

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

34. Jahrgang / April 2004

1.04

3 EDITORIAL

KONGRESSBERICHT

- 4 Gesundheitspädagogik
- 6 Aktueller Stand der Endodontie

ARBEITSTAGUNG

- 9 Bericht von der BZÖG Arbeitstagung
- 9 Ein Leitbild für den Zahnärztlichen Dienst?

BERICHTE

- 13 50 Jahre Bundeszahnärztekammer
- 14 Symposium „Oral Health and Health Promotion across Europe“ – 20 Jahre WHO Kollaborationszentrum in Erfurt
- 17 Erfahrungen mit der Software Octoware® Gesundheit im Landkreis Bautzen

AKTUELLES

- 16 BZÖG im Internet
- 17 Schöne Zähne: Männer haben Nachholbedarf
- 17 Internationales Weiterbildungsstudium – European Master in Health Promotion

FORTBILDUNG

- 11 Evaluation der Mundpflege in Theorie und Praxis – Ein Forschungsprojekt aus der Pflege

BUCHBESPRECHUNG

- 15 Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie

20 IMPRESSUM



Bild: Sahara Pace

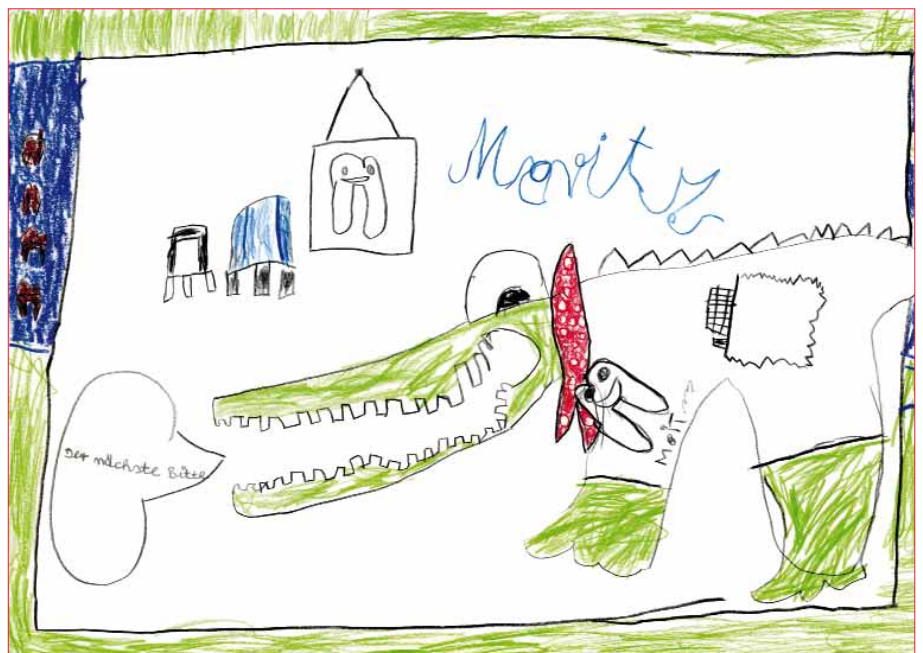


Bild: Moritz

BZÖG

ANZEIGE GABA NEU?

EDITORIAL



Dr. Christoph Hollinger

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat zu Beginn des Jahres im Bereich der Medizin und Zahnmedizin für Akteure wie Patienten eine Fülle von spürbaren Veränderungen ergeben. Hierzu zählen die viel diskutierte „Praxisgebühr“, der neue BEMA mit veränderten Richtlinien, Bonusprogramme und dergleichen mehr.

Es hat sich auch wieder gezeigt, wie schnell Bewegung in politische Entscheidungen kommen kann. Erheblich rascher als erwartet sind die Sozialhilfeempfänger in die GKV überführt worden. Das bedeutet auch Veränderungen für uns, ein Teil unserer Tätigkeit muss neu definiert werden, oder? Gemeinhin vergessen oder verdrängt wird dabei aber Folgendes: Ist es nicht in den letzten Jahren bei den meisten von uns zu einer deutlichen Aufgabenverdichtung gekommen, ohne Ausgleich in puncto Personalressourcen? Ursächlich hierfür sind zwar oftmals Eigeninitiativen, so beispielsweise die Einführung oder Anpassung von Gruppenprophylaxeprogrammen, aber es fand auch zunehmend eine Verlagerung von Aufgaben in die Abteilungen bzw. Sachgebiete statt, die traditionell Verwaltungstätigkeiten waren, z.B. Aspekte der Personalentwicklung, Qualifizierungsplanung und Maßnahmen im Rahmen des Neuen Steuerungsmodells. Der Bereich der Gesundheitsberichterstattung hat sich zudem durch die Aufnahme in die Gesundheitsdienstgesetze sicher nicht verkleinert. Es nutzt nichts, diese Tendenz zu beklagen, vieles davon bringt uns nach vorne, aber es gilt, diese Entwicklungen in unseren Verwaltungen als wichtigen Personalfaktor deutlich zu kommunizieren.

Auch dazu gehören Initiativen im Bereich des Qualitätsmanagements. So wichtig sie auch sein mögen, zum Nulltarif kann es sie keineswegs geben. Die diesjährige Arbeitstagung im Inselhotel in Potsdam hat sich wieder intensiv mit diesem Themenbereich beschäftigt, die Inhalte warten darauf, umgesetzt zu werden, ein Beispiel für ein Leitbild für den Zahnärztlichen Dienst ist als Anregung in dieser Ausgabe abgedruckt.

Ebenso neu in diesem Jahr ist ein erweiterter Service unseres Verbandes. Ergänzend zu den Publikationen in dieser Zeitschrift präsentiert er sich nun auch im Internet unter der Adresse www.bzoeg.de. Dieses Angebot soll unsere Zeitschrift in Zukunft sinnvoll und zeitgemäß ergänzen. Mehr dazu können Sie in dieser Ausgabe und natürlich im Internet selbst erfahren.

Werfen wir noch einen Blick nach vorne, so hoffe ich, dass sich die bisher Unentschiedenen aufrufen können, den anstehenden Kongress in Marburg zu besuchen und die Chance zur qualifizierten Fortbildung und den notwendigen kollegialen Austausch in der alten Universitätsstadt nutzen werden.

Dr. Christoph Hollinger



Gesundheitspädagogik

B. Wulfhorst

National und international wird die Berücksichtigung von edukativen Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsförderung und zur Prävention von verschiedensten Erkrankungen verstärkt gefordert. Diese Entwicklungen führen zu der Frage nach Qualitätskriterien, denn nur wenn gesundheitspädagogische Maßnahmen wissenschaftlich begründet sind und entsprechend festgelegter, evidenzbasierter Qualitätsstandards durchgeführt und evaluiert werden, können tatsächlich Aussagen über die (Langzeit-) Effektivität und Effizienz solcher Programme getroffen werden. Das heißt, dass von einer wissenschaftlich begründeten Gesundheitspädagogik nicht nur die Handlungsebene zu betrachten ist, sondern nur die enge Verzahnung von Theorie und Praxis zu dem Erhalt gesicherter Erkenntnisse bezüglich wirksamer Methoden zur dauerhaften Verhaltensänderung einschließlich deren Effizienz führt. In diesem Beitrag soll verdeutlicht werden, welche Theorien und Modelle gesundheitspädagogischer Interventionen zugrunde liegen können und welche curricularen Voraussetzungen wissenschaftlich begründete gesundheitspädagogische Interventionen erfüllen sollten.

Gegenstandsbereich von Gesundheitspädagogik

Gesundheitspädagogik als ein disziplinärer Zugang zur Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigt sich mit Erkenntnissen und Methoden zur (unmittelbaren und mittelbaren) Beeinflussung des gesundheitsfördernden persönlichen und sozialen Verhaltens von Einzelnen oder Gruppen. Zentraler Gegenstand dieser pädagogischen Teildisziplin ist die Beeinflussung des gesundheitsrelevanten Verhaltens. Je nach Interventionszeitpunkt und -methode ist dann von unterschiedlichen praktischen Anwendungsfeldern auszugehen. Im Bereich der Primärprävention beispielsweise würden gesundheitspädagogische Erkenntnisse und Methoden dann im Sinne einer „Bevölkerungsstrategie“ in den Unterricht an Schulen einfließen können, im Bereich der Sekundär- und

Tertiärprävention ginge es vor allem um den Anwendungsbereich „Patientenschulung“, die im Sinne einer „Hochrisikostategie“ primär auf Verhaltensänderungen bereits mindestens minimal Erkrankter abzielt. Diese unterschiedlichen Interventionszeitpunkte und -zielgruppen sind bei der Festlegung von Zielen, Inhalten und Methoden zu berücksichtigen.

Theorien und Modelle

Vielfach liegt das Problem von Programmen zur Gesundheitserziehung und Patientenschulungen darin, dass gar nicht von einer präzisen Theorie ausgegangen werden kann, sondern lediglich von Hoffnungen, Programmen und Absichtserklärungen. Daraus resultiert, dass auch keine präzisen Prüfhypothesen aufgestellt werden können. Bei einer Untersuchung zu Asthmaschulungen Erwachsener stellte sich beispielsweise heraus, dass die meisten (81%) der 77 analysierten Projekte nicht dargestellt haben, welche pädagogische Theorie der Intervention zugrunde lag. Eine abschließende Darstellung und Diskussion wissenschaftlicher Theorien und Modelle zur Entstehung und Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhaltens und den daraus abzuleitenden Methoden kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Es geht jedoch in den unterschiedlichen Ansätzen darum, sich mit den Grundlagen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens von Individuen auseinanderzusetzen und die verschiedenen Interventionsebenen herauszuarbeiten. Bei verschiedenen Modellen zur Entstehung und Beeinflussung gesundheitsrelevanter Überzeugungen und gesundheitsrelevanten Verhaltens besteht die Gemeinsamkeit, dass sie davon ausgehen, die Antizipation gesundheitlicher Beeinträchtigungen und der Wunsch, diese zu vermeiden, würden die Motivation für die Ausübung von adäquatem Gesundheitsverhalten erhöhen. Ferner wird die Beeinflussung der Handlungsmotivation durch Einstellungen hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, mit der die gesundheitlichen Beeinträchtigungen eintreten werden, und auch durch die Bedeutung der Erwartung, dass eine bestimmte Handlung die Wahrscheinlichkeit und Schwere der Beeinträchtigung beeinflussen kann, in allen Modellen herausgestellt. Nicht zuletzt gehen alle genannten Ansätze davon

aus, dass der subjektiv eingeschätzte Nutzen des gesundheitsförderlichen Verhaltens abgewogen wird gegenüber den zu erwartenden Kosten, die mit diesem Verhalten verbunden sind. Eine Festlegung auf ein zu favorisierendes Modell erfolgt an dieser Stelle nicht, neuere Ansätze sowohl der Gesundheitspsychologie, der Gesundheitssoziologie und auch der Medizinsoziologie versuchen jedoch, Elemente einzelner Ansätze zu integrieren. So stellt beispielsweise das „Sozial-kognitive-Prozessmodell“ von Schwarzer [1992] eine Synthese aus verschiedenen, besonders einflussreichen und empirisch teilweise gut bewährten Konzepten dar. In der aktuellen Fachdiskussion wird dem Konzept der Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitserwartungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben. Hierbei geht es darum, in wie weit sich Personen die erwünschten Verhaltensänderungen zutrauen. Dieses Zutrauen hängt u.a. davon ab, welche Fähigkeiten sie sich zuschreiben und welche Vorerfahrungen vorliegen. Eine Verstärkung von Selbstwirksamkeitserwartungen kann auch von außen erfolgen, indem wichtige Bezugspersonen Zuversicht in die Fähigkeiten des Betroffenen ausdrücken, aber auch durch andere Patienten, die als Modelle wirken und Möglichkeiten der Verhaltenskontrolle aufzeigen. Das Modell Schwarzers berücksichtigt zusammenfassend, dass gesundheitsrelevantes Verhalten weder lediglich durch Informationsvermittlung noch allein durch die Modifizierung von Einstellungen verändert werden kann, sondern in ein Bild von der eigenen Person und in ein Selbstkonzept des eigenen Handelns mit einbezogen werden muß. Ob gesundheitsrelevante Einstellungen tatsächlich verhaltenswirksam werden, entscheidet sich danach, ob sie als wichtiger Bestandteil der Selbstdefinition wahrgenommen werden und inwieweit sie mit anderen Selbstschemata konkurrieren.

Neben den hier kursorisch dargestellten Theorien und Modellen zur Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens sind bei gesundheitswissenschaftlichen Interventionen Theorien und Modelle der Pädagogik, wie z.B. Lerntheorien zu berücksichtigen.

