

3 Editorial

Aktuelles Thema

- 4 49. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG in Weimar
- 4 Psychologische Aspekte der kieferorthopädischen Behandlung
- 5 Kieferorthopädie unter den Gesichtspunkten eingeschränkter Ressourcen
- 7 Prophylaxe ein Leben lang – Konzept zur zahnärztlichen Versorgung alter Menschen
- 8 Werbung für Süßwaren aus psychologischer Sicht
- 10 Präventives Betreuungskonzept der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Thüringen
- 12 Kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit und optimaler Überweisungszeitpunkt zum Fachzahnarzt
- 13 Kariesprophylaxe – „Wie schmeckt denn das?“

Verband

- 14 Mehr Schein als Sein
- 16 Das „Öffentliche“ – ein unbekanntes Gesundheits-„Wesen“?
- 17 Le style, c'est l'homme

Berichte

- 18 Was lange währt...
Prophylaxe-Richtlinien endlich auch für die ganz Kleinen
- 19 Psychologische Aspekte der zahnmedizinischen Prävention

Ehrungen

- 15 Bundesverdienstkreuz für Dr. Peter Nachtweh
- 16 Verleihung der Zahnärztemedaille

Die Ecke

- 16 Xylit

Nachruf

- 13 Wir trauern

- 20 Impressum



Dr. Gudrun Rojas

Nach einem fantastischen Millenniums-Wechsel, der mit der globalen Problematik der zwei Nullen Menschen in aller Welt erfolgreich zusammenarbeiten ließ, hat nun der Alltag mit vielfältigen Neuerungen begonnen.

In der Redaktion unseres Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes beginnt ein neuer Abschnitt. Unser langjähriger Redakteur, Dr. Klaus-Günther Dürr, verabschiedet sich in dieser Funktion von uns und wir möchten ihm auch an dieser Stelle nochmals für die 6-jährige Redaktionsarbeit danken. Er hat es in 24 Ausgaben unserer Zeitschrift verstanden, aktuelle Themen, Fortbildungsschwerpunkte, Berichte aus den Ländern, Buchbesprechungen, Leserservice, Ehrungen und Veranstaltungshinweise so darzustellen, dass nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern vielfältige Anregungen und Informationen für ihre tägliche Arbeit bekamen.

Ein Redakteur lebt natürlich von den Beiträgen, die ihm seine Mitstreiter liefern und so ist es unser Anliegen, dass Sie zukünftig auch Dr. Christoph Hollinger unterstützen, der die Arbeit von Dr. Dürr für uns alle fortführt.

Eine weitere Neuerung stellt die Umsetzung der vom Bundestag verabschiedeten GKV-Gesundheitsreform 2000 dar. Sie alle haben diesen Prozess in den Medien verfolgen können und wissen, dass mit diesem Gesetz ein Strukturwandel im Gesundheitswesen eingeleitet werden soll. Die Erfahrungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zeigen, dass eine umfassende Reform nicht ohne die Beteiligten im Gesundheitswesen auf den Weg gebracht werden kann. So musste die Politik auf Teile ihres Reformvorhabens verzichten. In der Zahnmedizin wird es nun u.a. um die Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde gehen.

Eine gewisse Stärkung der Prävention ist im Gesetz vorgesehen. Die Gruppenprophylaxe wird jetzt auch für Risikogruppen bis zum 16. Lebensjahr hinaus ermöglicht und die Flächendeckung bei der Umsetzung dieser Maßnahmen besonders hervorgehoben.

Weitere Aufgaben kommen somit auf alle Beteiligten zu. Eine gute Voraussetzung liegt dort vor, wo aus der kommunalen Gesundheitsberichterstattung des ÖGD Kenntnisse zur Situation der Risikogruppen vorhanden sind und auf dieser Basis Betreuungskonzepte entwickelt und umgesetzt werden können. Mit der Aufgabenerweiterung muss zukünftig auch ein größerer finanzieller Handlungsrahmen geschaffen werden.

So beginnt das 21. Jahrhundert mit Neuerungen in unserem Tätigkeitsbereich, die an Traditionen anknüpfen, inzwischen um interessante Aspekte bereichert wurden und so auch weiterhin zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit der Bevölkerung beitragen werden.

Dr. Gudrun Rojas

49. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG in Weimar

Psychologische Aspekte der kiefer- orthopädischen Behandlung



Dr. rer. soc. Dipl.-Psych
A. Bartsch

Psychologische Aspekte sind in vielfacher Weise von Bedeutung im Hinblick auf die kieferorthopädische Behandlung. Daher ist nicht erstaunlich, dass sich in der kieferorthopädischen Fachliteratur bereits seit langem Hinweise auf psychologische Aspekte und Fragen finden. In Würzburg haben wir uns von Mitte der achtziger bis Mitte der Neunzigerjahre schwerpunktmäßig mit Fragen der Compliance und Behandler-Patient-Interaktion im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen auseinandergesetzt und entsprechende eigene Forschungsarbeiten durchgeführt.

Der wichtigste psychologische Aspekt der kieferorthopädischen Behandlung, die ja meist bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt wird, ist, dass wir es hierbei mit Patienten in der Entwicklung zu tun haben. In Anbetracht der hohen Quote kieferorthopädischer Behandlungen ist der Kieferorthopäde derjenige medizinische Spezialist, der in einer bestimmten Altersphase den regelmäßigsten Kontakt zu Kindern bzw. Heranwachsenden hat. Insofern zeigen sich Entwicklungsphänomene hier in ihrer typischen Kontinuität bzw. Diskontinuität.

Der Kieferorthopäde macht sich endogene biologische Wachstumsvorgänge zunutze, indem er sie zu steuern und für therapeutische Zwecke nutzbar zu machen versucht. Die Formbarkeit des in der Entwicklung befindlichen Organismus beinhaltet stets auch eine Instabilität und damit die Notwendig-

keit, sich verändernden Bedingungen anzupassen. Dies gilt in besonderem Maße für kognitive und psycho-soziale Prozesse. Je nach Alter bzw. Entwicklungsstand des Patienten muss sich der Behandler auf unterschiedliche kognitive, emotionale und soziale Bedingungen einstellen und in der Kommunikation mit dem Patienten umzusetzen versuchen. So stellt die Begegnung mit einem Vorschulkind andere Anforderungen an den Kieferorthopäden als mit einem älteren Schulkind oder gar einem Heranwachsenden und die Etikettierung eines Patienten als „schwierig“ spiegelt häufig nur mangelndes Wissen des Behandlers über normale entwicklungspsychologische Vorgänge wider.

Zum Zweiten können bestimmte Zahn- und Kieferfehlstellungen zu einer psychologischen Belastung bei Kindern und Jugendlichen beitragen, insbesondere wenn sie andere psychosoziale Belastungsfaktoren bzw. ein ohnehin niedriges Selbstwertgefühl begleiten. Wie empirische Untersuchungen, u.a. aus Würzburg, gezeigt haben, besitzen die Zähne große Bedeutung für die Wahrnehmung der Gesichtsästhetik. Nach Körpergröße, -gewicht und Haaren rangieren die Zähne als Anlass für Hänselein unter Schulkindern an vorderer Stelle. Dies ist insbesondere bei stark labial stehenden Schneidezähnen und Engständen der Fall. Patienten mit (ausgeprägten) Dysgnathien stoßen auf weniger soziale Resonanz als Personen mit normalem dentofazialen Erscheinungsbild und werden als verschlossener und schüchtern (Kl. II/1) bzw. aggressiver und gröber (Kl. III) eingeschätzt. Dies führt bei den Betroffenen zu geringerem Selbstwertgefühl, Rückzugsverhalten und Unzufriedenheit. Inwieweit die Betroffenen diese Zuschreibungen reflektieren und folglich unter ihren körperlichen Normabweichungen subjektiv „leiden“, ist höchst unterschiedlich. Eine subjektive Belastung kann vor allem bei gering- und mittelgradigen Abweichungen vorliegen. Hier stoßen die Betroffenen nämlich auf inkonsistente, d.h. neutrale bis eindeutig positive oder negative Reaktionen ihrer Umwelt. Dagegen zeigen Personen mit schweren Fehlbildungen bzw. körperlichen Deformationen trotz objektiv feststellbarer sozialer

Nachteile oft eine recht gute psychische Bewältigung bzw. Anpassung an ihre Situation (Coping).

Die psycho-soziale Indikationsstellung für eine KFO-Behandlung bedarf also differenzierter Betrachtung und ggf. fachpsychologischer Diagnostik.

Drittens ist die kieferorthopädische Behandlung stets mit mehr oder weniger hohen Anforderungen an die Patientenmitarbeit (Compliance) verbunden – vor allem im Hinblick auf die Mundhygiene und das Tragen abnehmbarer Behelfe –, deren Erfüllung über den Behandlungserfolg mitentscheidet. Bei ungünstigen Rahmenbedingungen kann dies im Einzelfall zu psychologischen Problemen führen, etwa wenn die Compliancefrage zum Kristallisationspunkt eines Autoritätskonflikts zwischen Eltern, Kind (und Kieferorthopäde) wird. Grundsätzlich bedarf die Compliance gerade bei einem längeren Behandlungszeitraum der sorgfältigen Beobachtung und lässt sich nur auf Grund der Kenntnis des jeweiligen Entwicklungsstandes im Arzt-Patienten-Gespräch in begrenztem Maße beeinflussen. Empirisch begründete Gesprächsstrategien für den Umgang mit kieferorthopädischen Patienten wurden von uns an der Würzburger Poliklinik entwickelt, evaluiert und in die Ausbildung integriert. So fand WATTED in seiner Dissertation (1995) sechs relevante Gesprächsfaktoren, u.a. Einfühlungsvermögen, nonverbales Verhalten, verbale Gesprächssteuerung und sozial-emotionale Gesprächsatmosphäre. Als Leitlinie zur Gesprächsführung wurde von BARTSCH das LIKE-Modell – Lenkung durch Information und fachliche Bewertung, Kommunikation (nonverbale Zuwendung) und regelmäßige Evaluation (Kontrolle und Feedback) – vorgeschlagen.

Die gebotene psychologische Schulung angehender kieferorthopädischer Behandler wurde im Würzburger Psychologie-Curriculum für die kieferorthopädische Fachweiterbildung umgesetzt. Es umfasst bisher neben den Grundlagenfächern Entwicklungs-, Kommunikations- und Allgemeine Psychologie die Anwendungsfächer Compliance, Habits, Dentofaziale Erscheinung und Orofaziale Funktionsstörungen.

Dr. rer. soc. Dipl.-
Psych. Axel Bartsch
Dr. med. dent.
Nezar Watted
Prof. Dr. med.
dent. Emil Witt
Bayerische Julius-
Maximilians-
Universität
Poliklinik für
Kieferorthopädie
Pleicherwall 2
97070 Würzburg

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
1/00

Kieferorthopädie unter den Gesichtspunkten eingeschränkter Ressourcen

Dr. R. Schlömer

Kurzfassung

Vor dem Erfahrungshintergrund langjähriger Beschäftigung mit Fragen der vertragszahnärztlichen kieferorthopädischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland werden nachfolgend drei Themenkomplexe aus gesundheitspolitischer Sicht betrachtet.

Dabei wird die Hypothese vorangestellt, dass die derzeit für die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Versorgung bereitstehenden finanziellen Mittel zumindest für die nächsten Jahre ausreichen könnten, eine dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungsstand unseres Landes angemessene und keineswegs im Sinne der Schulnote lediglich „ausreichende“ kieferorthopädische Versorgung zu Gewähr leisten. Hierzu sind jedoch Veränderungen der derzeitigen Kieferorthopädie-Richtlinien, des Gutachterwesens und der Vergütungsstruktur notwendig.

Kieferorthopädie-Richtlinien

Die Praktikabilität der Kieferorthopädie-Richtlinien von 1993 hat sich als unzureichend erwiesen und die erwarteten Einspareffekte durch Ausgrenzung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen sind nicht eingetreten. Die Ursache hierfür liegt vor allem darin, dass sich die Richtlinien nicht am kieferorthopädischen Ausgangsbefund, sondern an der geplanten Therapie orientieren. Dies ermöglicht auch jetzt noch, dass geringfügige Befunde durch eine entsprechend aufwändig geplante Therapie „aufgewertet“ werden können und zu vertragszahnärztlichen Behandlungen führen, die wiederum zu Lasten der GKV abgerechnet werden.

