australien gegeben. Insbesondere in Japan dürfte dieser Faktor erklären, warum trotz niedriger Recall-Intervalle das Mundgesundheitsniveau mit einem ZGI von 4,72 relativ hoch ist [16, 43, 44]. Für Deutschland fehlen diese Faktoren weitgehend.

Welche Unterschiede in der präventiven Betreuung zwischen Schweden und Deutschland bestehen, zeigt sich – bei jeweils stark rückläufiger Kariesprävalenz – z. B. an der Versorgung mit Kronen und endodontischen Leistungen. Während sie in Schweden seit längerem dramatisch sinken, steigt die Versorgung mit Kronen in Deutschland noch an und endodontische Leistungen/Versicherten verharren auf konstantem Niveau [15, 20, 45]. Anders als in Dänemark, das 1988 präventive Leistungen für Erwachsene in den sozialen Leistungskatalog aufgenommen hat [46], fehlt dieser Schritt in Deutschland, weil sich die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen bisher nicht auf entsprechende Maßnahmen einigen konnte.

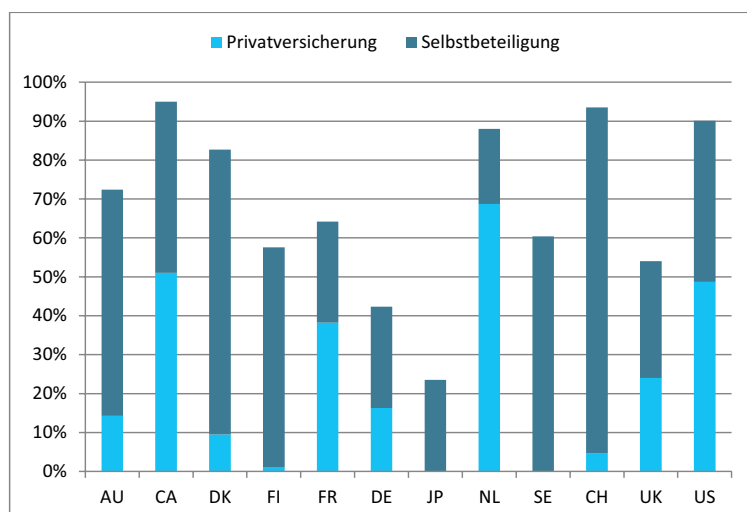
Das Ausgabenniveau für die zahnmedizinische Versorgung hängt, inter alia, von der Art und Höhe privater Zuzahlungen sowie vom Pro-Kopf-Einkommen der Bevölkerung ab [47, 48]. Der stärkste Effekt geht von der Selbstbeteiligung aus, die am stärksten in der Schweiz und am niedrigsten in den Niederlanden, Japan, Deutschland und Frankreich ausgeprägt ist (Abb 3).

Allerdings schließen Bürger in Ländern, in denen weite Teile der zahnmedizinischen Versorgung ausgegliedert worden sind, häufig Privatversicherungen ab, um sich gegen nicht abgedeckte Risiken zu schützen. Dies geschieht vorwiegend in den Niederlanden, den USA, Frankreich und Kanada. Insofern müssen Selbstbeteiligungen und Beiträge zu Privatversicherungen zusammen betrachtet werden, um die Effekte privater Zahlungen auf das Ausgabenniveau der zahnmedizinischen Sektoren zu erfassen. Diese sind am höchsten in Kanada, der Schweiz, den USA, den Niederlanden und Dänemark und am geringsten in

Japan und Deutschland (Abb. 3). Gemäß der gesundheitsökonomischen Theorie wäre zu erwarten, dass die gesamtwirtschaftlichen Kosten in Kanada, der Schweiz, den USA, den Niederlanden und Dänemark relativ niedrig sind. In den Niederlanden und Dänemark sowie – in geringerem Maße (aufgrund des höheren Pro-Kopf-Einkommens) in der Schweiz und den USA – trifft dies auch zu. Andererseits müsste in den beiden Ländern mit den geringsten privaten Zahlungen, Japan und Deutschland, der makroökonomische Ressourcenverbrauch am höchsten sein. Für Deutschland wird dies bestätigt, jedoch nicht für Japan (siehe Tab. 3). Möglicherweise halten in Japan andere Faktoren die Ausgabenintensität in Grenzen. Dafür spricht das unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Einkommensniveau und der streng zahnerhaltend orientierte Ansatz, den die Gesundheitspolitik propagiert und die Zahnärzteschaft praktiziert. Ähnliche Gründe dürften erklären, warum das Vereinigte Königreich seine zahnmedizinische Versorgung so effektiv, kostengünstig und effizient gestalten kann. Diese Bewertung hat auch Bestand, wenn unterstellt wird, dass der britische National Health Service (NHS) unterfinanziert ist, wie kürzlich eine Parlamentskommission feststellte [50].

Die Hypothese, dass fühlbare private Zuzahlungen der Erwachsenen das Ausgabenniveau dämpfen, wird mit dieser Studie bestätigt. Für Deutschland war dieser Zusammenhang bereits in der Dekade 1980–1990 nachweisbar als durch die Einführung einer zwanzigprozentigen Selbstbeteiligung für prothetische Leistungen, die später auf 40 % verdoppelt wurde, die gesamtwirtschaftlichen Kosten des zahnmedizinischen Sektors von 1,16 % (1980) auf 0,84 % des BIP (1990) zurückgingen [9] und seither auf diesem Niveau verharren. Das vergleichsweise niedrige Zuzahlungsniveau in Deutschland dürfte des-

Abb. 3: Aufteilung der Privatzahlungen in Zahlungen an Privatversicherungen und Selbstbeteiligungen für die zahnmedizinische Versorgung (%) in ausgewählten, hochentwickelten Ländern 2010



Quellen: 19, 29, 31, 32, 49

halb – neben den bekannten Ineffizienzen im System [9, 51, 52] – ein Grund für das immer noch außergewöhnlich hohe zahnmedizinische Ausgabenniveau sein. Denn die Tatsache, dass in Deutschland das soziale Sicherungsnetz (Zuzahlungsfreiheit für Bedürftige, einkommensbezogene Höchstgrenzen für Zuzahlungen bei Patienten und Familien) besonders dicht ist und deshalb keine Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem bestehen, kann das deutlich überproportionale Ausgabenniveau allein nicht erklären. Insofern besteht eine starke Evidenz dafür, dass Deutschland Potenzial hat, um die Effizienz seines zahnmedizinischen Sektors zu erhöhen.

Schlussfolgerung

Der internationale Vergleich mit Hilfe des neuen Instrumentariums offenbart zusätzliche Einsichten in die Zusammenhänge zahnmedizinischer Systeme. Er zeigt, dass Systeme, die auch für Erwachsene eine präventive, zahnerhaltende Strategie forcieren, schnellere Fortschritte machen und eine bessere Performance hinsichtlich Effektivität und Effizienz erreichen. Abhängig vom Einkommensniveau eines Landes scheint ein gesamtwirtschaftliches Kostenniveau zwischen 0,5 % und 0,7 % des BIP die Norm für ein effektives zahnmedizinisches Gesundheitssystem zu sein. Während Deutschland bei der Mund-

gesundheit (Systemeffektivität) mittlerweile den dritten Rangplatz innerhalb der untersuchten Länder einnimmt, schneidet es hinsichtlich der Systemeffizienz weiterhin nur sehr unterdurchschnittlich ab.

