

3 Editorial

Aktuelles Thema

Kongreßbeiträge

- 4 Zahngesundheit bei Teenagern –
Wie packt man es an?
- 5 Wie lernen Kinder ihre Zähne pfle-
gen? – Was kann die Gruppen-
prophylaxe dazu beitragen?
- 7 Zielvereinbarungen auf kommuna-
ler Ebene aus dem Blickwinkel der
Neuen Steuerungsmodelle
- 11 Der Einfluss individueller Prophyla-
xeprogramme auf die Mundhygiene
von Kindern und Erwachsenen

Empfehlung

- 9 Empfehlung für die Auswahl von
Kennzahlen für Zahnärztliche
Dienste
Arbeitsgruppe Neue Steuerung

Berichte

- 13 Herner Modell zur schwerpunkt-
mäßigen Umsetzung lokaler
Fluoridierungen
- 14 Auftaktveranstaltung zum 10. Tag
der Zahngesundheit
- 14 Brandenburg-Tag 2000
- 15 50 Jahre Bundesverband der Ärzte
des Öffentlichen Gesundheits-
dienstes e.V.
- 19 Leitfaden zur standardisierten
Befunderhebung und Dokumen-
tation zahnmedizinischer Angaben
im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Ehrungen

- 16 Hohe Auszeichnungen für
Dr. Erika Reihlen
- 17 Zum 60. Geburtstag von
Dr. Annerose Rink

Aktuelles

- 17 Präsidium der BZÄK neu gewählt
- 17 DAJ legt Maßnahmen-Doku-
mentation zur Gruppenprophylaxe
in Deutschland für das Schuljahr
1998/99 vor
- 18 10 Jahre LAG Berlin

Kurz angemerkt

- 18 Erbsiges

Buchbesprechung

- 19 Praktiker-Handbuch des zahnärztli-
chen Vertragsrechts

Impressum

Anzeige



Wolfgang Jaentsch

Der 51. Bundeskongress der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD vom 3. bis 5. Mai kommenden Jahres steht unter dem Motto „Der Kurs des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am Beginn des neuen Jahrhunderts“. Da liegt es nahe, wenn es schon um eine Kursbestimmung geht, diese Tagung an die See zu verlegen. Das schöne Ostseebad Warnemünde wird mit seinen weiten Stränden und Promenaden, einen erholsamen Rahmen zu dieser informativen Tagung geben.

Viele Kolleginnen und Kollegen werden zum ersten Mal in Mecklenburg-Vorpommern sein, in einem Bundesland, das im Tourismus gerade hier an der Ostsee einen enormen Aufschwung genommen hat, aber ansonsten noch immer das „Armenhaus Deutschlands“ ist. Nicht umsonst liegt unser Bundesland in der Bundesliga des DMF/T-Indexes der Zwölfjährigen am Ende der Tabelle, ein Beweis dafür, wie sehr das sozioökonomische Umfeld Einfluss auf die Mundgesundheit nimmt. Sie werden aber auch erfahren, welche Programme die Zahnärzte des ÖGD hier durchführen, um diese Ergebnisse zu verbessern.

Der Kurs des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes ist klar: Die von der WHO 1977 auf der 30. Weltgesundheitsversammlung in Alma Ata beschlossene Zielstellung „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ hat auch auf dem Gebiet der Mundgesundheit Erfolge gebracht, aber von einer Mundgesundheit für alle kann, wie wir alle aus unserer täglichen Arbeit wissen, keine Rede sein. Die WHO hat 1999 für das neue Jahrhundert prognostiziert, dass die Verbesserungen in der Mundgesundheit zwar weiter anhalten, aber innerhalb der sozialen Klassen sich die Unterschiede noch verschärfen werden. Ein Schwerpunkt unserer Tätigkeit wird es sein, durch epidemiologische Untersuchungen mit einer vernünftigen Gesundheitsberichterstattung die Möglichkeit zu bekommen, unsere Prophylaxeprogramme zu planen, zu steuern und dabei Prioritäten zu definieren, damit für gesellschaftlich benachteiligte Gruppen bessere Bedingungen für die Mundgesundheit geschaffen werden. Dabei gilt es, die flächendeckende aufsuchende gruppen- und intensivprophylaktische Betreuung mit den individualprophylaktischen Maßnahmen in den Zahnarztpraxen abzustimmen und zu vernetzen.

Wir müssen uns auch immer mehr als ein Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsförderung sehen und Einfluss nehmen auf die die Zahngesundheit fördernden Veränderungen in der Lebenswelt und Gesellschaft. Und unser Kurs wird zunehmend bestimmt vom europäischen Zusammenwachsen auch in der Gesundheitspolitik. Die Politik steht hinter uns, aber permanente finanzielle Zwänge im Öffentlichen Dienst werden das Kosten-Nutzen-Denken unseres Handelns zukünftig noch mehr beeinflussen.

Neben einem interessanten zahnärztlichen Programm wird der Kongress auch Gelegenheit geben zu kollegialen Gesprächen. Wir würden uns freuen, Sie in Warnemünde begrüßen zu können.

Wolfgang Jaentsch



Zahngesundheit bei Teenagern – Wie packt man es an?

Prof. Dr. K. Wiederhold

Betrachtet man Erkenntnisse aus der Entwicklungs- und Gesundheitspsychologie, muss man die Erkenntnis gewinnen, dass Teenager keine einfache Zielgruppe sind. Verlässliche und allgemein gültige Aussagen zu machen, ist aber auch schwierig, weil es den Jugendlichen nicht gibt. Obgleich es typische Pattern, Verhaltensmuster in der Pubertät gibt, existiert sicher kein Jugendlicher, der diese alle in gleicher Weise aufweist. Zu unterschiedlich sind das Timing des Eintritts der körperlichen Reife, die Entwicklungsgeschwindigkeiten und die Vielzahl sozialer und kognitiver Voraussetzungen, als dass alle Jugendlichen unter ein idealtypisches Bild zu subsumieren wären. Und doch ähnelt sich seit Jahrtausenden das Bild von der Jugend, wenn auch mit zeittypischen Abwandlungen, sodass es wichtige und prägnante Merkmale geben muss, denen viele Jugendliche unterliegen. Stichpunktartig lässt sich sagen:

- Das Gefühlsleben des Teenagers ist eher unlustbestimmt.
- Der Optimismus und die Lernfreudigkeit in der Kindheit nehmen aufgrund der allgemeinen Identitätskrise ab.
- Sozialisation und Erziehung geschehen eher durch Freunde als durch Eltern oder Schule.
- Die verstärkte Hinwendung zu Gleichaltrigen kann aus gesundheitspsychologischer Sicht problematisch werden.
- Gesundheit ist für den Jugendlichen mehr der Zustand des eigenen Wohlbefindens, weniger ein Zustand, der aus einer ge-

sundheitsbewussten Lebensführung herrührt.

- Anleitungen zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung werden als Reglementierung der eigenen Lebensgestaltung verstanden und bestenfalls nur verweigert.
- Besonders die Jugendlichen aus sozial- und bildungsschwachen Schichten leben stark gegenwartsorientiert. Die Aneignung eines auf die Zukunft gerichteten Gesundheitsverhaltens ist nicht attraktiv.

Im traditionell orientierten Unterricht steht der Frontalunterricht im Vordergrund. Der Lehrer steht vor der Klasse, macht oder zeigt etwas vor, bietet etwas dar und steuert alle Arbeits-, Interaktions- und Kommunikationsprozesse (1). Das Muster ist einfach: Lehrerfrage, Schülermeldung, Aufruf des Schülers, Schülerantwort und Bewertung der Antwort. Frontalunterricht ist vorrangig dazu geeignet, sachliche Zusammenhänge, Probleme und Fragestellungen aus der Sicht des Unterrichtenden darzustellen. Da aber die Gruppenprophylaxe sich nicht auf das Vermitteln von rein kognitiven Fähigkeiten beschränken darf, sind solche Unterrichtsformen Erfolg versprechend, die den Jugendlichen durch eigene Aktivitäten, Freude an erlebnisreichen, anschaulichen, praktischen Tätigkeiten emotional ansprechen. Solche Konzepte werden unter dem Begriff „Offener Unterricht“ zusammengefasst. Es handelt sich um eine Vorgehensweise, die selbstständiges Arbeiten an verschiedenen vorgegebenen Angeboten innerhalb einer themenbezogenen Lernumgebung ermöglicht.

Hierzu werden an verschiedenen Positionen im Klassenraum Aufgaben ausgelegt. Der Schüler wählt die Reihenfolge, in der er die Aufgaben bearbeiten möchte, selbst aus. Soweit möglich, wird jede Übung mit einer Selbstkontrolle abgeschlossen. Der Schüler erhält so eine unmittelbare Rückmeldung über sein Arbeitsergebnis. Diese direkte Erfahrung im Sinne von „Ich kann etwas!“ hat eine nicht zu unterschätzende motivationsfördernde Wirkung.

Für diese Konzeption des Offenen Unterrichts liegen erste Erfahrungen im Bereich der Zahnprophylaxe mit

einem fünften Schuljahr vor. Trotz einiger schwieriger Schüler ergaben sich keine Disziplinschwierigkeiten und Störungen und dass, obwohl das Lernen an Stationen den Schülern viel Freiraum ließ. Die Schüler äußerten sich sehr positiv über diese Unterrichtsform. Besonders die Störproblematik führt wohl auch zu den schwer wiegendsten Vorbehalten gegenüber Prophylaxemaßnahmen bei Teenagern. Die Ursachen für diese Störungen sind vielschichtig und auf die meisten können die außerschulischen Experten, die nur einmalig als Gastlehrer in der Klasse sind, keinen Einfluss nehmen. So liegt der einzig gravierende Einflussbereich für den außerschulischen Gast zur Abwendung oder Minimierung von Störprozessen in der didaktisch-methodischen Ausgestaltung des Unterrichts. Das heißt, dass im Vorfeld die Gruppenprophylaxe so geplant werden sollte, dass Unterrichtsstörungen möglichst nicht die ganze Stunde „aus den Angeln“ heben können.

Ausblick

Für die Gruppe der Teenager wäre beispielsweise auch ein Projekttag denkbar, der sich ausschließlich mit dem Thema Zahngesundheit beschäftigt. Zahnärzte und Helfer bereiten gemeinsam mit dem Kollegium und das Kollegium gemeinsam mit den Schülern einen schulinternen Zahngesundheitstag vor. Zahlreiche motivationsfördernde Aspekte könnte dieser Projekttag bieten: Die Schüler bekämen die Möglichkeit des klassenübergreifenden Arbeitens. Schülerinteressen könnten leichter berücksichtigt werden. Schüler könnten als Fachleute für bestimmte Problembereiche fungieren. Durch das Einbeziehen moderner Medien, z. B. Computersimulation und Internetrecherche, wäre eine hohe Attraktivität zu erreichen. Aktionen während des Projekttags, die über die eigentliche Zahngesundheits-erziehung hinausreichen, würden bei dem Jugendlichen eine positive Grundstimmung hinterlassen, was von den Lernpsychologen als eine wichtige Voraussetzung für gelingende und das Handeln positiv verändernde Lernprozesse angesehen wird. Die Mitglieder des Prophylaxeteams würden diesen Projekttag als außerschulische Experten bereichern.

Ein Patentrezept mit Erfolgsgarantie kann es für die Arbeit mit Teenagern nicht geben, Sieben Aspekte sind jedoch sehr hilfreich. Man versuche,

1. Kenntnisse über entwicklungspsychologische und gesundheitspsychologische Eigenheiten des Jugendalters zu gewinnen
2. durch Informations- und Fortbildungsveranstaltungen traditionelle Unterrichtsformen zu optimieren und neuere Unterrichtskonzepte möglichst professionell zu realisieren.
3. im kontinuierlichen Erfahrungsaustausch zwischen Zahnärzten, Prophylaxehelfern und Pädagogen Konzepte zu entwickeln, die der angesprochenen Altersgruppe der Teenager angemessen sind.
4. Störungen gelassen zu begegnen, diese nicht als Affront gegen die eigene Person zu interpretieren, sondern als entwicklungspsychologisch verständliches Verhaltensmuster von Teenagern, dem man am besten mit einem handlungsorientierten Unterricht zu begegnen versucht.
5. den Stundenbetrieb der Gruppenprophylaxe durch projektorientierte Veranstaltungen oder Veranstaltungstage zu überwinden.
6. mit den Lehrern zu kooperieren.
7. auch bei Misserfolgen weiter zu machen in der Hoffnung, dass wenigstens ein Teil der Jugendlichen durch ein gesundheitsbewussteres Verhalten bewiesen wird, dass die Bemühungen nicht umsonst waren

Bei allen methodischen und organisatorischen Überlegungen, die im Rahmen der Gruppenprophylaxe angestellt werden, kann es ohne die Mitarbeit der Lehrer keine effektiven Ergebnisse geben. Oder andersherum formuliert: Die Zahnärzte und die Prophylaxehelfer können nicht allein für mögliche Misserfolge verantwortlich gemacht werden. Gemeinsam mit den Pädagogen sollte es aber eine lösbare und dankenswerte Aufgabe sein, diese unbestritten schwierige Klientel zu erreichen und in ihrer Zahngesundheit zu fördern.