Der neue Gesetzesentwurf der Bundesregierung verpflichtet die Selbstverwaltung, diese Richtlinien so zu ändern, dass nicht mehr die geplante Therapie, sondern der Befund für die Indikation entscheidend

ist. Als Modell dient der aus England stammende Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN), der modifiziert auch in Norwegen mit allseitiger Akzeptanz angewandt wird. Dieser Index ist befundbezogen und kennt 5 Dringlichkeitsgrade für die Indikation einer kieferorthopädischen Behandlung. Solche Angaben erfüllen ihren Zweck zur Indikationsbestimmung besser als die von Behandler zu Behandler unterschiedlichen therapeutischen Absichten.

Die Richtlinien zu verändern heißt, zur Schonung der finanziellen Ressourcen der GKV medizinisch nicht notwendige Behandlungsfälle von der vertragszahnärztlichen Behandlung auszuschließen. Illusionen, dass sich alleine mit der Einführung des befundbezogenen IOTN das Problem der jetzigen therapiebezogenen Richtlinien lösen lasse, sollten jedoch keine allzu großen Flügel bekommen. Denn neben den fachlichen Mängeln scheiterten die bisherigen Richtlinien vor allem auch daran, dass sie von Behandlern und Krankenkassen gleichermaßen unterlaufen wurden: Die einen wollten den sicheren Umsatz in ihrer Praxis halten, die anderen die Gunst des beitragszahlenden Mitgliedes nicht verlieren. Von erheblicher Bedeutung ist also, ob und wie die Vertragstreue der Behandler und der Krankenkassen, d.h. die Einhaltung des Index durch beide Seiten, überprüft werden kann. Hierbei wird der Struktur des Gutachterwesens und dessen rechtlicher Verbindlichkeit eine bedeutende Rolle beizumessen sein. Ändert sich nichts an diesen Strukturen, so wird es völlig gleichgültig sein, ob weiterhin die bisherigen Richtlinien in Kraft bleiben oder der neue IOTN eingeführt wird.

Vertragliches Gutachterwesen

Aus den statistischen Angaben kann errechnet werden, dass 1997 weniger als ca. 10 Prozent aller Neuanfänge in der Kieferorthopädie begutachtet wurden. Eine kritische Beurteilung des derzeitigen vertraglichen Gutachterwesens zeigt zudem erhebliche Schwächen.

So ergab eine Untersuchung der AOK Niedersachsen (1995) über den Leistungsumfang kieferorthopädischer Behandlungspläne in Frankfurt am Main, Hannover und Berlin, dass für eine kieferorthopädische Behandlung in Berlin ca. DM 2200,-

mehr beantragt wurden, als dies in Hannover der Fall war. Auch zwischen Frankfurt am Main und Hannover lag immer noch ein Unterschied von durchschnittlich DM 700,-. Solche Differenzen können bei einem bundeseinheitlich geltenden Bewertungsmaßstab nur dann auftreten, wenn die Gutachter des jeweiligen KZV-Bereiches dies auch zulassen.

An dieser Stelle sei eine Beobachtung aus Niedersachsen erwähnt. Nachdem die AOK Niedersachsen begonnen hat, Begutachtungen räumlich möglichst weit entfernt vom Praxissitz des Behandlers durchführen zu lassen, haben die Sachbearbeiter spontan über ein deutlich kritischeres Verhalten der Gutachter berichtet. Dies kann als ein Beleg dafür gewertet werden, dass Anonymität und Distanz eine unerlässliche Voraussetzung für ein funktionierendes Gutachterwesen sind. Hierzu passen auch Berichte einiger Kostenträger, dass in kleineren KZV-Bereichen und Stadtstaaten das Gutachterwesen eine zu vernachlässigende Größe darstellt und von den Krankenkassen kaum noch in Anspruch genommen wird.

Weitere Einblicke in das vertragliche Gutachterwesen brachte eine zweite Untersuchung der AOK Niedersachsen. Im Juni 1998 wurden von der AOK Niedersachsen in 183 Behandlungsfällen Begutachtungen veranlasst, die u.a. nach den Kriterien „befürwortet“, „mit Veränderung befürwortet“ und „nicht befürwortet“ ausgewertet wurden.

70 der insgesamt 183 Behandlungsanträge wurden von Kieferorthopäden erstellt, der Rest von kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten. Die Ablehnungsquote zahnärztlicher Behandlungsanträge war hierbei prozentual doppelt so hoch wie die der Kieferorthopäden und auch bei den „Befürwortungen mit Veränderung“ war die Differenz zu Ungunsten der Zahnärzte noch erheblich.

Dieses Ergebnis hat nicht überrascht. Im Rahmen der kieferorthopädischen Vorbegutachtung stellt die AOK Niedersachsen bereits seit Jahren fest, dass das fachliche Niveau der von allgemein tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten eingereichten kieferorthopädischen Behandlungsanträge in weitaus



größeren Umfang zu beanstanden ist, als dies bei Kieferorthopäden der Fall ist.

Dieses Ergebnis führt zu der Erkenntnis, dass es nicht entscheidend ist, wie viele Gutachten eine Krankenkasse veranlasst, sondern welche Behandlungsanträge sie einer Begutachtung zuführt. Um diese Entscheidung aber im Sinne der Qualitätssicherung und auch der Schonung der Ressourcen verantwortungsbewusst treffen zu können, ist die fachliche Vorbegutachtung kieferorthopädischer Behandlungspläne eine wichtige Voraussetzung. Bei der AOK Niedersachsen hat die Schulung der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter, verbunden mit einer fachlich begleiteten Vorbegutachtung, dazu geführt, dass die Zahl der dem vertraglichen Gutachterwesen zugeleiteten und „mit Veränderung“ befürworteten Behandlungsanträge deutlich höher liegt, als dies im Landesdurchschnitt aller Krankenkassen der Fall ist. Dies stellt im Interesse aller Beteiligten einen Beitrag zur Schonung der zur Verfügung stehenden Ressourcen dar.

Vergütungsstruktur

Reformbedürftig ist auch die Vergütungsstruktur der unterschiedlichen Leistungsbereiche in der Kieferorthopädie.

Der Kostenumfang der Behandlungsanträge stellt auf der Einnahmeseite die kalkulatorische Grundlage der betriebswirtschaftlichen Planung einer Praxis dar. Diese wird maßgeblich durch die therapeutische Ausrichtung der Praxis bestimmt. So wird durch eine Behandlung mit herausnehmbaren Apparaturen in der Zeiteinheit ein wesentlich höherer Umsatz erzielt, als dies bei einer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen der Fall ist. Steht das Honorar für eine Behandlung mit festsitzenden Apparaturen in angemessenem Verhältnis zu dem erforderlichen Zeitaufwand, so ist dieses Verhältnis bei der Behandlung mit herausnehmbaren Apparaturen in Frage zu stellen.

Auch eine weitere Fehlsteuerung, nämlich die Budgetierung der kieferorthopädischen Leistungen ohne Einbeziehung der Material- und Laborkosten, wird korrigiert werden müssen. Seit 1.1.1999 deutet alles auf eine erhebliche Steigerung der nicht budgetierten Labor- und

Materialkosten hin, da der Logik des Budgets und des Geldflusses folgend auch von Kieferorthopäden wieder vermehrt Behandlungen mit Platten-Apparaturen durchgeführt werden. Dies ist ein geradezu klassisches Beispiel, wie in der Medizin die Behandlung dem Geld folgt.

Werden die durch aktuelle Gesetzesvorgabe geforderten Zeitmessstudien und eine neu zu schaffende zeitorientierte Gebührenordnung Wirklichkeit, dann ist vorhersehbar, dass das derzeitige Honorar für kieferorthopädische Behandlungen mit ausschließlich herausnehmbaren Apparaturen auf dem Prüfstand stehen wird. Eine Analyse des Leistungsgeschehens gestattet ebenso die Voraussage, dass eine Leistungsobergrenze im Rahmen der Multi- band-Therapie zu erwarten sein wird.

Vergütungsformen steuern also auch in der Kieferorthopädie die Behandlungsweise. So führt in Deutschland das System der Abschlagszahlungen und der Einzel Leistungsvergütung dazu, Behandlungen bis zur möglichst vollständigen Abrechnung des beantragten und bewilligten Behandlungshonorars zu strecken und in dieser Zeit ein Maximum an Einzelleistungen zu erbringen. Anders ist es z.B. in den USA, wo eine Form komplexer Vergütung die Behandlung steuert. Dort steht, bei vorhandenen anderen strukturellen Defiziten, die Zielsetzung im Vordergrund, die aktive Behandlungszeit zu verkürzen und den therapeutischen Aufwand zu minimieren.

Aus verschiedenen Vergütungssystemen das Beste herauszusuchen, scheint eine gute Ausgangsbasis für die Reform des Vergütungssystems in der Bundesrepublik Deutschland zu sein. Das Stichwort des modularen Vergütungssystems hat eine Hannoveraner Forschungsgruppe unter der Leitung von Prof. Schwartz in die Diskussion eingeführt. Darunter ist eine Kombination aus Einzelleistungs-, Komplex- und Pauschalvergütungen, sowie qualitäts- und erfolgsorientierten Vergütungsanteilen zu verstehen. Zum Teil ist diese Idee für Kieferorthopäden nichts Neues, da das Behandlungshonorar der BEMA-Nr. 119 und 120 auch jetzt schon als ein Komplexhonorar zu verstehen ist. Richtig erscheint auch der Weg, über einen Bonus qualitätsorientier-

te Elemente in das Vergütungssystem einzuführen. So ist z.B. denkbar, dass der Behandler einen Bonus erhält, der bereit ist, eine qualifizierte Abschlussbescheinigung seiner Behandlung auszustellen und grundsätzlich einer Nachbegutachtung zuzustimmen.

Schlussfolgerung

Kieferorthopäden und Krankenkassen sitzen, was die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Versorgung betrifft, vor einem großen Berg unerledigter ureigener Hausaufgaben. Diese zu bewältigen, wäre dringlicher, als die Forderung nach weiteren Geldquellen in Form einer Selbstbeteiligung für Patienten zu erheben, wie dies zum ständigen Repertoire kieferorthopädischer Standesvertreter gehört. Selbstbeteiligung löst nicht die strukturellen Probleme der kieferorthopädischen Versorgung, und der Ruf danach lenkt nur vom derzeitigen Reformrückstand ab.

Selbstbeteiligung sollte in der Kieferorthopädie aus sozial- und familienpolitischen Gründen das letzte Mittel bleiben, das erst dann einzusetzen ist, wenn alle Reformen umgesetzt sind und die Kasse dennoch leer ist.

Wenn befundorientierte Indikationsrichtlinien entwickelt und Erfahrungen mit der Vorbegutachtung aufgegriffen werden, das Gutachterwesen verbessert und die Vergütungsstruktur durch ein modulares Vergütungssystem verändert wird, dann ist die Zuversicht berechtigt, dass wir unserer Bevölkerung auch in den kommenden Jahren trotz angespannter Ressourcen noch eine zeitgemäße kieferorthopädische Versorgung anbieten können.

Dr. Rolf Schlömer
Rheinstr. 8
D-64283 Darmstadt

Prophylaxe ein Leben lang – Konzept zur zahnärztlichen Versorgung alter Menschen

Dr. J. Junge

1995 veröffentlichte die Bundeszahnärztekammer das Konzept „Prophylaxe ein Leben lang“. Dieses Konzept ist bis heute die einzige kompakte Zusammenfassung der zahnmedizinischen Grundlagen und Handlungsmaximen auf dem Gebiet der zahnärztlichen Prävention für alle Altersstufen, also auch für den älteren Erwachsenen.

Die „zahnärztliche Versorgung älterer Menschen“ versteht sich dabei als Teil dieses Konzeptes, wobei es allerdings im Falle der älteren Menschen nicht nur um Prophylaxe gehen kann. Kurative Maßnahmen haben hier ebenso ihren selbstverständlichen Stellenwert.

Ein besonderer Schwerpunkt dieses Projektes ist die Versorgung von

immobilen alten Menschen, die ihren Lebensabend in Einrichtungen der Altenpflege verbringen. Bei der Darstellung des Konzeptes zur zahnärztlichen Versorgung in Altenwohnheimen gehen wir von folgenden Prämissen aus:

Das Prinzip der freien Arztwahl darf nicht angetastet werden. Erster Ansprechpartner des Patienten ist zunächst der Hauszahnarzt. Wenn ein Aufsuchen einer Praxis nicht mehr möglich ist oder der Hauszahnarzt die zahnärztliche Betreuung nicht übernehmen kann, soll unser Versorgungskonzept zum Tragen kommen.

Die zahnärztlichen Organisationen würden dann in Kooperation mit den örtlichen Pflegeeinrichtungen einen Betreuungsdienst aufbauen. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst zu gewährleisten.