Korrespondenzadresse:

Rüdiger Saekel
MinRat a.D.,
Marienburger Str. 28
53340 Meckenheim
E-Mail: ruediger@saekel.de

Literatur bei der Redaktion

Maria Bomkamp

Verbesserung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen im Hochsauerlandkreis

Immer mehr Menschen werden auf Grund des demografischen Wandels in Deutschland in Zukunft einer Pflege bedürfen. Diese Patienten haben vermehrt noch eigene Zähne oder sind mit unterschiedlichen Arten von Zahnersatz versorgt. Bundesweit sind ca. 2,2 Mio. Menschen pflegebedürftig.

Die Zahl der durch Pflegekräfte in ambulanter und vollstationärer Pflege betreuten Menschen beläuft sich auf knapp 1,4 Millionen [1].

Der Mund- und Zahnpflege wird Erhebungen zufolge in Pflegeeinrichtungen häufig ein zu geringer Zeitanteil gewidmet. In zahlreichen Studien konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen ausreichender Mundhygiene und dem Ernährungszustand der zu pflegenden Patienten nachgewiesen werden. Wurde eine intensive Mundhygiene durchgeführt, so ging die Notwendigkeit, pürierte Nahrung anbieten zu müssen – eindeutig zurück [2].

Somit stellt sich für das Pflegepersonal auch im Bereich der Mundhygiene die Herausforderung, mit wenig Zeiteinsatz ein optimales Ergebnis zu erzielen. In einer wissenschaftlichen Arbeit der Universität Witten-Herdecke konnte gezeigt

werden, dass sich die Mundgesundheit der pflegebedürftigen Menschen deutlich verbesserte, nachdem das Fachpersonal zusätzlich zahnmedizinisch geschult wurde [3].

Der Hochsauerlandkreis (HSK) ist ein ländlich geprägter Flächenkreis in Nordrhein-Westfalen mit östlicher Landesgrenze zu Hessen. Die Fläche des HSK beträgt knapp 2000 km². Die Einwohnerzahl liegt bei 264.000 Einwohnern bzw. einer Bevölkerungsdichte von 133,66 Einwohnern pro km². Damit ist der Hochsauerlandkreis nur mittelmäßig bevölkert. Die Struktur des Hochsauerlandkreises ist geprägt von kleineren Städten und einer dörflichen Idylle. Der HSK weist mittelständische Industrieunternehmen sowie landwirtschaftlich genutzte Flächen auf. Wie in vielen ländlich geprägten Kreisen wird eine Überalterung in den einzelnen Gemeinden prognostiziert. Für das Jahr 2030 steigt die Anzahl der Personen, die 65 Jahre und älter sind, in einigen Gemeinden auf 1/3 der Gesamtbevölkerung an [4; 7].

Die Intention für das vom Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Hochsauerlandkreis erarbeitete Fortbildungs- und Schulungsprogramm für Pfl-

gekräfte entstand auf Grund des beschriebenen demografischen Wandels und dem Wissen, dass Pflegekräfte eine unzureichende Kenntnis im Umgang mit Zahnersatz und Mundgesundheit aufweisen. Einerseits steigt laut DMS IV Studie die Anzahl der im eigenen Mund verbleibenden Zähne an. Das Risiko eine Wurzelkaries auszubilden, erhöht sich und die Parodontalerkrankungen liegen bei den Senioren bei 48 % bis 51 % [5; 6]. Andererseits weisen die zu Pflegenden immer häufiger eine Versorgung mit hochwertigem Zahnersatz auf, der eine aufwendige Pflege der Restzähne und der prothetischen Versorgung verlangt. Zudem ist aufgrund der steigenden Anzahl an implantatgetragenen Zahnersatz, eine umfangreiche Pflege der Implantatpfeiler notwendig. In der Ausbildung der Pflegekräfte wurden und werden die Themen Mundhygiene, orale Strukturen und Zahnersatzversorgungen leider nur unzureichend gelehrt. Der Einfluss von Medikamenten, die Bedeutung des Speichels sowie krankhafte Veränderungen der Schleimhäute sind nicht oder nur rudimentär bekannt.

Seit 2012 bieten die Mitarbeiter des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) des Gesundheitsamtes im HSK regelmäßige

Schulungen zu Mund- und Zahnpflege für die im HSK beschäftigten Pflegekräfte, sowie Unterrichtseinheiten in den Ausbildungszentren für Pflegeberufe an. Direkt nach den Veranstaltungen und zusätzlich sechs Monate später werden die Veranstaltungen mit Hilfe eines vom ZÄD entwickelten Fragebogens evaluiert. So entsteht ein differenziertes Bild über die Nachhaltigkeit der geleisteten Schulungen und die Umsetzbarkeit der praktischen Übungen im Pflegealltag. Im HSK sind 50 ambulante und 44 stationäre Pflegeeinrichtungen ansässig. Aufgrund der ausgedehnten Fläche des HSK ist eine Schulung als aufsuchendes Angebot schwer umsetzbar. Daher wurden alle Pflegenden der einzelnen Einrichtungen zu einer zentralen Schulung in das Kreishaus nach Meschede eingeladen. Im Jahr 2013 erfolgte auf Anfrage der Pflegeschulen die Erarbeitung eines Unterrichtskonzepts für einen doppelstündigen Unterricht in den Anfangsklassen der Pflegeschüler in Anlehnung an die Lerninhalte der Fortbildungsveranstaltungen.

Ein theoretischer Teil der Fortbildung sowie der Unterrichtseinheit erläutert zuerst den Aufbau des Zahnes, des Parodontiums und der Mundhöhle. Im Weiteren geht es um den Einfluss von systemischen Erkrankungen und der notwendigen Medikationen auf das orale System. Es werden altersbedingte Funktionseinschränkungen sowohl der Zähne als auch der körperlichen und geistigen Funktionseinschränkungen aufgezeigt. Grundlagen zur Entstehung von Karies, Parodontopathien und deren Verhinderung werden vermittelt. Erkrankungen der Mundschleimhaut werden dargestellt. Die Bedeutsamkeit eines gesunden und gepflegten Kauapparates für die Gesundheit der Pflegebedürftigen wird herausgearbeitet. Im Anschluss erfolgt ein praktischer Teil, in dem die Mundhygiene am „Patienten“ eingeübt wird. Dies erfolgt durch Vermittlung der KAI-Zahnputztechnik und anschließenden Putzübungen durch das gegenseitige Zähneputzen unter den Fortbildungsteilnehmern.

Im dritten und letzten Teil werden die verschiedenen Arten des Zahnersatzes zunächst an Hand von Fotos theoretisch vorgestellt und Unterschiede zwischen feststehendem und herausnehmbarem Zahnersatz vermittelt. Anschließend werden die Handhabung sowie die notwendige Reinigung der einzelnen Zahnersatzkonstruktionen am Modell veran-

schaulich und geübt. Am Ende der Veranstaltung wird um eine Beurteilung des Fortbildungsprogramms mit Hilfe eines Fragebogens gebeten.

Anhand von sechs Fragen soll die Veranstaltung nach folgendem Schema bewertet werden:

Stimme voll zu 2+; Stimme zu 1+; Weiß nicht 0; Stimme weniger zu 1-; Stimme gar nicht zu 2-.

Folgenden Fragen bitten wir zu beantworten:

Frage 1:
Entsprach die Fortbildung ihren Erwartungen?