Prof. Dr. Karl Wiederhold
Scheerweg 41
44309 Dortmund

Wie lernen Kinder ihre Zähne pflegen? – Was kann die Gruppenprophylaxe dazu beitragen?

Dr. F. Magri MPH

Wie lernen Kinder ihre Zähne pflegen?

... So wie Kinder lernen, wie man mit dem Löffel isst, wie man liest und rechnet, d.h. durch Nachahmen, Anstöße der Umwelt, Üben und Bestärkungen (9). Und dies alles innerhalb von menschlichen Beziehungen (10, 24). Zahnpflege ist kein unmittelbares menschliches Bedürfnis, sondern wird als solches in einer *Kombination von sozialem, kognitivem und sensumotorischem Lernen sowie kulturell vermittelten Werten* erworben (17). So können Kinder beispielsweise lernen, saubere Zahnflächen als angenehm bzw. sozial erwünscht, die pelzige Plaque dagegen als lästig bzw. sozial inakzeptabel zu empfinden – was dann das Bedürfnis nach Zahnreinigung hervorruft. Ebenso wichtig ist, dass Zahnpflege als *Gewohnheit* ausgebildet und zu einem *automatisieren Ablauf* wird – wie etwa Rechtschreibung oder Tischdecken.

Folgende zwei *Persönlichkeits-eigenschaften* haben sich bezüglich (Zahn-) Gesundheitsverhalten als besonders wichtig erwiesen:

1) Die Überzeugung, durch eigene Kompetenz und eigenes Handeln sein Leben beeinflussen und kontrollieren zu können (*internale Kontrollüberzeugung*). Der Gegenpol ist die Überzeugung, Einfluss und Kontrolle lägen eher außerhalb der eigenen Person, also bei anderen Menschen, bestimmten Verhältnissen, unbeeinflussbaren Mächten oder dem Schicksal schlechthin (*externale Kontrollüberzeugung*). Beispiel: „Ich habe schlechte Zähne geerbt; Zahnpflege nützt bei mir also sowieso nicht“.

2) Handlungen werden eher ausgeführt, wenn die Erwartung, sie wirksam ausführen zu können

(Kompetenz) und damit das angestrebte Ergebnis zu erreichen, hoch ist (*Selbstwirksamkeits-/Kompetenz- bzw. Ergebniserwartung*). D.h. man wird sich die Mühe mit der Zahnpflege nur machen, wenn man auch davon überzeugt ist, dass man a) eine Wirkung damit zustandebringt (Plaquentfernung) und dass b) diese Wirkung das gewünschte Ergebnis bringt (Gesundheit).

Wissen ist eine *notwendige, aber noch keine zureichende Bedingung* für konkretes Handeln – z.B. gerade hier und jetzt zur Zahnbürste zu greifen oder einen zahnschonenden Kaugummi einzuschieben usw..

Was kann die Gruppenprophylaxe dazu beitragen, dass Zahnpflege gelernt wird?

Die Volksschule soll sicherstellen, dass alle Kinder, unabhängig von ihren privaten Verhältnissen, gewisse Zivilisations- bzw. Kulturtechniken wie Lesen, Rechnen aber auch Verkehrskunde oder Hauswirtschaft usw. erwerben (Chancengleichheit!). Auch für die wenigen, einfach lehr- und zu lernbaren Regeln und Fertigkeiten der Zahnpflege wäre „Einzelunterricht“ (z.B. in der zahnärztlichen Praxis) unnötig, viel zu aufwendig und zu teuer. Dementsprechend *gehört die Gruppenprophylaxe (GP) ebenfalls ins Volksschulcurriculum*, mit dem Ziel, allen Heranwachsenden gemäss der Ottawa Charta von 1986 (16) „ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre (Zahn-)Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.

Die *ethische Verpflichtung* zu effizienter und effektiver Prophylaxe (21) ergibt sich daraus, dass

- die Ätiologie gut bekannt und die entsprechenden Verhaltensweisen gut lernbar sind,
- in den entwickelten Ländern sich hoher Kariesbefall zunehmend auf kleine, meist sozial benachteiligte Gruppen konzentriert (bei Kindern schulleistungsschwächere); häufig auch Migrantenkinder (14, 15, 3). Gerade für solche Kinder – die ja auch am wenigsten zur Individualprophylaxe in der Praxis erscheinen – ist die GP als „*aufsuchende Prophylaxe*“, meist die erste, oft die einzige Chance, etwas über Zahnpflege zu erfahren (5).



Selbstverantwortung kann nicht nur erwartet bzw. gefordert werden, Wissen, Fertigkeiten, Werte und Motivationen als Voraussetzung dazu müssen irgendwo erworben werden können (19).

Indem die Schule den Kindern das Erlernen der Zahnpflege anbietet, schafft sie Verhältnisse, die Gesundheitsverhalten ermöglichen und fördern (= "Verhältnisprävention"). Als "Verhaltensprävention", zielt sie auf individuelles Gesundheitsverhalten. GP kombiniert somit Verhältnisprävention und Verhaltensprävention (7).

Die vierzigjährige Erfahrung in der Schweiz zeigt, dass das *Zähnebürsten gut im Klassenzimmer stattfinden* kann ohne spezielle „Putzbrunnen“. Wird ein Fluoridpräparat verwendet, sollte anschließend ohnehin nicht gespült werden. Die Zahnbürsten können anschließend an Waschbecken im Schulzimmer oder auf der Toilette gereinigt werden. Zahnbürsten und -becher werden in der Schule aufbewahrt oder jeweils, von zuhause (leere Joghurtbecher), mitgebracht. Wichtig: Im Klassenzimmer ist die *didaktische Infrastruktur für den Zahngesundheitsunterricht* verfügbar.

Spezifische pädagogische, psychologische und didaktische Aspekte

Eine möglichst hohe Frequenz von Zahnbürstübungen unterstützt die motorische Fertigkeit und die Gewohnheitsbildung und optimiert den Fluoridierungseffekt. Andererseits soll der Schulbetrieb nicht unverhältnismäßig belastet werden (6). In der Schweiz ergab dies die Empfehlung „6 x pro Jahr“. 1990 wurden in 53 repräsentativ ausgewählten Deutschschweizer Gemeinden (rund 14000 Schüler) Kindergärten im Durchschnitt pro Jahr 6,3 Mal, die 1. bis 6. Klasse 5,7 Mal besucht, die 7. bis 9. Klasse nur teilweise bei einem Durchschnitt von 5,4 Besuchen pro Jahr (22).

GP kann durch Lehrpersonen, professionelles, fest angestelltes Personal oder teilzeitlich auf Gemeindeebene beschäftigte, kurz eingeführte Zahngesundheitserzieherinnen durchgeführt werden (Schweizer Modell der rund 1000 aktiven Schulzahnpflegehelferinnen, oft Mütter mit Erfahrung im Umgang mit Kindern und rund 40% ehemaligen Zahnarthelferinnen. Kosten: 100 bis 200 Franken pro Kind in 10 Jahren Volksschulzeit).

GP soll auf wirksamen („evidence based“) Verfahren aus Gesundheitsforschung (20) und Didaktik beruhen (18, 13). So sind gesundheitsfördernde Ressourcen der Kinder aufzuspüren und zu verstärken (salutogenetischer Ansatz; *Empowerment*). Dies beinhaltet: Betonung von Kompetenz, Erfolg und Können statt von Gehorsam oder „Wohlverhalten“, Förderung der Stärken statt Kritik der Schwächen. *Ziele sollten als positive Werte erlebbar sein* und dem Erlebnishintergrund der Kinder entsprechen – z.B. so gut wie andere, hoch eingeschätzte Menschen (Modelle!) aussehen, zu den „Richtigen“ gehören, Kompetenz erleben usw. (Produktwerbung, besonders die an jugendliche Zielgruppen gerichtete, z.B. für McDonalds' Fastfood, Milchschritte, Fruchtzwerg usw., nutzt genau diese Schienen gezielt und geschickt in ihrem Sinn.)

„Gesundheit“ bzw. „gesunde Zähne“ sind für Kinder keine Ziele bzw. Bedürfnisse! Kinder sind ja in der Regel gesund; der Wert von Gesundheit ist für sie nicht unmittelbar erlebbar. „Gute Mundhygiene“ ist zu wenig konkret, aber durch eine gute Zahnputztechnik beim Färbetest mehr saubere Zahnflächen zu finden, ist visuell klar feststellbar.

Negativziele, dh. etwas nicht zu tun, sind unproduktiv. Also keine Verbote oder Moralpredigten, kein „Ihr dürft nicht...“ oder „Wenn Ihr nicht...“! Abschreckung oder das Erzeugen von Angst sind meist kontraproduktiv und führen zur inneren Abwendung von einer Sache oder zur direkten Abwehr (23).

Handlungslernen hat den größten Behaltenswert, ist immer spannend und attraktiv und dem „Dozieren“ im Frontalunterricht vorzuziehen (11, 12). Kleine Experimente wie der Fluoridschutz im Eiertest machen Vorgänge deutlich. Abbeißen und Kauen von Karotten macht die Funktion der einzelnen Zähne erlebbar. Ein Quiz kann den aktuellen Wissensstand festhalten.

Das Lernen in der Gruppe begünstigt neue soziale bzw. Gruppennormen. Kollegen (peers) können – sowohl im positiven wie im negativen Sinn (Rauchen!) – wichtige Hand-

lungs-Modelle sein und in formaler wie informeller Weise Kenntnisse weitergeben (peer effect, peer teaching).

Generell: An uns ist es, unsere Sache den Schülern sachlich, ohne moralischen Zeigefinger, undoktrinär, möglichst spannend und mit Betonung auf Kompetenzgewinn und Lebensfreude zu vermitteln. Wir offerieren das Menü – essen müssen es die Schüler selber.

Evaluation – Kosten – Nutzen: Ist GP wirksam?

Ein direkter Effekt der GP, gemessen in oralen Indizes, ist (besonders bei niedriger Prävalenz) schwer nachzuweisen (8) – was nicht beweist, dass kein Effekt besteht! Auf der Ebene des Wissens und des Bewusstseins konnte ein gewisser Effekt nachgewiesen werden (2, 8) (eine Grundlage für spätere IP). Insofern Fluoride appliziert werden, ist der Nutzen evident.

Plausibel ist die Hypothese, dass die GP-Programme, (als Teil der Dental Public Health), eine neue Norm bezüglich Gesundheit, Aussehen (Ästhetik) und Pflege der Zähne gefördert haben. Während vor 20 Jahren Frontzahnkaries noch "akzeptiert" war, Zähneputzen in der Öffentlichkeit aber nicht, ist es heute weitgehend umgekehrt...!

Dr. phil., MPH Felix Magri
Stiftung für
Schulzahnpflegehelferinnen
Zahnmed. Zentrum der
Universität Zürich
Postfach 163
8028 Zürich,
e-mail: magri@zui.unizh.ch

Literatur bei der Redaktion

Zielvereinbarungen auf kommunaler Ebene aus dem Blickwinkel der Neuen Steuerungsmodelle

(Teil 2)

Dr. C. Sauerland

Indikatoren und GBE Zahnärztlicher Dienste

Für Zahnärztliche Dienste sollte die Erfassung von geeigneten Indikatoren keine unüberwindbare Aufgabe darstellen. Zweckmäßigerweise schuljahrbezogen und für bestimmte Referenzaltersstufen erhoben, eignen sich die im Folgenden beispielhaft und unvollständig aufgezählten Indikatoren als Prävalenzdaten zur deskriptiven Betrachtung der Zahn- bzw. Mundgesundheit zum Zeitpunkt der Erhebung:

Schlüsselkennzahlen:

- Verteilung naturgesund/kariös/saniert bezogen auf Milchgebisse und bleibende Gebisse
- dmf-t und DMF-T – Mittelwerte
- Anteil von Gebissen mit mindestens einer Versiegelung an bleibenden Zähnen
- Anteil der Kinder mit kieferorthopädischer Behandlungsbedürftigkeit sowie die in kieferorthopädischer Behandlung
- Anzahl der untersuchten Kinder
- Anzahl der gruppenprophylaktisch betreuten Einrichtungen
- Anzahl der Impulse pro Einrichtung
- Anzahl der Einrichtungen mit Fluoridierungsmaßnahmen, aufgeschlüsselt nach Applikationsart
- Anzahl der hieran teilnehmenden Kinder
- Anzahl der Kindergärten mit täglicher Zahnpflege

Vertiefende Kennzahlen:

- Sanierungsgrad für Milchgebisse und bleibende Gebisse
- Anteil der Kinder mit Gingivitis
- Anzahl der Einrichtungen mit

zahngesundem Frühstück

- Durch Erfragung zu ermitteln: Gesundheitsverhalten, Einstellung zum Zahnarztbesuch
- Befragungen zur Qualität der Angebote

Derart erhobene Kennzahlen bilden eine gute Basis für eine wirklich verwertbare GBE und die Formulierung konkreter Gesundheitsziele.