Unabdingbar ist es, dass das zahnärztliche Versorgungsprogramm nur dann tätig werden kann, wenn die Zustimmung des Patienten bzw. seines Betreuers/ Vormundes vorliegt. Gemeinsam mit den regionalen Organisationen soll ein Fortbil-

dingsangebot für Pflegekräfte geschaffen werden, denn die Pflegekräfte müssen die zahnmedizinische Hygiene mit den Patienten durchführen. Parallel dazu müssen durch Initiative der Länderkammern Konzepte für ein spezifisches Fortbildungsprogramm, sowie verschiedene Medien aus dem Print und audiovisuellen Sektor erarbeitet werden.

In jeder Landes Zahnärztekammer steht ein Beauftragter für Alterszahnheilkunde zur Verfügung. Diese Kollegen halten in Koordinierungskonferenzen engen Kontakt zum Arbeitskreis für Gerostomatologie, der in wissenschaftlichen Fragen berät.

Unser Ziel ist es, gerade auch dem älteren Menschen durch intakte Mundverhältnisse sein Selbstwertgefühl zu stärken und zum Teil nicht erkannte Ursachen für Beschwerden im Zahn-, Mund-, und Kieferbereich zu erkennen und auszusprechen.

Dr. Jürgen Junge
Präsident der LZK Thüringen
Hauptstraße 34
99880 Schnepfenthal



Dr. Jürgen Junge

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
1/00

Anzeige



Werbung für Süßwaren aus psychologischer Sicht

Prof. Dr. J. M. Diehl

Wie in den USA ist nun auch für deutsche Kinder Fernsehen zur längsten und liebsten Freizeitbeschäftigung geworden. So ergaben sich im Jahr 1997 (14-19-jährige) bzw. 1998 (3-13-jährige) in verschiedenen Altersgruppen die folgenden Durchschnittswerte für den täglichen Fernsehkonsum (Stunden:Minuten): 3-5 Jahre (Sehdauer = Mittel aller Kinder = 1:16; Verweildauer = Mittel der Kinder, die an dem Tag tatsächlich ferngesehen haben = 2:16), 6-9 J. (1:36; 2:36), 10-13 J. (1:57; 2:58), 14-15 J. (1:59; 3:07), 16-17 J. (1:47; 3:09), 18-19 J. (1:37; 3:14). Ostdeutsche Kinder haben dabei einen signifikant höheren Fernsehkonsum als Westdeutsche, Jungen sehen mehr fern als Mädchen. Außerdem verbringen alle Kinder und Jugendlichen am Wochenende signifikant mehr Zeit vor dem TV-Gerät als an den Tagen Montag bis Donnerstag.

Weitaus beliebter als die öffentlich-rechtlichen Sender sind die (werbereichen) Programme der privaten Anbieter RTL, RTL 2, Super RTL und Pro7. Dies gilt speziell für die am Wochenende vormittags angebotenen Kindersendungen. Samstags und sonntags lässt sich somit durch Werbung in diesen Programmen eine besonders große Anzahl von Kindern und Jugendlichen gezielt ansprechen. Eine Analyse der hier ausgestrahlten Werbung kann deshalb

auch in besonderem Maße zeigen, welche Ernährungsempfehlungen die Fernsehwerbung speziell für ihre jungen Zuschauer parat hat und welche Rolle ihnen als Konsumenten von Nahrungsmitteln zugeordnet ist.

Für die Untersuchung der Food-Werbung wurde wie in früheren Studien das Wochenendprogramm des Privatsenders RTL ausgewählt. Die Aufzeichnungen der Werbespots erfolgten an drei Wochenenden Anfang 1999 jeweils für den Zeitraum von 7-20 Uhr. Zusätzlich wurde jeweils an einem Samstag die im ersten und zweiten Programm enthaltene Werbung mitgeschnitten.

Es zeigte sich wieder, dass der Umfang der Werbung in öffentlich-rechtlichen Kanälen eher „vernachlässigbar“ ist gegenüber der Anzahl der Werbespots, denen die Zuschauer in privaten Programmen ausgesetzt sind. So standen 17 samstäglige Food-Spots im ersten Programm teilweise 163 derartigen Werbeeindrücken bei RTL gegenüber. Hinzu kommt, dass ARD und ZDF am Samstagmorgen praktisch werbefrei sind, weil die vom Staatsvertrag zugestandenen 20 Werbeminuten in die Prime Time nach 16 Uhr gelegt werden.

Bei derartig intensiven Beeinflussungsversuchen gewinnt die Frage an Bedeutung, welche Produkte es denn sind, die nach dem Willen der Fernsehwerbung möglichst häufig verzehrt werden sollen. Um dies zu analysieren, wurden die Food-Spots der drei Samstage zusammengefasst und nach 13 Produktgruppen kategorisiert. Das Gleiche geschah für die Food-Werbung der untersuchten Sonntage. Da an beiden Tagen des Wochenendes das RTL-Vormittags-

programm ausschließlich oder bevorzugt Kinder anspricht, wurde eine getrennte Auszählung für die Zeiträume 7-13.30 und 13.30-20 Uhr vorgenommen. Die Ergebnisse sind in Tab. 1 zusammengestellt.

Wenn man davon ausgeht, dass die Fernsehwerbung besonders in den an Kinder und Jugendliche gerichteten Sendungen offenbart, was diese essen und trinken sollen, dann lässt sich die Botschaft wie folgt formulieren: Eine gute Ernährung besteht zu 60% aus Süßigkeiten, Süßspeisen und fetten Knabberartikeln, ergänzt durch reichlich Fastfood und stark gezuckerte Frühstücksprodukte, wobei die Flüssigkeitszufuhr möglichst in Form von gezuckerten Limonaden und Säften erfolgen sollte.

Für die von der Fernsehwerbung den jungen Zuschauern zum Verzehr empfohlenen Nahrungs- und Genussmittel sind drei Eigenschaften typisch: Es sind überwiegend Snackartikel, die spontan und möglichst häufig zwischen den festen Mahlzeiten konsumiert werden sollen und es handelt sich um Produkte, die in der Regel einen hohen Zuckergehalt und/oder einen hohen Fettgehalt aufweisen. Der von der Werbung dem Kind nahe gelegte massive Verzehr derartiger Artikel erweist sich dadurch in mehrfacher Hinsicht als bedenklich.

Umfangreicher Zwischendurchkonsum von Naschwerk und Knabberartikeln führt dem Körper entweder außerhalb der Mahlzeiten zusätzliche und überflüssige Energie zu oder er verdrängt die zu den Mahlzeiten angebotenen (besseren) Nahrungskomponenten. Der erste Fall führt zu einer positiven Energiebilanz und damit mittel- und langfristige zu mehr oder minder starkem Übergewicht, während der zweite Fall eine insgesamt unausgewogene Ernährung zur Folge hat.

Häufiger noch als ihre „dickmachende“ Wirkung werden bei den im Fernsehen massiv beworbenen Süßigkeiten deren zahnschädliche Eigenschaften kritisiert. Ihre hohe Kariogenität entfalten sie dabei weniger durch die Erhöhung der Gesamtzufuhr an Zucker, sondern durch die Häufigkeit ihres Konsums und die lange Verweildauer auf den Zähnen auf Grund ihrer häufig klebrigen Konsistenz. Die wissenschaftliche Evidenz, dass hoher Süßigkeitenkonsum (zwischen den

Tabelle 1: Prozentuale Anteile verschiedener Produktbereiche bei den von RTL an drei Wochenenden gesendeten Food-Werbespots, getrennt für erste und zweite Tageshälfte (Vormittag: 7-13.30; Nachmittag: 13.30-20 Uhr).

Samstag		Sonntag		Produktgruppe
Vor	Nach	Vor	Nach	
32,8	30,2	34,7	30,4	Süßwaren: Riegel, Schnitten, Waffeln, Schokolade, Pralinen, Konfekt, Bonbons, Lutscher, Fruchtgummi, Kleingebäck, Torte
14,2	3,2	10,0	9,6	Süßspeisen: Fruchtjoghurt, Fruchtquark, Fruchtmus, Pudding, Desserts
12,6	8,6	16,3	5,2	Knabberartikel: Chips, Erdnüsse
11,5	0,5	9,5	1,5	Frühstücksprodukte: Zerealien, Nutella, Marmelade
11,5	6,3	6,3	0,7	Fastfood Restaurants: McDonald's, Burger King
4,9	14,0	5,3	11,1	Softdrinks: Limonaden, Fruchtsaftgetränke
6,6	21,6	10,0	11,9	Nicht süße Food-Produkte: Margarine, Butter, Brotaufstrich, Käse, Wurst, Fleisch, Tiefkühlkost, Fertiggerichte, -suppen, -zutaten, Nudeln
1,6	9,0	2,1	23,7	Erwachsenengetränke: Kaffee, Schwarzer Tee, Alkoholische Getränke
4,4	6,8	5,8	5,9	Sonstige Food-Produkte: Funktionelle Joghurts + Drinks, Nahrungsergänzungen, Kaba, Sonstiges
183	222	190	135	Anzahl der Spots

Mahlzeiten, wie die Werbung empfiehlt) zu erhöhtem Kariesrisiko führt, ist dabei eindeutig. Der Zusammenhang lässt sich nicht durch den Hinweis in Frage stellen, dass in Industrieländern der Pro-Kopf-Verbrauch an Zucker kaum mit der Karieshäufigkeit korreliert. Die Schädlichkeit des häufigen Naschens von Süßigkeiten lässt sich auch nicht durch die Empfehlung neutralisieren, dass das Kind sich doch nach jedem Riegel oder Lutscher die Zähne putzen möge.

Praxisorientierte Regeln für eine vernünftige Ernährung enthalten durchgehend die Aufforderung, den Fett- und Zuckerkonsum (speziell den über Naschwerk) zu reduzieren, zu Gunsten einer ballaststoffreichen Kost mit viel Obst, Gemüse und Getreideprodukten. Die in den (Kinder-) Programmen der kommerziellen Sender ausgestrahlte Werbung für Nahrungs- und Genussmittel enthält kaum einen Spot, der diesen Empfehlungen nicht zuwiderläuft. Bei derartig häufiger Aufforderung zur Fehlernährung stellt sich die Frage, wieweit die Food-Werbung – in ihrer Gesamtheit betrachtet – nicht gegen § 7(1) des Rundfunk-Staats-

vertrages verstößt. Dieser Paragraph schreibt vor: „Werbung darf nicht irreführen, den Interessen der Verbraucher nicht schaden und nicht Verhaltensweisen fördern, die die Gesundheit oder Sicherheit der Verbraucher sowie den Schutz der Umwelt gefährden. Werbung, die sich auch an Kinder oder Jugendliche richtet oder bei der Kinder oder Jugendliche eingesetzt werden, darf nicht ihren Interessen schaden oder ihre Unerfahrenheit ausnutzen“.

Die TV-Werbung für Nahrungs- und Genussmittel verstößt gegen diese Richtlinie nur dann nicht, wenn hier mit dem Begriff „Werbung“ der einzelne Spot gemeint ist. Empfehlung und Verzehr eines (einzigen) Schokoriegels schadet sicherlich nicht der Gesundheit und den Interessen eines Kindes. Wenn man jedoch (sinnvollerweise) der Ansicht ist, dass in dem Paragraphen mit „Werbung“ die Gesamtzahl der TV-Spots und die gesamte Palette der empfohlenen Nahrungsprodukte gemeint sein sollte (und ist), dann verstoßen die auf Kinder und Jugendliche eindringenden Werbebotschaften gegen sämtliche der aufgestellten Richtlinien.

Den massiven (und werbepsychologisch ausgefeilten) Aufforderungen, „zwischen durch“ möglichst viel Süßes und Kalorienreiches zu naschen, sind keine gleichzeitigen Warnungen vor möglichen negativen Folgen wie Zahnverfall und Übergewicht mitgegeben. Auch die in den Spots auftretenden Kinder und Jugendlichen scheinen mit ihrer schlanken Figur und den makellosen Zähnen derartige „Nebenwirkungen“ auszuschließen. Damit ist die Werbung irreführend, weil sie die Kinder glauben macht, hier sei (selbst extensiver) Genuss ohne Reue möglich. Da Kinder ein sehr geringes Ernährungs- und Gesundheitswissen besitzen, sind sie hinsichtlich sinnvoller Ernährung „unerfahren“. Damit nutzt Werbung, die überwiegend den Verzehr ungünstiger Nahrungsmittel propagiert, die Unerfahrenheit von Kindern aus. Und wenn Kinder den Aufforderungen der Werbung folgen, dann führt dies zu Verzehrgewohnheiten, die ihren Interessen eindeutig schaden und ihre Gesundheit in nicht unerheblichem Maße gefährden.