Frage 2:
Kann das vermittelte Wissen in Ihrer täglichen Arbeit umgesetzt werden?

Frage 3:
Wurde der Vortrag gut gegliedert und verständlich vermittelt?

Frage 4:
Waren die praktischen Übungen gut erklärt?

Frage 5:
Können die praktischen Übungen am Patienten umgesetzt werden?

Frage 6:
Hat sich die Fortbildung für Sie gelohnt?

Eine weitere Evaluation erfolgt für die Pflegekräfte nach sechs Monaten und für die Pflegeschüler nach dem ersten Praxiseinsatz.

Hier sollen nach o. g. Schema vor allem Aussagen zur Umsetzung des Gelernten am Patienten bewertet werden:

Aussage 1:
Der Inhalt der Fortbildung ist mir präsent.

Aussage 2:
Das vermittelte Wissen kann ich in meiner täglichen Arbeit einsetzen.

Aussage 3: (Vergleich mit Frage 4)
Die vermittelten praktischen Übungen helfen bei der Umsetzung der Mundhygiene am Patienten.

Aussage 4:
Meine Kenntnisse über Zahnersatzversorgungen und deren Pflege wurden verbessert.

Aussage 5:
Vermittelte Mundpfleßmaßnahmen werden toleriert.

Aussage 6:
Die Fortbildung brachte mir neue Erkenntnisse.

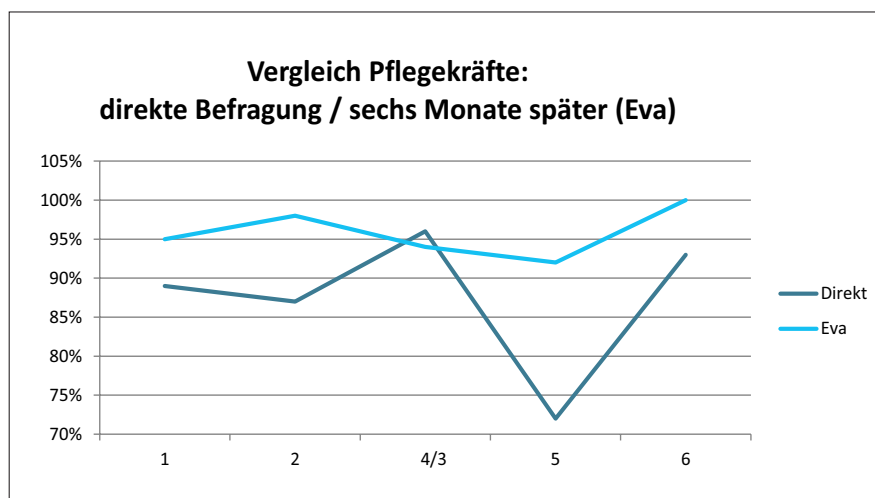


Abb. 1: Vergleich der Evaluationsergebnisse der Pflegekräfte nach der Fortbildung (Direkt) und sechs Monate später (Eva)

Ergebnisse

Es wurden insgesamt sieben Schulungen für Pflegekräfte mit insgesamt 160 Teilnehmern veranstaltet. Einen Fragebogen direkt nach der Veranstaltung füllten 145 Teilnehmer und somit 91 % der Geschulten aus. Nach sechs Monaten wurden wiederum 160 Evaluationsbögen an die einzelnen Teilnehmer versandt. Mit 123 Rückläufern wurde eine Quote von 77 % erreicht (Abb. 1, Tab. 1).

Es wurden fünf Unterrichtseinheiten in den Krankenpflegesschulen mit insgesamt 130 Schülern durchgeführt. 121 ausgefüllte Fragebögen kamen zurück (93 %).

Für die Evaluation nach dem ersten Praxiseinsatz wurden 130 Fragebögen versandt, wobei – mit 98 Bögen – 75 % der Befragten einen Evaluationsbogen zurücksandten (Abb. 2, Tab. 2).

Durch eine Gegenüberstellung der einzelnen Fragen und Aussagen konnte herauskristallisiert werden, dass die Schulungen als sehr gut beurteilt wurden. Durch den Rücklauf der Evaluationsbögen wurde die Akzeptanz der Fortbildungsveranstaltungen noch einmal unterstrichen.

Interessant war die Gegenüberstellung der Frage „Kann das vermittelte

Evaluation Zustimmung 2+ und 1+	Frage 1/ Aussage 1	Frage 2/ Aussage 2	Frage 4/ Aussage 3	Frage 5/ Aussage 5	Frage 6/ Aussage 6
Direkt	89%	87%	96%	72%	93%
Eva	95%	98%	94%	92%	100%

Tab. 1: Evaluationsergebnisse der Pflegekräfte – Anteile mit Zustimmung (2+ und 1+)

Wissen in Ihrer täglichen Arbeit umgesetzt werden?“ bei der Direktbefragung und der Beurteilung nach sechs Monaten „Das vermittelte Wissen kann ich in meiner täglichen Arbeit einsetzen“. Glaubten bei der Direktbefragung bereits 87 % der Pflegekräfte, sie könnten das vermittelte Wissen einsetzen, so war bei der Evaluation nach sechs Monaten die Umsetzbarkeit des Erlernens auf 98 % angestiegen.

Ähnlich erfreulich stellt sich die Auswertung für die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler dar. Waren nach dem Unterricht bereits 86 % davon überzeugt, das Erlernte anwenden zu können, so waren es nach dem Praxiseinsatz 100 %.

Zur Gegenüberstellung der Frage 5 nach der Umsetzbarkeit der praktischen Übungen an Patienten äußerten sich die Pflegekräfte zu 28 % skeptisch (Stimme weniger zu 1-). Nach sechs Monaten wurde die Aussage „Vermittelte Mundpflegetmaß-

nahmen werden toleriert“ mit einer Quote von 92 % bejaht. 85 % der Krankenpflegeschüler waren überzeugt, die praktischen Übungen umsetzen zu können (Frage 5). Nach ihrem Praxiseinsatz geben 97 % an, dass die erlernten Maßnahmen von den Patienten toleriert werden. Ganz besonders erfreulich ist die Tatsache, dass beide Gruppen nun von besseren Kenntnissen über Zahnersatzversorgungen und deren Pflege profitieren.

Für den zahnärztlichen Dienst des Hochsauerlandkreises ergibt sich aus den aufgeführten Ergebnissen folgendes Resultat. Die Schulungen sind auf Grund der guten Lerneffekte und der Verbesserung der Lerninhalte rund um Mund und Zähne sicherlich weiterzuführen. Eine Erweiterung der Unterrichtseinheiten an den Pflegeschulen auf alle drei Ausbildungsjahrgänge ist zu fordern, um eine Vertiefung des Wissens kontinuierlich erreichen zu können. Immer wieder wurde von den Lernenden eine Intensivierung der praktischen Übungen nachgefragt, sodass für diesen Teil mehr Zeit eingeplant werden muss.