Die praktische Anwendbarkeit des sozial-kognitiven Prozessmodells bei der Konzeption gesundheitspädagogischer

Intervention kann verdeutlicht werden, indem Zusammenhänge mit der eingangs dargestellten Systematisierung von Prävention deutlich werden. Je nach Zeitpunkt (primäre, sekundäre oder tertiäre Prävention) müssen unterschiedliche Schwerpunkte bezüglich Zielen, Inhalten und Methoden präventiver Maßnahmen gesetzt werden. So kommt der motivationalen Ebene der „Bedrohung“ im Sinne von persönlicher Wahrnehmung von Verwundbarkeit und Schweregrad einer Erkrankung im Rahmen primärer Prävention eine andere Bedeutung zu, als im Rahmen der sekundären Prävention. Zu beiden Interventionszeitpunkten ist jedoch die Ebene der Selbstwirksamkeitserwartungen von zentraler Bedeutung, denn nur, wenn Gefährdete bzw. Betroffene sich auch zutrauen, ihnen bekannte Gegenmaßnahmen zur Risikoreduktion in ihr Verhaltensrepertoire zu integrieren, kann eine Umsetzung präventiver Verhaltensmaßnahmen nachhaltig erfolgen. Liegt der Schwerpunkt der Interventionen auf der Verhältnisprävention, steht die im sozial-kognitiven Prozessmodell dargestellte Ebene der objektiven situativen Barrieren und Ressourcen im Vordergrund der Präventionsstrategie.

Curriculare Dimension von gesundheitspädagogischen Interventionen

Die Konzeption einer gesundheitspädagogischen Intervention sollte immer auf einem Curriculum basieren, das die Lernziele, Inhalte und die Methoden reflektiert und dokumentiert. Somit enthält es die Grundstruktur der Schulung und ist eine Voraussetzung für die Qualitätssicherung von gesundheitspädagogischen Maßnahmen. Einem Curriculum kommen explizite Funktionen zu, so hilft es:

- Inhalte, die für alle Adressaten relevant sind, strukturiert und methodisch fundiert zu vermitteln, sowie lernpsychologische Grundlagen adäquat zu berücksichtigen,
- motivationale Lernprozesse gezielt zu fördern,
- ein Gleichgewicht zwischen kognitiven, psychomotorischen und emotionalen Lernzielen herzustellen,
- effektive Kommunikations- und Beratungsstrategien einzusetzen,
- professionelle Schulungs- und Trainingsmethoden auf weniger erfahrene Schulungskräfte zu übertragen,

- mehr Transparenz im Schulungsteam herzustellen.

In einem Curriculum müssen Ziele, Methoden, Inhalte und Medien aufeinander bezogen werden, wobei Voraussetzungen der Adressaten/Patienten (z.B. Diagnose, soziodemographische Voraussetzungen, persönliche Vorerfahrungen, persönliche Ziele) ebenso Berücksichtigung finden müssen, wie die äußeren bzw. strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Räumlichkeiten, Organisation, Gruppengröße, Tageszeit, Dauer...).

Leitideen und Ziele

Ausgehend von den Ergebnissen einer Bedarfsanalyse – z.B. auf der Basis der Ergebnisse epidemiologischer Studien oder statistischer Angaben – sollten die Ziele einer Maßnahme abgeleitet werden. Bei der Festlegung von Zielen geht es vor allem – auch im Hinblick auf die auf dieser Planungsebene bereits mit zu berücksichtigende Evaluation der Maßnahme – um die Frage nach der Operationalisierbarkeit und um eine Orientierung an einer übergeordneten „Leitidee“ beispielsweise von Gesundheitsförderung. Dies kann z.B. die Programmatik der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung sein [WHO 1986]. Hiernach zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Bei der Festlegung von Interventionszielen in Anlehnung an die Zieldimensionen der Ottawa-Charta sollte dann grundsätzlich die Orientierung auf Fürsorge und Betreuung nach Möglichkeit von Strategien zielgruppen- und lebenswelt-spezifischer Aktivierung und Mobilisierung im Sinne der Handlungsstrategien „Enabling“ und „Empowerment“ abgelöst werden, womit die Förderung von Autonomie Vorrang gewönne vor professioneller Kompensation.

Die Aktivitäten von Gesundheitserziehung im Schulunterricht oder in einem Patientenschulungsprogramm müssen zudem auf die Erreichung von konkreteren Lernzielen zugeschnitten sein. Konsens besteht zudem bezüglich der Formulierung von Qualitätsstandards darüber, dass Adressaten (Schüler, Patienten o.ä.) bei der Formulierung dieser Ziele mitgewirkt haben sollen. Der primäre Focus die-

ser Aktivitäten beinhaltet die Vermittlung von Informationen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Förderung von Einstellungen und Verhaltensweisen, die sich auf den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und möglicherweise auch auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems auswirken. So hat eine Patientenschulung vor diesem Hintergrund das Ziel, die Compliance der Betroffenen mit der medizinischen Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeit zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Ergänzend zu dieser Definition geht es darum, den Patienten durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen zu befähigen, informierte Entscheidungen bezüglich Behandlungsoptionen und Lebensführung zu treffen, womit ein direkter Bezug zu der oben dargestellten Leitidee von „Gesundheitsförderung“ der WHO hergestellt wäre.

Ausblick: Zum Verhältnis von Medizin und Pädagogik in der Gesundheitserziehung

In dem gesundheitspolitischen Programm der deutschen Ärzteschaft (Bundesärztekammer 1994, S.31) heißt es zu dem Punkt „Gesundheitsförderung durch Gesundheitserziehung“: „Verhaltensweisen bilden sich in der Kindheit und gerade in der Schulzeit heraus. Frühzeitige Gesundheitserziehung kann daher lebenslang wirken und sollte deshalb Grundlage aller gesundheitsfördernden Strategien werden. Dennoch ist die Gesundheitserziehung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und besonders in der Schule immer noch unzureichend. Die Ärzteschaft fordert, Gesundheitserziehung in Kooperation mit Ärzten als Pflichtfach in die Lehrer- und Erzieherausbildung und als Unterrichtsstoff lehrfachübergreifend in den schulischen Alltag aufzunehmen. Im Hinblick auf praktische Präventionsbemühungen ist es eine besondere Aufgabe der Ärzteschaft, sich aktiv an Gesundheitserziehungsmaßnahmen in Kindergarten, Schule, Ausbildungsstätten und Sportvereinen zu beteiligen.“ Auch Pädagogen und Sozialwissenschaftler plädoyieren für eine Kooperation von Lehrern und Ärzten. So weisen Ergebnisse von Modellversuchen darauf hin, dass ein gemeinsamer Gesundheitsunterricht im Team

die Aufmerksamkeit der Schüler auf gesundheitliche Themen stark fördere. Diese allgemeinen Ausführungen zum Verhältnis von Medizin und Gesundheitspädagogik führen zu dem Schluß, dass beide Seiten von dem jeweiligen Spezialwissen profitieren könnten und eine stärkere Integration der jeweils anderen Disziplin in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pädagogen bzw. Ärzten entscheidend zur Steigerung der Wirksamkeit von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen beitragen könnte.

Korrespondenzadresse:
Apl. Prof. Dr. rer. nat.
Britta Wulfhorst
Königsbergerstraße 11
49076 Osnabrück

- Literatur bei der Verfasserin -

Aktueller Stand der Endodontie

F. Al Marrawi, M. Hannig

Die Zahl der Wurzelkanalbehandlungen nimmt jährlich zu. Allein in den USA wurden bereits 1995 mehr als 40 Millionen solcher Behandlungen durchgeführt (Ruddle 1996).

Bei jeder Wurzelkanalbehandlung sollten die Aufbereitungslänge bestimmt werden, die Wurzelkanäle aufbereitet, desinfiziert und anschließend abgefüllt werden. Diese Schritte sind der Schlüssel zum klinischen Erfolg jeder Wurzelkanalbehandlung und sollen im folgenden näher betrachtet werden.

Längenbestimmung

Die exakte Bestimmung der Wurzelkanallänge und daraus folgend der endodontischen Arbeitslänge stellen eine wichtige Voraussetzung für die effektive Reinigung, Aufbereitung und das Abfüllen des Wurzelkanals dar.

Die Ermittlung der Arbeitslänge mittels einer Röntgenmessaufnahme ist aufgrund möglicher Projektionsfehler und der komplexen Anatomie des Wurzelkanals sehr problematisch (Leddy et al. 1994, Rushton et al. 1995, Pratten et al. 1996).

Da der Durchschnittsabstand zwischen dem röntgenologischen Apex und der apikalen Konstruktion im Mittel 0,89 mm beträgt, wird die Arbeitslänge (AL), die in der Regel am Foramen Physiologicum (apikalen Konstruktion) enden soll, anhand des Röntgenbildes auf 1 mm vor dem röntgenologischen Apex festgelegt. Ist eine Osteolyse auf der diagnostischen Aufnahme festzustellen, kann die AL schätzungsweise bis auf 2 mm vor dem Apex verlegt werden (Walton und Torabinejad 1989). Die so geschätzte Arbeitslänge entspricht oft nicht der tatsächlichen Anatomie des Wurzelkanals, denn der Abstand zwischen dem röntgenologischen Apex und der apikalen Konstruktion unterliegt einer großen Streubreite und kann zwischen 0,07 und 3 mm betragen. Die daraus resultierende Über- oder Unterinstrumentierung stellen ein klinisch relevantes Problem dar. Die Lösung dieses Problems könnte in der Verwendung von Endometriegeräten liegen. Diese Geräte sollen

durch die Messung des konstanten elektrischen Widerstands zwischen dem Desmodont und der oralen Schleimhaut eine korrekte Bestimmung der Arbeitslänge ermöglichen (Surmont et al. 1992).

Schon seit den 60er Jahren besteht die Möglichkeit der elektrischen Bestimmung der AL als Ergänzung zur Röntgenmessaufnahme (Sunada 1962). Bis heute sind vier verschiedene Generationen von endometrischen Messgeräten entwickelt worden. Bei der ersten Generation sollte über eine Schleimhauptelektrode, die als Lippenclip in die Wangentasche eingehängt wurde, und einem Wurzelkanalinstrument, dessen Spitze mit dem Desmodont als Referenzpunkt in Berührung kam, der Stromkreis geschlossen werden und somit die Arbeitslänge bestimmt werden. Ist das Desmodont durch pathologische Veränderungen an der Wurzelspitze zerstört (Parodontitis apicalis), kann eine derartige Widerstandsmessung nicht durchgeführt werden. In feuchten Kanälen und bei nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum, d.h. wenn das Desmodont noch nicht vollständig ausgebildet ist, kann diese Messung ebenfalls nicht ausgeführt werden (McDonald 1992). Bei der zweiten Generation der Endometriegeräte wurde die Bestimmung der AL im Gegensatz zur ersten Generation nicht mehr mit Gleichstrom, sondern mit Wechselstrom durchgeführt. Damit sollten die ungenauen Messungen, die durch Polarisation der Messinstrumentenspitze entstanden sind, beseitigt werden (Kabayashi 1995). Die Problematik des Desmodontes als Referenzgewebe konnte auch hier nicht beseitigt werden. Die Messung in feuchten Kanälen lieferte immer ungenaue Informationen. Erst bei der dritten Generation der Endometriegeräte konnte die Bestimmung der AL zuverlässig durchgeführt werden. Mit den Geräten dieser Generation werden zwei bei verschiedenen Frequenzen gemessene, absolute Impedanzen rechnerisch (Differenzen- oder Quotientenbildung) in Relation gestellt. Im Wurzelkanal ist die aktive Elektrodenoberfläche, über die der Strom zur Schleimhaut fließt, aufgrund der Isolation durch die Kanalwände klein und konstant. Der Strom kann nur durch die Querschnittsfläche des Wurzelkanals über die im Kanal befindliche Flüssigkeit in

den periapikalen Raum fließen. An der apikalen Konstriktion wird die Wurzelkanalquerschnittsfläche kleiner. Hier erreicht der Elektrodenwiderstand sein Maximum. Sobald die Instrumentenspitze den Kanal verlässt, vergrößert sich die Querschnittsfläche wegen der fehlenden Isolation durch die Kanalwand. Die Elektrodenimpedanz ist demnach im Kanal groß und abhängig von der Wurzelkanalquerschnittsfläche. Sie erreicht an der apikalen Konstruktion ihr Maximum. Da das Desmodont nicht mehr als Referenzgewebe zur Widerstandsmessung dient, sind die Messergebnisse unbeeinflusst von pathologischen Veränderungen bzw. anatomischen Variationen der desmodontalen Fasern (Katz et al. 1996, Fouad et al. 1993). Das Arbeiten im feuchten Milieu stellt kein Problem mehr dar. Die Geräte der vierten Generation sind zusätzlich mit einem Display ausgestattet, das die Bewegung der Wurzelkanalinstrumente im Kanal darstellt und somit die Position ihrer Spitze verfolgen lässt. Die Messung erfolgt nach dem gleichen Prinzip wie bei der dritten Generation.

Bei alleiniger röntgenologischer Bestimmung der Arbeitslänge ist die Gefahr der Überinstrumentierung relativ groß. Mit modernen elektrischen Geräten zur Lokalisation des Foramen physiologicum scheint diese Gefahr und ebenso die Gefahr, infiziertes Pulpagewebe nach periapikal zu verschieben, auf ein geringmögliches Maß reduzierbar zu sein.

Es kann festgehalten werden, dass durch die kombinierte Anwendung von Röntgenmesstechnik und elektrischer Bestimmung der Arbeitslänge eine bessere Annäherung an den idealen apikalen Endpunkt der Wurzelkanalbehandlung erreicht werden kann. Seitenkanäle, Ramifikationen, Perforationen und Wurzelfrakturen, die mit den endometrischen Geräten unentdeckt bleiben und falsch positive Ergebnisse verursachen, werden mit Hilfe der Röntgenaufnahmen diagnostiziert.