**Literatur:
beim Verfasser**

**Prof. Dr.
Joerg M. Diehl
Fachbereich
Psychologie
Justus-Liebig-
Universität Gießen
Otto-Behaghel-
Str. 10
35394 Gießen**

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
1/00

Anzeige

Präventives Betreuungskonzept der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Thüringen



MR Dr. M. Kröplin

Unser Land hat eine Fläche von 16.171,6 km². Es leben z.Zt. bei uns 2 470 472 Menschen in 17 Landkreisen und 6 kreisfreien Städten; davon sind Ausländer: 37.355 (1,5 % der Gesamtbevölkerung) sowie Kinder und Jugendliche im Alter von 2 – 18 Jahren : 442.606 - das entspricht ca. 18 % der Bevölkerung. Der Versorgungsgrad mit 1.908 niedergelassenen Zahnärzten beträgt 117,9 %.

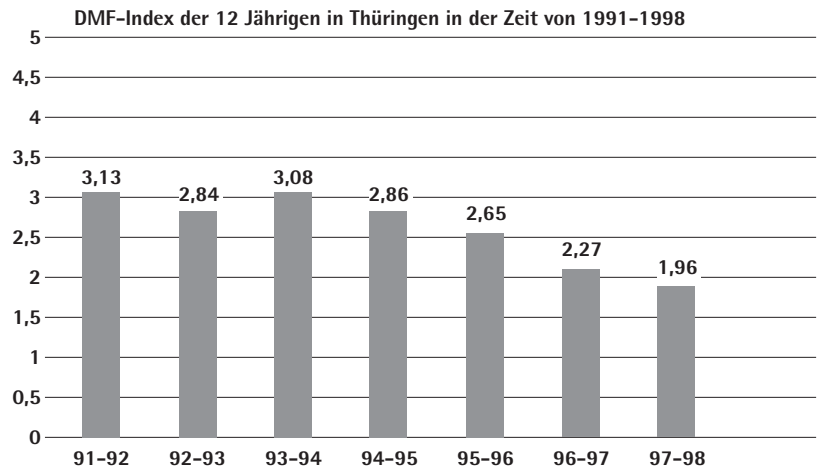
Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat kommunalen Status und ist wie folgt besetzt: 33 Kolleginnen und 1 Kollege im ÖGD im Angestelltenverhältnis - 1 Kollege und 3 Kolleginnen sind auf Honorarbasis in den Ämtern tätig. In den 17 Kreisen und 6 kreisfreien Städten ist folglich der zahnärztliche Dienst im ÖGD besetzt, davon sind 15 ZÄ vollbeschäftigt und 19 ZÄ sind teilbeschäftigt, analog ist die Besetzung mit mittlerem medizinischem Personal. Die räumliche Ausstattung der Dienste zeigt ebenfalls Unterschiede auf, dabei sind 16 Behandlungsplätze vorhanden.

In den Zahnärztlichen Diensten werden gutachterliche Stellungnahmen zur zahnärztlichen Versorgung nach den §§ des BSHG, AsylbLG und den Beihilfebestimmungen erstellt.

Im BZÖG sind 33 Zahnärztinnen und 1 ZA vereinigt. Im Landesverband der Ärzte des ÖGD Thüringen e.V. sind 19 Kolleginnen und ein Kollege, davon im Beamtenbund 19 Zahnärztinnen, organisiert.

Zu den gesetzlichen Regelungen des Landes lässt sich Folgendes sagen:

Im Heilberufsgesetz des Landes Thüringen ist der Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen verankert, die Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Thüringen weist die Fachrichtung auf. Ein ÖGD Gesetz ist nicht verabschiedet worden, wir arbeiten nach der Verordnung vom 8.8.1990 für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die duldungspflichtigen Vorsorgeunter-



suchungen laut Schulgesetz vom August 1993 verweisen auf die Wichtigkeit für unsere Berufsausübung. Im Kindertagesstättengesetz ist die Freiwilligkeit der zahnärztlichen Reihenuntersuchung vorgegeben, dennoch werden 80% der Kinder erfasst.

Präventive Betreuungskonzepte in den 23 Gesundheitsämtern Thüringens

In der LAG Jugendzahnpflege Thüringen e.V. wurden seit der Gründung am 1.6.1992 Arbeitskreise gebildet, deren Vorsitz gegenwärtig in 25 AK 22 Kolleginnen und 2 Kollegen des ÖGD besetzen. Die Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung der LAG, gemeinsam mit den Tätigkeiten nach den oben genannten Gesetzen, bilden die Grundlage zur Prävention in unserer Arbeit. Die inhaltliche Konzeption der LAG fließt übergangslos in die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste ein. Die Rahmenvereinbarung der LAG, nochmals geändert am 28.10.98, beinhaltet in ihren §§ die uns allen bekannten Maßnahmen zur Verhütung von Zahnkrankheiten, wiederholt werden die Forderungen in §§ der veränderten Satzung der LAG Jugendzahnpflege vom 29.10.98.

In den Foren der einzelnen Arbeitskreise fallen die Entscheidungen, welche Aktionen im Sinne der Zahngesundheit unserer Kinder durchgeführt werden sollten. Die Basis für die Art der gruppenprophylaktischen Aktionen ergibt sich nachweislich aus den Daten der Zahngesundheit der Kinder im Alter von 2-12 im Kreis, gewonnen aus den Vorsorgeuntersuchungen der Zahnärztlichen Dienste.

Die Dokumentation erfolgt in 10 Ämtern über das JZP Programm -G.A.U.S.S.- in den anderen Einrichtungen noch über Karteikartensystem.

Aus den kommunalen Besonderheiten ergeben sich auch die Inhalte der Präventionsprogramme der jeweiligen AK, abgestimmt mit allen Partnern.

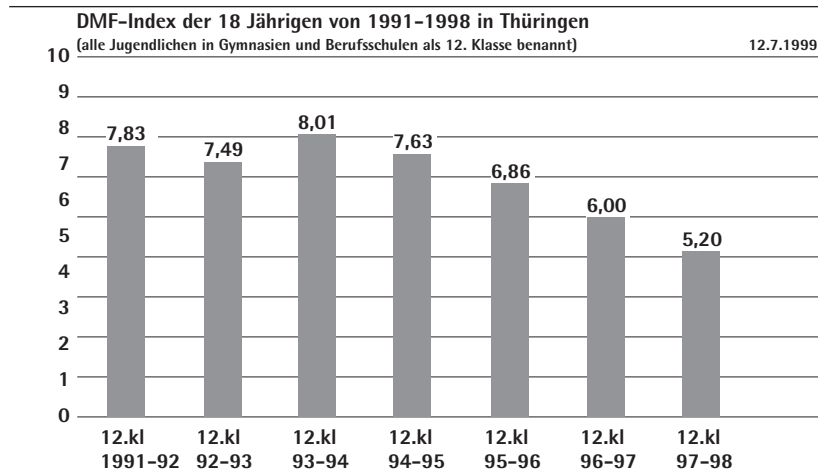
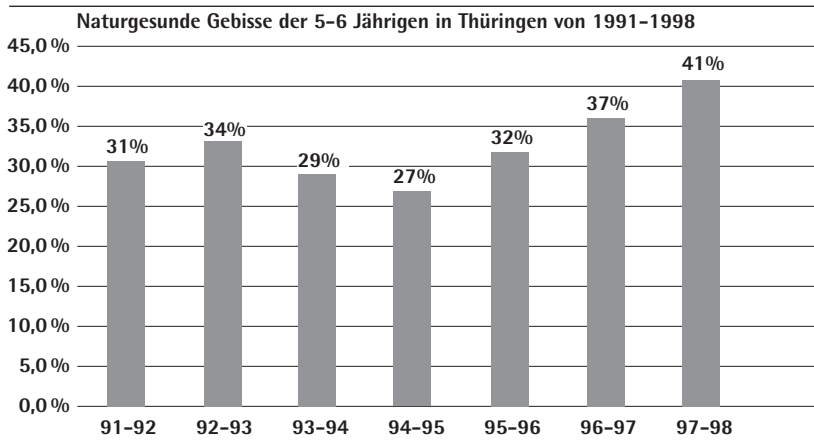
So liegen z.Zt. Daten aus 23 Ämtern vor, die alle gruppenprophylaktische Aktionen tätigen, diese beinhalten konform Vorsorgeuntersuchungen, Zahnputzaktionen und Aufklärungsvorträge.

Die Gabe von Fluoriden ist jedoch z.Zt. recht unterschiedlich. In einem Kreis erfolgt die Gabe von Tabletten von der jüngsten Kindergartengruppe 3. Lebensjahr bis zur 4. Klasse. In zwei AK gibt es kein Fluorid. In einem AK werden die älteste Kindergartengruppe und die 2. Klassen fluoridiert, im anderen aufbauend die 1. und 2. Klassen in allen Grundschulen, in 2 AKs nur die ältesten Gruppen in Kindergärten, in 1 AK nur die älteste Gruppe im Kindergarten und die dritte Klasse der Grundschulen.

In 14 Kreisen wird sowohl in den Kindertagesstätten mit Fluorettten, Elmex-Gelee als auch - aufbauend - in den Schulen mit topischen Fluoriden nach dem Marburger Modell vorgebeugt.

In vielen Kindertagesstätten wird allseits die systemische Fluoridierung kombiniert mit der Geleebürstung.

Die Mehrzahl der Kreise sind mit ihren Durchführungen bis in die 4. Klasse der Grundschulen gelangt, es gibt aber auch Kreise, die bis zur 6. Klasse vorgedrungen sind.



Für die an den Fluorid-Aktionen beteiligten Kinder haben einige AK zum Nachweis der Maßnahme einen Zahnpass erhalten. Er soll auch zur Information für die niedergelassenen Zahnärzte dienen, z.B. wann das Kind an der Gruppenprophylaxe mit Fluoriden teilgenommen hat oder ob eine Allergie auf den Lack besteht.

Als besonders wichtig ist die Neuregelung in der Thüringer LAG zu nennen, welche die Anstellung fortgebildeter Zahnärzthelferinnen für Gruppenprophylaxe in der LAG Thüringen ermöglichte. Seit April 1998 unterstützt dieses engagierte Fachpersonal die Gruppenprophylaxe in 7 Arbeitskreisen mit dem Aktionskern in den Kindertagesstätten, da nur 632 Patenschaftenzahnärzte mit 752 Patenschaften tätig sind. In Thüringen gibt es derzeit 1420 Einrichtungen. Das war der Anlass, sich im Vorstand der LAG Gedanken zu machen, um die Aktionen in der Gruppenprophylaxe noch effektiver zu gestalten.

Thüringen ist wie bekannt auch Teilnehmer an der DAJ Studie, und kann seit 1995 eine deutliche Verbesserung der Werte nachweisen.

Die guten Ergebnisse der Zahngesundheit in den letzten Jahren zeugen von der Wirksamkeit der Bemühungen in der Gruppenprophylaxe, aber auch von der Effektivität anderer Präventivmaßnahmen in der Individualprophylaxe.

Dennoch beweisen auch die Daten der Schuljahresstatistik ein weites zu bearbeitendes Feld. So gilt es, die Basisprophylaxe allorts umzusetzen, weitere Programme für die Risikokinder so zu gestalten, dass sie von den Kindern problemlos angenommen werden können.

Eine Umfrage während der Vorsorgeuntersuchungen in den Schulen, ob die Aufklärung in den Zahnärztlichen Praxen erfolge, ergab keine eindeutige Aussage oder etwaige Verbesserung der Kenntnisse in der Prävention. Also wird die zugehende Dienstleistung im ÖGD das Primat bleiben, um alle Kinder und Jugendlichen auch in Sondereinrichtungen zu erreichen.

MR Dr. M. Kröplin
Gesundheitsamt
Landkreis Eichsfeld
Petristr.6
37308 Heilbad Heiligenstadt

Prophylaxefibel

Grundlagen der
Zahngesundheitsvorsorge
E. Kramer/ W. Holzinger
Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln
ISBN 3-934280-06-4, 44,00 DM

Zahngesundheitsvorsorge – eine Thematik die allen in der Prophylaxe engagierten Mitarbeitern hinreichend vertraut zu sein scheint.

Das Studium der Prophylaxefibel, gegliedert in 16 Kapitel, verdeutlicht aber, dass einst erworbenes zahnmedizinisches Grundwissen unbedingt aufzufrischen ist. Unverzichtbar deshalb die in den ersten Kapiteln dargestellte Bandbreite des theoretischen Fundaments.