Die Umsetzung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen (3):

1. Trends sollen umgekehrt, aufrechterhalten oder beschleunigt werden (Reduktion, Stabilisierung, Erhöhung von Kennwerten)
2. Regionale Unterschiede sollen ausgeglichen werden
3. Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen sollen verringert werden
4. Vermeidbare Ereignisse sollen minimiert werden
5. Standard, Referenzwerte oder Grenzwerte sollen erreicht werden
6. Übernahme von überregionalen Zielen

Zahnärztlicher Gesundheitsdienst
4/00

Anzeige

Auf diese Art und Weise können zunächst eine große Zahl von möglichen Zielen aus der eigenen GBE abgeleitet formuliert werden. Erst danach sollte geprüft werden, welche Ziele tatsächlich verfolgt werden (können) – denn (4):

Geeignete Gesundheitsziele sind konkret und präzise. Es ist genau festzuhalten, bis wann und gegebenenfalls in welcher Gruppe der Bevölkerung die Verbesserungen erreicht werden sollen, bei prozentualen Veränderungen ist das Basisjahr anzugeben. Gesundheitsziele sollten unbedingt überprüfbar sein. Diese Anforderung wird i.d.R. erfüllt, wenn die Ziele auf einer indikatorengestützten Gesundheitsberichterstattung aufbauen. Auf abstrakte Leitbilder und moralisierende Forderungen sollte in diesem Zusammenhang unbedingt verzichtet werden!

Mundgesundheitsziele

Als Appell an die unterschiedlichen professionellen Gruppen, die an der zahnmedizinischen (prophylaktischen und kurativen) Versorgung und der Erziehung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind, gemeinsam die Mundgesundheit zu verbessern, ist die Vorgabe von allgemein formulierten, umfassenden Zielen wie die „Global Goals“ der WHO (10) möglich und sinnvoll. Schwierigkeiten bereitet indes die Zuordnung dieser Vorgaben zu ganz konkreten Maßnahmen. „Global Goals“ eignen sich nicht, die Wirksamkeit einer isoliert betrachteten Maßnahme wie z.B. die Auswirkungen eines bestimmten Prophylaxeprogramms durch einen einzelnen Leistungsanbieter abschließend zu bewerten. In Zeiten des allgemeinen Kariesrückgangs (caries decline) in den Industrienationen fällt die Wahl solcher Ziele leicht, da eine plötzliche Trendwende nicht zu befürchten ist. Beim Abschluss von Zielvereinbarungen in Zusammenhang mit Kontraktmanagement im Rahmen des Neuen Steuerungsmodells sind diese Formulierungen jedoch wenig ratsam, denn diese Ziele sind nicht allein aus eigener Kraft erreichbar. Nicht alle Prophylaxeaktivitäten lassen sich allein anhand von Gesundheitsindikatoren zahlenmäßig überprüfen oder verdeutlichen. Auch international gebräuchliche und anerkannte Indikatoren sind bei ihrer Anwendung

kritisch zu werten.

Hierzu folgendes Beispiel:

Der Anteil naturgesunder Gebisse oder auch der DMF-T-Mittelwert als gebräuchlichste quantitative Indikatoren für den Kariesbefall und die Versorgungssituation sind wertvolle Kennzahlen. Ihre fortlaufende Ermittlung ist in erster Linie dazu geeignet

1. Trends aufzuzeigen
2. die Verteilung des Kariesbefalls auf verschiedene Gruppen zu verdeutlichen
3. das Vorliegen und Auffinden von Risikopersonen zu ermöglichen

Und um in einem weiteren Schritt

- a) Handlungsbedarf zu ermitteln
- b) Maßnahmen zu planen
- c) Prophylaxestrategien zu entwickeln.

Häufig werden diese Maßzahlen, die oft genug nur als reine Querschnittsdaten vorliegen, überinterpretiert, indem sie als Beweis für die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen herangezogen werden. Dieser Ansatz ist problematisch:

1. Es wirken immer zahlreiche Faktoren bei der Veränderung von solch umfassenden Gesundheitsparametern wie der Zahngesundheit mit.
2. Kurzfristige Veränderungen dieser Kennzahlen durch Vermittlung von Wissen und die Einleitung von Verhaltensänderungen können kaum belegt werden. Im Alter bis zwölf Jahren entsteht der überwiegende Anteil der Karies in Grübchen und Fissuren, gefolgt von approximalen Defekten. An diesen Prädispositionsstellen ist die Karies zumindest durch Zahnputztraining und Ernährunglenkung weniger vermeidbar als an Glattflächen und daher ist ein Erfolg dieser Übungen auch kaum messbar. Demnach können Maßzahlen wie der Anteil naturgesunder Gebisse oder der DMF-T-Mittelwert nicht als geeignete Indikatoren allein angesehen werden. Hier erscheinen Kennzahlen zur Gingivitis sinnvoller.
3. Zur Beurteilung von Prophylaxeprogrammen muss zudem berücksichtigt werden, dass der Anteil der gesunden Milchgebisse bei

fünf- bis sechsjährigen (WHO – Ziel) maßgeblich von dem Befall an Karies abhängig ist, mit dem die Kinder bereits in den Kindergarten kommen, da ausschließlich die Entstehung neuer Karies bzw. der Karieszuwachs durch Prophylaxeprogramme beeinflusst werden kann. Der Mundgesundheitszustand, mit dem die Kinder in die Einrichtungen kommen ist regional sehr unterschiedlich und hängt von vielen, nicht beeinflussbaren Faktoren ab.

4. Bestimmte Maßnahmen wie die der lokalen Fluoridierung zeigen – nachgewiesen in zahlreichen Studien – sehr gute Effekte, insbesondere in Bezug auf die Inzidenz (Neuaufreten von Erkrankung) der Karies. Die Studien erbringen ihre Erfolgsdaten auf der Basis von DMF-S-Werten, also Flächenindices. Diese Wirkung der Fluoride erneut zu beweisen ist nicht der Sinn von GBE. Außerdem ist es nicht zweckmäßig, Ergebnisse z.B. im Jahr 1999 bei zwölfjährigen Kindern mit denen bei Kindern dieser Altersgruppe im Jahr 2003 zu vergleichen. Die Entwicklung der Mundgesundheit wird durch allgemeine Tendenzen zu stark überlagert. Wenn Daten zur Interpretation bestimmter Maßnahmen herangezogen werden sollen, dann ausschließlich die Inzidenzen (Karieszuwachsraten) zweier vergleichbarer Gruppen, bei der eine an der Maßnahme teilnimmt und die andere nicht.
5. Der Kariesbefall weist eine bedeutsame Charakteristik auf: Er entwickelt sich in der Bevölkerung und beim Individuum dynamisch. Eine Ja/Nein –Entscheidung, ob die Erkrankung vorliegt oder nicht, ist zu undifferenziert. Der Befall muss quantifiziert werden. Er steigt in der Bevölkerung mit zunehmendem Alter an. Dabei kann Karies im Gegensatz zu anderen Erkrankungen durch keinen Eingriff ungeschehen gemacht, sondern allenfalls behandelt werden. Daher bleiben Schäden zeitlebens im DMF-T quantitativ messbar. Die Betrachtung der Einzelkomponenten (D-T, M-T, F-T) ist deshalb erheblich aussagekräftiger. Im Unterschied zur Karies kann

Gingivitis ausheilen. Erfolge sind daher von einem auf das andere Jahr deutlich leichter zu messen.

Die Definition von geeigneten Zielen und Zielvereinbarungen als Bestandteil von Kontrakten im Rahmen des Neuen Steuerungsmodells in den Zahnärztlichen Diensten des ÖGD sind also sehr umsichtig vorzunehmen. Zunehmend genauere Indikatoren sind gefragt, deren Daten trotzdem schnell und rationell erfassbar sein müssen. Diese differenzierteren Auswertungen setzen zwingend den Einsatz der EDV voraus.

Außerdem dürfen bei aller zahnärztlichen Fachlichkeit neben der medizinischen Komponente beim Abschluss von Zielvereinbarungen die Leistungs- und Ressourcenziele nicht vergessen werden. Die Koordination des Handelns der verschiedenen Leistungsanbieter wird zukünftig immer mehr im Vordergrund stehen, auch die Refinanzierung der eigenen Leistungen – z.B. in der Gruppenprophylaxe – durch Dritte gewinnt an Bedeutung und ist beim Abschluss von Zielvereinbarungen zu berücksichtigen.

Da als einziger ausschließlich dem Gemeinwohl verpflichtet, ist der ÖGD trotz der aufgezeigten Komplexität – oder genau deshalb – prädestiniert für das Aufstellen und Erreichen von Gesundheitszielen.

Dr. Claudia Sauerland
Kreis Unna
Fachbereich Gesundheit
Sachgebiet Zahngesundheit
Platanenallee 16
59425 Unna

Literatur bei der Redaktion

Empfehlung für die Auswahl von Kennzahlen für Zahnärztliche Dienste

Nicht zuletzt im Zuge des Reformprozesses in den Verwaltungen – zumeist mit dem Schlagwort „Neues Steuerungsmodell“ umrissen – ist es auch für Zahnärztliche Dienste notwendig, Kennzahlen und Ziele zu definieren. Die AG „Neue Steuerung“ hat hierzu einen Vorschlag erarbeitet, der den LandesstellenleiterInnen vorgestellt wurde und im Folgenden als Empfehlung abgedruckt ist.

Die Basis für Kennzahlen stellen Gesundheitsindikatoren dar, die es ermöglichen Gesundheitszustände zu beschreiben. Kennzahlen kann man entsprechend der Empfehlung der KGST in Schlüsselkennzahlen und vertiefende Kennzahlen gliedern. Die Erfassung der aufgeführten Indikatoren erfolgt zweckmäßigerweise schuljahresbezogen.

Für die entsprechenden Kennzahlen sind jeweils Referenzjahrgänge angegeben. In Abwandlung und je nach Ausstattung (EDV etc.) sind Klassenstufen analog zu wählen (z.B. 6-7-Jährige: 1. Klassen). Die Auswahl der Jahrgänge erfolgte aus folgenden Erwägungen:

4 Jahre: Etwaiger Beginn gruppenprophylaktischer Betreuung. Die Ergebnisse markieren die Ausgangslage. Sie sind bei der Beurteilung der entsprechenden Kennzahlen zu späterem Zeitpunkt wichtig, denn interessanter als der Kariesbefall (Prävalenz) zu einem bestimmten Zeitpunkt ist die Inzidenz oder der Karieszuwachs in einem definierten Zeitabschnitt, denn die Karies, die bereits vorliegt, kann nicht mehr ungeschehen gemacht werden.

5-6 Jahre: In Analogie zur Zielgruppe der WHO (Global Goals)

6-7 Jahre: In Analogie zur Zielgruppe der DAJ-Erhebung

9 und 12 Jahre: In Analogie zur Zielgruppe der WHO (Global Goals), der DAJ-Erhebung und zu den GMK-Indikatoren

14 und 16 Jahre in Analogie zur

Zielgruppe des geänderten S21

1. Zahngesundheit und zahnärztliche Versorgung

Die folgenden Indikatoren eignen sich als Prävalenzdaten zur deskriptiven Betrachtung der Zahn- bzw. Mundgesundheit zum Zeitpunkt der Erhebung.