Ein Angebot für pflegende Angehörige gibt es im HSK bislang nicht. Hier ist die Erreichbarkeit der Klientel zu ermöglichen. Zudem sollte die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen gesteigert werden um als Koordinationsstelle für eine Betreuung der stationären Pflegeheime kreisweit fungieren zu können. Denn: Der öffentliche Gesundheitsdienst hat nach § 6 [1] 1 ÖGDG grundsätzlich die Verpflichtung zur Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung. [10; 14]

Es gibt einige Studien, welche die Mundgesundheit in Pflegeeinrichtungen in Deutschland untersucht haben (8; 9; 11). Sie weisen alle auf einen Mangel bei der Mundhygiene der zu Pflegenden hin und geben zudem an, dass eine große Anzahl von Pflegekräften Defizite im theoretischen und praktischen Wissen aufweisen. Zudem konnte gezeigt werden, dass Patienten, die beatmet werden müssen, ein weit

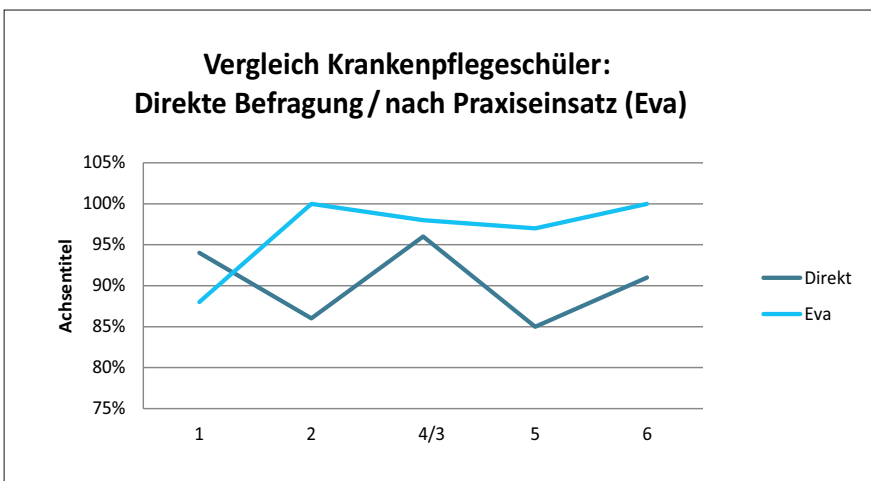


Abb. 2: Vergleich der Evaluationsergebnisse der Krankenpflegeschüler nach der Fortbildung (Direkt) und nach dem Praxiseinsatz (Eva)

Evaluation Zustimmung 2+ und 1+	Frage 1/ Aussage 1	Frage 2/ Aussage 2	Frage 4/ Aussage 3	Frage 5/ Aussage 5	Frage 6/ Aussage 6
Direkt	94%	86%	96%	85%	91%
Eva	88%	100%	98%	97%	100%

Tab. 2: Evaluationsergebnisse der Krankenpflegeschüler – Anteile mit Zustimmung (2+ und 1+)

geringeres Risiko aufweisen, an Lungenentzündungen zu erkranken, wenn bei Ihnen eine umfangreiche Mundhygiene durchgeführt wird [13].

Aufgrund der vorliegenden Studien können meines Erachtens folgende Forderungen gestellt werden. Bei Aufnahme in eine ambulante oder stationäre Pflege ist eine Befundaufnahme des Mundgesundheitszustandes dringend erforderlich. Hier sollte der Gebisszustand, der inserierte Zahnersatz und eine individuelle Pflegeanleitung für Mund, Zähne und Zahnersatz dokumentiert werden. Die Zeiten, welche dem Pflegepersonal laut Pflege-schlüssel für die Mundhygiene zur Verfügung steht, muss dringend dem individuellen Aufwand am einzelnen Patienten angepasst werden. Zudem sind die Tageszeiten für die Mundpflege zu überdenken. Mundpflege ist nach den Mahlzeiten und nicht gleichzeitig mit der Morgenpflege – in der Regel vor dem Frühstück – durchzuführen.

Das Pflegepersonal sollte in regelmäßigen Abständen geschult werden. Der Lehrplan, welcher der Ausbildung zum Kranken- und Gesundheitspfleger zugrunde liegt, ist auf Grund der Bedeutung der Mundhygiene für die Gesundheit und nicht zuletzt die Lebensqualität zu erweitern und anzupassen. Es sollten krankhafte Veränderungen an den Schleimhäuten, schlecht sitzende prothetische Versorgungen und Erkrankungen der Zähne und des Parodonts erkannt werden können, um zahnärztliche Maßnahmen so früh wie möglich einleiten zu können [12].

Denn: „Mundgesundheit ist eine präventive Maßnahme für den Allgemeinzustand der Pflegebedürftigen“ und „Ein gesunder Mund erlaubt ca. 90% der Patienten ein Essen und Trinken bis zum Tage Ihres Todes“.

Korrespondenzadresse

Maria Bomkamp
Zahnärztin
Hochsauerlandkreis
SG 37/2 - Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendgesundheit/
Kinderfrühförderung
Zahnärztlicher Dienst
Eichholzstr. 9
59821 Arnsberg
Telefon: 94-4417

Literatur bei der Autorin

Harald Strippel

Erfahrungen mit den Kooperationsverträgen zwischen Zahnärzten und Pflegeheimen

Neue Leistungen verbessern die Versorgung von stationär Pflegebedürftigen

Im Jahr 2015 gab es 2,9 Mio. Pflegebedürftige in Deutschland. 27 % von ihnen wurden in 11.200 Heimen mit vollstationärer Dauerpflege versorgt [Destatis 2017].

Der Mundgesundheitszustand und die Selbstvorsorgefähigkeit sind bei pflegebedürftigen Betagten schlechter als bei den nicht pflegebedürftigen [IDZ 2016]. Von den 80-jährigen Pflegebedürftigen nahmen im Quartal durchschnittlich etwa ein Fünftel vertragszahnärztliche Leistungen in Anspruch. Unter den nicht Pflegebedürftigen war es dagegen fast ein Drittel. Die deutlich geringeren Versorgungsquoten legen eine Unterversorgung von Pflegebedürftigen mit zahnärztlichen Leistungen nahe [Rothgang et al. 2014].

Zur Abhilfe schlug die Zahnärzteschaft vor, neue vertragszahnärztliche Präventionsleistungen sowie eine Zuschlagsposition für die Vergütung des Mehraufwands bei der Behandlung einzuführen [BZÄK und KZBV 2010]. Der ÖGD bot an, als Ansprechpartner für Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste zur Verfügung zu stehen, die Vermittlung zahnärztlicher Betreuung zu unterstützen sowie Pflegekräfte, regionale Pflegestützpunkte und pflegende Angehörige fachlich fundiert anzuleiten [BZÖG o. Jahr]. Der zahnärztliche Berufsverband VDZM forderte einen neuen Absatz „Mundgesundheitsförderung“ in § 20 SGB V als notwendige Ergänzung zu Individual- und Gruppenprophylaxe. Eine „Institution für Mundgesundheits-

förderung“, ausgestattet mit Geldern verschiedener Versicherungszweige, solle eine mundgesundheitsfördernde Gestaltung des Lebensumfelds vorantreiben, auch für Pflegebedürftige. Auf Bundesebene soll die Institution Lobbyarbeit und Kampagnen für Mundgesundheitsbotschaften durchführen. Regional und lokal würde sie Arbeitsgemeinschaften gründen. Nichtakademische Berufsgruppen könnten den Pflegenden Kompetenzen vermitteln, und Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Zusatzqualifikation würden organisatorische Veränderungen in den Versorgungsbereichen anstoßen [www.vdzm.de].