Eine Übersicht zu realen, alters- und risikogruppenspezifisch graduierten Zahn- und Mundhygienemaßnahmen mit Darstellung von Indizes als Motivationshilfe, erleichtert die Erarbeitung individueller Präventionsprogramme.

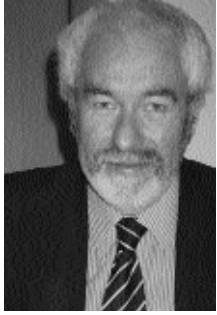
Vorsorge ist kein medizinisch-biologisches Tätigkeitsfeld mit „Arbeit am Menschen“ 2. Erfolg ist nur garantiert bei „Arbeit mit dem Menschen“ unter Berücksichtigung psychologisch-kommunikativer Kenntnisse.

Mit praxisbezogenen Tipps und Anregungen zur Vorbereitung und Durchführung von Patientengesprächen wird dem Leser ein Grundgerüst unter diesem Aspekt vermittelt. Besonders wertvoll sind die umfangreichen Hinweise zu Bezugsquellen von Informationsmaterialien, notwendigen Utensilien für spezielle Veranstaltungen sowie Vorschläge zur Gestaltung von Merkblättern.

Eine straffe Gliederung der „Prophylaxefibel“, erschienen als 8., vollständig überarbeitete Auflage mit eindeutig unterlegten Abbildungen sowie drucktechnischer Heraushebung von Kernaussagen, garantiert dem Nutzer ein schnelles „Einlesen“ und ein gezieltes Nachschlagen für die tägliche Arbeit.

Das Buch ist besonders als Leitfaden für die ZMF/ZMP in der Individual-, Intensiv- und Gruppenprophylaxe sowohl in der Zahnarztpraxis als auch im ÖGD unentbehrlich.

Dr. K. Busch, Rostock



Kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit und optimaler Überweisungszeitpunkt zum Fachzahnarzt

Prof. Dr. W. Harzer

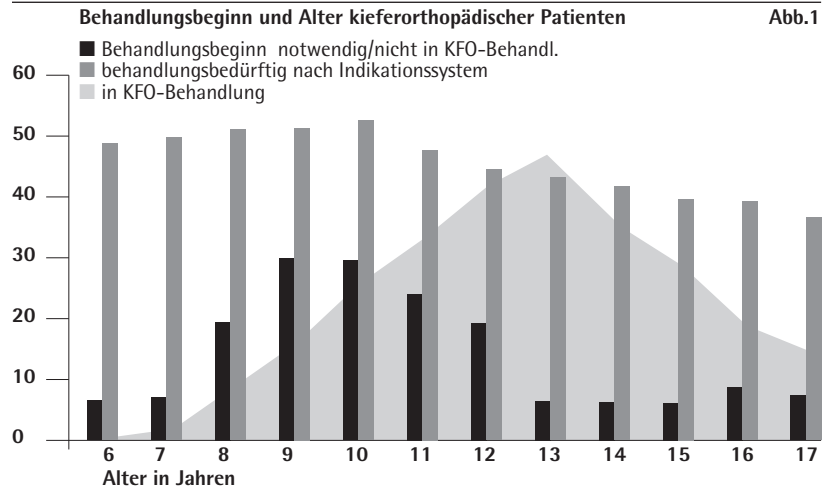
Eine nachhaltige Beeinflussung einer Zahnanomalie mit verschiedenen Behandlungsmethoden ist nur während der Dentition und der Wachstumsperiode möglich. Auf Grund der Behandlungsdauer von rund drei Jahren kommt der Patientenmitarbeit sowie der Kompetenz des Fachzahnarztes besondere Bedeutung zu.

Ziel der vorgestellten Untersuchungen war es, repräsentative Daten zur kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit, zum optimalen Überweisungszeitpunkt, zu Auswirkungen der kieferorthopädischen Behandlung auf die Zahngesundheit und zur subjektiven Zufriedenheit der kindlichen Patienten mit ihrer Zahnstellung zu gewinnen bzw. abzuleiten.

Von Januar 1996 bis Februar 1997 wurden in einer Querschnittsstudie 8.768 Dresdner Schüler, welche zufällig aus insgesamt 65.000 Schülern im Alter von 6 bis 16 Jahren ausgewählt wurden, untersucht. Bei 770 Schülern, die sich zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung in kieferorthopädischer Behandlung befanden, werden fortlaufend bis 2001 Wiederholungsuntersuchungen durchgeführt.

Mit Hilfe der erfassten Daten wurde der Behandlungsbedarf nach dem international anerkannten Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) in den einzelnen Altersgruppen bestimmt.

Da die Behandlungsnotwendigkeit im Sinne der Gewährleistung einer normalen Gebissentwicklung auch von zeitlichen Prioritäten bestimmt wird, wurde für bestimmte Anomalien, die einer frühen Intervention bedürfen, so z.B. mandibuläre Prognathie und Kreuzbiss, schon im Alter zwischen 6 und 9 Jahren eine dringende Behandlungsnotwendigkeit festgelegt und den Eltern der Untersuchten mitgeteilt.



Folgende Ergebnisse sind bemerkenswert:

- Die hauptsächliche Behandlungsperiode ist zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr (Abb. 1). Über 70 % der Kinder werden kieferorthopädisch behandelt, jedoch beginnt die Behandlung zu spät. Die Behandlungsnotwendigkeit beträgt zwischen dem 8. und 11. Lebensjahr nach dem IOTN bei Einschluss des Grades 3 (DHC) 45%. Dies entspricht auch dem Anteil Behandlungsbedürftiger bei Anwendung der sog. Indikationsregel, welche leichte Fälle aus der Leistungspflicht der Krankenkasse ausschließt. Die Abnahme der Behandlungsbedürftigkeit zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr von 50 % auf 30 % ist dem Einfluss der kieferorthopädischen Therapie zuzuschreiben.
- 59 % der befragten Schüler sind mit ihrer Zahnstellung zufrieden, nur 17 % empfinden sie als störend. Dabei fiel auf, dass darunter ca. 20 % der Kinder eine Zahnstellungsanomalie hohen Ausmaßes (DHC 5) aufwiesen.
- Den Großteil der benutzten Apparaturen nehmen herausnehmbare Platten (72 %) und funktionskieferorthopädische Geräte (37 %) ein, 26 % der Patienten werden mit festsitzenden Geräten behandelt.
- Der Mundhygieneindex (OHI/S) bei kieferorthopädischen Patienten ist niedriger, d. h. die Zahnpflege wird besser durchgeführt. Dies trifft auch für den Kariesbefall nach kieferorthopädischer Behandlung zu, jedoch sind Zusammenhänge zwischen dem DMF/T und der kieferorthopädischen Behandlung nicht so deutlich.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Korrektur von Zahnstellungsanomalien neben ästhetischen Gesichtspunkten auch der Verbesserung der allgemeinen Zahngesundheit dient. Die präventive Behandlung von Gebissanomalien, welche die normale Gebissentwicklung behindern, beginnt zu spät, weshalb für die Behandlungsnotwendigkeit eine zeitgerechte Überweisung erfolgen sollte.

Schlussfolgerungen für den optimalen Zeitpunkt kieferorthopädischer Prävention und Therapie (Überweisungskalender)

A. Milch- und erste Phase des Wechselgebisses (6. bis 9. Lebensjahr):

- Abstellen von Habits und der permanenten Mundatmung sowie Myotherapie zur Erzielung eines kompetenten Lippenschlusses und einer neutralen Bisslage
- Beseitigung von Zwangsführungen im Milchgebiss und Überstellung progener Schneidezähne
- Registrierung der Okklusionsverhältnisse an den 1. Molaren und der Bisslage
- Apparative Frühbehandlung bei Kreuzbiss und mandibulärer Prognathie (Progenie)
- Diagnostik bei schwerem Engstand, sehr großer sagittaler Stufe und Verdacht auf Aplasie

B. Zweite Phase des Zahnwechsels (10. bis 12. Lebensjahr):

- Diagnostik und Therapie von Bisslageanomalien
- Diagnostik ausgeprägter Zahnstellungsanomalien (Engstand, sagittale Stufe, Deckbiss, offener Biss, Kreuzbiss, mandibuläre Prognathie, Aplasie) und Behandlungsbeginn je nach Dentitionsstand

- C. Abschluss der Dentition
- Therapie des Zahnengstandes und weiterer Stellungsanomalien ohne Bisslageanomalie
- Diagnostik und Therapie bei Zahnretention.

Prof. Dr. W. Harzer
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
Poliklinik für Kieferorthopädie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Wir trauern

um Herrn Gerhard Sattler, der Anfang Dezember letzten Jahres im Alter von nur 46 Jahren verstarb.

Die von ihm bereits Anfang der 90er Jahre entwickelte Software „JZP“ ist vielen Kollegen ein Begriff.

In zahlreichen Zahnärztlichen Diensten hat dieses Programm die ungeliebten Taschenrechner abgelöst sowie die Erfassung und Auswertung der zahnärztlichen Untersuchungen erleichtert.

Herr Sattler war trotz der nicht unerheblichen Belastung durch seine Firma, die er allein führte, immer bereit, telefonisch oder persönlich die Probleme der Anwender seines Programms aufzuspüren und zu lösen.

Sein Tod hinterlässt eine schmerzliche Lücke bei denen, die ihn als Softwarebetreuer kannten und schätzen gelernt hatten.

Aber auch der jugendzahnärztliche EDV-Markt ist um einen guten Programmierer ärmer; es besteht nur die Hoffnung, dass das Programm „JZP“ aufgrund der guten Dokumentation des Gerhard Sattler in seinem Sinne weitergeführt werden kann.

Dr. Brigitte Brunner-Strepp

Kariesprophylaxe – „Wie schmeckt denn das?“

Dr. K.-G. Dürr
Dipl. – Stom. R. Müller-Balzarek

Hintergrund:

Die Ausweitung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen nach § 21 SGB V hat in der Gesundheitsvorsorge für veränderte Rahmenbedingungen gesorgt. So hat auch das Gesundheitsamt des Main-Taunus-Kreises seit 1997 im Arbeitskreis Jugendzahnpflege für Frankfurt am Main und den Main-Taunus-Kreis (AKJ) Konzepte mit folgender Zielsetzung entwickelt:

- Erhöhung der Zahl kariesfreier Kinder
- Umsetzung der Basisprophylaxe, orientiert an dem Papier der Spitzenverbände der Krankenkassen
- Die sinnvolle Verknüpfung von Gruppen- und Individualprophylaxe
- Verbesserung der Zahngesundheit bei Kariesrisikokindern
- Die finanziellen und personellen Ressourcen zu beachten

Bisher werden die Schulen flächendeckend durch den Zahnärztlichen Dienst (ÖGD) betreut. Einmal jährlich erfolgt bei allen 6-12-jährigen die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung. Zusätzlich werden in jeder Klassenstufe altersgerechte Prophylaxe-Einheiten durchgeführt.

Unter Berücksichtigung der guten sozio-ökonomischen Bevölkerungsstruktur des Kreises stellte sich bereits 1996 die epidemiologische Situation folgendermaßen günstig dar: Der DMF-T der 12-jährigen lag bei 1,2 und 54 % dieser Altersgruppe hatten einen DMF-T = 0 (Abb. 1).

Strategie und Konzept

Um die Kontinuität sicherzustellen, war es für uns sehr wichtig, die bisherige Form der Jugendzahnpflege und Gruppenprophylaxe weiterzuführen.

Auch wir erachten die Fluoridierung als effektivste Form der Kariesprophylaxe – diese ist wesentlicher Bestandteil unseres Konzeptes, jedoch schien uns in einem Gebiet mit einem hohen Anteil kariesfreier

Gebisse die personalintensive Lackapplikation für alle Kinder unverhältnismäßig.

Weiterhin wollten wir eine sinnvolle Vernetzung zwischen der Gruppen- und der Individualprophylaxe herstellen. Die schulzahnärztlichen GP-Maßnahmen sollten daher kompatibel mit den IP-Leistungen sein.

Unser Ziel war es, die Fluoridprophylaxe als eigenverantwortliche Maßnahme vorrangig als häusliche Maßnahme in elterlicher Verantwortung für alle Kinder flächendeckend anzubieten und durchzuführen, und nicht die professionelle Dauermedikalisierung [Bauch]. So sollte sich auch die Fluoridprophylaxe im Sinne von (Oral-self-care) ritualisieren.

Dies entbindet uns nicht von der Pflicht, in Risikoschulen die aufsuchende Fluoridierung durchzuführen.