1.1 Gebissituation und Kariesbefall

1.1.1 Schlüsselkennzahlen:

- Verteilung naturgesund/kariös/saniert, bezogen auf Milchgebisse
Referenzjahrgänge: 4, 5/6, 6/7
- Verteilung naturgesund/kariös/saniert, bezogen auf bleibende Gebisse; Referenzjahrgänge: 6/7, 9,12 Jahre
- dmf-t Mittelwert; Referenzjahrgang: 4 Jahre
- df-t Mittelwert; Referenzjahrgang: 6-7 Jahre
- DMF-T-Mittelwert; Referenzjahrgänge: 9,12 Jahre
- Anteil der Kinder mit kieferorthopädischer Behandlungsbedürftigkeit; Referenzjahrgänge 4, 9,12 Jahre
- Anteil der Kinder in kieferorthopädischer Behandlung; Referenzjahrgänge: 9,12 Jahre
- Anteil von Gebissen mit mindestens einer Versiegelung an bleibenden Zähnen; Referenzjahrgänge: 6-7, 9 und 12 Jahre

1.1.2 Vertiefende Kennzahlen:

Alle unter den Schlüsselkennzahlen aufgeführten Maßzahlen für das bleibende Gebiss für die Referenzjahrgänge 14 und 16, zudem:

- d-t-Mittelwert; Referenzjahrgänge: 4, 6/7 Jahre
- f-t-Mittelwert; Referenzjahrgänge: 4, 6/7 Jahre
- m-t-Mittelwert; Referenzjahrgang 4 Jahre
- Sanierungsgrad: $f-t : df-t \times 100$
Referenzjahrgänge 4, 5/6, 6/7
- Verteilung d-t/f-t; Referenzjahrgänge: 4, 6/7 Jahre
- Häufigkeitsverteilung der dmf-t-Werte; Referenzjahrgang: 4
- Häufigkeitsverteilung der df-t-Werte; Referenzjahrgänge: 4, 6-7
- D-T-Mittelwert; Referenzjahrgänge: 6-7, 9,12 Jahre
- M-T-Mittelwert; Referenzjahrgänge: 9,12 Jahre
- F-T-Mittelwert; Referenzjahrgänge: 9,12 Jahre

- Sanierungsgrad: F-T: DM F-T x 100; Referenzjahrgänge 6-7, 9, 12 Jahre
- Verteilung D-T/M-T/F-T; Referenzjahrgänge: 6/7, 9,12 Jahre
- Häufigkeitsverteilung der DMF-T-Werte; Referenzjahrgänge: 6-7, 9,12 Jahre
- Mittelwert der Zahl der versiegelten bleibenden Molaren; Referenzjahrgänge: 6/7, 9 und 12 Jahre
- Anteil der Kinder in kieferorthopädischer Behandlung; Referenzjahrgänge: 4, 5, 6/7 Jahre
- Anteil der Kinder mit kieferorthopädischer Behandlungsbedürftigkeit; Referenzjahrgänge: 4, 5-6, 6-7 Jahre
- Anteil der Kinder mit Gingivitis; Referenzjahrgänge: 6-7, 9,12 Jahre

Die Ermittlung des Anteils von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko ist ebenfalls von Interesse und grundsätzlich notwendig. Eine Empfehlung für eine einheitliche Risikodefinition ist nicht sinnvoll, da diese in Abhängigkeit von der regionalen Prävalenz festzulegen ist. Die Risikoeinstufung muss sich zudem zwangsläufig an den örtlich vorhandenen Ressourcen orientieren.

Alle Maßzahlen können weiter nach Schultyp, Wohnbezirk, Herkunft der Kinder o.ä. spezifiziert werden. Durch Vergleich von Daten verschiedener Schul- oder Kalenderjahre sind Trendergebnisse möglich. Interessanter als die Prävalenz ist der Karieszuwachs, durch den die Gesamtentwicklung über längere Zeiträume besser beurteilt werden kann. Hierzu sollten bereits Daten bei Drei- bis Vierjährigen erhoben und nicht nur die Befunde bei Grundschulern und Schülern weiterführender Schulen isoliert betrachtet werden.

Für den überregionalen Vergleich ist die Berücksichtigung des Erhebungsstandards (Diagnosekriterien etc.) und eine eingehende Analyse der örtlichen Rahmenbedingungen für die Mundgesundheit dringend erforderlich. Nur so können Mundgesundheitsdaten in einen sinnvollen Kontext gebracht werden.

Sozioökonomische Parameter als außerordentlich starke Determinanten des Kariesbefalls besitzen genauso wie Zahlen zur Versorgungssituation (Zahnarztichte, Gruppen-

prophylaxe), Fluoridgehalt des Trinkwassers etc. wichtige Aussagekraft.

2. Gruppenprophylaktische Maßnahmen

Der Umfang gruppenprophylaktischer Betreuung kann nur im Zusammenhang mit Aussagen über die Anzahl der eingesetzten Personen bzw. Arbeitsstunden bewertet werden.

2.1 Regeluntersuchung

2.1.1 Schlüsselkennzahlen

- Anzahl (Prozentsatz) der untersuchten Einrichtungen (aufgeschlüsselt nach Typ)
- Anzahl (Prozentsatz) der untersuchten Kinder

2.2 Gesundheitsunterricht

2.2.1 Schlüsselkennzahlen

- Anzahl (Prozentsatz) der betreuten Einrichtungen
- Anzahl (Prozentsatz) der betreuten Kinder Anzahl der Impulse pro Einrichtung

2.2.2 Vertiefende Kennzahlen

Aufschlüsselung nach Art der Maßnahmen

2.3 Fluoridierung

2.3.1 Schlüsselkennzahlen

- Anzahl (Prozentsatz) der Einrichtungen mit Fluoridierungsmaßnahmen, aufgeschlüsselt nach Applikationsart
- Anzahl (Prozentsatz) der Kinder bei denen Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt werden, aufgeschlüsselt nach Applikationsart
- Anzahl der Fluoridierungen, aufgeschlüsselt nach Applikationsart

2.4 Lebensweltliche Rahmenbedingungen und Aspekte

2.4.1 Schlüsselkennzahlen

- Anzahl (Prozentsatz) der Kindergärten mit täglicher Zahnpflege

2.4.2 Vertiefende Kennzahlen

- Anzahl (Prozentsatz) der Kindergärten mit (zahn-)gesundem Frühstück
- Anzahl (Prozentsatz) der Schulen, an denen keine ungesunden Frühstückssnacks angeboten werden
- Anzahl (Prozentsatz) der Schulen, an denen Zahnputzmöglichkeiten bestehen

Die folgenden Parameter sind nur durch Befragung ermittelbar:

- Einschätzung der Kinder, selbst die Mundgesundheit beeinflussen zu können (Selbstwirksamkeitserwartung)
- Kenntnisstand über die Ursachen für Mundgesundheitserkrankungen und Vorsorgemöglichkeiten
- Gesundheitsverhalten
- Einstellung zum Zahnarztbesuch

2.5 Qualität der Maßnahmen in den Einrichtungen

- Bewertung der Qualität (z.B. Art der Vorgehensweise, Akzeptanz, pädagogisches Geschick) im Urteil der Kinder, Jugendlichen, ErzieherInnen, LehrerInnen und Eltern.

Diese „Kundenzufriedenheit“ kann nur durch Befragung erfolgen und ist deshalb den vertiefenden Kennzahlen zuzuordnen.

3. Zielsetzungen

Häufig werden Ziele, wie die der WHO (global goals) gesetzt. Diese machen als allgemein formulierte Ziele und damit als Aufforderung an alle, die an der zahnmedizinischen (kurativen und prophylaktischen) Versorgung und der Erziehung beteiligt sind, durchaus Sinn: Eingebettet in ein Bündel an Gesamtmaßnahmen wirken sie als ein Appell an die Beteiligten. Sie eignen sich nicht, die Wirksamkeit isoliert betrachteter Maßnahmen – wie zum Beispiel die Auswirkungen eines Prophylaxeprogramms durch einen Leistungsanbieter – abschließend zu bewerten. In Zeiten des allgemeinen Kariesrückgangs (caries decline) in den Industrienationen fällt die Wahl solcher Ziele leicht, da ein abruptes Stoppen dieses Trends nicht unmittelbar zu vermuten ist. Die Formulierung solcher „Wirkungsziele“ für das bei der Umstrukturierung der Verwaltungen häufig eingesetzte Kontraktmanagement ist unklug, denn die Ziele sind nicht aus eigener Kraft allein erreichbar. Differenziertere Betrachtungen sind in diesem Zusammenhang zu fordern.

Bei Zielsetzungen handelt es sich grundsätzlich um den Vergleich von „Ist“ und „Soll“. Hierfür bieten sich u.a. folgende Ansätze an:

- Verringerung der Diskrepanz zwischen „Brennpunkt“ – Einrichtungen und „mustergültigen“ Einrichtungen (Kontrollgruppe)

- Verbesserung in der gleichen Gruppe vor und nach Durchführung von Maßnahmen
 - Verbesserung zwischen aufeinander folgenden Jahrgängen (4. Klasse 1999 versus 4. Klasse 2000)
- Angestrebte Veränderungen müssen in ihrer Größenordnung in Abhängigkeit von der personellen und sächlichen Ausstattung festgelegt werden.
- Die folgende Aufzählung von Leistungs- und Wirkungszielen ist beispielhaft.

3.1 Leistungsziele

Erhöhung der Zahl der gruppenprophylaktisch betreuten Kinder/ Einrichtungen in Bezug auf

- Regeluntersuchungen
- Gesundheitsunterricht
- Fluoridierungen

3.2 Wirkungsziele

Wirkungsziele können sich gleichermaßen auf Verhältnis- und Verhaltensveränderungen beziehen und müssen in engem Bezug zur durchgeführten Maßnahme stehen:

- Global Goals (WHO)
- Erhöhung des Anteils naturgesunder Gebisse
- Verringerung des DMF-T-Mittelwertes
- Erhöhung der Anzahl sanierter Gebisse
- Erhöhung der Anzahl der Gebisse mit Versiegelungen
- Verringerung des Anteils der Gebisse mit Gingivitis
- Erhöhung des Anteils der Kinder, die ihre Möglichkeiten erkennen, selbst die Mundgesundheit beeinflussen zu können
- Erhöhung des Anteils der Kinder mit ausreichender Kenntnis über Ursachen für Munderkrankungen und Vorsorgemaßnahmen
- Erhöhung/Stabilisierung der Zahl der „putzenden“ Einrichtungen
- Erhöhung des Anteils der Kindergärten mit (zahn-)gesundem Frühstück
- Erhöhung des Anteils der Schulen mit Zahnputzmöglichkeiten

Dr. Claudia Sauerland
Dr. Christoph Hollinger
Kreis Unna
Fachbereich Gesundheit
Sachgebiet Zahngesundheit
Platanenallee 16
Unna 59425

Der Einfluss individueller Prophylaxeprogramme auf die Mundhygiene von Kindern und Erwachsenen

S. Zimmer, M. Bizhang, R. Seemann, C. Barthel
– gekürzte Fassung –

Einleitung

Die Bedeutung der Plaque als ätiologischer Faktor für die Entstehung von Karies und Gingivitis ist hinreichend belegt (1, 2). Aus diesem Grund wird die Verbesserung der Mundhygiene mit dem Ziel regelmäßiger möglichst optimaler Plaqueentfernung als eine der wichtigsten Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der zahnmedizinischen Gruppen- und Individualprophylaxe gesehen. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich daher mit der Effizienz von Maßnahmen zur Verbesserung der Mundhygiene.

Eigene Untersuchungen

1. Studien an Erwachsenen

85 erwachsene Patienten einer Zahnarztpraxis in Berlin-Zehlendorf nahmen an einem Individualprophylaxeprogramm teil (3). Ihr Alter lag bei durchschnittlich 47,3 Jahren. Die Prophylaxesitzungen wurden in einem Abstand von drei Monaten durchgeführt. Zu Beginn jeder Sitzung wurden der Papillenblutungsindex (PBI) (4) sowie der Approximal-Plaque-Index (API) (5) erhoben. Daran schloss sich in der ersten Sitzung eine ausführliche Motivierung und Instruktion zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene an. In allen nachfolgenden Sitzungen erfolgte nur noch eine bedarfsorientierte Nachmotivierung bzw. -instruktion. Auf diese Maßnahme folgte eine professionelle Zahnreinigung. Abgeschlossen wurde jede Prophylaxesitzung durch das Auftragen eines Fluoridlackes mit 2,26% Fluorid als Natriumfluorid (Duraphat®). Die während einer Prophylaxesitzung erbrachten Leistungen, die allesamt von einer Prophylaxeassistentin durchgeführt wurden, wurden privat liquidiert. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die

Entwicklung der Mundhygiene der Patienten über einen Zeitraum von sechs Monaten, in dem jeweils drei Prophylaxetermine stattfanden. Für beide Indizes (PBI und API) zeigte sich im Verlauf der Untersuchung eine statistisch signifikante Verbesserung ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$).