Umgesetzt wurden bisher nur an Vertragszahnärzten gerichtete Elemente. Mit dem Pflege-Neuordnungsgesetz (PNG)

übertrag der Gesetzgeber den Bundesmantelvertragspartnern KZBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die Aufgabe, Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren (§ 119b SGB V). Gleichzeitig sollten sie im BEMA-Z eine Zuschlagsposition für Vertragszahnärzte, die mit einer Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag abschließen, verankern (§ 87 Abs. 2j SGB V). Nach der Gesetzesbegründung sollten bei Bewohnern in Pflegeeinrichtungen zahnmedizinische Erkrankungen auch „vermieden“ werden. Darauf basierte der Ansatz, die neuen Leistungen nach „2j“ nicht nur als Zuschlag, sondern auch als Präventionsleistungen auszugestalten.

Deutschlandweite Regelungen

KZBV und GKV-SV verhandelten die „Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär pflegebedürftigen“ nach „119b“. Sie ist die Basis für Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen. Die Kooperationsverträge müssen die Inhalte der §§ 2 bis 4 der Rahmenvereinbarung enthalten. § 2 nennt die Qualitäts- und Versorgungsziele. Dazu gehört die Verbesserung der Mundgesundheit, des Mund- und Prothesenhygienestandards sowie der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität. Ziel ist auch eine zeitnahe, den Lebensumständen der pflegebedürftigen Rechnung tragende Behandlung. Die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen den an der Pflege sowie der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der stationär untergebrachten pflegebedürftigen beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern sowie deren Angehörigen/gesetzlichen Vertretern soll verbessert werden.

§ 3 stellt Kooperationsregeln auf, zu welchen sich das Pflegeheim verpflichtet. Unter anderem informiert die Pflegeeinrichtung den Kooperationszahnarzt innerhalb von vier Wochen über neue Bewohner, die Betreuung wünschen. Das Personal nimmt an der – ggf. praktischen – Anleitung durch den Kooperationszahnarzt teil und setzt die Vorschläge um.

§ 4 formuliert die Aufgaben des Kooperationszahnarztes. Die erste Untersuchung eines neuen Bewohners soll innerhalb von acht Wochen nach Einzug erfolgen. Die

Behandlung soll durchgeführt bzw. auf eine andernorts durchgeführte Behandlung hingewirkt werden. Hinzu kommen die unten skizzierten Präventionsleistungen. Mit Ärzten und Zahnärzten sollen konsiliarische Erörterungen erfolgen. Dadurch soll insbesondere dem Krankheitsbild der medikamenteninduzierten Xerostomie entgegengewirkt werden. Kooperationsgespräche mit der Einrichtungs-/Pflegedienstleitung, dem beliefernden Apotheker und anderen an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen erfolgen, um mundgesundheitsförderliche Strukturen und Abläufe zu etablieren.

Neue Präventionsleistungen

Nur Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte, die über einen Vertrag verfügen, der die Anforderungen der o. gen. Rahmenvereinbarung erfüllt, können die BEMA-Z-Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V abrechnen. Die KZV stellt die Berechtigung dazu fest. Dabei handelt es sich um die folgenden BEMA-Z-Leistungen:

- Nrn. 154, 155: Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung
- Nrn. 172a und b: Zuschlag für das Aufsuchen pflegebedürftiger Versicherter in der Pflegeeinrichtung
- Nr. 172c: Beurteilung von Behandlungsbedarf, Pflegezustand der Zähne/Mundschleimhaut/Prothesen, Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt/zur Verbesserung der Mundgesundheit, Dokumentation anhand Formblatt
- Nrn. 172d: Unterstützung und ggf. praktische Anleitung des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege oder der Pflege und Handhabung des Zahnersatzes
- 182: Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

Vorschläge für das Dokumentationsformblatt (Nr. 172c) entwickelten die DGAZ (Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin) sowie der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der

Krankenkassen (MDS). Das Formblatt ist Anlage zur Rahmenvereinbarung. Es bringt auf einem A4-Blatt den Mundgesundheitsstatus, den Bedarf und die Koordinationsanforderungen auf den Punkt. Die Koordinationszahnärztin oder der -zahnarzt nutzt es nicht allein zur eigenen Dokumentation. Vielmehr wird das Formblatt den Bewohnern, den Angehörigen/gesetzlichen Vertretern und dem Pflegepersonal überreicht. Die Empfehlungen berücksichtigen deren Anregungen. Damit bietet das Formblatt für alle Beteiligte dieselbe Informationsplattform.

Einführung der Kooperationsverträge

Die KZV stellten Zahnärzten und Pflegeheimen Musterkooperationsverträge zur Verfügung. Zum 1. April 2014 traten die neuen Regelungen in Kraft. Der Deutsche Caritasverband sah es als Anfangserfolg, dass zum 1. August 2014 bereits knapp 700 Kooperationsverträge geschlossen waren [ZM 2014].

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und die KZV Sachsen-Anhalt fügten Anfang 2015 dem Musterkooperationsvertrag weitere Regelungen hinzu. Unter den Krankenkassen informiert z. B. die AOK Plus pflegebedürftige Versicherte und deren Angehörige über die Neuigkeiten bei der zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen [www.aokplus-online.de]. Einzelne Pflegeeinrichtungen stellen ihren Kooperationsvertrag als Qualitätsmerkmal ausführlich dar [www.bkk-pflegefinder.de]. Die LZÄK Baden-Württemberg veröffentlicht auf ihrer Homepage Praxistipps sowie den Hinweis auf einen Filmbericht zur zahnärztlichen Betreuung in einer Pflegeeinrichtung [www.swr.de 2017, Zahnpflege im Alter].

Erfahrungsberichte

Ludwig [2016] stellt fest: „In der Praxis sind neben den fachlichen vor allem logistische Herausforderungen zu bewältigen. Mit dem notwendigen Wissen und guter Planung können Reihenuntersuchungen, Mundhygienepläne und Pflegenleitungen von nahezu jeder allgemeinärztlichen Praxis durchgeführt werden.“

Die KZV Hessen berichtet über das Statement einer Zahnärztin: „Die Versorgung pflegebedürftiger Patienten hat etwas Offenes und Ehrliches.“ Teilneh-

mer des „APW-Curriculums Alterszahnmedizin – Pflege“ äußerten, sie empfänden dies als Bereicherung ihrer zahnärztlichen Tätigkeit.

Statistik

Basisdaten zur Umsetzung der Kooperationsverträge sind den Tabellen zu entnehmen (Tab. 1, Tab. 2).

Die KZBV sieht in der gestiegenen Zahl der Verträge einen wichtigen Etappenerfolg. Dieser reiche aber noch nicht. In absehbarer Zeit solle möglichst jedes Pflegeheim in Deutschland einen eigenen Kooperationszahnarzt haben [Ärzte Zeitung 2016].

Versicherten ca. 235.000. Für das Jahr 2015 kann unter der Annahme von 10 % Privatversicherten von 704.700 gesetzlich versicherten Pflegeheimbewohnern ausgegangen werden. Unter diesen Annahmen betrug die zahnärztliche Betreuungsquote der Pflegeheimbewohner 2015 bereits 33 %.

Kooperationsverträge – wie lautet das Fazit?

Die hier wiedergegebenen Statistiken lassen erkennen, dass Pflegeeinrichtungen, Zahnärzte und Versicherte die Kooperationsverträge und die neuen Leistungen direkt nach dem Start gut angenommen haben. Die folgenden

Ausblick

Die Kooperationsverträge und Präventivleistungen verschaffen dem Thema Mundgesundheit einen Aufmerksamkeitssschub. Dieser erreicht aber nur die Pflegebedürftigen in den stationären Einrichtungen, nicht jedoch die viel größere Zahl derjenigen, die sich in der familialen oder ambulanten Pflege befinden.