Wurzelkanalaufbereitung

Das Ergebnis der endodontischen Behandlung hängt vor allem davon ab, ob es gelingt, die Infektion im gesamten Wurzelkanalsystem effektiv zu verhindern oder zu kontrollieren. Dies macht das Instrumentieren des gesamten Wurzelkanalsystems unerlässlich.

Das ist allerdings mit den zurzeit verfügbaren endodontischen Instrumenten und Geräten nicht möglich.

Die Kontrolle der Infektion in dem komplexen Wurzelkanalsystem mit seinen nicht selten gekrümmten Kanälen, Wurzelkanalverzweigungen und Seitenkanälen kann durch eine rein mechanische Aufbereitung nicht erzielt werden. Daher erfolgt parallel zur mechanischen Instrumentierung des Wurzelkanals eine chemische Aufbereitung (Griesinger et al. 1993). Die Spülung der Kanäle mit NaOCl (3%) während der mechanischen Aufbereitung hat die Aufgabe, die instrumentell nicht erreichbaren Areale im Wurzelkanal chemisch aufzubereiten. NaOCl besitzt antibakterielle und gewebeauflösende Eigenschaften, die es zum fast optimalen Spülmittel in der Endodontie machen (Moorer et al. 1982, Griesinger et al. 1993). Dabei soll auch eine Chelatorpaste (EDTA 15-17%) verwendet werden; sie dient einerseits als Gleitmittel, andererseits zum Auflösen der „smear layer“ an der Kanalwand. Nur bei einer vollständigen Reinigung und Desinfektion kann von einer langfristig erfolgreichen endodontischen Therapie ausgegangen werden. Die Verwendung von NaOCl und Chelatorpasten erfüllt diese Anforderung.

Die Aufbereitung des Wurzelkanals ist der wichtigste Schritt bei der Wurzelkanalbehandlung. Dies ist heutzutage durch den Einsatz von Aufbereitungsinstrumenten aus Nickel-Titan-Legierungen viel leichter und effizienter zu erreichen als mit Stahlinstrumenten.

Aufbereitungsfehler, die bei der Verwendung konventioneller Wurzelkanalinstrumente aus Edelstahl (Elbow-Zip-Effekt, via falsa, Wurzelkanaltransformation und Verlust der Arbeitslänge durch Ledge oder Zip) vorkommen, sind mit Hilfe von Nickel-Titan-Instrumenten, die eine höhere Flexibilität besitzen, deutlich seltener anzutreffen. Im Vergleich zum elastischen Edelstahl hat eine Ni-Ti-Legierung superelastische Eigenschaften. Der so genannte „shape memory effect“ dieser Legierung übertrifft das Formgedächtnis des elastischen Edelstahls. Die Nickel-Titan-Legierungen haben höhere Flexibilität und Elastizität, aber eine geringere Festigkeit und plastische Verformbarkeit als Edelstahl (Merte 2002). Aufgrund dieser Eigenschaften lassen sich die Nickel-

Titan-Instrumente fast problemlos mit Hilfe verschiedener „low/very low torque control-Motoren“ oder Schrittmotoren rotierend bei der Wurzelkanalaufbereitung einsetzen. Eine Vergleichsstudie von Ben Johnson (2002) zeigte, dass ein Edelstahlinstrument in einem Kanal mit 90° Krümmung nach 12 Umdrehungen frakturiert, das schwächste Ni-Ti-Instrument frakturiert im Gegensatz dazu erst nach 400 Umdrehungen.

Zurzeit werden zahlreiche Ni-Ti-Instrumente auf dem Dentalmarkt angeboten. Sie sind im allgemeinen nicht ISO genormt. Ihre Arbeitsteillängen reichen von 1 mm (LightSpeed®) über 8-14 mm (ProTaper®) bis hin zu 16 mm (FlexMaster®); die meisten Instrumente besitzen eine führende, nicht schneidende und abgerundete Spitze, was die Gefahr von Perforationen, Ledge oder Zip bei ihrer Anwendung ausschließt. Ihre Konizität, die deutlich stärker ist als bei den herkömmlichen Edelstahlinstrumenten, dient dazu, die Torsionsbelastung des Arbeitsteils zu reduzieren (Merte 2002). Von der Spitze bis zum Ende des Arbeitsteils ist die Konizität entweder konstant (FlexMaster®) oder variabel (ProTaper®). Die Instrumente des LightSpeed® Systems besitzen keine Konizität, da das Arbeitsteil nach dem Vorbild der Gates-Glidden-Bohrer gestaltet wurde. Durch die größere Konizität der Instrumente erreicht man eine intensive Reinigung der Wurzelkanäle, einen konstanten Austausch der Irrigationslösung bei der Spülung, ein dichtes Komprimieren der Gutta-percha bei der Wurzelfüllung und eine minimierte Kontaktfläche zwischen den Kanalwänden und dem Instrument.

Die Wurzelkanalaufbereitung mit rotierenden Nickel-Titan-Instrumenten bringt zahlreiche Vorteile mit sich:

- Reduktion des „Elbow-Zip- Effektes“
- Weniger Wurzelkanal-Transformation beim Präparieren (Zemener u. Banegas 1996, Tan et al. 2002)
- Weniger Perforationen (Thompson u. Dummer 1997)
- Besserer Erhalt der Kanalgeometrie
- Zeitsparender: Die Arbeitszeit beträgt pro Kanal 3,6 - 8,5 Min. (Griffiths et al. 2001, Thompson et al. 2000),

geht aber auch mit verschiedenen Nachteilen einher:



- Erhöhte Frakturgefahr bei falscher Anwendung
- Deformation durch Klemmen
- Abnutzung
- Erhöhte Kosten
- Schlechte Taktilität
- Ca. 35% der Kanaloberfläche bleiben nicht instrumentiert (Peters et al. 2001)
- Mehr Debris, mehr „smear layer“ (Gambarini et al. 2002, Schäfer et al. 2002).

Da bei jedem Ni-Ti-Instrumentensystem spezielle Anwendungsregeln gelten, hat jedes System spezifische Vor- und Nachteile. Ein kombinierter Einsatz verschiedener Feilen-systeme miteinander soll die Vorteile dieser Systeme vereinigen und gleichzeitig deren Nachteile minimieren. Bei diesem so genannten „Hybrid Konzept“ soll die Instrumenten-sequenz so gewählt werden, dass jedes Instrument effektiv und ohne Risiken arbeitet und dabei einen optimalen Zugang für das nächste Instrument ermöglicht (Walsch 2002).

Empfehlenswert ist es außerdem, die Kanalwände nach der maschinellen Instrumentierung mit Ni-Ti-Instrumenten abschließend manuell mit Hedström-Feilen im Sinne des „circumferential filing“ nachzuarbeiten.

Wurzelkanalfüllung (Obturation)

Ziel jeder Wurzelkanalfüllung ist es, den chemo-mechanisch aufbereiteten Wurzelkanal dauerhaft, dicht und vollständig zu verschließen. Aktuelle Techniken zielen auf eine vollständige Obturation des Wurzelkanalsystems durch biokompatible Materialien in Form eines volumenstabilen Kernmaterials in Verbindung mit einem Sealer ab. Studien haben gezeigt, dass weder Sealer noch Kernmaterialien alleine in der Lage sind, den Wurzelkanal dauerhaft dicht zu verschließen (Wesselink 1995, Skinner und Himel 1987, Schäfer 2002, Wu et al. 1994). Die weich bleibenden Sealer sind löslich und erfüllen nicht die Anforderung an eine dauerhaft dichte Obturation des Wurzelkanals. Sie sind deshalb weder alleine noch kombiniert mit Kernmaterialien für eine adäquate Wurzel-füllung geeignet. Die erhärtenden Sealer allein sind auch nicht in der Lage, den Wurzelkanal dauerhaft bakteriendicht und hermetisch aufzufüllen (Wesselink 1995), da sie bei

größerem Volumen kontrahieren und somit eine ungenügende Wanddichtigkeit resultiert. In Kombination mit einem Kernmaterial erfüllen sie aber im Gegensatz zu den weich bleibenden Sealern die Anforderungen an eine dichte Wurzelfüllung. Dem Sealer kommt lediglich die Aufgabe zu, die Inkongruenzen zwischen dem Kernmaterial und den Kanalwänden zu verschließen (Guldener und Langeland 1982). Das Kernmaterial, das unabhängig von der Fülltechnik die Hauptmasse der Wurzelkanalfüllung ausmachen soll, kann aus Guttapercha oder aus Titan bestehen. Das Naturprodukt Guttapercha, das aus der Milch des Gummibaums hergestellt wird, ist das bekannteste Kernmaterial weltweit. Guttapercha wird abhängig von der Abfülltechnik entweder kalt oder warm in den Wurzelkanal eingebracht. Zwei Abfülltechniken werden heutzutage eingesetzt, um eine Wurzelfüllung mit Guttapercha zu applizieren: Die laterale Kondensation und thermoplastische Verfahren. Beide Techniken verschließen den präparierten Wurzelkanal dauerhaft und dicht gegen Flüssigkeiten und Bakterien und verhindern so eine Passage von Mikroorganismen und bakteriellen Toxinen in das endodontische System. Bezüglich des „microleakage“ wurde zwischen dem thermoplastischen Verfahren und der lateralen Kondensation kein Unterschied festgestellt (Boussetta et al. 2003).

Bei der lateralen Kondensation werden Guttaperchaspitzen kalt in den Wurzelkanal eingebracht und seitlich an der Kanalwand mit Hilfe eines Spreaders kondensiert. Die Wurzelkanalwände werden vorher mit einem Sealer beschickt, um den Kanal vollständig dicht abfüllen zu können. Diese Technik stellt den Goldstandard unter den Abfülltechniken dar, ist aber zeitaufwändig und nicht in der Lage, Seitenkanäle und Verzweigungen abzufüllen. Um diese Nachteile zu kompensieren, können thermoplastische Verfahren zur Wurzelfüllung eingesetzt werden. Bei diesen Verfahren wird erwärmte Guttapercha in den Kanal eingebracht und dort an den mit einem Sealer beschickten Kanalwänden (Skinner und Himel 1987) adaptiert und kondensiert, so dass sie in Verzweigungen und Seitenkanäle eindringen kann.

Die Guttapercha wird bei dieser

Technik entweder portionsweise im thermoplastischen Zustand in den Kanal appliziert und dort kondensiert (Backpacking-Technik) oder als Stift in den Kanal eingebracht und dort von koronal nach apikal erwärmt und mit Pluggern kondensiert (Downpacking-Technik). Des Weiteren kann die erwärmte Guttapercha auf einem Trägerstift aus Kunststoff, in den aufbereiteten Kanal appliziert werden. Der Plastik-Stift hat die Aufgabe, die Guttapercha lateral zu kondensieren. Das System ThermaFil® ist ein Beispiel für diese Technik. Die thermoplastischen Abfüllverfahren können im Gegensatz zu der lateralen Kondensationstechnik nicht in engen Kanälen oder Kanälen mit offenem Apex verwendet werden. Die Überstopfung des Sealers und manchmal der Guttapercha selbst ist bei thermoplastischen Obturationstechniken allerdings nicht auszuschließen.

Titanstifte als Kernmaterialien sind korrosionsstabil und biokompatibel. Sie haben den Nachteil, dass sie nicht kondensierbar sind. Insofern ist die mit Titanstiften zu erzielende Abdichtung des Wurzelkanals klinisch als nicht ausreichend zu bewerten (Schäfer 2000).

Mit den erwähnten Möglichkeiten der modernen Endodontie ist die Behandlung endodontisch erkrankter Zähne leichter und problemlos geworden. Allerdings hängt der klinische Erfolg bei der Anwendung neuer Behandlungsverfahren ganz entscheidend von der Erfahrung des Behandlers ab. Diese Erfahrung kann durch die Vertiefung der theoretischen Kenntnisse und durch praktische Übungen (an extrahierten Zähnen) erfolgen.

Korrespondenzadresse:
Dr. Fuad Al Marrawi
Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie
Universitätskliniken des Saarlandes
66421 Homburg / Saar
Tel.: 06841-162 4962
Fax : 06841-162 4954
e-Mail: zkmarr@uniklinik-saarland.de

- Literatur bei der Redaktion -

Bericht von der BZÖG Arbeitstagung

Die Arbeitstagung des BZÖG am 6. Februar in Potsdam stand unter den Themen „Neue Aspekte der Fluoridierung“ sowie „Ergebnisse und Auswirkungen des Qualitätsmanagement-Prozesses für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Sie knüpft damit an die Tagung im letzten Jahr und den vom BZÖG im Jahr 2001 begonnen Prozess der Qualitätsverbesserung der im ÖGD erbrachten Leistungen an. Verbandsmitglieder sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ZÄD haben damit eine Starthilfe zur Auseinandersetzung mit dieser Thematik erhalten. Der eingeleitete Prozess ist weiter gegangen und die entwickelten Selbstbewertungsfragebögen und Hinweise zur Bearbeitung und Auswertung können nunmehr in den Gesundheitsämtern eingesetzt werden.