2. Studien an Schulkindern

An einer bislang unveröffentlichten Studie nahmen 183 Kinder, die zum ersten Untersuchungszeitpunkt 9,4 Jahre alt waren, teil. Davon entfielen 82 auf eine Test- und 101 auf eine Kontrollgruppe. Die Testgruppenkinder nahmen viermal jährlich an einer Individualprophylaxe mit überwachtem Zähneputzen, professioneller Zahnreinigung und Fluoridierung teil. Die Fluoridierung erfolgte mit einem Lack mit 0,1% Fluorid als Difluorsilan (Fluor Protector®). In der ersten Sitzung erfolgten eine ausführliche Motivierung und Instruktion sowie eine Ernährungsberatung, bei allen weiteren Terminen fand eine bedarfsorientierte Nachinstruktion und -motivierung statt. Die Probanden der Kontrollgruppe erhielten lediglich zu Studienbeginn eine Mundhygieneunterweisung sowie eine Ernährungsempfehlung und nahmen an einem überwachten Zähneputzen teil. Alle Prophylaxemaßnahmen wurden von einer Prophylaxeassistentin durchgeführt, die auch die Mundhygieneindizes erhob. Die Beobachtungszeit betrug drei Jahre. Zu Beginn der Studie und im Abstand von einem Jahr wurden der PBI und der Plaque-Index nach Quigley-Hein (PI) (6) erhoben.

Ergebnisse: Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die Mediane der Mundhygieneindizes PI (Abb. 3) und PBI (Abb. 4) zur Baselineuntersuchung sowie nach einem, zwei und drei Jahren Studiendauer. Zu keinem Zeitpunkt bestand ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Test- und Kontrollgruppe. Der PI war nach zwei und drei Jahren sowohl in der Kontroll- als auch in der Testgruppe gegenüber der Baselineuntersuchung signifikant angestiegen, hatte sich also verschlechtert ($p < 0,001$). Der PBI verbesserte sich in der Testgruppe signifikant zwischen der Baseline und der Untersuchung nach einem



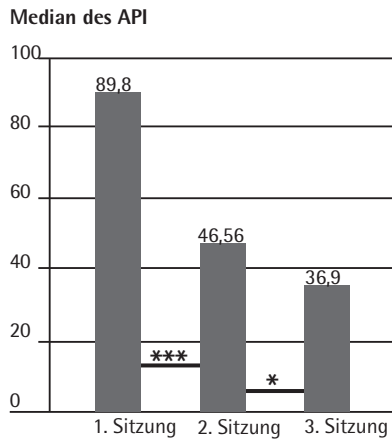


Abb. 1
Erwachsenenstudie: Entwicklung der Medianwerte des API in % von der ersten zur dritten Prophylaxesitzung mit Angabe der statistischen Signifikanzen (**p<0,001; *p<0,05).

Jahr (P<0,001). In der Kontrollgruppe fand eine signifikante Verschlechterung zwischen der Baseline und der Untersuchung nach drei Jahren statt (P<0,01).

Diskussion

Bei den eigenen Untersuchungen an Erwachsenen war bereits nach sechs Monaten Betreuung in der Individualprophylaxe eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung der Mundhygieneindizes API und PBI feststellbar. Die Reduktion lag jeweils bei über 50% der Ausgangswerte (Abb. 1 und 2). Aufgrund des durchschnittlichen Recallzeitraumes von 88 Tagen kann diese Verbesserung nicht auf die im Rahmen der Prophylaxesitzungen durchgeführten professionellen Zahnreinigungen zurückgeführt werden. Plaque und Gingivitis reetablieren sich nämlich bereits wenige Tage nach Plaqueentfernung (2). Es scheint die intensive Betreuung der Patienten gewesen zu sein, die sie zu einer besseren häuslichen Mundhygiene motiviert hat. Wahrscheinlich hat auch die Tatsache, dass die Teilnehmer der Studie aus einem gut situierten Berliner Bezirk stammen, eine Rolle bei der positiven Entwicklung der Mundhygiene gespielt. Man kann bei ihnen davon ausgehen, dass alle physiologischen Grundbedürfnisse, wie Kleidung, Wohnung, Essen und Sicherheit erfüllt sind. Nach Maslow ist ein Mensch erst dann bereit, sich den so genannten sekundären Bedürfnissen, zu denen auch die Gesundheitsvorsorge gehört, zuzuwenden, wenn seine physiologi-

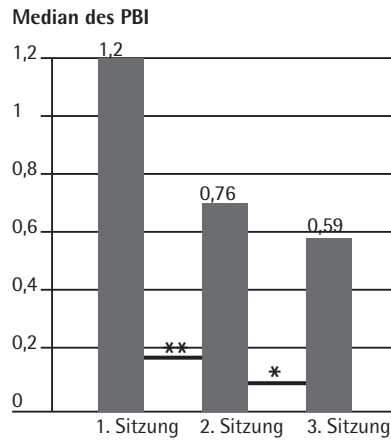


Abb. 2
Erwachsenenstudie: Entwicklung der Medianwerte des PBI von der ersten zur dritten Prophylaxesitzung mit Angabe der statistischen Signifikanzen (**p<0,01; *p<0,05).

schen Grundbedürfnisse befriedigt sind (7). Nicht zuletzt könnte sich auf die Entwicklung der Patienten auch positiv ausgewirkt haben, dass sie die Individualprophylaxe privat bezahlen mussten. Zu Beginn des Programmes wurde den Patienten nämlich dargelegt, dass die eigene Mitarbeit, die sich in einer verbesserten Mundhygiene darstellt, zu einer Reduktion der Prophylaxetermine und damit zur Kostenersparnis führen würde. Da die zukünftige Gesundheit nur als schwacher Motivator für eine Verhaltensänderung zu sehen ist, war die Aussicht, durch eigene Bemühungen Geld zu sparen, möglicherweise der wichtigste Antrieb zur Verbesserung der Mundhygiene (8).

Anders als bei den Untersuchungen an Erwachsenen erbrachte die intensive vierteljährliche prophylaktische Betreuung von zu Beginn

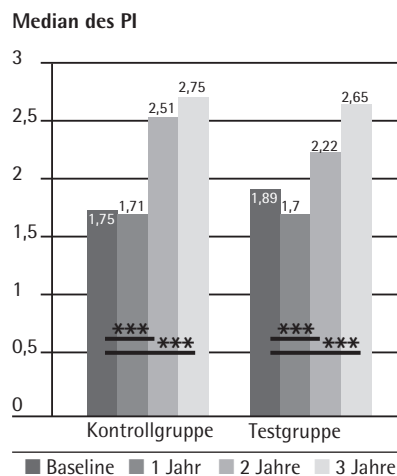


Abb. 3
Kinderstudie: Entwicklung der Medianwerte des PI im Verlauf von drei Jahren mit Angabe der statistischen Signifikanzen (**p<0,001).

9 Jahre alten Kindern keine Verbesserungen in der häuslichen Mundhygiene. Zu keinem Zeitpunkt war ein Unterschied zwischen Test- und Kontrollgruppe feststellbar (Abb. 3 und 4). Während für den PBI in der Testgruppe im Verlauf des dreijährigen Untersuchungszeitraumes immerhin keine Verschlechterung festzustellen war (Abb. 4), war das für den Plaqueindex PI anders. Der Wert hatte sich von durchschnittlich 1,89 zu Beginn der Untersuchung auf 2,65 zur Abschlussuntersuchung nach drei Jahren verschlechtert (Abb. 3).

Während des Untersuchungszeitraumes befanden sich die Kinder in der zweiten Wechselgebissperiode mit dem Durchbruch der Eckzähne der ersten und zweiten Prämolaren sowie der zweiten Molaren. Es ist denkbar, dass die Veränderungen im Gebiss, insbesondere der Durchbruch der zweiten Molaren sowie Zahnengstände, die sich häufig in diesem Alter manifestieren, die Zahnreinigung erschwert haben. Möglich ist aber auch, dass die Motivation der Kinder nachgelassen hat. Nach Künkel stellen heranwachsende Kinder im Alter von 11-13 Jahren die Regeln ihrer Kindheit in Frage und vernachlässigen so auch bisherige positive Pflegegewohnheiten (9). Ohnehin ist die Motivierung zu guter Mundhygiene bei Kindern schwieriger als bei Erwachsenen. „Zielsetzungen, die auf zukünftige, für Kinder weit entfernte Lebenssituationen bezogen sind, überfordern sie“ (10). In der Erwachsenenstudie musste die Teil-

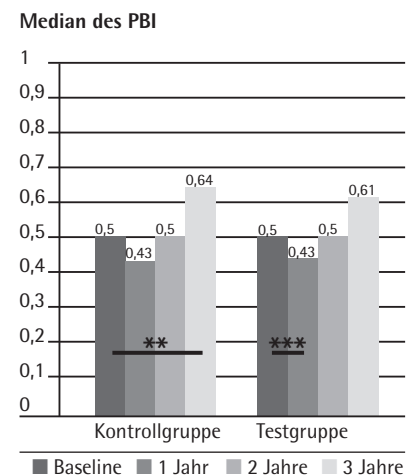


Abb. 4
Kinderstudie: Entwicklung der Medianwerte des PBI im Verlauf von drei Jahren mit Angabe der statistischen Signifikanzen (**p<0,001; **p<0,01).

nahme an der Prophylaxe privat bezahlt werden. Für die Kinder wurde das Prophylaxeprogramm hingegen kostenlos angeboten, so dass die Kosten als Motivierungsfaktor entfielen. Abgesehen davon sind Kinder durch Einsparmöglichkeiten bei Kosten, die von ihren Eltern zu tragen sind, wahrscheinlich ohnehin nicht zu motivieren. In dem dreijährigen Beobachtungszeitraum entstand häufig der Eindruck, dass die Probanden der Testgruppe der Meinung waren, sie selbst müssten für ihre Mundhygiene nicht mehr viel tun, weil das ja die Prophylaxehelferin für sie übernimmt. Möglicherweise hat also die intensive Fremdvorsorge dazu beigetragen, das eigene Engagement der Kinder für die häusliche Mundhygiene erlahmen zu lassen.

Im Gegensatz zur vorliegenden Studie konnten Albandar et al. in ihrer Dreijahresstudie die Mundhygiene von zu Beginn dreizehnjährigen Kindern durch ein intensives Unterrichts- und Trainingsprogramm deutlich verbessern (11). Neben dem Alter der Kinder hat möglicherweise auch die Auswahl der Studienpopulation einen Einfluss auf die unterschiedlichen Ergebnisse. Während in der vorliegenden Studie die Kinder vor allem aus der unteren Sozialschicht stammten, gehörten sie in der Untersuchung von Albandar et al. zur Mittel- und Oberschicht. Wichtiger war aber möglicherweise noch die Tatsache, dass diese Autoren die Eltern in das Prophylaxeprogramm einbezogen (11). Die Eltern haben offensichtlich eine Schlüsselfunktion beim Aufbau einer gesundheitsgerechten Mundhygiene (10)

– Literatur bei der Redaktion –

Dr. Stefan Zimmer
Zentrum für Zahnmedizin der
Charité Berlin
Abt. f. Zahnerhaltung und
Präventivzahnmedizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Herner Modell zur schwerpunktmäßigen Umsetzung lokaler Fluoridierungen

Dr. P. Reuter

1. Gesundheitsberichterstattung

Der DMF-T und der D-T der 8/9-jährigen wird in jedem Schuljahr für jeden Grundschulbezirk (insgesamt 26) getrennt ermittelt. Die Grundschüler aus den Bereichen (insgesamt 10) mit den schlechtesten Ergebnissen (Schuljahr 98/99: DMF-T > 0,46) sowie der Grundschulbereich aller Sonderschulen für Lernbehinderte („Risikokinder“) werden in das schwerpunktmäßige Fluoridierungsprogramm einbezogen. Nach jedem Schuljahr erfolgt eine erneute Auswertung des Datenmaterials im Hinblick auf die Evaluation der durchgeführten Maßnahmen. Durch diese Form der zugehenden Gesundheitsfürsorge erreichen wir auch Kinder, deren soziales Umfeld einen Besuch in einer Zahnarztpraxis eher schwierig erscheinen lässt.