Den Versorgungsstatistiken lässt sich nicht entnehmen, wie die Qualität der erbrachten Leistungen aussieht und welche Wirksamkeit sie im Hinblick auf die Mundgesundheit entfalten. Hier ist Forschung vonnöten. Qualitätsfragen lassen sich durch Querschnittsstudien beantworten.

Jahr	Kooperationszahnärzte	Veränderung	Kooperationsverträge	Veränderung	Betreute Pflegeheime	Veränderung	Betreute Versicherte	Veränderung
II/2014 – IV/2014	1.082	-	1.708	-	1.608	-	76.471	-
Hochrechnung 2014	1.353	-	2.135	-	2.010	-	95.589	-
2015	1.611	+ 19%*	2.608	+ 22%*	2.444	+ 22%*	138.331	+ 45%*
2016	1.920	+ 19%	3.204	+ 23%	3.004	+23%	172.264	+ 25%

Tab. 1: Zahlen der Kooperationszahnärzte, der Verträge und der betreuten Versicherten nach § 119b SGB V. Quellen: KZBV 2017, eigene Hochrechnung
*Bezogen auf Hochrechnung 2014

Jahr	172a+b (Zuschläge)	Veränderung	172c (Status, Empfng.)	Veränderung	172d (Anleitg. Pflegepers.)	Veränderung	182 (Ärztl./zä. Konsil)	Veränderung
II/2014 – IV/2014	94.039	-	42.332	-	29.901	-	918	-
Hochrechnung 2014	117.549	-	52.915	-	37.376	-	1.148	-
2015	248.123	+ 111%*	108.981	+ 106%*	79.901	+ 114%*	1.543	+ 34%*
2016	317.821	+ 28%	137.833	+ 26%	104.921	+ 31%	1.798	+ 17%

Tab. 2: Anzahl der abgerechneten Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V. Quellen und Fußnoten: s. oben.

Der BARMER-GEK-Pflegereport konstatiert, die zahnärztliche Behandlungsquote sei um fast ein Viertel und damit deutlich stärker gestiegen als die in der Gesamtbevölkerung [Rothgang et al. 2016].

Die KZBV-Statistik weist aus, dass 2015 neben den 204.500 Besuchen in Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsvertrag weitere 143.000 Besuche ohne Kooperationsvertrag erfolgten. Mit Kooperationsvertrag wurde jeder Versicherte 2015 knapp 1,5-mal besucht. Wird diese Verhältniszahl auf die ohne Vertrag besuchten Versicherten übertragen, beträgt die geschätzte Summe der insgesamt erreichten GKV-

zwei Jahre waren durch einen deutlichen und kontinuierlichen Ausbau von Untersuchung, Prävention, Koordination/Kooperation und Behandlung gekennzeichnet. Die Anzahl der Konsile mit Ärzten oder anderen Zahnärzten erscheint im Vergleich zur Anzahl von Präventionsanleitungen der Pflegepersonen noch steigerungsfähig.

Die veröffentlichten Meinungen und Erfahrungsberichte zu den Kooperationsverträgen sind positiv. Nützlich wären Untersuchungen über die Barrieren, die Pflegeeinrichtungen und Zahnärzte hinsichtlich der Kooperation und der Koordination der gemeinsamen Anstrengungen empfinden.

Die Wirksamkeit lässt sich durch (ggf. quasi-)randomisierte kontrollierte Studien (RCT) belegen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Harald Strippel
MSc in Dental Public Health
Medizinischer Dienst des
Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e. V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
E-Mail: h.strippel@mds-ev.de

Literatur beim Autor

Lukas Müller



Gesund aufwachsen in Spandau Bezirk verleiht Zertifikat „Kita mit Biss“ an Spandauer Kitas



Am Freitag, den 30. Juni 2017, fand im Bürgersaal des Rathaus Spandau eine Verleihung von Zertifikaten an besonders engagierte Kitas statt, die in Spandau viel für die Gesundheit der Zähne der ihnen anvertrauten Sprösslinge tun. Gesundheitsstadtrat Frank Bewig, die Amtsärztin und Leiterin des Gesundheitsamtes, Frau Dipl.-Med. Widders, und der Leiter des Zahnärztlichen Dienstes, Herr Dr. Müller, übergaben den ersten 12 Spandauer Kitas, die das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ umsetzen, feierlich ihre Zertifikate.

Das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ ist seit 2003 in Brandenburg etabliert. Seinen Ursprung hat es in Frankfurt (Oder) und wurde dort im Schuljahr 2003/2004 vom Zahnärztlichen Dienst eingeführt. Es handelt sich um ein Aufklärungs- und Ernährungsprogramm mit praktikablen Handlungsleitlinien für Kindertagesstätten. Kitas, die teilnehmen möchten, setzen diese selbständig in ihrer Einrichtung um. Hat sich eine Kita zur

Teilnahme entschlossen, wird dies durch einen schriftlichen Beitritt erklärt. Bei Umsetzung der Leitlinien erhält die Kita ein Zertifikat, mit dem sie sich als Teilnehmer ausweisen und gegenüber allen Besuchern der Tageseinrichtung darstellen kann.

Die Zahnärztlichen Dienste in Berlin beobachteten in den zurückliegenden Jahren einen Rückgang des täglichen Zähneputzens in Kitas. Bereits 2013 zitierte der Tagesspiegel eine Umfrage der Zahnärztekammer und der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Berlin e.V. und nannte 75 nicht putzende Kitas. Eine Befragung aller Berliner Zahnärztlichen Dienste durch Herrn Dr. Müller, Leitender Zahnarzt im Gesundheitsamt Spandau, ergab, dass inzwischen in 110 Berliner Kitas die Zähne nicht mehr täglich geputzt werden (Stand 16.04.2017). In Spandau sind das 16 von 91 Kitas, in Treptow Köpenick 18 von 99 Kitas, in Reinickendorf 18 von 117 Kitas und in Mitte 13 von 178 Kitas. Die

Fachleute sehen hier einen dringenden Handlungsbedarf. Dieser zeigt sich an den zunehmenden Fällen frühkindlicher Karies in Berlin und ist ein bisher ungelöstes Problem.

Deshalb beschlossen die Zahnärztlichen Dienste in Berlin im vergangenen Jahr einstimmig, das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ auch in Berlin einzuführen.





Nach der Zustimmung durch die Amtsärztinnen und Amtsärzte (Leiterinnen und Leiter der Gesundheitsämter), organisatorischen Vorarbeiten, Informationsveranstaltungen und Schulungen des Personals der Zahnärztlichen Dienste und der LAG Berlin e.V. wird seit Oktober 2016 das Programm in Berlin vorangetrieben.