Basierend auf dem „Leitfaden zur Selbstbewertung nach dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) für Zahnärztliche Dienste“ aus 2003, hat der BZÖG Vorstand zwei weitere Arbeitspapiere entwickelt. Federführend stellte Herr Dr. M. Schäfer den Teil: Selbstbewertung –Umsetzung des Leitfadens nach dem EFQM-Modell für Zahnärztliche Dienste vor. Das Ausfüllen der Fragebögen ermöglicht eine Standortbestimmung und hilft, Richtung und Prioritäten für die Zukunft zu bestimmen. Es zeigt, ob alle Mitglieder eines Teams, einer Gruppe, eines Dienstes dieselbe Vorstellung von den Leistungen und Schwächen der „Organisation“ haben und stellt sicher, dass die Belastungsgrenze nicht durch zu viele Verbesserungsmaßnahmen überschritten wird! Dies geschieht anhand der Einteilung von 50 Fragen in je 4 Kategorien und ermöglicht das Erkennen von „Stärken“ und „Verbesserungspotentialen“. Zu berücksichtigen ist, dass viele Organisationen mit ihrer Bewertung bei etwa 20%, exzellente bei etwa 50% und Organisationen von Weltklasse bei etwa 75% liegen.

Frau Dr. Sauerland stellte zusammenfassend die Ergebnisse einer Befragung zum Stand des Qualitätsprozesses in den Ländern dar. Sie zeigte beispielhaft, dass die Erstellung von Leitbildern, Zielvereinbarungen und

Ein Leitbild für den Zahnärztlichen Dienst?

Mitte der neunziger Jahre ist in vielen Behörden Deutschlands eine groß angelegte Verwaltungsreform gestartet worden. Begriffe wie Organisationsentwicklung und Controlling haben unter dem Motto der „Neuen Steuerung“ die Runde gemacht, Output und Outcome, Ressourcensteuerung und Kostenrechnung sollten nicht mehr allein der Industrie vorbehalten sein, Qualitätskontrollen und Qualitätssicherung im Öffentlichen Dienst die Regel werden.

In diesem Zeitraum ist durch die aktuelle Gesetzgebung auf Bundes- und Landesebene (SGB V bzw. ÖGD-Gesetze) die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen festgeschrieben worden – nicht zuletzt deshalb befasst sich der BZÖG seit mehreren Jahren mit dieser Thematik.

Unsere Zahnärztlichen Dienste als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in die o. g. Prozesse eingebunden und mehr oder weniger stark beteiligt worden.

Mit Hilfe eines auf Arbeiten der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen basierenden und von der Autorin weiterentwickelten Fragebogens sollte der Stand der Umsetzung

Personalentwicklungssystemen heute bereits einen breiten Raum in den Kommunen einnehmen (s. nächster Artikel).

Weiterhin hatte der Vorstand einen Arbeitsentwurf eines „Qualitätshandbuchs für Prozesse und Produkte im Zahnärztlichen Dienst“ vorbereitet, der in der anschließenden Workshoparbeit von den Landestellenleitern/innen und anwesenden BZÖG-Mitgliedern ergänzt und präzisiert wurde.

Für den wissenschaftlich-fachlichen Fachvortrag konnte Herr PD Dr. St. Zimmer von der Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf gewonnen werden.

Dr. Klaus-Günther Dürr

der Prozesse zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement in den Zahnärztlichen Diensten der verschiedenen Bundesländer ermittelt werden.

Die Antworten, die von Zahnärztlichen Diensten aus allen Bundesländern vorliegen, spiegeln das folgende Bild wider:

Der Prozess der Umstrukturierung und der Reform der Verwaltungen ist bei weitem nicht abgeschlossen und stellt sich in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich dar. Ebenso unterschiedlich ist unabhängig vom Bundesland das Vorgehen bei diesen Reformprozessen. Während für einen Teil der Verwaltungen die Veränderung der Aufbauorganisation und Controlling mit einer Definition der Dienstleistungen Ausgangspunkte der „Neuen Steuerung“ gewesen sind, haben im anderen Teil Zielsysteme, Kontrakte und Personalentwicklung zunächst den größten Raum eingenommen.

Wenig verbreitet ist – zumindest bei den Gesundheitsdiensten – der direkte interkommunale Vergleich, in fast allen Verwaltungen steht die Einführung des kaufmännischen Rechnungswesens noch bevor.

Auffällig bei der Auswertung der Fragebögen ist weiterhin, dass längst nicht alles, was in der allgemeinen Verwaltung bereits umgesetzt wird, dem entsprechend im Gesundheitsamt und damit in den Zahnärztlichen Diensten eingeführt worden ist. Beispielhaft seien hier genannt die Festlegung eines Zielsystems oder die Definition eines Leitbildes.

Für den Einstieg und die Umsetzung eines Qualitätsmanagement-systems stellt die Definition eines Leitbildes ein zentrales Element dar.

Ein solches Leitbild sollte die Kultur und die Visionen für die tägliche Arbeit aufzeigen, es kann motivieren und die ethische Verpflichtung zur Qualität bei unserer täglichen Aufgabenerledigung deutlich machen.

Schließlich kann ein Leitbild Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter überzeugen, in den Qualitätsmanagement-Prozess einzusteigen und aktiv daran mitzuarbeiten.

Vor diesem Hintergrund soll das im Folgenden vorgestellte Leitbild aus dem Zahnärztlichen Dienst im Kreis Unna als Anregung, Diskussionsgrundlage und Beispiel dienen.



„Mundgesundheit für alle“

Dieses **Leitziel** der Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes im Kreis Unna wird in dem im Folgenden dargestellten **Leitbild** konkretisiert.

Eine Vielzahl der Grundsätze der aktuellen Kreisgesundheitsklärung finden sich in diesem Leitbild wieder. Im Sinne dieser Kreisgesundheitsklärung erkennen wir an, dass bestmögliche Gesundheit zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört.

Erhalt und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen im Kreis Unna zeichnen den Weg vor, den wir nach besten Kräften, also mit einer möglichst hohen Qualität unserer Arbeit, verfolgen wollen.

Insbesondere auf folgenden ethischen Grundsätzen basiert unser Handeln:

- Chancengleichheit
- Solidarität
- Soziale Gerechtigkeit
- Besonderer Schutz von Hilfebedürftigen

In diesem Sinne ist unser Handeln in den von uns angebotenen und erbrachten Leistungen und Produkten

- Anbieten und Durchführen gesundheitsfördernder und prophylaktischer Maßnahmen im Sinne von primär-primärer, primärer, sekundärer und tertiärer Prävention,
- Gutachterliche Stellungnahmen,
- Beratung, Information und Aufklärung,
- Projektbeteiligung und
- Individuelle zahnärztliche Betreuung, geprägt von diesen Leitlinien:

1. Den gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen, die den Schwerpunkt unserer Tätigkeit ausmachen, liegt das Konzept der Salutogenese (Erhalt der Gesundheit) zu Grunde. Hiernach zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit nachhaltig zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (sog. Oral self care). Dieser Orientierung wird in heutigen Konzepten der Vorrang vor professioneller Fürsorge und Betreuung (Verhinderung von Krankheit = pathogenetischer Ansatz) gegeben.

2. Die Chancen für eine gute Mundgesundheit sind nicht gleich verteilt. Einige wenige Bedürftige tragen die Hauptlast der Munderkrankungen. Es sind dies Kinder und Jugendliche, die sich in schwierigen Lebensumständen befinden. Die Bemühungen des Zahnärztlichen Dienstes zielen darauf ab, diese Ungleichheit durch weitestgehende Flächendeckung der Maßnahmen zu verringern und somit Sozialkompensation zu leisten, insbesondere dort, wo durch andere Stellen keine Hilfe angeboten werden kann (Grundsatz der Subsidiarität). Dazu nutzen wir unsere Möglichkeiten des breiten Zugangs zu pädagogischen Einrichtungen, der eine „aufsuchende“ Betreuung zulässt, so dass auch Kinder und Jugendliche, die nicht rechtzeitig in die Zahnarztpraxen mit ihrer „Kommstruktur“ gelangen, davon profitieren.

3. Unsere Leistungen werden zielgruppenorientiert und adressatengerecht erbracht: vor allem bei Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (Eltern und Sorgeberechtigte) aber auch bei den diese beratenden Berufs- und Multiplikatorengruppen wie Erzieher/innen, Kinderpfleger/innen, angehenden Erzieher/innen, Lehrer/innen, Altenpfleger/Innen und Hebammen und Geburtshelfern.

4. Durch die Durchführung aller Maßnahmen nach aktuellen anerkannten Standards und Grundsätzen sowie wissenschaftlich fundiert in Struktur, Prozess und Ergebnis sollen unsere Leistungen gleichermaßen effektiv und effizient sein. Die Qualität unserer Arbeit wollen wir im Prozess des Qualitätsmanagements ständig verbessern.

5. Im Kontakt mit den Menschen im Kreis Unna leisten wir die Arbeit bürger- und damit dienstleistungsorientiert, d.h. im Umgang mit den Bürgerinnen und Bürgern verbindlich, mit der gebotenen Freundlichkeit und Höflichkeit, in unserem Verwaltungshandeln unbürokratisch und flexibel, dabei kompetent und gesetzeskonform. Im Bereich der gutachterlichen Stellungnahmen bestimmen außerdem die Grundsätze der Neutralität, Objektivität und die Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes unser Handeln. Wir verstehen es als unsere natürliche Fürsorgepflicht, die Bürger/innen in ihren Fragen zu beraten und sie somit insbesondere als Verbraucher/innen bzw. Konsumenten/innen

von Gesundheitsdienstleistungen zu schützen, indem wir sie darin unterstützen, mündige Patient/innen zu werden.

6. Wir suchen und nutzen bestehende Gremien und Kooperationsmöglichkeiten, wie z.B. den Arbeitskreis Zahngesundheit Westfalen Lippe im Kreis Unna, um durch die Einbindung vieler Verantwortlicher und durch Koordination Synergieeffekte zu erzielen.

7. Dabei wollen wir unsere Aufgaben unter ökologischem Einsatz der verwendeten Ressourcen erledigen, um die Umwelt zu schonen. Wir orientieren uns an den Umweltleitlinien des Kreises Unna, deren Einhaltung regelmäßig im Rahmen des Öko-Audits überprüft wird.

Durch Weiterentwicklung dieses **Leitbildes** und die konsequente Verfolgung der dargestellten Grundsätze wollen wir als Zahnärztlicher Dienst mit dazu beitragen, die Lebensqualität der Menschen im Kreis Unna nachhaltig zu verbessern.

Korrespondenz-adresse
Dr. Claudia Sauerland
Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz
Zahnärztlicher Dienst
Platanenallee 16
59425 Unna

Evaluation der Mundpflege in Theorie und Praxis – Ein Forschungsprojekt aus der Pflege

T. Gottschalck

Teil II

b) Literaturstudie Beurteilung der Wirkung einiger häufig verwendeter Pflegemittel

Kamille

Im Ergebnis der Befragung ist die Kamille das von Pflegenden eines der am häufigsten verwendete Mittel zur Mundpflege. Kamille wird in deutschen Pflegeeinrichtungen bei nahezu allen Mundproblemen eingesetzt. Auch in der deutschsprachigen Pflegeliteratur wurde Kamille als das am häufigsten genannte Produkt ermittelt [23]. Beispielhaft seien als Anwendungsvorschläge genannt: Reinigung des Mundes, wenn die Zähne nicht geputzt werden dürfen [4], bei Mukositis als unspezifisches Mundspülmittel [15], zur Reizminderung im Respirations-trakt, entzündungshemmend, Schutzschicht legt sich auf die Schleimhaut, wundheilungsfördernd, antibakteriell [34], Beruhigung der Schleimhaut, wirkt austrocknend [42], bei Mundtrockenheit [63], Kamillolosan bei großflächigen Schleimhautdefekten [60].

Darüber hinaus lassen sich leicht auch aus anderen Fachgebieten weitere Publikationen über Kamille auffinden, die das Wirkungsspektrum durch Labor- und Tierstudien bestätigen [28, 46, 59].

Zum Nachweis antibakterieller Eigenschaften dienten zwei Laborstudien [12, 53].

Nur wenige Studien haben die Anwendung im Mundbereich ließen sich lediglich drei Studien nachweisen [10, 17, 34] deren Qualität zudem beträchtlich differiert.

Zusammenfassende Bewertung:

In Labor- und Tierexperimenten konnten vielfältige Wirkungen einzelner Bestandteile der Kamille nachgewiesen werden. Der Effekt einer spezi-

fischen Anwendung im Mundbereich wurde jedoch bisher nicht ausreichend durch Studien bewiesen. Es liegen zu wenige Studien vor und die qualitativ am höchsten zu bewertende Studie [17] erbrachte keinen Wirkungsnachweis zur Verminderung der durch Chemotherapie induzierten Mukositis. Die meisten der der Kamille zugeschriebenen Eigenschaften auf die Mundhöhle wurden nicht überprüft. Die Wirkung der Kamille bei speziellen Mundproblemen sollte unbedingt weiter erforscht werden – auch unter dem Aspekt der steigenden Beliebtheit natürlicher Produkte. Eine großzügige Anwendung bei nahezu allen Mundproblemen, wie sie gegenwärtig erfolgt, scheint nicht gerechtfertigt.