2. Einverständniserklärungen

Zu Beginn des Schuljahres werden für die Schüler aller 1. - 4. Klassen der entsprechenden Grundschulen Einverständniserklärungen über die Klassenlehrer an die Eltern verteilt. Inhaltlicher Bestandteil dieses einseitigen DIN-A4-Blattes ist darüber hinaus ein kurzer Informationsteil und eine Fluoridanamnese. Parallel dazu werden vom Zahngesundheitsdienst Elterninformationsabende in den jeweiligen Grundschulen angeboten und durchgeführt. Im Schuljahr 1998/99 lag die Rücklaufquote knapp über 50 %. Nach Überwindung erster Anfangsschwierigkeiten gehen wir davon aus, diese Quote durch Motivation und Information der Eltern- und Lehrerschaft in absehbarer Zeit noch zu steigern.

3. Praktische Durchführung

Nach entsprechenden Terminvereinbarungen besucht ein Team bestehend aus einem Zahnarzt, einer Zahnarzhelferin und einer Gruppenprophylaxehelferin die ausgewählten Grund- bzw. Sonderschulen. Die Fluoridierungsmaßnahmen werden zweimal in einem Schuljahr etabliert

(im Rahmen der Haupt- und Nachuntersuchung).

Die Krankenkassen beteiligen sich mit einer Pauschalvergütung pro Klasse. Nach einer Mundhygieneinstruktion und Motivation durch die GPH putzen die Kinder der jeweiligen Klasse in den vorhandenen, sanitären Einrichtungen der Schule unter Anleitung die Zähne. Die Zahnputzmaterialien werden vom Zahngesundheitsdienst gestellt. Danach werden die Kinder in den zur Verfügung stehenden Untersuchungsraum zurückgebracht. Hier wird zunächst die zahnärztliche Befunderhebung mit Spiegel, Sonde und ausreichender Beleuchtung durchgeführt. Die jeweiligen Befunde eines jeden einzelnen Kindes werden von der ZH in einem 01 - Schema dokumentiert und notwendige Sanierungsempfehlungen werden ausgestellt. In direktem Anschluss daran erfolgt eine lokale Fluoridierung der Kauflächen und Approximalbereiche durch den Zahnarzt. Hierzu werden z.Z. Wattestäbchen und Elmex-Fluid® verwendet. Nach kurzer Einwirkzeit werden die Kinder angewiesen, einmal am Waschbecken auszuspucken, ohne den Mund mit Wasser auszuspülen und danach eine Stunde weder zu essen noch etwas zu trinken. Zum Abschluss erhält jeder einen Fluoridpass mit der ersten Eintragung einer lokalen Fluoridierung (Stempel, Datum, Unterschrift). Gleichzeitig werden die Kinder motiviert, diese Form der Zahnschmelzhärtung nun möglichst jedes halbe Jahr unter Vorlage dieses Passes bei einem/ihrem niedergelassenen Zahnarzt wiederholen zu lassen. Auf diese Weise soll die Verbesserung einer Vernetzung von Gruppen- und Individualprophylaxe umgesetzt und realisiert werden.

Im Schuljahr 1999/00 wurden ca. 2.500 lokale Fluoridierungen bei 1.300 Kindern im Grundschulalter durchgeführt. Bezogen auf die Gesamtzahl aller Kinder in diesem Alter im Stadtgebiet von Herne (ca. 7.000) entspricht das einer Quote von 19 %.

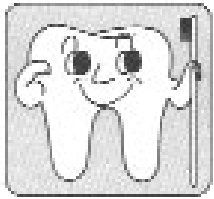
Dr. Peter Reuter
Gesundheitsamt Stadt Herne
Zahngesundheitsdienst
Postfach 10 18 20
44621 Herne

Muster des Elternbogens bei der Redaktion

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
4/00

Auftaktveranstaltung zum 10. Tag der Zahngesundheit

Berlin war am 20. September bereits zum 2. Mal Gastgeber für eine zentrale Veranstaltung zum Tag der Zahngesundheit. „Mundgesundheit von Anfang an – neue Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit“ war diesmal das Leitthema. Im Haus der Kulturen der Welt hatte die Berliner LAG für ein abwechslungsreiches Rahmenprogramm gesorgt. Nach einem „Warming up“ mit Super-Daniel gab es für Schüler der 5. und 6. Klassen im gläsernen Klassenzimmer Gruppenprophylaxeunterricht live, die Zahnpuztechnik wurde beim Zahnputz-Rap geübt und im Rahmen der Ausstellung „Alles Zahn“ konnten sie unter Anleitung „echter“ Künstler selbst Kunst herstellen. Heiteres Begriffe-Raten zum Thema Zahngesundheit mit Pantomime waren Höhepunkte neben Kariestunnel, Putzbrunnen und Krockymobil. Als Stärkung gab es natürlich ein zahngesundes Frühstück.



Die Gäste der Auftaktveranstaltung konnten das alles miterleben und hatten sichtlich Spaß dabei. Auf dem Markt der Möglichkeiten präsentierten sich Institutionen, die in der zahnmedizinischen Prophylaxe tätig sind. Mit dabei war der BZÖG. Die Landesstelle Berlin hatte zwei Poster gestaltet, die zum einen über die Inhalte und Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste Berlins informierten, zum anderen einen Überblick über die Entwicklung unseres Verbandes gaben. Mit schicken blauen BZÖG-Tüchern waren die Kolleginnen immer gut erkennbar und Ansprechpartnerinnen für die Gäste der Veranstaltung.

Im Rahmen der offiziellen Veranstaltung begrüßte die Vizepräsidentin der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. die Gäste. Für die Bundesregierung sprach die parlamentarische Staatssekretärin im BMG, Christa Nickels, ein engagiertes Grußwort. Sie betonte die gesundheitspolitischen Schwerpunkte der Regierungskoalition, zu der auch die Erweiterung der Gruppenprophylaxe gehört. Die derzeitigen Probleme, schlechte Milchzahnsanierung und Kariespolarisierung, sollten

nach Ihrer Auffassung durch effektiveren Einsatz der Fluoridierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit lösbar sein. Zahnärzte, ÖGD, Sozialarbeiter, Kinderärzte und Psychologen sind die Berufsgruppen, die sie dabei besonders ansprach. „Vernetzung statt Abschottung“ sollte das Motto sein und eine Stärkung der Gesundheitsförderung beinhalten. Erfolge sind zu verzeichnen, aber es handelt sich dabei um einen dynamischen Prozess, der nicht zwangsläufig so weiter geht. Gemeinsames Agieren, kontinuierliche Fortsetzung der Maßnahmen, die z.T. intensiviert werden müssen, sind ihrer Ansicht nach gefordert und dafür ist auch die Öffentlichkeit zu sensibilisieren. Genau diesem Anliegen werden bundesweit die vielfältigen Aktionen rund um den 25. September gerecht.

Einen Höhepunkt der Veranstaltung bildete die Verleihung der Tholuck-Medaille, die in diesem Jahr von Herrn Mario Perinelli, Vorsitzender des Vereins für Zahnhygiene, an Frau Dr. Erika Reihlen, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes in Steglitz und Vorsitzende der Berliner LAG, überreicht wurde.

Ein Gynäkologe, ein Kinderarzt, ein Zahnarzt und ein Kieferorthopäde sollten in Fachvorträgen Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit aufzeigen, hielten sich aber strikt an ihre Themen und die vom Gesetzgeber in den einzelnen Altersgruppen möglichen Prophylaxemaßnahmen. Eine gemeinsame Sprache war für den Zuhörer kaum erkennbar. Eine Verbindlichkeit herzustellen, übernahm der Moderator, Herr Dr. Prümel-Philipsen, dem dies sehr gut gelang. Deutlich wurde, dass man sicher viel mehr miteinander reden muss, um mehr voneinander zu wissen und sich zu akzeptieren, um dann gemeinsam agieren zu können. Schließlich ist Teamarbeit heute mehr denn je gefragt. Zahnmediziner und Mediziner werden in der Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig gemeinsame Wege gehen, selbst wenn es getrennte Paragraphen gibt.

Dr. Gudrun Rojas

BRANDENBURG-TAG 2000



Am 02.09.2000 feierten in Frankfurt(Oder) und der polnischen Nachbarstadt Slubice 250.000 Einwohner und Besucher den „5. Brandenburg-Tag“.

Erstmals fand im Rahmen dieses Landesfestes ein Gesundheitsmarkt statt. Unter dem Motto „Immer ruhig Blut“ bereicherten mehr als 150 Experten aus Kliniken, ambulanten medizinischen Einrichtungen, Vereinen und Verbänden, Krankenkassen, Sportzentren und dem Gesundheitsamt den „Brandenburg-Tag“. An 34 Ständen wurde der Gesundheitsmarkt mit Tests und Informationen und viel Spaß für alle Altersgruppen erlebbar gemacht.

Unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund“ beteiligten sich die Teams des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes und konnten mit dem Kariestunnel und Zahnputzbrunnen der LAG Berlin ca. 500 Kinder und Erwachsene begeistern. Stets war der Stand dicht umlagert und alle hatten sichtlich Spaß am Zähneputzen und bekamen auch noch so manchen Tipp für die persönliche Zahnpflege. Dass Kariesprophylaxe mit Freude verbunden sein kann, haben die Besucher des Landesfestes gespürt. Die Resonanz unter den deutschen und polnischen Besuchern des „Brandenburg-Tages“ und auch das vielfältige Medieninteresse für die Gesundheit waren beeindruckend.

Ein besonderer Dank gilt der GABA GmbH, dem „Büro für zahnärztliche Gruppenprophylaxe Land Brandenburg“ und der LAG Berlin, die diese länderübergreifende Aktion des Zahnärztlichen Dienstes durch ihre Unterstützung ermöglicht haben.

Dr. Petra Haak

50 Jahre Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheits- dienstes e.V.

Mit einer Jubiläumsfeier beging der Berufsverband der im ÖGD tätigen Ärzte sein 50jähriges Bestehen in Rodalben. Hierzu hatte der erweiterte Vorstand unter anderem namhafte Vertreter aus Politik, Wissenschaft und Standesorganisationen eingeladen, um mit ihnen gemeinsam in die Vergangenheit und die Zukunft zu blicken.

Rodalben ist der Geburtsort von Dr. Johann Peter Frank (1745 – 1821), der als Wegbereiter eines sozialmedizinisch geprägten öffentlichen Gesundheitsdienstes gilt. Der Bundesverband der Ärzte des ÖGD verleiht in Anerkennung dieser Verdienste an Persönlichkeiten, die sich um das Öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland verdient gemacht haben, jährlich die Johann-Peter-Frank-Medaille. In diesem Jahr wurden Dr. Schmacke und Dr. Eckel mit dieser Ehrung ausgezeichnet. Rodalben ist auch Sitz der Johann-Peter-Frank-Gesellschaft, die die Jubiläumsfeier mit vorbereitete und durchführte.

Ein Festakt mit anschließendem Round-Table-Gespräch und ein interessantes Rahmenprogramm wurden für das Jubiläum geplant und von allen Verantwortlichen exzellent begleitet.

Herr Dr. B. Jaeschke, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte, zeigte in seiner Begrüßung auf, welche Entwicklungen der Öffentliche Gesundheitsdienst in den letzten 50 Jahren genommen hat, wo er heute steht und wie seine künftige Bedeutung aussehen wird. Obwohl sich bereits in den 20er Jahren regelmäßige Bünde von Medizinalbeamten zusammenfanden, gründete sich erst am 30.09.1950 der damalige „Bund der Medizinalbeamten Deutschlands“. Damals standen neben der fachlichen Fortbildung, die Auseinandersetzung mit der neuen Gesetzgebung und den damaligen gesundheitlichen Schwerpunkten sowie die Lobbyarbeit für eine angemessene Alimentation der Ärzte

im ÖGD im Vordergrund. Die intensivste Zusammenarbeit mit der Ärztekammer, die Nachwuchssorgen in den 70ern sind Punkte, die in der Festschrift, die zu diesem Anlass verfasst wurde, Erwähnung finden. In den 80er Jahren begann eine verstärkte sozialmedizinische Ausrichtung des ÖGD und die Wahrnehmung sozialkompensatorischer Aufgaben. Die Schwerpunkte Gesundheitserziehung, gesundheitlicher Umweltschutz und Standardisierung der jugendärztlichen Untersuchungsverfahren wurden bereits damals begleitet von Sparmaßnahmen und Aufgabenreduzierung im ÖGD. Mit der Wiedervereinigung begann 1989 eine neue, spannende und intensive Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen aus der ehemaligen DDR. Der Bundesvorstand leistete für den sich neu etablierenden ÖGD und die Gesetzgebungsverfahren vielfältige Unterstützung. Heute ist der ÖGD eine neutrale und unabhängige Institution, der neben dem Gesundheitsschutz und der Gefahrenabwehr mittels Gesundheitsberichterstattung die Gesundheit der Bevölkerung analysiert und als Wegweiser im Sinne von Johann Peter Frank kooperative Lösungen für die gesundheitliche Betreuung mit der Politik auf den Weg bringt.