Frank Bewig, Bezirksstadtrat für Soziales und Gesundheit, erklärt:

„Mit der Verleihung der Zertifikate werden diejenigen Kitas gewürdigt, die im Gesundheitsinteresse unserer Kinder besonders aktiv sind und schon jetzt die Handlungsleitlinien des Präventionsprogramms erfüllen. Gerade im Hinblick auf die steigenden Zahlen der frühkindlichen Karies und der Zunahme von Kitas, in denen die Zähne nicht mehr geputzt werden, ist das Programm ein wichtiger Baustein, um chancengleiches und gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.“

Den Kitas wurden neben dem Zertifikat auch die Handlungsleitlinien und die Elternflyer in deutscher, russischer, polnischer, türkischer Sprache und in Farsi als Print- und Webversion zur Verfügung

gestellt. So haben die Einrichtungen die Möglichkeit, sich in ihren Räumlichkeiten und auf der Homepage als Teilnehmer des Programms darzustellen. In 8 von 12 Berliner Bezirken sind bereits die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einführung des Programms geschaffen worden. Die Planungen für weitere Zertifikatverleihungen in diesen Bezirken laufen derzeit.

Korrespondenzadresse

Dr. Lukas Müller
 Fachzahnarzt für Öffentliches
 Gesundheitswesen
 Leiter des Zahnärztlichen Dienstes
 Gesundheitsamt Spandau
 Melanchthonstraße 7–9
 13595 Berlin
 Tel. (030) 90279 – 2453

Auszeichnungen für interdisziplinäre Gruppenprophylaxe

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und CP GABA haben im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt am Main den Präventionspreis „Gruppenprophylaxe interdisziplinär“ verliehen. Die Auszeichnung ist Teil der gemeinsamen „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“.

Die Initiatoren ehrten am 10. November insgesamt drei Projekte, die mit innovativen und interdisziplinären Ansätzen die Gruppenprophylaxe fördern, den Präventionsgedanken erweitern und Präventionslücken schließen. Der unabhängigen Jury gehörten unter anderem Prof. Dr. Ulrich Schiffner (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Bettina Berg (Geschäftsführerin der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.) und Dr. Michael Schäfer (1. Vorsitzender des Bundesverbands der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.) an. Die Experten legten bei ihrer Auswahl Wert darauf, dass die prämierten Konzepte und Projekte praxisnah, wissenschaftlich fundiert und bundesweit umsetzbar sind. Der Präventionspreis ist mit einem Preisgeld von insgesamt 5.000 Euro dotiert.

Die Preisträger

Die Urkunde für den ersten Preis nahm die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) Rheinland-Pfalz e.V., vertreten durch Sanitätsrat Dr. Helmut Stein und Katrin Becker, M.A., in Emp-

fang. In ihrem interdisziplinären Präventionsnetzwerk arbeitet die LAGZ gemeinsam mit zahlreichen Partnern wie Hebammen, Erziehern, Lehrern und Eltern „Hand in Hand für gesunde Kinderzähne“. Zu den Maßnahmen des Präventionsnetzwerkes gehören unter anderem Fortbildungsprogramme und Schulungen für Multiplikatoren, vielfältige Informationsmaterialien und die Kooperation mit 1.300 Paten- und Schulzahnärzten.

Der zweite Platz ging an die Gruppenprophylaxe „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne“ des Landes Brandenburg. Bettina Bels vom Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg sowie Dr. Gudrun Rojas und Bettina Suchan vom Beirat für Zahngesundheit der Landes Zahnärztekammer Brandenburg nahmen die Auszeichnung entgegen. Mit der Schulung von Familienpaten, der Ausgabe zahnärztlicher Prophylaxe-Pässe an Schwangere und Schulkinder oder dem Präventionsprogramm „Kita mit Biss“, sorgt das Netzwerk für flächendeckende und kontinuierliche Angebote der Gruppenprophylaxe.

Das Berliner Projekt „Gesunder Mund - Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in

Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung“ unter fachlicher Leitung von Dr. Imke Kaschke belegte den dritten Platz in der Auswahl der Juroren. Die Zahnärztekammer Berlin und das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e.V. fördern damit gemeinsam die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung. Aktuell sind elf zahnmedizinische Teams in 67 Wohneinrichtungen im Einsatz, um die Bewohner vor Ort gemeinsam mit ihren Betreuern durch Zahnputzübungen, Mundhygieneberatung und professionelle Fluoridierungsmaßnahmen praktisch zu unterstützen.

Pressekontakt

Erika Hettich
 Accente BizzComm GmbH
 Aarstr. 67
 65195 Wiesbaden
 Tel.: 0611 / 40 80 6-13
 Fax: 0611 / 40 80 6-99
 erika.hettich@accente.de
 www.accente.de

68. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Jetzt erst recht!

26. bis 28. April 2018
in Osnabrück



Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder des BVÖGD & BZÖG, liebe Gäste,

sehr herzlich laden wir Sie im Namen der Bundesverbände der Ärztinnen und Ärzte sowie der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zum 68. Wissenschaftlichen Kongress nach Osnabrück ein.

Das Leitthema „**Der Öffentliche Gesundheitsdienst – jetzt erst recht!**“ setzt sich mit für uns allen zentralen und entscheidenden Fragen auseinander.

Osnabrück: Eine Stadt die Weltoffenheit mit bodenständigem Flair vereint. Erleben Sie mit uns den Mix aus kultureller Vielfalt, niveaivollem Genuss und lässigem Altstadtcharme, einem echten Geheimtipp in Niedersachsen.

Die hochmoderne OsnabrückHalle bietet unserem Kongress mit Service, flexiblen Lösungen und innovativer Technik

einen optimalen Rahmen. Sie liegt zentral in nur wenigen Gehminuten von Hauptbahnhof, Hotels und der atmosphärischen Altstadt entfernt.

Wir freuen uns sehr, Sie in Osnabrück im April 2018 begrüßen zu dürfen und mit Ihnen die wichtigen Themen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu diskutieren!

Dr. med. Ute Teichert, MPH
Vorsitzende Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Dr. Michael Schäfer, MPH
1. Vorsitzender, Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Das zahnärztliche Programm startet am Donnerstag, den 26. April 2018 um 09:00 Uhr.

Es erwartet Sie ein dreitägiges Fachprogramm unter anderem mit Vorträgen zu den Themengebieten Kariesprophylaxe, Mundhygiene, Schulzahnpflege im Nationalsozialismus, Leitlinien und Statistik. Der Einführungsvortrag widmet sich der Jugendzahnpflege in Niedersachsen.

Die Delegiertenversammlung des BZÖG ist am Freitag, den 27. April 2018, im Anschluss an das zahnmedizinische Programm, um 16:30 Uhr geplant.

Tagungsort:
OsnabrückHalle
Schlosswall 1–9 · 49074 Osnabrück
Tel. 05 41 34 90-0 · Fax 05 41 34 90-18
willkommen@osnabrueckhalle.de
www.osnabrueckhalle.de

Teilnahmegebühren	für Mitglieder BVÖGD und BZÖG	für Nicht-Mitglieder
Kongresskarte 26.–28. April 2018	215,00 EUR	300,00 EUR
Tageskarten		
Donnerstag, 26.04.2018	90,00 EUR	110,00 EUR
Freitag, 27.04.2018	90,00 EUR	110,00 EUR
Samstag, 28.04.2018	60,00 EUR	80,00 EUR

Arbeitslose Ärztinnen und Ärzte erhalten keine Ermäßigung, da hier die Möglichkeit einer Finanzierung durch die Agentur für Arbeit besteht. Studierende der Medizin sowie der Zahnmedizin erhalten freien Eintritt. Alle Preise verstehen sich inkl. der gesetzlichen MwSt.