Salbei

Für die Anwendung von Salbei findet man in der deutschen Pflegeliteratur viele Möglichkeiten: zur Soorprophylaxe [9, 19, 41, 49], Parotitisprophylaxe [9, 19], sowie als Mittel mit entzündungshemmenden Eigenschaften [6, 16, 22, 34, 38, 50, 55, 63] und gerbender, adstringierender Wirkung [6, 34, 38, 63]. Außerdem wirkt Salbei bakteriostatisch/antibakteriell [34, 38, 45, 50, 63], bei eitrig fauligen Erkrankungen [27], antiviral [34, 45], sowie fungistatisch [38]. Während einige Autoren der Anwendung von Salbei eine austrocknende Wirkung zuschreiben [16, 22, 27], empfehlen andere eine Anwendung bei Trockenheitsgefühl im Mund [9, 48] und zur Förderung des Speichelflusses [63].

Auch zur Reinigung bei Schleimhautbelägen [6, 9, 16, 27, 48, 56], Mundgeruch [9], Haargefäßblutungen [34] und leichten Schmerzen soll eine Wirkung bestehen [9, 34].

Außerhalb der Pflegeliteratur werden in einem Standardwerk über Teedrogen [62] dem Salbei ebenfalls antiphlogistische, fungistatische, virustatische, adstringierende, sekretionsfördernde sowie schweißhemmende Wirkungen zugeschrieben. Der Autor bemerkt, dass der Einsatz der Droge empirisch erfolgt und dass pharmakologische Prüfungen einzelner Inhaltsstoffe noch ausstehen.

Die Rote Liste [44] nennt als Indikationen Entzündungen der Mund- und Rachenschleimhaut und warnt vor einer Anwendung von mehr als 14 Tagen wegen seines Thyongehaltes.

Nur wenige Studien [12, 39, 53]

konnten identifiziert werden, welche die Wirkung von Salbei untersuchten.

Zusammenfassende Bewertung:

Es liegen zu wenige Studien vor, die zudem widersprüchliche Ergebnisse aufweisen, um die Wirkung von Salbei auf die Mundschleimhaut beurteilen zu können. Außerdem wurden in den identifizierten Studien nur die antibakteriellen Eigenschaften untersucht, die anderen genannten Eigenschaften des Salbei sind unerforscht.

Die klinische Effektivität sollte in klinischen Studien überprüft werden um spezifische Wirkungen zu messen, zum Beispiel hinsichtlich Prävention oder Kontrolle von Plaque, Gingivitis, Mukositis.

Glycerin, Citroglycerin, Glycerin-Lemon Sticks

Wie das Ergebnis der Befragung zeigt, werden in der Praxis diese Produkte sehr häufig zur Säuberung des Mundes sowie zur Erhaltung der Feuchtigkeit des Mundes auch in der postoperativen Pflege als Lösung oder als gebrauchsfertige Glycerin-Lemon Sticks (Glycerin-Zitrone-Stäbchen) verwendet. Auch in der Literatur finden sich Empfehlungen zur Anwendung [6, 11, 48, 54, 65]. Überwiegend werden diese Produkte jedoch wegen erosiver und austrocknender Wirkung auf die Zahnschleimhaut einschränkend oder ablehnend bewertet [4, 15, 16, 31, 38, 42, 63].

In zwei klinischen Studien [21, 40] wurden Glycerin-Lemon Sticks mit anderen Produkten verglichen: ein mit künstlichem Speichel getränktes Watte-stäbchen (Moi-Stir), sowie ein in klarem Wasser getränkter Schaumstoff-Applikator (toothette).

Zwei Laborstudien [8, 36] untersuchten die erosive Wirkung der Glycerin-Lemon Sticks auf die Zahnschleimhaut.

In zwei weiteren klinischen Studien [61, 64] wurde eine Lösung aus Glycerin und Limonensaft (Citroglycerin) hinsichtlich der Wirkung auf die Mundschleimhaut geprüft.

Zusammenfassende Bewertung:

Unter Einbeziehung auch der früheren Studien [61, 64] konnten dem Produkt Glycerin-Lemon (Citroglycerin), angewendet als Lösung oder in Watte-stäbchen getränkt, schädigende Eigenschaften nicht sicher nachgewiesen werden. Eine Überlegenheit gegenüber

anderen Produkten konnte auch nicht ermittelt werden. Die qualitativ hochwertige Laborstudie [8] wies die Unbedenklichkeit von Glycerin-Zitrone-Stäbchen (Pagavit) nach. Wenngleich die Sticks zur Plaquebeseitigung wenig geeignet sind, können sie trotzdem zur Mundhygiene vorübergehend eingesetzt werden, wenn der Gebrauch einer Zahnbürste schwierig ist. Alternativ können zur Anfeuchtung und Reinigung der Mundschleimhaut Wattestäbchen, getränkt mit künstlichem Speichel, empfohlen werden. Die in den Studien als Vergleichsprodukt verwendeten Wattestäbchen (Moi-Stir) enthalten Sorbitol, Natrium carboxymethylcellulose sowie die Elektrolyte Natrium, Chlorid und Kalium in farbloser, pH-neutraler wässriger Lösung mit mildem Mint-Geschmack.

Das Produkt ist in Deutschland jedoch nicht verfügbar.

Dexpanthenol (Pantothensäure, Panthenol, Vitamin B 3)

Als Empfehlungen zur Anwendung finden sich in der deutschsprachigen Literatur: Prophylaxe und Therapie der Stomatitis [5], Aufweichen und Ablösen von Borken und Erhalt der Lippen-geschmeidigkeit [56], Regeneration des Epithels [60], Aphthen [63], Soor- und Parotitisprophylaxe [19]. Die Rote Liste [44] empfiehlt den Wirkstoff, der als Lutschtablett, Lösung zum Einpinseln oder Spülen sowie als Wund- und Heilsalbe angeboten wird, als Adjuvans bei Schleimhautläsionen im Mund- und Rachenbereich.

Es konnten keine Studien zur Anwendung von Dexpanthenol im Mundbereich identifiziert werden.

Butter

Butter wird in der Pflegeliteratur zum Lösen borkiger Zungenbeläge vorgeschlagen [4, 6, 16, 22, 48], auch bei bereits bestehenden Defekten [11] und zur Pflege bei Mund-trockenheit [4, 16, 29, 38]. Auch ein heilender Effekt wird ihr zugeschrieben [4]. Finney et al. berichten über einen kariostatischen Effekt, indem Butter einen schützenden Belag auf dem Zahnschmelz bildet [18].

Neben diesen nur kurzen und unbegründeten Empfehlungen, die zudem meist nicht mit Quellenangaben versehen sind, widmen Kusler & Rambur einen ganzen Journal-Artikel der Anwendung von Butter zur Milde-

rung der Xerostomie. In zwei Fallbeispielen berichten die Autoren, wie Patienten mit Xerostomie infolge Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich ihre Beschwerden (Durchschlafstörungen infolge Mundtrockenheit) mit Margarine oder Butter erfolgreicher lindern konnten als mit kommerziellen Speichersatz-Produkten [33].

Lediglich die der Butter verwandten Produkte Milch und Käse sind hinsichtlich ihrer Eigenschaften auf die Mundgesundheit näher untersucht. In zwei Literatur-Reviews werden die positiven Eigenschaften zusammengefasst [25, 26].

Zusammenfassende Bewertung:

Neben der breiten Anwendung in der Praxis gibt es zahlreiche Empfehlungen, vor allem in der deutschen Pflegeliteratur, zur Anwendung von Butter als Pflegemittel.

Für die Anwendung sprechen der angenehme Geschmack, die leichte Verfügbarkeit bei geringen Kosten (was sich bei der oft chronischen Xerostomie positiv auswirkt), die (scheinbar) längere Wirkungsdauer im Vergleich zu herkömmlichen Speichersatz-Produkten. Nebenwirkungen sind bisher nicht bekannt. Butter enthält neben Fett einige gesundheitsfördernde Inhaltsstoffe, wie Mineralstoffe und Vitamine.

Es fehlt jedoch bis heute eine gesicherte wissenschaftliche Grundlage, um die subjektiven Empfehlungen zu stützen.

Um die positiven Erfahrungen der Pflegenden und die Empfehlungen der Pflegeliteratur zu verifizieren, sollten unbedingt vergleichende klinische Studien durchgeführt werden.

Zahnbürsten, Wattestäbchen, Schaumstoff-Applikatoren, Klemme und Tupfer

Die Befragung zeigte, dass die traditionell verwendete manuelle Zahnbürste das am häufigsten verwendete Instrument zur Reinigung des Mundes und der Zähne ist. Jedoch werden auch (Glycerin-Limon-) Wattestäbchen sowie Klemme und Tupfer häufig zur Mundhygiene sowie speziellen Mundpflege eingesetzt. In einem Review über die Bildung und Kontrolle von Plaque kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Verwendung einer Zahnbürste mit Zahnpasta der Hauptfeiler der Mundgesundheit bleibt [2].

Nur wenige Autoren empfehlen die

anderen genannten Instrumente: Wenn das Putzen und Spülen der Zähne nicht möglich ist, können Wattestäbchen oder Metallzange mit Mullgaze verwendet werden [24]. Ein Schaumstoff-Applikator, angefeuchtet mit klarem Wasser, ist eine effektive Möglichkeit, um die Mundhöhle, die Zähne und die Zunge anzufeuchten und zu reinigen [14]. Zum Auswischen des Mundes können Klemme und Tupfer verwendet werden [38].

Nachfolgend wurden zwölf Studien ausgewertet, die Wattestäbchen (getränkt in verschiedenen pflegenden oder antiseptischen Lösungen), Schaumstoff-Bürsten und Zahnbürsten miteinander verglichen [1, 7, 13, 19, 30, 32, 35, 37, 43, 51, 57, 58]. Die Studien, die aus dem pflegewissenschaftlichen und zahnmedizinischen Bereich stammen, untersuchen die Effektivität dieser Instrumente zur Reinigung der Mundhöhle und Plaquebeseitigung an den Zähnen.

Zusammenfassende Bewertung:

Die Studien zum Vergleich der Wirksamkeit von Mundpflege-Instrumenten wurden häufig mit kleinen und zudem gesunden Probandengruppen durchgeführt. Trotzdem liefern sie eindeutige und übereinstimmende Ergebnisse, dass Wattestäbchen und Schaumstoff-Applikatoren ungeeignete Instrumente zur Mundpflege sind, da sie Plaque-Anlagerungen an den Zähnen nicht ausreichend beseitigen können. Eine Zahnbürste stellte sich stets als das wirksamste Instrument zur Zahnreinigung heraus. Auch bei bewusstlosen, intubierten Patienten ist die Pflege der Zähne mit einer Zahnbürste möglich, wenn eine weiche Kurzkopf Baby- oder Kinderzahnbürste verwendet wird. Zur Säuberung des Mundes bei zahnlosen Patienten können Wattestäbchen oder Schaumstoff- bzw. Schwamm-Applikatoren verwendet werden. Ist die Mundschleimhaut bereits geschädigt oder liegt durch Thrombozytopenie Blutungsgefahr vor, können alternativ bei Patienten mit natürlichen Zähnen Wattetupfer oder Schaumstoff- bzw. Schwamm-Applikatoren, getränkt in Chlorhexidin, verwendet werden. Das Ergebnis der Studie von Borowski et al. [7], nach der auch bei Patienten mit erhöhter Blutungsneigung die Zähne mit einer geeigneten Zahnbürste geputzt werden können, sollte in weiteren Studien

überprüft werden. Als nicht unwesentlich wird von einigen Autoren die Putztechnik und die damit verbundene Schwierigkeit, die Zähne eines anderen Menschen zu putzen, genannt.

In diesem Zusammenhang muss noch erwähnt werden, dass neben der Größe des Borstenkopfes und der Härte der Borsten weitere Merkmale einer Zahnbürste den Erfolg der Mundhygiene mitbestimmen können. Besonders in den letzten Jahren wurden Zahnbürsten mit speziellen Designs entwickelt.

Weiterhin können nach individueller Einschätzung sowohl elektrische oder Ultraschall- als auch manuelle Zahnbürsten beispielsweise durch Griffverlängerung oder -verdickung die Mundhygiene bei bewegungseingeschränkten Menschen optimieren.

Zur Anwendung von Klemme und Tupfer als Instrumente zur Mundpflege konnten, abgesehen von der Einbeziehung von Mull-Gaze in die Studie von Seto et al. [51], keine weiteren Studien gefunden werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie eine ähnliche Effektivität zur Reinigung der Zähne und des Zahnfleisches besitzen wie Schaumstoff-Applikatoren oder Wattestäbchen, jedoch auch ein Verletzungspotential aufweisen.

Schlussbemerkungen

Obwohl die Praxis der Mundpflege in vielen Punkten nicht dem aktuellen Wissensstand entspricht und einige Mängel offensichtlich sind, wird die Qualität von den Pflegenden überwiegend als gut eingeschätzt. Die Mängel sind den Pflegenden offensichtlich nicht bewusst. Das wurde auch nicht anders vermutet, denn die Pflegepraxis spiegelt den Wissensstand der deutschsprachigen Pflegelehrbücher wider.