Die wichtige Rolle des ÖGD und seines Verbandes als Berater unterstrichen der Rheinland-Pfälzische Minister Florian Gerster und auch der Geschäftsführer der Bundesärztekammer Herr Dr. Maas in ihren Grußworten. So hat der Verband auch in zahlreichen Expertisen, Stellungnahmen und Anhörungen inhaltliche Arbeit auf Bundes- und Länderebene in Gesetzgebungsverfahren und deren Umsetzung geleistet. In einem interessanten Festvortrag ging Prof. Dr. Dr. A. Labisch der Frage nach „Gesundheit, Hygiene, Gesellschaft – Ergebnisse der Vergangenheit, Aufgaben für die Zukunft“ nach.

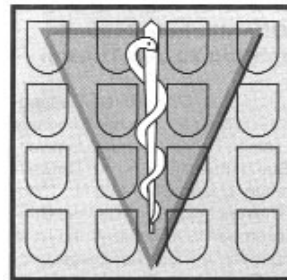
Die Grüße des BZÖG und die guten Kooperationen unserer beiden verwandschaftlichen Berufsverbände konnten Frau Dr. Rojas und ich überbringen.

Das nachmittägliche Round-Table-Gespräch, zu dem auch Frau Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer gekommen war, betonte die wichtige Rolle des ÖGD

insbesondere seine sozialkompensatorische Funktion für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Die Stärke des ÖGD sei auch seine Neutralität und seine Möglichkeit aus der Gesundheitsberichterstattung, die Prävention zielgruppenorientiert auf den Weg zu bringen und die Verbraucher zu beraten, so die Gesundheitsministerin.

Dr. Jaeschke betonte, dass der ÖGD in der Kommune, im Kreis, in der Großstadt und letztlich in der Gesundheitspolitik eines Landes weiter einen sicheren Stellenwert behalten und eine unverzichtbare Größenordnung darstellen wird. Darüber hinaus sollte er sich aktiv in die Gesundheitspolitik, in die Gesundheitsplanung der Region einmischen und Felder aufdecken, wo medizinische, soziale und humanitäre Hilfe erforderlich ist.

Dr. Klaus-G. Dürr



Hohe Auszeichnungen für Dr. Erika Reihlen

Unsere Kollegin Dr. Erika Reihlen wurde in diesem Jahr zwei Mal für ihre außergewöhnlichen Leistungen und Verdienste sowohl im beruflichen als auch im gesellschaftlichen Leben ausgezeichnet.

Am 5. September überreichte ihr Dr. Stölzel, Berlins Wissenschafts-, Forschungs- und Kultursenator, im Kreise der Familie und geladener Gäste, das vom Bundespräsidenten verliehene Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. In seiner Ansprache würdigte Dr. Stölzel nicht



nur ihr beharrliches Bemühen um die Verbesserung der Mundgesundheit der Berliner Kinder, sondern auch ihr vielfältiges ehrenamtliches Engagement. So ist sie u.a. Mitglied im Präsidium des Deutschen Evangelischen Kirchentages, dessen Präsidentin sie von 1991 bis 1993 war; Vizepräsidentin der Evangelischen Akademie zu Berlin und schließlich gehört sie auch dem Vorstand des Berliner Frauenhauses BORA an.

Nur wenige Tage später, am 20. September hielt Mario Perinelli, Vorsitzender des Vereins für Zahnhygiene, eine Laudatio auf diese so beispielhafte und uns allen vertraute Kollegin, als er ihr die Tholuck-Medaille für besondere Verdienste auf dem Gebiet der Zahngesundheitserziehung und -aufklärung anlässlich der diesjährigen Auftaktveranstaltung des Tages der Zahngesundheit in Berlin übergab.

Erika Reihlen wurde 1936 in Brühl im Rheinland geboren und bestand 1956 in Köln das Abitur, wo sie ebenso wie in Freiburg Zahnmedizin studierte. Nach Staatsexamen und Promotion heiratete sie 1961 und schenkte drei Kindern das Leben. 1976 trat sie in den Öffentlichen Gesundheitsdienst ein und wurde 1981 Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes in Berlin-Steglitz. Diese Tätigkeit sollte fortan der Mittelpunkt ihres beruflichen Wirkens

werden. 1983 beendete sie die Weiterbildung zur Zahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und wurde 1984 zur Medizinaldirektorin ernannt.

Von 1985 bis 1989 war sie stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK. In diesem Zeitraum erarbeitete und veröffentlichte die Arbeitsgemeinschaft 1988 ein Grundsatzpapier für den Aufbau von Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe – „Strukturelle Voraussetzungen für eine effiziente Jugendzahnpflege“. Dem folgte 1989 ein zweites organisatorisches Grundsatzpapier – „Zielgruppenorientierte Prophylaxe – Wege zur Realisierung effizienter Gruppenprophylaxe nach § 21 GRG“.

Letzteres hatte seinen Niederschlag im Gesundheitsreformgesetz 1988 und 1989 gefunden.

Zu Beginn der 90-iger Jahre war der Zahnärztliche Dienst in Steglitz Anlaufpunkt für viele Kinderstomatologen aus dem Gebiet der Neuen Bundesländer, die hier einen Einblick in die Arbeitsweise des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bekamen. Frau Dr. Reihlen stand für diese berufliche Tätigkeit, das war zu spüren und ermunterte so manchen von uns, es ihr gleich zu tun. Sie war stets Ansprechpartner und ihr kollegialer Rat war gefragt beim Aufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Landesarbeitsgemeinschaften zur Umsetzung der Gruppenprophylaxe.

Sie selbst förderte in ihrer langjährigen Vorstandstätigkeit und seit 1999 als Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen die vielfältigen Bemühungen der unterschiedlichen Partner, die am Prozess der Verbesserung der Mundgesundheit der Berliner Kinder teilhaben. Darüber hinaus ist sie Koordinatorin der Berliner Jugendzahnpflege beim Senat von Berlin.

Als Autorin zahlreicher Fachartikel und auch als Referentin in Fortbildungsveranstaltungen hat sie sich einen Namen gemacht und wenn wir heute mit den Kindern nach der KAI-Methode die Zähne putzen, ist das ihr Verdienst.

1992 wurde Frau Dr. Reihlen in den Wissenschaftlichen Beirat der Informationsstelle für Kariespro-

phylaxe im Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) berufen und wirkte an einem Projekt des Landes Brandenburg zur Regiekompetenz kommunaler Gesundheitsämter, beratend mit.

Weitere Ehrungen sind Frau Dr. Reihlen bereits 1993 mit der Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens unseres Verbandes und der Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft in Gold zuteil geworden.

Frau Dr. Reihlen freute sich sehr über die Ehrungen und schloß in ihre Freude auch den Dank an ihre vielzähligen Wegbegleiter und die Familie mit ein. Eine außergewöhnliche Kollegin hat für ihr vielfältiges Engagement wohlverdiente Auszeichnungen erhalten und dazu gratulieren wir herzlich.

Dr. Gudrun Rojas

Zum 60. Geburtstag von Dr. Annerose Rink

Bereits am 12. Juni feierte Frau Dr. Annerose Rink ihren 60. Geburtstag zu dem ihr auch der Vorstand des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihre Kolleginnen und Kollegen der Landesstelle Nordrhein recht herzlich gratulieren.

Frau Dr. Rink kann auf eine lange und erfüllte berufliche Laufbahn zurückblicken, die 1966 nach dem Zahnmedizinstudium an der Universität Mainz begann. Von 1965 – 1978 war sie in der väterlichen Praxis in Alsdorf bei Aachen beschäftigt. In diese Ziel fiel auch die Familiengründung und die Geburt ihrer drei Kinder. Kinder sollten auch in ihrem Berufsleben einen zentralen Stellenwert einnehmen, denn sie setzte ihre Tätigkeit bis 1984 in der Kinder – und Behindertenabteilung der Universitätszahnklinik Bonn bei Prof. Dr. Sauerwein fort und promovierte 1983 an der Rheinischen Friedrich-Wilhelm Universität Bonn.

Seit 1994 ist Frau Dr. Rink als Jugendzahnärztin im Gesundheitsamt Euskirchen angestellt. Für ihr Engagement im Öffentlichen Gesundheitsdienst spricht der Abschluss der Weiterbildung an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf im Jahr 1994 mit dem Erwerb der Gebietsbezeichnung Zahnärztin für öffentliches Gesundheitswesen.

Berufspolitisches Interesse und die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen, haben dazu geführt, dass sie in zahlreiche Ehrenämter gewählt wurde. Bereits seit 1991 leitet Frau Dr. Rink die Landesstelle Nordrhein unseres Verbandes und ist Vorstandsmitglied der AG Nordrhein für die Landesstelle. In der Zahnärztekammer Nordrhein ist sie ebenfalls seitdem Referentin für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Im Kreis Euskirchen lenkt sie die Geschicke des Vereins für Jugendzahnpflege seit 1997 als Vereinsvorsitzende.

Besonders geprägt waren die letzten Jahre durch Änderungen in Gesetzgebungsverfahren, die den Aufgabenbereich der Zahnärztlichen

Dienste betrafen. So blickt sie zu recht mit Stolz darauf zurück, dass es gemeinsam mit der Landesstelle Westfalen gelungen ist, die gesetzlichen Grundlagen für die Durchführung der Kariesprophylaxe im Gesetz für die Kindertagesstätten in Nordrhein-Westfalen und damit eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste beizubehalten.

Es ist ein schöner Anlass unserer liebenswerten Kollegin Rink Dank zu sagen, hat sie sich doch immer nicht nur für die Sache sondern auch für die Kolleginnen und Kollegen konsequent eingesetzt und stets zu ihrem Wort gestanden. Alle die sie persönlich kennen, schätzen nicht nur ihr fachliches Wirken, sondern auch ihre herzliche und fröhliche Art mit Menschen umzugehen. Für ihre Verdienste wird sie mit dem bronzenen Ehrenzeichen des BZÖG geehrt werden. Wir wünschen Frau Dr. Rink auch weiterhin alles Gute, Gesundheit und persönliches Wohlergehen verbunden mit der Hoffnung, dass ihre Bemühungen auch künftig von ihren Kolleginnen und Kollegen aktiv unterstützt werden.

Dr. Gudrun Rojas

Präsidium der BZÄK neu gewählt

Im Rahmen der Bundesversammlung am 03. 11.2000 wurde Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, zum neuen Präsidenten der BZÄK gewählt. Ihm zur Seite stehen als Vizepräsidenten nunmehr der bisherige Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels, Präsident der ZÄK Hamburg, und Dr. Dietmar Österreich, Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und alternierender Vorsitzender der DAJ. Der langjährige Präsident, Dr. Fritz-Josef Willmes hatte nicht mehr kandidiert.

Der BZÖG-Vorstand wünscht dem neuen BZÄK-Vorstand alles Gute für die bevorstehende Amtszeit.

DAJ legt Maßnahmen-Dokumentation zur Gruppenprophylaxe in Deutschland für das Schuljahr 1998/99 vor

Die vielfältigen Bemühungen der Gruppenprophylaxe in Deutschland stellte die DAJ, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., bei ihrer Jahresversammlung in Köln vor. Dabei wurde eines deutlich: Die Mundhygiene hat in Kindergärten und Schulen von Flensburg bis zum Bodensee einen hohen Stellenwert.

Aus 16 Landesarbeitsgemeinschaften (LAG'en) wurden Aufstellungen über den Umfang der Aktivitäten ausgewertet. Die Statistiken zeigen einen guten Überblick des Geschehens in den Einrichtungen.

Von den etwa 8 Mio. lebenden Kindern im Alter zwischen 3 und 12 Jahren wurden rund 70 Prozent aller in Kindergärten und Grundschulen (Klassen 1 -4) gemeldeten Kinder bundesweit von den Maßnahmen erreicht. Die Zahl der Kinder die mehr als einen Prophylaxe-Impuls zur Mundhygiene, Ernährung und/oder Fluoridierung erhielten, lag zwischen 25 Prozent in Grundschulen und 30 Prozent in Kindergärten.