Wir haben uns daher für die Verwendung von Elmex-Gelee entschieden.

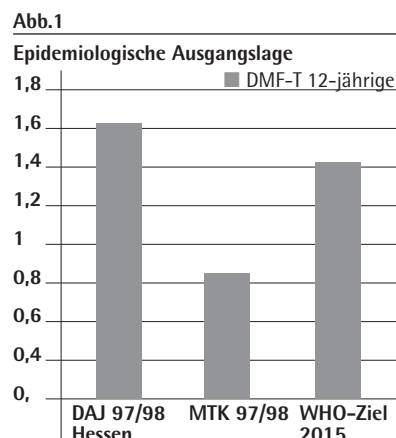
Die Wirkung von Elmex-Gelee ist wissenschaftlich anerkannt, es hat seine gute prophylaktische Wirksamkeit in vielen Gruppenprophylaxegebieten Deutschlands, z.B. in den neuen Bundesländern und Heilbronn, bewiesen.

Wichtig auch, dass die Aminfluoride durch ihre hohe Benetzungsfähigkeit sehr rasch ihre Wirkung entfalten. Wir müssen bei Kindern tendenziell mit kurzen Einwirkzeiten rechnen.

Weiterhin besteht praktisch keine Kontraindikation, es ist sicher und einfach in der Anwendung und als wichtiger Punkt wird der Geschmack von Elmex-Gelee von den Kindern akzeptiert.

Realisierung

Wesentliche Vorarbeiten waren die Zustimmung des AKJ-Vorstandes, die Bereitstellung der finanziel-



len Mittel, die politische Zustimmung des Kreises und die Einstellung von je einer Prophylaxehelferin pro Team.

Unser Programm wurde mit dem Staatlichen Schulamt besprochen und anschließend im Rahmen einer Schulleiterkonferenz als Präsentation vorgestellt.

Zur Planung gehörte auch, dass ein 1-seitiger Elternbrief (mit abzutrennendem Rücklaufzettel = Einverständniserklärung) erstellt wurde. Dieser Brief beschreibt unser Gruppenprophylaxe-Programm, informiert über das Individualprophylaxe-Angebot beim Hauszahnarzt und verweist gezielt auf die gesetzlichen Krankenkassen als Finanziers. Er enthält auch die Option auf eine weiter gehende Intensivfluoridierung in der Gruppenprophylaxe.

Ablauf

Im Rahmen der schulzahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung werden die Kinder in einer Prophylaxe-Einheit über die Wirkungsweise des Gelees informiert. Die Elternbriefe werden über die Klassenlehrer an die Schüler abgegeben. Es wird ein Rückgabedatum eingestempelt. Der Zeitraum beträgt ca. 10 Tage.

Die Schulsekretärinnen senden uns in vorbereiteten Umschlägen die Einverständniserklärungen der Eltern zu. Diese werden auf eventuelle Unverträglichkeiten überprüft. Kinder mit bestimmten Allergien, z.B. auf Aromastoffe erhalten eine Rückmeldung von uns mit dem Hinweis, vor Anwendung des Gelees den Hausarzt zu kontaktieren.

Die Prophylaxehelferin vereinbart mit der Schule einen Termin, erklärt den Kindern nochmals die Art und Weise der Anwendung und bürstet mit den Kindern das Gelee einmalig ein. Die Kinder nehmen ihre Tube Elmex-Gelee für die weitere Prophylaxe mit nach Hause.

Parallel dazu wird in Risikoschulen im Rahmen der aufsuchenden Prophylaxe eine lokale Fluoridierung mit Lack bzw. Elmex-fluid angeboten.

Bewertung

Bereits im Vorfeld und in der nunmehr fast zweijährigen Erfahrung konnten Vor- und Nachteile dieses Vorgehens erkannt werden.

Stärken:

- Der Aufwand für die Schulen ist gering

- Die gesundheitspolitisch gewünschte Eigenverantwortung wird gefördert
- Wenig personalaufwendig und damit kostengünstig
- Gute Vernetzung der Gruppenprophylaxe mit den Maßnahmen der Individualprophylaxe

Schwächen:

- Die regelmäßige Verwendung des Gelees ist abhängig von der Mitarbeit der Eltern und Kinder
- Kariesrisikokinder werden nicht gezielt gruppenprophylaktisch betreut.
- Der Elternbrief informiert detailliert über die Maßnahmen in deutscher Sprache (Dies kann bei Sprachproblemen zu fehlenden Rückläufen führen).

Die bisherigen Erfahrungen sind vorwiegend positiv. Es beteiligen sich durchschnittlich knapp 70 % der Schüler, alle Schulen arbeiten mit, die Umsetzung vor Ort funktioniert reibungslos.

Die meisten Kinder verwenden das Gelee zu Hause regelmäßig weiter. Gelegentlich war die Tube bis zum nächsten Kontakt bereits verbraucht, so dass die Eltern eine neue Ersatztube gekauft hatten. Nur vereinzelt sagten Kinder, dass sie die häusliche Anwendung nicht mehr durchführen, oder ihnen das Gelee nicht schmeckt.

Der personelle Aufwand für das Programm ist relativ gering und kann je Team mit einer halbtags beschäftigten Prophylaxehelferin bewältigt werden.

Unproblematisch gestaltet sich bislang auch die aufsuchende Fluoridierung in Risikoschulen.

Resümierend für einen Kreis mit guter epidemiologischer Ausgangslage können wir nach nunmehr zweijähriger Erfahrung feststellen, ein flächendeckend praktikables Konzept zur Umsetzung von Fluoridierungsmaßnahmen in der Gruppenprophylaxe entwickelt zu haben.

Dr. Klaus-Günther Dürr
Dipl.-Stom. Renate Müller-Balzarek

Amtsleiter:

Dr. Peter Bretschneider
Gesundheitsamt des Main-Taunus-Kreises
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim

Mehr Schein als Sein? – ein Blick zurück

Nur wenig hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren derart verändert wie das strukturelle Umdenken hin zu einer präventiven Zahnheilkunde. Prophylaxe – nicht nur in aller Munde, sondern auch zunehmend als Marketinggesichtspunkt in einer modernen, auf Gesundheitsvorsorge orientierten Gesellschaft. Auch die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe ist in den letzten Jahren ihren Kinderschuhen entwachsen und professionalisiert sich zunehmend.

Gut sechs Jahre konnte ich diese Entwicklung als Redakteur unserer Verbandszeitschrift mitverfolgen und beobachten, wie die Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte diese Entwicklung vorangetrieben haben. Berichte aus den Ländern über Erfolge der Gruppenprophylaxe, Arbeitstagungen und Kongressberichte geben Bildnis für eine innovative und erfolgreiche Jugendzahnpflege.

Dabei haben die zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter eines nicht aus den Augen verloren – eine bevölkerungsorientierte Arbeitsweise. Jugendzahnpflege war stets mehr als Prophylaxe und Marketing. Jugendzahnpflege lebt nicht von gut gemachten Werbestrategien, sondern von solider Basisarbeit vor Ort. Jugendzahnpflege ist deswegen so erfolgreich, weil sie flächendeckend und kontinuierlich arbeitet.

So wie jeder Fahrlehrer den Umgang mit Gas und Kupplung neu lernt, so haben die jugendzahnärztlichen Dienste und die angeschlossenen Arbeitsgemeinschaften die Aufgabe und Zielsetzung, regelmäßig allen Kindern von der Pike auf zu mehr Zahngesundheit zu verhelfen.

Dass uns dies gelungen ist, belegen die aus der DAJ-Studie vorliegenden Daten. Daten, die auch den politisch Verantwortlichen auf Bundes- und Kreisebene zeigen, wie effizient Verwaltungsmodernisierung von innen heraus vollzogen werden kann.

Mein Blick zurück streift dabei einige Ausgaben des Mitteilungsblattes des BZÖGs von 1971 mit dem damaligen Titel „M'ORALIST“

Anzeige

und zeigt mir, wie engagiert und zukunftsweisend auch damals gedacht wurde.

Ich möchte mich auf diesem Weg bei Ihnen, liebe Leserin und Leser, bei den Autoren der Fachbeiträge, dem Beirat und bei den Mitgliedern des jetzigen und vorherigen Vorstandes für die Unterstützung, Loyalität und Zuarbeit recht herzlich bedanken.

Mein herzliches Dankeschön auch an Frau I. Blume für die Gestaltung der Zeitschrift und dem Gerhards-Verlag für die gute und zuverlässige drucktechnische Umsetzung.

Ich freue mich, dass Herr Kollege Hollinger sich mit großem Engagement in seine neue Aufgabe eingearbeitet hat und bitte Sie, ihn ebenso tatkräftig zu unterstützen.

Ich wünsche dem Vorstand viel Erfolg und berufspolitisches Geschick und Ihnen, liebe Leserinnen und Leser alles Gute.

Ihr
kgd



Bundesverdienstkreuz für Dr. Peter Nachtweh

Der Bundespräsident hat Dr. Peter Nachtweh, dem zum Jahresbeginn ausgeschiedenen Vorsitzenden der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG), für seine besonderen Verdienste auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendzahngesundheit das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

In einer Feierstunde am 8.12.1999 überreichte die scheidende Senatorin für Gesundheit und Soziales, Frau Beate Hübner, Dr. Nachtweh die Auszeichnung.

Seiner Initiative sei es zu verdanken gewesen, dass sich in Berlin schon in den 80er Jahren Initiativen im Bereich zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe regten.

In der auf Grund des § 21 SGB V 1990 gegründeten „Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung

von Zahnerkrankungen“ bekleidete Dr. Nachtweh das Amt des Vorsitzenden über einen Zeitraum von 8 Jahren. Unter seinem Vorsitz entwickelte sich die LAG Berlin zu einer Institution mit derzeit 80 Mitarbeiter/innen, die mittlerweile eine flächendeckende Gruppenprophylaxe für die bis zu 12-jährigen Kinder in Berlin durchführt.

Dr. Nachtweh betonte in seiner Erwiderung, dass er die Ehrung stellvertretend für sämtliche an der LAG Beteiligte entgegen nehme.

Peter Grahlen
Geschäftsführer LAG Berlin

Das „Öffentliche“ – ein unbekanntes Gesundheits-„Wesen“?

Die zahnärztliche Berufsausübung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, als einem Sektor des Gesundheitswesens, ist eine unter vielen Möglichkeiten mit ganz spezifischen Erfordernissen. Dementsprechend stehen Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland laut Musterweiterbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer neben 3 anderen die Weiterbildung zur „Zahnärztin“ oder zum „Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen“ offen. Die oder der Weitergebildete ist zur Führung einer Gebietsbezeichnung berechtigt, wenn er hierfür eine Anerkennung der zuständigen Zahnärztekammer erhalten hat. Die Maßnahme hat eine Dauer von vier Jahren nicht zu unterschreiten. Sie erfolgt in praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung. Im Lehrplan stehen die Bereiche „Gutachtenwesen“, „Rechts- und Verwaltungskunde“, „Zahnärztliche Aufgaben im öffentlichen Gesundheitswesen“ und „Methodenlehre einschließlich Bevölkerungswissenschaften“. Die Weiterbildungsmaßnahme schließt mit einer Prüfung an einer Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ab, die in einigen Bundesländern die Anfertigung ei-

ner umfangreichen wissenschaftlichen Arbeit umfasst.

Nach exemplarischem Auszug aus den Bestimmungen in NRW dient diese Bildungsmaßnahme dazu, die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen zu befähigen, die Aufgaben auf dem Gebiet der ZMK-Heilkunde in einer Behörde zu erfüllen. Dies ist erforderlich, da die speziellen Berufsanforderungen im ÖGD im Rahmen der studentischen Ausbildung nicht oder nur teilweise vermittelt werden. Die Schaffung dieser Gebietsbezeichnung wurde unter maßgeblicher Mitwirkung des BZÖG angestrebt und 1975 durchgesetzt. In fast allen Bundesländern hat sie ihren Niederschlag in den Heilberufsgesetzen gefunden, nur in vier Ländern wird die Gebietsbezeichnung derzeit nicht erteilt.

Die Weiterbildung stellt einen wichtigen Aspekt der Strukturqualität dar. Zusammen mit der fachspezifischen Berufserfahrung, Fortbildungsmaßnahmen und dem persönlichen Engagement der Tätigen trägt sie dazu bei, dass die Aufgaben im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vielerorts nach anerkannten Standards und unter hoher Qualität durchgeführt werden.

Fazit: Das „Öffentliche“ – kein unbekanntes Gesundheits-„Wesen“!