Viele schwer kranke Patienten werden heute auf Grund des medizinischen Fortschritts wieder gesund. Sie bedürfen deshalb im Krankenhaus einer Mundpflege, die Zahnfleisch und Zähne schützt und gesund erhält. Schäden an den Zähnen oder dem Zahnhalteapparat, die durch vernachlässigte Mundhygiene oder durch ungeeignete Pflegemittel entstanden sind, lassen sich nur schwer oder gar nicht wieder beheben. Dies sollte den Pflegenden stärker bewusst sein.

Für den Praktiker wird ein kritischer Umgang mit der Pflegeliteratur empfohlen. Auch vorhandene Pflegestan-

dards sind kritisch zu betrachten: Sie sind, wenn sie auf traditionelle Pflegeliteratur zurückgehen, nicht Evidenzbasiert.

Als eigenständiges Fachgebiet innerhalb der Gesundheitswissenschaften erhebt Pflege heute den Anspruch, ihr berufliches Handeln zu professionalisieren. Professionelles Handeln setzt, neben anderen Bedingungen, die Anwendung gesicherten Wissens voraus. Weiterhin fordert das SGB V Pflegefachkräfte dazu auf, Forschungsergebnisse in die Praxis zu übertragen und Interventionen zu evaluieren. Mit der am 1.1.2000 in Kraft getretenen Fassung wurden erstmals Evidenzbasierte Leitlinien in der Sozialgesetzgebung verankert, was auch pflegerische Interventionen betrifft [52].

Als dringende Aufgabe zur Entwicklung einer professionellen Mundpflege ist es daher notwendig, Evidenzbasierte Leitlinien bzw. Pflegestandards zu erarbeiten.

Korrespondenzadresse:
Dipl.-Med.-Päd.
Thomas Gottschalck
Schlossgarten 12
39387 Oschersleben/OT Neindorf

- Literatur bei der Redaktion -

50 Jahre Bundeszahnärztekammer

Dieses Jubiläum wurde am 12. November 2003 mit einem Festakt im Konzerthaus Berlin am Gendarmenmarkt begangen. Über 600 Gäste und Repräsentanten aus Wissenschaft, Gesundheits- und Landespolitik nahmen daran teil. Das historische Ambiente des Schinkelschen Schauspielhauses bildete den Rahmen für den Deutschen Zahnärztetag mit Festveranstaltung und wissenschaftlichem Symposium. Bereits am Vortag fand die Bundesversammlung der BZÄK statt.

Der Präsident der BZÄK, Dr. Dr. J. Weitkamp, gab einen geschichtlichen Abriss des Berufsstandes vom „Zahnkünstler“ zum zünftlichen akademischen Beruf. Er erwähnte die ersten Vereinsgründungen im 19. Jahrhundert und wies auf Meilensteine wie die Etablierung der zahnärztlichen Selbstverwaltung mit den Zahnärztekammern in Baden (1906) und Preußen (1912) und die Beseitigung des Dualismus von Dentisten und Zahnärzten nach Einführung des Zahnheilkundengesetzes (1952) hin. 1953 erfolgte die Gründung des Bundesverbandes Deutscher Zahnärzte (BDZ). Interessant ist, dass sich damals unter diesem Dach auch die kassenzahnärztlichen Vereinigungen befanden. 1990 erfolgte die Umbenennung in „Bundesverband der Deutschen Zahnärztekammern“ und 1993 unter Einbeziehung aller Landes-zahnärztekammern in „Bundeszahnärztekammer e.V.“. Weitkamp betonte, dass die Zahnärzteschaft als Berufsstand der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Gesundheit der Bevölkerung verpflichtet ist und einen wichtigen gesellschaftlichen Faktor darstellt. Die Freiberuflichkeit als ein wesentliches Kennzeichen und die Bedeutung der Selbstverwaltung hob er mit Blick in die Zukunft und nach Europa deutlich hervor.

Der Festredner, Dr. W. Schäuble, stellte den Wert der Freien Berufe in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. DGZMK-Präsident, Prof. Dr. H. Weber, sprach sich in seinem Grußwort für einen Schulterschluss zwischen Wissenschaft und Landespolitik aus und würdigte die Zusammenarbeit die sich in den letzten Jahren, z. Bsp. bei der Erarbeitung einer neuen Approbationsordnung, zwischen beiden

Institutionen entwickelt hat. Auch aus Europa kamen Grußworte, vorgetragen von Dr. W. Doneus, Präsident des Zahnärztlichen Verbindungsausschusses zur EU.

In das fachliche Symposium führte der DGZMK-Präsident ein und es folgten 4 Basisvorträge. Prof. Dr. Dr. S. Reinert von der Universität Tübingen den wissenschaftlichen Stand in der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Prof. Dr. P. Schopf (Universität Frankfurt/Main) referierte über Aktuelles in der Kieferorthopädie. Die Prothetik mit all ihren Facetten wurde von Prof. Dr. H. Spiekermann vom Universitätsklinikum Aachen beleuchtet und Prof. Dr. B. Klaiber (Klinik u. Polikliniken für Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten Würzburg) sprach über neuste Entwicklungen in der Zahnerhaltung. Die versierten Wissenschaftler stellten mit modernster Vortragstechnik ihr jeweiliges Fachgebiet vor. Es blieb der Eindruck, dass noch etwas fehlt – die an diesem Tag so oft erwähnte erfolgreiche Prävention kam (noch) nicht zu Wort. Die Entwicklungen werden nicht stehen bleiben und diese Wissenschaftler werden anlässlich des nächsten Jubiläums sicherlich einen Platz bekommen.

Mit Zielstrebigkeit und Beharrlichkeit haben Protagonisten der ersten Stunde wie E. Müller od. F. Linnert die Einheitlichkeit des Berufsstandes durchgesetzt. Das Erbe der Gründungsväter war und ist auch durch Rückschläge gekennzeichnet. Bleibt zu wünschen, dass es unseren Repräsentanten jetzt und zukünftig gelingt, trotz unterschiedlicher Auffassungen pragmatische Lösungen zur Weiterentwicklung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und des gesamten Berufsstandes zu finden.

Wer sich genauer mit der wechselvollen Geschichte der Zahnärzteschaft beschäftigen möchte, dem sei die Festschrift „50 Jahre Bundeszahnärztekammer 1953 – 2003“ ISBN: 3-87652-949-2 empfohlen.

Dr. Gudrun Rojas

Symposium „Oral Health and Health Promotion across Europe“ – 20 Jahre WHO Kollaborationszentrum in Erfurt

Aus Anlass des 20-jährigen Bestehens des deutschen WHO-Kollaborationszentrums „Prävention oraler Erkrankungen“ fand am 25.09.2003 in Jena ein Symposium statt. Referenten aus 7 Ländern erläuterten Präventionsstrategien und zahnärztliche Versorgungssysteme in Europa und stellten die Bedeutung der Mundgesundheit für die Lebensqualität dar.

Professor Dr. P. E. Petersen (WHO/CH) präsentierte die Entwicklung der Mundgesundheit der letzten 20 Jahre in ausgewählten Altersstufen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie die verschiedenen Präventionsprogramme welt- und insbesondere europaweit. Er führte aus, dass die skandinavischen Länder zentralisierte Gesundheitssysteme mit angestellten Zahnärzten haben. Dort gibt es die effektivsten Kariesprophylaxeprogramme, vor allem Schulprogramme, in denen die Schüler zweimal täglich ihre Zähne mit fluoridhaltigen Zahnpasten putzen. Eltern-, Schwangeren- und Kleinkindberatungen sind etabliert. 90% der skandinavischen 12-Jährigen nehmen zahnärztliche Kontrolltermine wahr.

Das Gesundheitssystem in Osteuropa wird momentan dezentralisiert und privatisiert. Die Kariesprophylaxeprogramme, die den Einsatz fluoridhaltiger Mundspüllösungen und Zahnpasten sowie fluoridiertes Speisesalz beinhalten, wurden und werden dadurch stark reduziert.

Europaweit steigen die Probleme für die orale Gesundheit bei Heranwachsenden, die sich durch den Konsum von Softdrinks, Tabak und Alkohol ergeben, stark an. Präventionsprogramme sollten deshalb zukünftig verstärkt multidisziplinär konzipiert werden. Die WHO-Ziele für Kinder der Industrieländer für das Jahr 2020 konzentrieren sich nach wie vor auf die Kariesverbreitung und lauten:

- 80% der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre kariesfrei

- DMFT höchstens 1,5 für die 12-Jährigen

Frau Professor Dr. A. Borutta, Direktorin des deutschen WHO-Kollaborationszentrums, stellte das WHO-Kollaborationszentrum Jena/Erfurt und die inhaltlichen Schwerpunkte der jeweils 4 - 5 Jahre umfassenden Arbeitsprogramme vor. Diese Programme werden zwischen der WHO und dem Bundesgesundheitsministerium abgestimmt. Hierzu gehörten u. a. die ICS-I-Studien, die multinationale gerontologische Studie zur Bestimmung der Mundgesundheit und der Behandlungsnotwendigkeit älterer Erwachsener sowie die Erfurter Karies-Longitudinalstudie, aus deren Ergebnissen ein Modell zur Vorhersage des Kariesrisikos abgeleitet wurde. Die Evaluierung der Gruppenprophylaxe sowie Untersuchungen zur frühkindlichen Karies und die Kooperation mit weiteren WHO-Kollaborationszentren gehören zum Aufgabenspektrum des gegenwärtigen Arbeitsprogrammes

Für interessante Diskussionen sorgte der Vortrag von Herrn Professor Dr. A. Sheiham/UK zur oralen Prävention in Risikogruppen und Bevölkerungsstrategien für Risikogruppen. Bei der Kariesprävention erreichen Präventionsprogramme mehr, wenn sie sich auf die größere Population, nämlich Kinder mit niedrigem Kariesrisiko, richten. Die Basisprävention darf nicht reduziert werden. Wenn die Ressourcen sich überwiegend auf die Kariesrisikogruppen konzentrieren, fehlen die ohnehin knappen Mittel für die Gruppen mit niedrigerem Kariesrisiko – und in einigen Jahren wird diese Gruppe in der Summe mehr Karies entwickeln als die relativ kleine Risikogruppe. Dieser Ansatz ist sicherlich bedenkenswert.

Nach Meinung von Prof. Dr. Sheiham behält ein Kind sein erhöhtes Kariesrisiko sein Leben lang, da das gesamte Umfeld dieser Gruppe sich negativ auf die Gesundheit auswirkt (schlechter Sozialstatus, fehlerhafte Ernährung, wenig Bewegung, hohes Unfallrisiko, Alkohol etc.). Deshalb stellt er den Sinn einer intensiven Diagnostik und Betreuung von Risikopatienten in Frage. Dagegen können Kinder mit niedrigem Kariesrisiko durch Kariespräventionsprogramme ein Leben lang kariesfrei bleiben.

In allen medizinischen Bereichen

gilt: Nur wenn Präventionsprogramme die gesamte Population erreichen, können sie wirklich Krankheit vermeiden. Über 55% der neuen kariösen Läsionen treten bei praktisch kariesfreien Kindern auf (in den Industrieländern sind das 80%). In dieser Gruppe kann Prävention Kosten vermeiden und Gesundheit sichern. Deshalb befürwortet Sheiham Strategien, die sich auf alle Aspekte des Gesundheitsverhaltens beziehen. Karies ist keine isolierte Erkrankung, sondern wird von vielen Faktoren beeinflusst, die ihrerseits auch andere Erkrankungen fördern. Ernährungsfehler verursachen neben Karies Übergewicht, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen etc.. Je erfolgreicher Präventionsstrategien für die Gesamtbevölkerung greifen, desto günstiger werden auch die Gruppen mit hohem Risiko beeinflusst. Gerade in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen müssen seiner Meinung nach möglichst viele Personen durch Basis-Prophylaxestrategien erreicht werden.

Professor Dr. Dr. W. Künzel, erster Direktor des WHO-Kollaborationszentrums Erfurt, referierte über Auswirkungen langfristiger Präventionsstrategien mit Fluoriden auf die orale Gesundheit von Kindern. Neben dem veränderten Muster der Kariesprävalenz, bedingt durch den jahrzehntelangen Einsatz populationsweiter Fluoridierungskonzepte, konnte er zeigen, dass sich europaweit zwei Prävalenzonen – Niedrig- und Hochkariesländer – herausgebildet haben. Der Einsatz von Fluoriden sollte zukünftig populationsbezogen oder zielgruppenspezifisch unter Berücksichtigung der Kariesschwere sowie der prognostizierenden Trendentwicklung entschieden werden. Die Kombination der lokalen Fluoridierung mit einem systemischen Angebot (Salzfluoridierung) hält Künzel für vorteilhaft und empfehlenswert.

Zu Strategien und Organisationsmuster oralprophylaktischer Ansätze im mittleren und höheren Lebensalter referierte der Vizepräsident der BZÄK Dr. D. Oesterreich. Der demographische Wandel der Gesellschaft erfordert eine verstärkte Einbeziehung dieser Zielgruppe in die Prävention. Er sprach sich für eine Vernetzung von oralen mit weiteren Präventionsangeboten aus, die eine integrative Betrachtungsweise der Oralprophylaxe sowie einen Austausch mit anderen Präventions-

bereichen verlangt. Dr. Oesterreich vertrat u. a. die Ansicht, dass die Privatisierung von Zahnbehandlungsleistungen nicht unbedingt zu Verbesserungen der Mundgesundheit führt. Für einen solchen Zusammenhang gebe es bisher wissenschaftlich keine Belege.