Die Kinder in den 5. und 6. Klassen wurden zu 37 Prozent erreicht; knapp 10 Prozent erhielten dabei mehr als einen gesundheitsfördernden Besuch. Die in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen gemeldeten Kinder erfreuten sich einer knapp 80-prozentigen Betreuung; 65 Prozent der Kinder erhielten dabei mehr als einen Prophylaxe-Impuls.

Ein wichtiges Element der Gruppenprophylaxe ist die Einbeziehung der Eltern in Elternabende. Insgesamt fanden 5.600 Elternabende im Berichtszeitraum statt. 90 Prozent dieser Elternabende wurden allein in Kindergärten durchgeführt.

Rund 11.000 Besuche von Kindergruppen fanden in zahnärztlichen Praxen oder einer Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt, zu 66 Prozent kamen



Kindergarten- und zu 26 Prozent Grundschulkindern. Diese Besuche dienen der spielerischen Gewöhnung an regelmäßige Kontrolluntersuchungen bzw. einem Abbau eventueller Ängste vor der Situation beim Zahnarzt.

Die Gabe von Fluoriden in Form von Tabletten, Gelees, Lösungen oder Lacken ist über das tägliche Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpasta hinaus ein bewährtes Mittel gegen Karies. Diese Fluoride wurden im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und 5.1 6. Klassen in stärkerem Maße als im Vorjahr eingesetzt.

Mit rund 3,4 Mio. nahmen im Berichtszeitraum ca. 10 Prozent mehr Kinder als im Vorjahr an einer Reihenuntersuchung teil. Über die Hälfte der Maßnahmen entfielen auf die Grundschule.

Ihre ganze Kreativität ließen die LAG'en und Kreisarbeitsgemeinschaften bei Veranstaltungen wie Tage der offenen Tür, Aktivitäten zum Tag der Zahngesundheit oder Jugendzahnpflegetagen spielen. Zu diesen rund 7.000 Terminen kamen etwa 1,4 Mio. Kinder. Außerdem erreichten die Veranstalter über 80.000 Multiplikatoren, vom Politiker bis zum Journalisten.

Getragen wurde die Arbeit in Kindergärten und Schulen von zusammen 475 Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, 1.000 Prophylaxe-Fachkräften und rund 10.000 niedergelassenen Zahnärzten.

Kontakt:
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)
Von-Sandt-Straße 9,
53225 Bonn,
Telefon 02 28 /69 46 77,
Fax 02 28 /69 46 79

10 Jahre LAG Berlin



10 Jahre für gesunde Kinderzähne – waren für den Vorstand der LAG Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. ein freudiger Anlass mit Mitgliedern, Freunden, Förderern und Weggefährten am Vorabend der bundesweiten Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit zusammen zu kommen.

Der Abend begann mit der Eröffnung der Kunstausstellung „Alles Zahn“ des Cottbuser Dental Labors MÜHE. Der Zahntechniker Uwe Hempel hat eine sehr kreative Ausstellung organisiert, die Zähne ins Blickfeld der darstellenden Kunst rückt und trägt so auf eine völlig andere Art mit dazu bei, Zähne öffentlich zu machen und Aufmerksamkeit dafür zu schaffen, dass unsere Zähne ein hohes Gut und die eigenen die besten sind.

Es war eine Gelegenheit, zurück zu blicken und die Vorsitzende der LAG, Frau Dr. Reihlen, tat dies einleitend und erinnerte dabei an die über 80-jährige Tradition Berliner Jugendzahnpflege und die erreichten Ergebnisse, die sich auch in einer verbesserten Mundgesundheit widerspiegeln. Die heutigen Möglichkeiten erleichtern die Umsetzung der Inhalte der Gruppenprophylaxe, zu denen sie Mehrung des Gesundheitswissens und Stärkung der Eigenverantwortung genauso zählt wie die aufsuchende Fluoridapplikation in sozialen Brennpunkten. Dr. Reihlen führte weiter aus, dass die LAG ein lebendiger Verein ist, der sich auf Veränderungen einstellt, wenn die Notwendigkeit besteht. Als Stichwort nannte sie die bedarfsgerechte Prophylaxe, d.h. wo

Kurz angemerkt

viel Karies ist, muss mehr getan werden als dort, wo wenig Karies ist und diese Information gewinnt man aus der Gesundheitsberichterstattung.

Sie nutzte dieses besondere Ereignis auch, Dank zu sagen für die geleistete Arbeit und wandte ich dabei an die Gruppenprophylaxehelferinnen, die Verwaltung unter der Leitung des Geschäftsführers, Herrn Grahl, ebenso wie an die Mitarbeiter der Zahnärztlichen Dienste und die Mitwirkenden in den Gremien.

Die zahlreich erschienenen Gäste hörten im Anschluss die vielen Glückwünsche, die der LAG vom Berliner Kammerpräsidenten, Herrn Dr. Bolstorff, vom Vorsitzenden der DAJ, Herrn Wiethardt, Herrn Hardt, von der Barmer für den VdAK Berlin, Herrn Hurek von der Berliner Senatsverwaltung und Herrn Müller von der AOK Berlin, überbracht wurden. Betont wurde dabei die Partnerschaft von Krankenkassen, ÖGD und Zahnärztekammer, die Innovation und der Einfallsreichtum der Berliner LAG, die Integrationsfähigkeit sowie das Engagement, Reihenuntersuchungen und Gruppenprophylaxe sinnvoll miteinander zu verbinden und damit hohe Akzeptanz in Kindergärten und Schulen zu erzielen. Letztendlich ist es eine Erfolgsgeschichte, und vergessen schienen an diesem Abend die unendlichen Mühen und die engagierte Arbeit, die jeder Einzelne zu leisten hatte, damit man sich nun gemeinsam über Erreichtes freuen kann. Auch der BZÖG gratuliert zu diesem Jubiläum und wünscht allen Beteiligten auch weiterhin viele gute Ideen, die dann gemeinsam für und mit den Kindern umgesetzt werden.

gro



Erbsiges

Anlässlich der neuen Fluorid-Empfehlung der DGZMK stellte unlängst ein besorgter Vater die Frage: Wie groß ist eigentlich eine Erbse, bzw. welche Erbse sei denn eigentlich gemeint? Ein Blick in die Botanik sorge hier um Verwirrung: Bei Erbsen handelt es sich um die aus dem Orient stammenden Früchte (volkstümlich: Schoten) der Pflanzen der Gattung Pisum, einem einjährig-krautigen Schmetterlingsblütler. Seien hier die eher zierlichen Ackererbsen (*Pisum arvense*) oder eher die Kapuzinererbsen gemeint. Oder hatten die

Fachleute die Roll-, Büschel-, oder Gartenerbse vor ihrem geistigen Auge? Für Ihn mache laut „Paracetamolus“ die Dosis das Gift und diese hänge in diesem Falle in der dritten Potenz vom Radius ab. Für ihn gerate diese Geschichte zu einer anderen Schote, und zwar zur Kichererbse (*Cicer*). Diese sei übrigens nicht der Gattung *Pisum* zuzurechnen. Zudem brähe sein vierjähriger Sohn in verzweifeltes Geheul aus, so er nicht einen ganzen Strang auftragen dürften, der in dieser Form allenfalls an „Erbswurst“ – eine in Wurstform gepresste Suppenkonserve – erinnern dürfte...

Leitfaden

zur standardisierten Befunderhebung und Dokumentation

Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement standen im Mittelpunkt eines Workshops zu dem das Landesgesundheitsamt Brandenburg Anfang September die Zahnärzte des ÖGD der Brandenburger Gesundheitsämter einlud. Die Teilnehmerinnen aus allen Kreisen und kreisfreien Städten hatten die Gelegenheit einleitend theoretische Aspekte dieser Thematik speziell für den Bereich der Zahnärztlichen Dienste zu hören und sich mit Qualitätsansprüchen an die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen auseinander zu setzen. Daran an schloß sich die Werkstattarbeit in Kleingruppen.

Im Vorfeld hatte der Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst des Gesundheitsministeriums gemeinsam mit dem Landesgesundheitsamt einen „Leitfaden zur standardisierten Befunderhebung und Dokumentation zahnmedizinischer Angaben im ÖGD“ erarbeitet. Er ist das Ergebnis von Abstimmungen mit den Zahnärztlichen Diensten, Angaben landeseinheitlich zu erheben und zu dokumentieren und schuljährlich an das Landesgesundheitsamt zu übermitteln. Der Leitfaden, der auch Musterformulare für die Zusammenarbeit mit Kindergärten und Schulen sowie Mustermittelungen für Eltern enthält, steht den Gesundheitsämtern im Land Brandenburg zur Verfügung. Er ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung der Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und eine Anregung für die Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex. Für Interessierte ist er als pdf-Datei unter www.brandenburg.de/land/masgf unter „Gesundheit“ als „Leitfaden Zahnärztlicher Dienst“ zum downloaden verfügbar.

Einzelexemplare können im Landesgesundheitsamt Brandenburg, Dezernat 42, Wünsdorfer Platz 3, 15838 Wünsdorf, Fax: 033702/71101 bestellt werden.

Dr. Gudrun Rojas
Fachausschuss ZÄD
MASGF, Ref. 43, ÖGD
Postfach 60 11 63
14411 Potsdam

Praktiker-Handbuch des zahnärztlichen Vertragsrechts

Wiethardt, Bernd: Praktiker-Handbuch des zahnärztlichen Vertragsrechts.
Asgard Verlag St. Augustin,
Loseblattsammlung, 558 Seiten
im Ordner, Preis: 148,- DM zzgl.
Versandkosten;
ISBN 3-537-51599-5

Wer als Zahnarzt tätig ist, ist oftmals auf die Kenntnis der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, Verordnungen, Richtlinien und sonstigen Nebenbestimmungen angewiesen. Jetzt braucht niemand mehr lange zu suchen. Im „Praktiker-Handbuch“ ist alles zu finden. Ein Griff und die Bestimmungen der letzten Zeit lassen sich von A (wie Approbationsordnung) bis Z (wie Zulassungsverordnung) in Augenschein nehmen.

Der Verfasser, Bernd Wiethardt, leitender Verwaltungsdirektor beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, hat sich und seinen Mitarbeiter der Fleißaufgabe unterzogen, alle einschlägigen Bestimmungen der zahnmedizinischen Versorgung auf dem aktuellen Stand vom 1. Januar 2000 zusammenzustellen. In seiner ergänzbaren Form kann das Werk als eine wertvolle Arbeitshilfe u.a. auch für Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dienen.

Gerade wer etwas Weitergehendes sucht oder gutachterlich tätig ist, der findet hier neben Auszügen aus dem SGB V, den kompletten Bundesmantel- und Ersatzkassenverträgen und allen geltenden Behandlungsrichtlinien auch Spezialitäten wie die aktuellen Schiedsgerichtsordnungen, die geltenden Regularien über die Bundes- und Landesausschüsse sowie eine ganze Abteilung mit allen gemeinsamen Rundschreiben, Empfehlungen und Hinweisen der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen. Ein Anhang mit allen einschlägigen Vordrucken rundet das Nachschlagewerk ab. Und der Autor hat zugesichert, das Handbuch auf den jeweils neuesten Stand zu bringen.

Anzeige

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Klaus-Günther Dürr

Lacheweg 42, 63303 Dreieich

Tel. (dienstl.) 06192/201-1121

2. Vorsitzende: Dr. Gudrun Rojas

Bergstraße 18, 14770 Brandenburg

Tel.(dienstl.) 03381/585330, Fax. 03381/585304, G.Rojas@t-online.de

Geschäftsführerin: Dr. Claudia Sauerland

Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna

Tel. (dienstl.) 02303/272653

Schatzmeister: Bernd Schröder, Saarbrückenstraße 36, 24114 Kiel

Tel. u. Fax. 0431/6793336, BSKiel@AOL.com

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. Gudrun Rojas, Bergstraße 18, 14770 Brandenburg a.d. Havel

Ellen Arlt, Parkstraße 22, 17235 Neustrelitz

Dr. Michael Schäfer, MPH, Oberdorfstraße 31, 53343 Wachtberg

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 des Öffentlichen Gesundheitswesens -

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 Grafikschriften 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

Vorankündigung

51. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Rostock-Warnemünde, 3.-5. Mai 2001

In dieser Ausgabe finden Sie u.a. den Veranstaltungsprospekt mit den dazugehörigen Anmeldekarten und Hotelreservierungslisten.

**Beachten Sie bitte den Termin für Reservierungen (Hotelkontingent):
17.1.2000**