Das nicht alle Kollegen um diese Dinge wissen, zeigen die im nächsten Beitrag geschilderten praktischen Erfahrungen.

cho

Le style, c'est l'homme

Ein Zahnarzt⁽¹⁾ der im Anschluß an die Approbation die von den Kammern vorgeschriebene und kontrollierte Weiterbildung – über einen Zeitraum von nicht unter drei Jahren – gemäß der Weiterbildungsordnung erfolgreich abgeschlossen hat und die Gebietsbezeichnung Zahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen zu führen berechtigt ist, darf sich des wissenschaftlichen wie fachlichen Respekts seiner Kollegen sicher sein. Quatsch!

In der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift DZZ, dem Organ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, erscheint im Juli 1998 ein Gasteditorial zum Thema „Interessenschwerpunkte – Standesinteressen und fachliche Forderungen“, das sich mit der Regelung von Interessen- und Tätigkeitsschwerpunkten im Rahmen der zahnärztlichen Berufsausübung auseinandersetzt. Der Autor, selbst Zahnarzt für Parodontologie, führt u.a. aus, es gäbe „bei den Zahnärzten nur drei Weiterbildungsgebiete (Kieferorthopädie, Oralchirurgie, Parodontologie) mit mehrjähriger Weiterbildungszeit“. In einem Schreiben vom September 1998 macht die Landesstelle Nordrhein des BZÖG den Schriftleiter der DZZ auf die fehlerhafte Darstellung seines Autors aufmerksam:

„Insonderheit die beiden nordrhein-westfälischen Kammern (...) kennen darüber hinaus die Gebietsbezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“ mit einer mindestens dreijährigen Weiterbildungszeit. Ich möchte auch darauf hinweisen, daß die Gebietsbezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“ in den alten Bundesländern auf eine längere Tradition zurückblicken kann als z.B. die für Parodontologie.“ Das Angebot der Landesstellenleiterin, in einem Diskussionsbeitrag für die DZZ deren Fehler zu korrigieren, bescheidet die Schriftleitung eher einsilbig: „Da wir Repliken in der DZZ nur für wissenschaftliche Arbeiten vorgesehen haben, möchte ich es dabei bewenden lassen.“ Der Autor des Editorials hält eine Reaktion für überhaupt nicht nötig.

Schon gewußt ?!

Xylit, als Zuckeraustauschstoff in puncto Kariesvorbeugung seit langem in aller Munde, ist vermutlich auch hilfreich bei Neigung zur Parodontitis. Begründet liegt diese Vermutung in der Eigenschaft des süßen Zuckeralkohols, die Plaqueakkumulation auf der Zahnoberfläche zu verringern. Auch wird gegenwärtig diskutiert und erforscht, ob die Reduzierung der Mutans-Streptokokken im Speichel von Müttern, die xylithaltigen Kaugummi bevorzugen, auch eine Verringerung des Kariesrisikos für deren Neugeborene und Säuglinge bedeutet.

Verleihung der Zahnärztemedaille

Lt. Informationsstelle der Pfälzischen Zahnärzte hat unsere Kollegin im Ludwigshafener Gesundheitsamt und Landesstellenleiterin Frau Dr. Dorothee Schulte die Verdienstmedaille der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz erhalten. Die Kollegenschaft würdigte damit ihr großes, verdienstvolles präventives Engagement an Grundschulen und ihre besonderen Bemühungen um die Sonderschulen.

cho

Le style, c'est l'homme! (2)

In der Westdeutschen Zeitung WZ, Ausgabe Wuppertal, vom 15. Juli 1999 äußert ein bergischer Zahnarzt in einem Leserbrief zum zahnärztlichen Gutachterwesen u.a. sich wie folgt: „Als Gutachter für komplizierte prothetische Zusammenhänge sollen womöglich diejenigen Zahnärztinnen und Zahnärzte bemüht werden, die bereits bei Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit herangeführt werden; die Strichlisten der erhobenen Befunde, aufgenommen in Turnhallen und Pausenhöfen, entsprechen übrigens weder dem aktuellen Dokumentationsbedarf, noch spiegeln sie die Qualität wider, die längst in zahnärztlichen Praxen Standard ist. (...) Da sollen Funktionsanalysen der Kiefergelenke und Implantatversorgungen von „öffentlichen“ Zahnärzten beurteilt werden, die in den Stand der Erkenntnis geboren worden zu sein scheinen.“(3)

Am 19. Juli 1999 wendet daraufhin der Arbeitskreis Zahngesundheit Wuppertal sich an den Präsidenten der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe mit der Bitte, auf den Kollegen derart einzuwirken, diese seine veröffentlichte Meinung gleichfalls öffentlich zurückzunehmen und derartig berufsunwürdige, herabsetzende Äußerungen über Berufskolleginnen und -kollegen in Zukunft in der Öffentlichkeit zu unterlassen. Das Schreiben des Arbeitskreises gibt nicht zuletzt der Sorge Ausdruck, es sei für die Eltern, die Lehrer und die Erzieher der betreuten Kinder aus deren Patientenperspektive nicht ohne weiteres möglich, zwischen niedergelassenen Kollegen und den im Leserbrief als leistungsschwach eingeschätzten Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu differenzieren: „Der Leserbrief ist derart geeignet, sowohl dem Arbeitskreis Zahngesundheit in seinen Bemühungen um die Gesundheit der Wuppertaler Kinder wie auch insbesondere dem Ansehen der mitarbeitenden zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen erheblichen Schaden zuzufügen.“

In seinem Antwortschreiben versichert der Präsident der ZÄKWL, „daß es absolut nicht in der Intention (des Leserbriefschreibers) liegt, in irgendeiner Form herabsetzende Äußerungen über einzelne Berufs-

kollegen und schon gar nicht über solche, die dem ÖGD angehören, zu veröffentlichen. Gerade (der Leserbriefschreiber) arbeitet im Rahmen des Arbeitskreises in Westfalen-Lippe sehr vertrauensvoll mit den Kolleginnen und Kollegen des ÖGD zusammen. Es scheint mir auch ein echtes Mißverständnis bei der Interpretation des Leserbriefes insofern vorzuliegen, als durch die Beschreibung von Reihenuntersuchungen, die ja nicht nur durch den ÖGD, sondern auch durch andere Kolleginnen und Kollegen vorgenommen werden, dies ausschließlich auf den ÖGD projiziert wurde, was absolut nicht beabsichtigt war.“ Im Gegenteil macht der Präsident deutlich, daß es bei dem Leserbriefschreiber um ein Mitglied des Vorstandes der ZÄKWL, den Referenten für Prophylaxe sich handelt.

Da dies Schreiben - selbst euphemistisch betrachtet - zumindest als nicht restlos befriedigend anzusehen war, wurde der Präsident gebeten, die Einlassungen seines Vorstandskollegen unter dem Aspekt des § 185 StGB ff. (Beleidigung und üble Nachrede) nochmals zu prüfen. Daraufhin teilt der Präsident der ZÄK Westfalen-Lippe am 06.10.1999 abschließend mit, daß der Vorstand der Kammer den Vorfall gewissenhaft geprüft und der Sachlage entsprechend entschieden habe: „Aus Datenschutzgründen wird die Entscheidung nicht veröffentlicht.“ Ein gleichlautendes Schreiben erhielten die Landesstelle Nordrhein des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie der Leiter des Gesundheitsamtes Wuppertal.

Quel style?

Anmerkungen:

- (1) Zahnärztliche Kolleginnen sind immer mitgemeint.
- (2) In Anlehnung an ein Dictum Georges Louis Leclercs Comte de Buffon vor der Französischen Akademie der Wissenschaften am 17. August 1753.
- (3) Übrigens ein interessanter Gedanke, komplizierte prothetische Zusammenhänge bei Vorschulkindern in Turnhallen mit dem Ziel zu begutachten, den zahnärztlichen Praxisstandard zu evaluieren!

Dr. M. Wolf
W. Rosenberger
Korrespondenzadresse:
Gesundheitsamt Wuppertal
Bundesallee 243-247
42103 Wuppertal

Nachdem der im vorangehenden Artikel zuletzt geschilderte Vorgang in Sachen „Gutachterkompetenz“ und „Qualität bei Reihenuntersuchungen“ damit zunächst als abgeschlossen anzusehen war – ohne öffentliche Reaktion – erschien ein gleichlautender Artikel in der letzten Dezemberausgabe der ZM 1999.

Die Redaktion der Zahnärztlichen Mitteilungen teilte auf Anfrage glaubhaft mit, dass die Vorgeschichte nicht bekannt gewesen und somit ungewollt eine erneute Auseinandersetzung entstanden ist. Daher erbot diese sich, stellvertretend für mehrere andere kritische Briefe von Kolleginnen und Kollegen sowie eine Stellungnahme des Bundesvorstandes, den hier gedruckten Beitrag der Kollegen aus Wuppertal – in stark verkürzter und abgeänderte Form – zu publizieren.

Der Beitrag des niedergelassenen Kollegen ist sicherlich nicht dazu geeignet das kollegiale Miteinander zu verbessern. So bedauerlich der Vorfall auch sein mag, er spiegelt letztlich nicht die vielerorts gute und einvernehmliche Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Zahnärztinnen und Zahnärzten im ÖGD in den unterschiedlichen Kammerbereichen und nicht zuletzt auf Bundesebene wider. Daher wird die Begebenheit nun rasch aus dem Blickfeld geraten. Schließlich geht es allen Beteiligten in der Gruppenprophylaxe um die dringende Gemeinschaftsaufgabe der Verbesserung der Zahngesundheit unserer Kinder und Jugendlichen. Und diese ist nur durch kooperatives Miteinander voranzubringen.

Der Vorstand

Was lange währt... Prophylaxe- Richtlinien endlich auch für die ganz Kleinen

Eine Erfahrung zum Einstieg.

Im Januar dieses Jahres haben wir in einer Berliner Grundschule 70 Erstklässler untersucht. 40 von ihnen (= 57%) hatten von Karies betroffene Gebisse, d.h. sie waren saniert oder behandlungsbedürftig. 17 Kinder (= 24%) hatten überdurchschnittlich viel Karies, gehörten zu der nach DAJ - Kriterien definierten Gruppe derjenigen mit hohem Kariesrisiko.

Die Ergebnisse haben uns beunruhigt. Die Frage an eine Lehrerin, ob sie unsere Befunde sozial einordnen könne, förderte zu Tage, dass „ihre“ 24 Kinder in extrem schwierigen familiären Verhältnissen leben: 19 von ihnen wachsen ohne Vater, z.T. bei einer Großmutter auf, zwei Beziehungen seien zusätzlich gefährdet. Von 24 Elternpaaren leben also 21 in partnerschaftlich gescheiterten oder schwierigen Beziehungen, was sich u.a. auch in den Gebissbefunden der Kinder widerspiegelt.

Diese Kinder hätten größere Chancen für ihre Zähne gehabt, wären sie damals in den Genuss der auf Grund der heute gültigen Richtlinien möglichen Behandlungsmaßnahmen gekommen.

Seit 1.7.1999 haben wir sie, *die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung) gemäß § 26 SGB V*, wie sie offiziell heißen. Sie beschreiben die Prophylaxe-Maßnahmen, auf die gesetzlich krankenversicherte Kinder bis zu 6 Jahren Anspruch haben. Sie sind Kassenleistung geworden.

In Berlin gibt es, was die Intensiv-Prophylaxe in Zahnarztpraxen bei den unter 6 Jahre alten Kindern betrifft, mehrjährige Vor-Erfahrungen.

Im Jahre 1995 starteten wir als LAG einen programmatischen Aufruf an die niedergelassenen Kolleg/innen, sich an der zahnmedizinischen Betreuung (Intensivprophy-

laxe + Milchzahnbehandlung) der durch Reihenuntersuchungen identifizierten Kinder mit hohem Kariesrisiko zu beteiligen. Eine größere Anzahl von Zahnärzt/innen erklärte sich bereit. Mit Kollegen der Charite war ein Leistungskatalog erarbeitet worden. Viermal im Jahr pro Kind können zu dokumentierende Prophylaxe-Leistungen erbracht und über die LAG abgerechnet werden. Honoriert werden sie pro Kind und Sitzung mit DM 50,-.

Fünf Jahre Kariesrisiko-Programm für die Zielgruppe der unter 6 Jahre alten Kinder mit vernünftiger Honorierung haben gezeigt, dass trotz durchgängiger Reihenuntersuchungen im Land Berlin und trotz schriftlicher Hinweise an die Eltern nur rund 5% der Kinder mit hohem Kariesrisiko in den bewussten Praxen zur Behandlung erschienen, was uns enttäuscht hat.