Herr Dr. K.-G. Dürr, Vorsitzender des BZÖG und Vorstandsmitglied der DAJ, stellte in seinem Referat die präventive zahnmedizinische Betreuung für Kinder und Jugendliche in Deutschland vor. Dabei ging er insbesondere auf die Entwicklung der Strukturen und den seit 1989 bestehenden bundesweiten Rahmen mit dem § 21 SGB V und seine Erweiterungen ein. Die Verbesserung der Mundgesundheit, als ein Resultat der vielfältigen präventiven gruppen- und individuellen Betreuungsprogramme, belegen die Ergebnisse der bundesweiten epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe. Sie zeigen allerdings auch, dass nach wie vor im Milchgebiss ein hoher Behandlungsbedarf zu verzeichnen ist. Er plädierte für Kontinuität bei der flächendeckenden Umsetzung aufsuchender Betreuungsprogramme und betonte, dass Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig einen hohen Stellenwert haben müssen.

Dr. Gudrun Rojas

Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie

Ätiologie, Diagnose, Therapie
Peter Jöhren u. Gudrun Sartory
Schlütersche GmbH & Co. KG
Hannover 2002
ISBN 3-87706-613-5
Preis: 49,90 EUR



Zahnarztangst und -phobien stellen trotz aller Verbesserungen ein häufig vorliegendes Problem unserer modernen Gesellschaft dar. Dem diesbezüglich ratsuchenden Patienten sollten Zahnärztinnen und Zahnärzte das ÖGD kompetent begegnen können. Grundlage bietet das vorliegende Buch. Es gibt einen umfassenden Überblick zur Problematik beim erwachsenen Patienten und versteht sich zudem als Nachschlagewerk zu grundlegenden und aktuellen Studien.

Dabei erläutert es zunächst das vielfältige und differenzierte Bild von Erkrankungen und ihrer Entstehung. Der Zusammenhang mit der Schmerzproblematik als wesentlichem Aspekt wird eingehend verdeutlicht. Es befasst sich zudem mit der Erfassung des Ausmaßes und der Art zugrunde liegender Störungen anhand geeigneter objektiver und subjektiver Verfahren. Das umfangreichste Kapitel befasst sich mit der Behandlung von Ängsten und Phobien in unterschiedlichen Ansätzen und Verfahren. Den Abschluss bilden vier interessante klinische Fälle und eine Patienteninformation. Es liegt mit dem beschriebenen Buch eine umfassende Bestandsaufnahme zum Thema vor, die hervorragend geeignet ist, die interessierte Zahnärztin/den interessierten Zahnarzt zu befähigen, Patienten mit einer Angststörung oder Phobie ätiologisch einzustufen und kompetent und hilfreich über die verschiedenen Möglichkeiten der Herangehensweise zu beraten und zu betreuen. Obwohl sich das Buch ausschließlich mit Erwachsenen beschäftigt, so ist es doch aus prophylaktischer Sicht im Umgang mit Kindern unbedingt empfehlenswert zu wissen, auf welche Erfahrungen und Traumata Angststörungen ursächlich zurückgeführt werden können, um darauf zu achten, solche Auslöser möglichst zu vermeiden.

Dr. Christoph Hollinger, Hagen

BZÖG im Internet

Einleitung

Als bundesweit organisierter Verein lebt der BZÖG e.V. vom gegenseitigen Gedankenaustausch seiner Mitglieder, wie er zum Beispiel in persönlichen Gesprächen auf regelmäßigen Landesstellentreffen oder dem jährlichen Bundeskongress stattfindet. Daneben stellt die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ Informationen bereit. In Zeiten der schnellen, elektronischen Kommunikation bietet es sich jedoch an, das Internet als Forum für den Gedankenaustausch zu nutzen. Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. ist daher seit Beginn des Jahres 2004 unter der Adresse <http://www.bzoeg.de> im World Wide Web erreichbar.

Zielsetzung

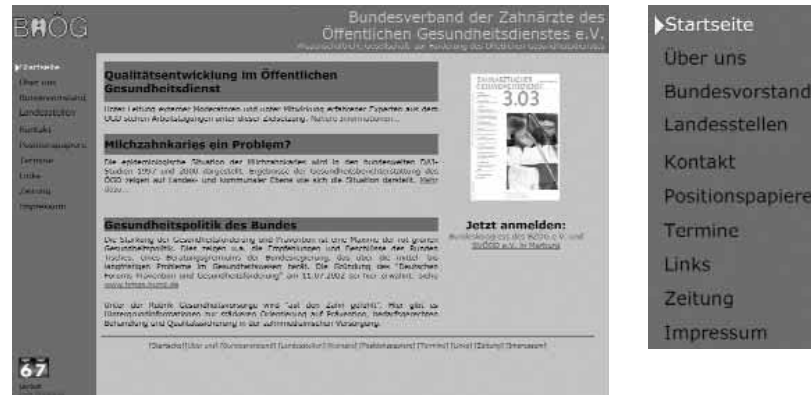
Der Internetauftritt soll einerseits der öffentlichen Präsentation des Verbandes dienen, andererseits aber den Mitgliedern Kontaktmöglichkeiten und Informationsquellen zur Verfügung stellen. Bei der Gestaltung wurde auf eine möglichst einfache, übersichtliche Bedienung geachtet.

Technisches

Die einzelnen Themengebiete sind sowohl über eine Navigationszone, die stets am linken Bildschirmrand an gleich bleibender Stelle dargestellt wird, als auch über Sprungmarken, die sich am Ende einer jeden Seite befinden, per Mausklick erreichbar. In der Navigationszone zeigt ein kleines gelbes Dreieck vor einer weiß geschriebenen Sprungmarke an, welches Themengebiet gerade aufgerufen wurde. Diese optische Rückkopplung setzt eine Aktivierung von „Java Script“ voraus, was durch die Grundeinstellungen der bekannten Internetbrowser gewährleistet wird.

Innerhalb der Seiten verzweigen weitere Sprungmarken auf andere Seiten. Werden dabei andere Themengebiete geöffnet, wird die Markierung in der Navigationszone automatisch angepasst.

Ab einer Bildschirmauflösung von 800 x 600 Pixeln („SVGA“) werden die Seiten optimal dargestellt.



Themengebiete

Auf der „Startseite“ werden Nachrichten aus dem zahnärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienst und das aktuelle Titelblatt der Verbandszeitschrift präsentiert. Im Abschnitt „Über Uns“ werden die Zielsetzungen des BZÖG e.V. der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Adressen und Funktionen der Mitglieder des Bundesvorstandes sind unter der gleichnamigen Sprungmarke erreichbar. Sofern der PC entsprechend eingerichtet ist, kann jeweils per Mausklick ein Emailprogramm gestartet werden, in dessen Empfängerzeile automatisch das jeweilige Vorstandsmitglied eingetragen wird. Im Abschnitt „Landesstellen“ finden sich die Adressen der jeweiligen Leiter und Leiterinnen in einer tabellarischen und einer kartographischen Darstellung. Für jede Landesstelle sind von dort aus Seiten zugänglich, die zur Zeit noch keine über die Adressbekanntgabe hinaus gehenden Informationen enthalten, in Zukunft aber von den Landesstellen mit Inhalt gefüllt werden können. Der Abschnitt „Kontakt“ bietet die Möglichkeit, eine Nachricht an den Redaktionsverantwortlichen der Internetpräsenz zu schicken. Unter „Positionspapiere“ findet sich eine Übersicht der in den letzten Jahren veröffentlichten Stellungnahmen des Verbandes. Im Bereich „Termine“ wird zur Zeit auf den bevorstehenden Bundeskongress verwiesen und eine Möglichkeit zur Anmeldung und Hotelreservierung per Email geboten. Unter „Links“ werden Verweise auf andere Wissenschaftliche Gesellschaften, Vereine, Ministerien und Verbände zur Verfügung gestellt. Inhaltsübersichten und ausgesuchte Artikel des „Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes“ erreicht der Leser im Abschnitt „Zeitung“. Das „Impressum“ enthält schließlich die gesetzlich vorgesehenen Pflichtangaben zur Anbieterkennzeichnung

sowie wichtige rechtliche Hinweise zur Internetpräsenz.

Ausblick

Der Internetauftritt des BZÖG e.V. setzt auf die aktive Mitwirkung der Mitglieder! Aktuelle Themen für die Startseite, Termine, weitere Links und Inhalte für die Seiten der Landesstellen können nur aus dem Kreise der Mitglieder ihren Weg auf die Internetseiten finden. Nutzen Sie diese Gelegenheit und senden Sie Beiträge oder Anregungen per Email an email@bzoeg.de.

Auf den Abschnitt „Internes“ haben ausschließlich Mitglieder passwortgeschützt Zugriff. Die Zugangsberechtigung kann durch eine e-mail an email@bzoeg.de erlangt werden. In diesem Bereich werden Themen dargestellt, die der allgemeinen Öffentlichkeit nicht zugänglich sein sollen.

Ansprechpartner

Bitte senden Sie Ihre Kritik sowie Anregungen zu den veröffentlichten Inhalten an den Redaktionsverantwortlichen (Bernd Schröder: email@bzoeg.de). Mit kritischen Anmerkungen zum Layout wenden Sie sich bitte an den Entwickler des Internetauftritts (Uwe Holtkamp: webmaster@bzoeg.de).

Uwe Holtkamp

Internationales Weiterbildungsstudium – European Master in Health Promotion

Seit vier Jahren entwickelt ein Hochschul-Konsortium aus 13 europäischen Ländern mit Unterstützung der EU-Kommission ein postgraduales Weiterbildungsstudium mit dem Abschluss eines European Master in Health Promotion (EUMAH).

Mit diesem Studienangebot in den Mitgliedsländern der EU soll die angestrebte präventive Orientierung europäischer Gesundheitspolitik durch eine deutliche Erweiterung entsprechend qualifizierter Fachleute in den maßgeblichen Organisationen des Gesundheitswesens unterstützt werden.

Kooperationspartner in Deutschland ist die Hochschule Magdeburg-Stendal.

Das Europa-Institut für Angewandte Sozial-, Human- und Gesundheitswissenschaften der Hochschule bietet den Master-Studiengang in Form eines mediengestützten berufsbegleitenden Fernstudiums mit regelmäßigen zweitägigen Präsenzphasen und ergänzenden Summer schools, Exkursionen und Konferenzen an.

Im Rahmen dieses fünfsemestrigen berufsbegleitenden Teilzeit-Studiums werden grundlegende Kenntnisse im Bereich der Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitsförderung, präventive Handlungsmöglichkeiten auf der Ebene von Organisationen, Kommunen und Regionen in den europäischen Ländern und fachlich methodische Kompetenzen im Bereich Informationsmanagement, Projektmanagement, Planung, Durchführung und Auswertung vergleichender Studien und der internationalen Kooperation und Vernetzung von Praxisprojekten vermittelt.

Für Teilnehmerinnen werden dadurch hervorragende Möglichkeiten eröffnet, in europäischen Kooperationsprojekten, Gremien und Organisationen eine verantwortliche Rolle zu übernehmen.

Verbände, öffentliche Verwaltung und andere Organisationen erhalten durch die Teilnahme von führenden Mitarbeiterinnen und engagierten Nachwuchskräften Zugang zu aktuel-

len Entwicklungen und Planungen einer präventiven Gesundheitspolitik in Europa und zu den Instrumentarien und Methoden europäischer Kooperationsprojekte.

Weitere Auskünfte
Dipl. Päd. Sabine Schaller
Tel.: 0391 - 886 4294
email: sabine.schaller@sgw.hs-magdeburg.de

Schöne Zähne: Männer haben Nachholbedarf

Frauen möchten, dass ihre Zähne natürlich und schön aussehen. Sie legen Wert auf einen attraktiven Mund und meinen, dass sich dadurch ihr Selbstwertgefühl und ihre sozialen Kontakte verbessern. Die Kosten für Zahnersatz spielen, das zeigt die Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie, für Frauen daher auch eine untergeordnete Rolle.

Bei Männern sieht das ganz anders aus. Zwar gewinnt auch bei ihnen gutes Aussehen zunehmend an Bedeutung – jeder fünfte Schönheits-Patient ist inzwischen ein Mann. Ihnen ist es aber wichtiger, sich die Rettungsringe an Hüfte und Bauch entfernen, das Doppelkinn absaugen oder Gesicht und Hals liften zu lassen. Schöne Zähne jedoch finden Männer für sich selbst nicht so entscheidend. Und das, obwohl ein strahlendes Lächeln heute in hohem Maße gleichgesetzt wird mit Gesundheit, Lebensfreude und Attraktivität. Zahnersatz muss funktionieren, seinen Dienst tun und sollte nicht zu teuer sein, so die Meinung der meisten Männer. Leider sieht man diese Einstellung vielen auch an...