Neu in 2018: Kinderbetreuung für Kinder ab 3 Jahren (mit Voranmeldung)
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:
Sabrina Steder
m:con – annheim:congress GmbH
Tel.: +49(0)621 / 41 06–199
Fax: +49(0)621 / 41 06–80 199
sabrina.steder@mcon-mannheim.de

Die Teilnehmerregistrierung hat begonnen. Aktuelle Infor-

mationen zum Kongress veröffentlicht im Internet unter <http://bvogd.de/kongress/>
Für Zahnärzte siehe auch <http://www.bzoeg.de/kongress-leser/items/2018-Kongress-Osnabrueck.html>

Zahnärztliches Programm
Ansprechpartner
Dr. Uwe Niekusch
Tel: 06221-5221846
info@agz-rnk.de

Die Landesstelle Brandenburg des BZÖG e.V. trauert um Elke Sens

Tief betroffen haben wir die Nachricht vom Tod unseres Landesstellenmitgliedes, unserer Kollegin und Freundin Dipl.-Stomatologin Elke Sens aufgenommen.

Am 31. Mai 2017 hat Elke Sens ihren Kampf gegen eine schwere Krankheit verloren. Eine von uns allen geschätzte und beliebte Kollegin vermissen wir sehr.

Elke Sens hat nach ihrem Studium in Plovdiv (Bulgarien) eine Fachzahnarztweiterbildung für Kinderstomatologie absolviert und war anschließend als Kinderzahnärztin tätig. Seit 1991 arbeitete sie im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie hatte großen Anteil am Aufbau des Zahnärztlichen Dienstes in Ostprignitz-Ruppin und führte ihn seit vielen Jahren mit hoher fachlicher Kompetenz. Ihre

Arbeit war geprägt von einem respekt- und verständnisvollen Umgang mit den Kindern, dem pädagogischen Personal sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In diesen Zeitraum fiel ihre Weiterbildung zur Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, die sie 2003 erfolgreich abschloss.

Auf der Landesebene hatte sich Elke Sens in mehreren Gremien ehrenamtlich engagiert. Als Mitglied des Fachausschusses Zahnärztlicher Dienst, des Weiterbildungs- sowie Prüfungsausschusses der Landes Zahnärztekammer Brandenburg und als Mitglied der Kamerversammlung trug sie zur Entwicklung und Qualitätssicherung der Aufgabenerfüllung der Zahnärztlichen Dienste bei.

Elke Sens war seit 2001 stellvertretende Leiterin unserer Landesstelle und setzte sich stets mit ihrer ruhigen Entschlossenheit für die Interessen der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Landes- und Bundesebene ein. Wir sind sehr dankbar für 14 Jahre vertrauensvolle Vorstandsarbeit.

Wir werden ihr Andenken in Ehren halten. Unser Mitgefühl gilt in dieser schweren Zeit ihrer Familie.

Dr. Petra Haak und Sabine Röthig
im Namen des Vorstandes und der
Mitglieder der Landesstelle
Brandenburg des BZÖG e.V.

Anzeige

OctoWare® TN Zahnärztlicher Dienst

**Innovative Software
für den zahnärztlichen
Dienst im
Gesundheitsamt**

es easy-soft

SOFTWARE AUS DRESDEN

easy-soft GmbH Dresden
Fetscherstraße 32/34
01307 Dresden

Telefon +49 351 25506-0
Telefax +49 351 25506-10

info@easy-soft.de
www.easy-soft.de



**Kundenspezifische
Konfiguration**

Untersuchungsorganisation

Mobile Datenerfassung

**Datenschnittstellen für die
Gesundheitsberichterstattung**

**Kariesepidemiologische
Zahnbefunderfassung**

**Gruppenprophylaktische
Maßnahmen**

Gutachterlicher Dienst

Leistungsabrechnung



68. Wissenschaftlicher Kongress

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst – jetzt erst recht“

26. bis 28. April 2018 in Osnabrück · Vortragsprogramm

Donnerstag, 26.04.2018 · Sitzungen Block I von 09:00 Uhr bis 10:30 Uhr; Moderation: Frau Dr. Sauerland / Herr Dr. Michael Schäfer

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
09:00	Begrüßung	Frau Dr. Sauerland
09:15	Zahnärztlicher Dienst des Landkreises Osnabrück 1987 – heute. (M)ein starkes Team für gesunde Zähne!	Frau Dr. Brunner-Strepp
09:45	Diskussion	
10:00	Von der Sozialen Zahnheilkunde zur „erbbiologischen“ Durchmusterung (Teil I)	Herr Dr. Kirchhoff

Donnerstag, 26.04.2018 · Sitzungen Block II von 11:00 Uhr bis 12:30 Uhr

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
11:00	Von der Sozialen Zahnheilkunde zur „erbbiologischen“ Durchmusterung (Teil II)	Herr Dr. Kirchhoff
12:15	Diskussion	

Freitag, 27.04.2018 · Sitzungen Block III von 08:30 Uhr bis 10:00 Uhr; Moderation: Frau Dr. Breitenbach / Frau Dr. Wempe

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
08:30	Craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD) bei Kindern und Jugendlichen	Frau Dr. Katsikogianni
09:00	Genauer hinschauen: Der Mehrwert aus ICDAS in der epidemiologischen Begleituntersuchung in Baden-Württemberg	Herr Dr. Pfaff
09:30	Diskussion	

Freitag, 27.04.2018 · Sitzungen Block IV von 11:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
11:00	Süßungsmittel in der Ernährung: Nutzen und Risiken	Frau Dr. Ute Alexy
11:30	Diskussion	

Freitag, 27.04.2018 · Sitzungen Block V von 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr; Moderation: Frau Dr. Hantzsche / Frau Dr. Riemer

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
13:00	Schlussfolgerungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. aus den Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016	Frau Berg
13:30	Interdisziplinäre Vorgehensweise im Rahmen der Frühen Hilfen	Frau Bartsch / Frau Schütz
14:00	KAI oder Chaos? Mundhygienefertigkeiten am Ende der Gruppen- und der Individualprophylaxe	Frau Prof. Deinzer
14:30	Untersuchung zur zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Down-Syndrom	Herr Prof. Schulte
15:00	Diskussion	
15:30	Postervorstellungen	
	Zahngesundheit bei Flüchtlingskindern in Hamburg	Herr Dr. Hushahn
	Zahnärztliche Reihenuntersuchungen bei Sechs- bis Siebenjährigen und Zwölfjährigen in der Stadt Herne im Schuljahr 2016/17	Herr Dr. Reuter
	Verleihung Silbernes Ehrenzeichen	Herr Dr. Schäfer

Samstag, 28.04.2018 · Sitzungen Block VI von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr; Moderation: Dr. Petrakakis / Dr. Niekusch

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
09:00	Leitlinien und deren Bedeutung	Herr Dr. Petrakakis
09:30	Quantifizierung des Kariesrisikos – der Gini-Koeffizient	Herr Dr. Herzog
10:00	Diskussion / Pause	
10:45	Zahnärztliche Betreuung in der stationären Pflege in Niedersachsen	Herr Dr. Bomfleur
11:15	Verbesserung der Mundhygiene pflegebedürftiger Menschen durch Schulungen des Pflegepersonals im Kreis Ostholstein – Ergebnisse einer Interventionsstudie	Frau Dr. Krömer
11:45	Diskussion	

Ansprechpartner: Dr. Uwe Niekusch · Telefon: 0 62 21-5 22 18 46 · E-Mail: info@agz-rnk.de