Im Frühjahr dieses Jahres wird dieses Kariesrisiko-Programm eingestellt werden, zum einen, weil der LAG-Haushalt 2000 unter Einspar- und Umverteilungszwängen steht, zum anderen, weil die Bundesausschuss-Richtlinien vom 1.7.1999 nun bestimmte Früherkennungs- und Prophylaxe-Maßnahmen sicherstellen.

Kindergebisse gehören spätestens im 3. Lebensjahr zum ersten Mal unter zahnärztliche Augen. Dies ist eine alte jugendzahnärztliche Forderung. Nun hat sie nicht mehr nur appellativen Charakter. Die Kassen zahlen. Es bestehen Versicherten-Ansprüche. Das macht die Leistungen wichtig. Sie werden bekannt, und die Nachfrage wird steigen.

Damit dies aber bald geschieht – dazu bedarf es gesundheitlicher Aufklärung und speziellen Wissens der Eltern und der Praxen. *Der ÖGD, wo überall es ihn gibt, hat Wichtiges dazu beizutragen.*

Zu dem notwendigen Wissen gehört zuallererst die Wertschätzung der Milchzähne. Dass Kinder heute „ihre“ Zahnbürste haben, dass es Kinderzahnpaste gibt, und dass Karies und Bakterien ihre Zähne kaputt machen, wenn sie nicht aufpassen – das lernen Kinder vielfach in der Gruppenprophylaxe und erzählen davon zu Hause. In der Gruppe, im Kindergarten, machen sie auch den Mund auf und lassen sich untersuchen.

Aber was ist mit den Kindern, die keine Gruppenprophylaxe kennen, die in der für sie fremden Umgebung einer Zahnarztpraxis den Mund nicht aufmachen? Was ist, wenn Eltern und Kinder aus einem fremden Kulturkreis kommen und unsere Sprache nicht verstehen? Was ist, wenn Eltern der Meinung sind, Milchzähne fielen so wie so heraus, wenn die Kinder in die Schule kommen, kariöse Milchzähne täten nicht weh, weil sie keine Wurzeln hätten? Sie werden die – allermeist ihr Nervenkostüm strapazierende – Anstrengung des Besuchs in einer Zahnarztpraxis mit einem kleinen Kind meiden.

Deshalb muss nach Wegen gesucht werden, dass und wie spezielles Wissen an die Eltern, an die werdenden Mütter gelangt. Dies kann geschehen über

- Kleinkinder-Vorsorge-Aktionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes,
- die persönliche Ansprache in der Zahnarztpraxis oder in der Gruppenprophylaxe (Elternabende in Kindergärten),
- Kurse in Mütter- bzw. Elternschulen,
- Informationen in Krankenkassenblättern oder -zeitschriften,
- Printmedien und Fernsehsendungen.

Wenn es um die Umsetzung der neuen Richtlinien in den Zahnarztpraxen geht, stellt sich die Frage, wer welche Leistungen wie erhält.

Es geht um eingehende Früherkennungsuntersuchungen (FU 1-3) bei Kindern, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, mit Kariesrisiko-Diagnostik. Es geht um Ernährungs- und Mundhygiene-Beratung der Eltern, damit die Mundhygiene der Kinder verbessert und die Keimzahl vermindert wird. Es geht um Fluoridapplikationen bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und vorrangig um Sanierung, so weit kariöse Defekte festgestellt werden.

Alle Kinder haben Anspruch auf 2 zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Die Altersstufen sind festgelegt. Kinder mit hohem Kariesrisiko haben Anspruch auf eine 3. Früherkennungsuntersuchung, außerdem auf Fluoridlackierung ihres Gebisses einmal pro Halbjahr.

Im 3. Lebensjahr (30. – 42. Lebensmonat) soll begonnen werden, und das ist gut so.

Vorrangig sollen die Kinder betreut werden, die keine Gruppenprophylaxe genießen bzw. die von hohem Kariesrisiko betroffen sind. Daher müssen Zahnarztpraxen ihre Tätigkeit auf die u.U. stattfindende Basis- und Intensiv-Gruppenprophylaxe abstimmen, und sie müssen sich mit den Kariesrisiko-Kriterien vertraut machen. Denn wenn ihre Maßnahmen „greifen“, kann sich das Kariesrisiko vermindern, was ja auch ein Ziel ist!

„Einmal Kariesrisiko“ heißt nicht „Immer Kariesrisiko“.

Beispiel:

Angenommen, ein heute 3-jähriges Kind mit einem kariösen und dann gefüllten Milchzahn hat bis zum nächsten Jahr keinen Karieszuwachs. Es zählt dann mit 4 Jahren und einem dmf-t = 1 nicht mehr zur Kariesrisiko-Gruppe, hat dann mit 4 Jahren auch bedauerlicherweise keinen gesetzlichen Anspruch auf eine Fluoridlackierung.

Aber natürlich kann auch genau das Gegenteil eintreten: die Inkonsequenz der Eltern oder eine instabile soziale Lage führen zu einem Kariesanstieg. Dann ist die Fluorid-

Applikation in der Praxis weiterhin gesichert. Sollte sich dann noch ergeben, dass das Kind im Kindergarten an Fluoridierungsmaßnahmen teilnimmt, dann würde der fachlichen Forderung Genüge getan, bei hohem Kariesrisiko öfter als zweimal im Jahr Fluorid in konzentrierter Form zu applizieren.

Das Problem der nächsten Jahre, an dem alle sich verantwortlich Wissenden zu kauen haben – Eltern, Erzieher, niedergelassene Zahnärzte, Jugendzahnärzte,

Prophylaxehelferinnen: wie schaffen wir es, die anspruchsberechtigten Kleinkinder in die Zahnarztpraxen zu bewegen?

Gefragt sind Kompetenz, Kreativität, Überzeugungskraft und nicht nachlassende Energie.

Dr. Erika Reihlen
Bezirksamt Steglitz von Berlin
Abt. Gesundheit u. Umweltschutz
Gesundheitsamt –
Zahnärztlicher Dienst
Schloßstr. 80
12154 Berlin

Psychologische Aspekte der zahnmedizinischen Prävention

– Tagungsbericht –

Neueste Forschungsergebnisse und aktuelles Wissen rund um die Prophylaxe standen im Mittelpunkt der 6. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK, die gemeinsam mit dem Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK in Erlangen stattfand.

Besondere Schwerpunkte waren am ersten Veranstaltungstag psychologische Aspekte der zahnmedizinischen Prävention.

Hierzu hatte die 1. Vorsitzende der AG, Frau Professor Dr. Hetzer, Dresden, Referentinnen und Referenten aus Wissenschaft und Praxis eingeladen. Bei der Verbesserung der Zahngesundheit stehen zwei grundlegende Überlegungen im Vordergrund. Neben der Verbesserung der motorischen Fähigkeiten, das Zähneputzen möglichst effektiv durchzuführen, muss beim Einzelnen auch das Bedürfnis nach diesem regelmäßigen Verhalten gefördert werden. Dabei sind alle Verstärkerformen altersgerecht einzusetzen.

Während kleinere Kinder durch Spaß, Lob und Rituale zu einem entsprechenden Verhalten motiviert werden, sind insbesondere beim Jugendlichen und bei Kindern in der Pubertät andere Aspekte von Bedeutung. Gerade in dieser Altersgruppe erlebt der Jugendliche Probleme bei der Identifikationsfindung und der Selbstwertfindung. Er sucht Vorbilder und soziale Anerkennung. Die Kenntnis dieser altersspezifischen Besonderheiten werden in der Gruppenprophylaxe (z.B. in Schweiz bereits seit den Sechzigerjahren) von den Schulzahnpflegehelferinnen in deren Programmen berücksichtigt. In der Schweiz belaufen sich die Kosten der Gruppenprophylaxe, einschließlich der regelmäßigen Einbürstung von Fluoriden, pro Kind und Jahr zwischen 12 und 25 SFr.

Weiterhin wurden erfolgreiche Projekte, z.B. bei geistig behinderten und bei sehbehinderten Kindern

und solche mit ernährungspsychologischen Schwerpunkten, vorgestellt. Für das Erlernen einer effektiven Mundhygiene im Kindergartenalter sind eigene Beobachtungen im Spiegel und Nachahmung anscheinend didaktisch besser geeignet als abstrakte Zahnmodelle. Nach wie vor stellt das Nursing-Bottle-Syndrom ein Problem im Kleinkindalter dar, heute zunehmend durch die Verwendung von Trinklerngefäßen mit Schnabelaufsätzen, wobei die suchtähnliche Abhängigkeit meist im ersten Lebensjahr gebahnt wird, obwohl diese anfangs von den Eltern nicht als Einschlafhilfe gedacht waren.

Eine neuere Studie mit 3500 Schulkindern bestätigt erneut die schlechtere Zahngesundheit bei 14-jährigen Hauptschülern, die derzeit auch durch die individualprophylaktische Betreuung offensichtlich noch keine Kompensation erfahren hat.

Während die kariesprophylaktische Wirkung der Fluoride längst bewiesen ist, bereitet die Bestimmung der täglichen Fluoridaufnahme nach wie vor Probleme. Auch in Limonaden, Erfrischungsgetränken und Eistees, die besonders von Kindern getrunken werden, finden sich zum Teil hohe Fluoridkonzentrationen. So kann der, auf der Flasche nicht deklarierte, Fluoridgehalt einer Limonade in unterschiedlichen Chargen erheblich differieren und Werte bis zu 2,9 mgF / L erreichen. Trendgetränke wie Eistees werden vorwiegend aus schwarzem Tee, durch unterschiedliche Süßungsmittel und durch Zusatz von Zitronensäure oder Zitronensaft hergestellt. Auch hier besteht neben der direkten Säure- und Zuckereinwirkung auf die Zähne die Gefahr einer unkontrollierten Fluoridaufnahme, mit Fluoridwerten bis 2,0 mgF/l.

Weitere interessante Ausführungen wurden in moderierten Poster-demonstrationen vorgestellt, die auch im Autoreferat-Band beschrieben sind.

kgd

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Marc Van Steenkiste, MDPH

Leibnitzweg 3, 71332 Waiblingen

Tel.(dienstl.) 07151/501630, Fax. 07151/501631

2. Vorsitzende: Dr. Gudrun Rojas

Bergstraße 18, 14770 Brandenburg

Tel.(dienstl.) 03381/585330, Fax. 03381/585304

Geschäftsführerin: Dr. Martina Kröplin, Ibergstraße 12,

37308 Heiligenstadt, Tel. 03606/613925, Fax. 03606/613924

Tel. (dienstl.) 03606/613678

Schatzmeister: Bernd Schröder, Saarbrückenstraße 36, 24114 Kiel

Tel. u. Fax. 0431/6793336

Beisitzer: Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel.(dienstl.) 02306/100550

Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel.(dienstl.) 02306/100550, chri.hollinger@cityweb.de

Beirat:

Dr. G. Rojas, Bergstraße 18, 14770 Brandenburg a.d. Havel

Dr. G. Mönnich, Ph.-Brandinstraße 2, 18146 Rostock

E. Arlt, Parkstraße 22, 17235 Neustrelitz

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Saarbrückenstraße 36, 24114 Kiel

Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ210 501 70

Verbandsorgan:

Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ – Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung zahnärztlicher Sozialhygiene –

Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst.“ erscheint vierteljährlich. Beitragszahlende Mitglieder des Bundesverbandes erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 8,- DM, Jahres-Abonnement 30,- DM, inklusive Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.

Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluß.

Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.

Texte sollten nach Möglichkeit auf Diskette geliefert werden.

Bildmaterial oder Grafikszeichnungen bitte als Aufsichtsvorlage oder Dia beilegen.

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

Gestaltung:

Ines Blume, Frankfurt am Main

Druck:

Gerhardts-Verlag, 64686 Lautertal/OT Beedenkirchen

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

Veranstaltungshinweise



Vorträge und Workshops

Förderung der Mundgesundheit von Heranwachsenden zwischen Kindheit und Jugend

Veranstalter: DAJ

11. und 12. April 2000, Ort: Marburg

weitere Information:

DAJ, Berliner Freiheit 26, 53111 Bonn

Tel.: 0228/694677

Fax.: 0228/694679

Tagung

Themen:

Aktueller Stand zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden und

Parodontologische und prothetische Probleme beim Kind und Jugendlichen

Veranstalter:

Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe

22. und 23. September 2000, Ort: Greifswald

Informationen: Dr. N. Krämer, Glückstraße 11, 91054 Erlangen

oder

Tel: 03834/867130

Fax: 03834/867171

Für Teilnehmer aus dem ÖGD gilt ein ermäßigter Teilnehmerbetrag