Aus „Zahnersatz aktuell“
Kuratorium perfekter Zahnersatz

Erfahrungen mit der Software Octoware®-Gesundheit im Landkreis Bautzen

Leider weiß ich nicht mehr genau, wann wir, die Mitarbeiter des jugendzahnärztlichen Dienstes aus dem Gesundheitsamt des Landkreises Bautzen, von unserer EDV-Abteilung darüber informiert wurden, dass mit Beginn des Schuljahres 1999/2000 das neue Programmsystem Octoware® Gesundheit der Firma easy-soft GmbH Dresden eingeführt wird. Wir steckten gerade tief in den Vorbereitungen für das neue Schuljahr und sahen mit dieser Ankündigung viele, in dieser Arbeitsphase nicht unbedingt willkommene, zusätzliche inhaltliche und organisatorische Probleme auf uns zukommen. Wir waren sehr überrascht!

Gehört hatten wir ja schon viel von dem neuen Programm. Auf Messen und im Rahmen von Workshops hatten wir es uns mehrfach angeschaut und waren vom Leistungsumfang sehr beeindruckt. Aber – wir sollten sofort und ohne eine Vorbereitungsphase damit arbeiten und das so kurz vor Schuljahresbeginn, ein Heißstart, wie man sagte. Da tröstete es uns nur wenig, dass wir eines der ersten Gesundheitsämter in Sachsen waren, das sich in das heute im gesamten Bundesgebiet verbreitete Programm einarbeiten konnte.

Die Einführung von Octoware® verlief, wie erwartet, sehr turbulent. Gerade einmal drei Wochen vor Beginn des Schuljahres 1999/2000 fand die Installation statt. Alle Fachbereiche des Gesundheitsamtes, also neben dem jugendzahnärztlichen Dienst auch der jugendärztliche (schulärztliche) Dienst, der Bereich Infektionsschutz, der amtsärztliche Dienst, die Hygienebereiche Trinkwasser, Beckenbäder und Badegewässer sowie Kommunalhygiene wurden zeitgleich mit dem neuen Programm ausgestattet. Im selben Zug wurde das bisher genutzte Programm, easy-card Gesundheit, außer Betrieb genommen. Man konnte im alten Programm wohl noch einmal nachschauen, aber der Routinebetrieb war nicht mehr möglich! Eine dramatische Situation, aber wir blieben optimistisch. Die Firma easy-soft GmbH Dresden hatte versprochen,

uns nach besten Kräften zu unterstützen und das tat man dann auch.

Die Einweisung in das neue Programm erfolgte in Form von Eintages-schulungen, getrennt nach Fachbe-reichen. Schnell merkten wir, dass die-ser Schulungsumfang viel zu gering war. Noch dazu mussten wir uns einen Schulungstag mit den Mitarbeitern des jugendärztlichen Dienstes teilen. Es reichte gerade mal zu einer ersten Orientierung. Wir konnten einfach nur „reinschnuppern“, mehr war in der Kürze der Zeit nicht drin. Grundkennt-nisse für die Bedienung erwerben, lau-tete die Devise. Da wir durch das alte Programm vorgeprägt waren, versuch-ten wir stets, inhaltliche Vergleiche zu ziehen und uns so zurecht zu finden. Das gelang jedoch nur zum Teil, weil Octoware® wesentlich komplexer und mit viel mehr Plausibilitätsprüfungen ausgestattet war als easy-card. Man konnte nicht mehr frisch drauf los ein-fach Daten eingeben. Ständig melde-te sich das Programm mit irgend wel-chen Hinweisen, die man beachten musste. Dadurch dauerte die Bearbei-tung einzelner Vorgänge zunächst we-sentlich länger, aber aus heutiger Sicht muss man sagen, die Qualität der erfassten Daten ist deutlich besser als im Altverfahren. Nichts desto trotz, einige Schulungsstunden mehr hätten uns sicher sehr geholfen!

Eine weitere Überraschung hielt das Thema Datenkonvertierung für uns bereit. Wir waren davon ausge-gangen, die Mehrzahl der im Altver-fahren vorhandenen Daten nach Octoware® übernehmen zu können, hatten wir doch seit 1994 kontinuier-lich Befunde erfasst. Praktisch wäre das auch problemlos möglich gewe-sen, denn Octoware® verfügt über ent-sprechende Schnittstellen und außer-dem hatte die Firma easy-soft GmbH Dresden geeignete Konvertierungs-programme geschaffen. Das Problem aber lag indirekt bei uns selbst. Wir hatten bisher mit einer speziellen Form von Klassenuntersuchungslisten gearbeitet, auf denen vom untersuch-ten Kind der Kurzbefund (Zahnstatus) sowie Familienname und Vornamen, Geburtsmonat und Geburtsjahr, aber nicht das vollständige Geburtsdatum eingetragen wurde. Kindbezogenen Analysen, die die zweifelsfreie Zuord-nung der über mehrere Schuljahre hin-weg erfassten Befunde zu einem Kind vorausgesetzt hätten, hatten wir bis-

lang nicht durchgeführt. In Octoware® wurde aber, nicht zuletzt wegen der Zielstellung, eindeutige kindbezogene Aussagen treffen zu können, die Erfas-sung der vollständigen Personalien, also vor allem ein komplettes Geburts-datum, gefordert! Für uns bedeutete das zum einen, dass für unseren Fach-bereich keine, also auch keine unvoll-ständigen Altdaten übernommen wer-den konnten und zum anderen, dass wir nach und nach die Personalien al-ler bisher untersuchten und künftig zu untersuchenden Kinder in Octoware® neu erfassen mussten!

In den folgenden drei Wochen ver-handelten wir zunächst erst einmal mit den Kindereinrichtungen, denen wir ja zu erklären hatten, warum wir plötzlich ausführliche Klassen- und Gruppenlisten brauchten, mit vollstän-digen Personalien und wenn möglich, mit Adressangaben. Dann widmeten wir uns der Neuerfassung der Kinder-daten und dem Anlegen von Klassen-listen. In easy-card hatten wir für die Erstellung eine Liste bestehend aus ca. 30 Schülern vielleicht 5 Minuten benötigt. In Octoware® dauerte dieser Vorgang jetzt gut und gern eine Stunde, da ja alle Daten neu einzuge-ben waren und natürlich die Schnellig-keit im Umgang mit Octoware® auf-grund der ganz neuen Bedienungs-abläufe noch fehlte. Sehr bald mussten wir uns eingestehen, unser ehrgeiziges Ziel war nicht zu schaffen, der Octo-ware®-Start für den jugendzahnärztli-chen Dienst mit Beginn des Schuljah-res 1999/2000 musste verschoben werden!

Nachdem sich die Aufregung ein wenig gelegt hatte, merkten wir, das unsere Lage doch nicht ganz so aus-sichtslos war, wie wir angenommen hatten. Die Mitarbeiterin in der Impf-stelle und die Sachbearbeiterin, die die Geburtenmeldungen für den Landkreis erfasste, hatten im Altver-fahren easy-card viele Personen und darunter sehr viele Kinder mit voll-ständigen Personalien eingegeben. Diese Daten waren auch problemlos nach Octoware® konvertiert worden. Darauf konnten wir aufbauen. Wir or-ganisierten die Datenerfassung über die Fachbereiche hinweg neu. Meine Helferin und ich, wir beschäftigten uns unmittelbar mit dem Erstellen von Klassenlisten, die ja die Grundlage für unsere Untersuchungen bildeten. Die Mitarbeiterinnen aus dem Impfwesen

und der Geburtenfassung übernahm-en vorübergehend die Erfassung der Kinderdaten, auf die wir dann zurück-greifen konnten. Leider gelang es uns nicht, die Jugendärzte mit in die Arbeit einzubeziehen. Praktisch untersuchen wir ja die selben Kinder und genau dieser Zusammenhang zwischen ju-gendärztlichem und jugendzahnärztli-chen Dienst wird auch von Octoware® unterstützt. Aber die Jugendärzte ar-beiteten weiterhin auf der Grundlage anonymer Klassenlisten. Zugegeben, auch wir hätten in unserer Not ver-mutlich auf diese Erfassungsvariante zurückgegriffen, aber einerseits gab es 1999 in Octoware® die Möglichkeit der Arbeit mit Kurzbefunden noch nicht und andererseits bedeutete die Erfassung des vollständigen Zahnsta-tus eine deutliche Niveausteigerung der zahnärztlichen Reihenuntersuch-ungen.

Mitte Oktober 1999 war es dann soweit. Nachdem noch einige techni-sche Probleme ausgeräumt worden waren, beispielsweise konnte der von uns zur mobilen Datenerfassung ge-nutzte Laptop nicht mit der zentralen Datenbank in Datenaustausch treten (Replikation), und wir fast täglich in „Telefonkonferenzen“ unser Schulungs-defizit über die Hotline der easy-soft GmbH Dresden auszugleichen ver-sucht hatten, besuchten wir den er-sten Kindergarten. Für die kleine Einrichtung mit knapp 30 Kindern brauchten wir den ganzen Vormittag. Ein riesiger Aufwand, aber wir waren glücklich! Von Tag zu Tag hatten wir mehr Erfolgserlebnisse und das Ver-trauen in die neue Software und in unsere eigene Arbeit wuchs ständig. Aufgrund allgegenwärtiger Sparzwän-ge in den Ämtern hatten wir uns dann auch rasch entschlossen, keine hand-schriftlichen Befundkarteien mehr zu führen, sondern die Daten nur noch in Octoware® zu erfassen.

Nun gehen wir bereits in das „5. Jahr“. Die Befundaufnahme funktio-niert sehr rationell. Die Dateneingabe kann problemlos neben der Unter-suchung durchgeführt werden. Der Zeitaufwand dafür ist gering. Arbeite-ten wir Anfangs gerne mit der Maus, so machten wir die Erfahrung, dass die Eingabe per Tastatur in vielen Fällen doch erheblich rationeller ist.

Die Befundmaske kann im Bereich der sonstigen Befunde (z. B. Anoma-lien, Parodontopatien, Mundhygiene-

status) individuell und selbsttätig er-gänzt und verändert werden. Während der Untersuchung ist es möglich, je-des Kind, jeden Jugendlichen, genaue-stens über seinen Altbefund zu infor-mieren. Notlügen, wie: „die Füllung ist erst vor zwei Wochen raus gefallen“, helfen nicht, wenn wir zeigen können, dass die Füllung bei der Reihenunter-suchung vor einem Jahr schon nicht mehr an ihrem Platz war.

Wir haben uns einen großen Daten-pool bestehend aus ca. 27.000 Kin-dern angelegt, die Datenpflege läuft kontinuierlich und problemlos. Die Kinder werden vom System zu Ablauf des Schuljahres nach Abfrage automa-tisch in die nächsthöhere Klassenstufe umgesetzt. Die Neuerfassung von Personen und Kindern geht nun sehr rationell vonstatten. Leider gelingt es uns aufgrund administrativer Schran-ken nicht, beispielsweise die Einschü-ler aus den Einwohnermeldesystemen zumindest der größeren Orte des Landkreises auf elektronischem Weg zu übernehmen, obwohl Octoware® über eine geeignete Datenschnitt-stelle verfügt.

Das Programm bietet eine große Vielfalt von Auswertemöglichkeiten in Kombination mit verschiedensten Filtern zur statistischen Analyse an, die, durch die Verfügbarkeit aller gän-gigen Parameter (z. B. Sanierungs-grad, DMF-T/dmf-t sowie deren Einzel-komponenten, Anzahl von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ/Dentoprog, verschiedene Möglichkeiten der Einstufungen von Kieferanomalien), fast alle Auswerte-Wünsche befriedigen.

Neu ist die Darstellung eines grup-penbezogenen Kariesrisikos. All diese Auswertungen und Übersichten kön-nen auch vor Ort in den Einrichtun-gen, z. B. für informative Gespräche mit Schulleitungen genutzt werden. Wem die Standardauswertungen nicht ausreichen, dem steht mit dem Gesamtexport der Befunddaten die Möglichkeit offen, anonymisiert nahe-zu alle erfassten Daten - auch einzel-zahnbezogen - in gängige Tabellen-Formate (z. B. Excel, Rich-Text-Format) auszugeben.

Die Firma easy-soft GmbH Dresden reagiert sehr schnell auf Anfragen, hilft unkompliziert bei der Lösung neu auftretender Probleme und liefert für viele Aufgaben und Wünsche prakti-kable Werkzeuge (Exportabfragen etc.). Problemlos können externe Dokumente (z. B. aus Word, inzwi-schen auch aus OpenOffice) per Serienbrieffunktion in den Prozess ein-gebunden werden. Die Arbeit kann durch individuelle nutzer- oder modul-spezifische Filter erleichtert werden.

Die Facharbeitsgruppe Jugend-zahnpflege des BZÖG, Landesstelle Sachsen, hat mit Unterstützung der Firma easy-soft GmbH Dresden einen Leitfaden für die standardisierte Befunderhebung und Dokumentation zahnmedizinischer Aufgaben durch die Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter des Freistaates Sachsen, entwickelt. Er ist Arbeits-grundlage für die Jugendzahnärztli-chen Dienste auf der Basis des Pro-gramms Octoware® und kann bei Bedarf per E-Mail (kathrin.mansfeld@lra-bautzen.de) angefordert werden.

Korrespondenz-adresse

Kathrin Mansfeld
Landratsamt
Bautzen
Gesundheitsamt
Bahnhofstraße 5
02625 Bautzen

ANZEIGE EASYSOFT

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, klaus.duerr59@tiscali.de

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, Sauerland-unna@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-

Rheinhausen, Tel.02065/90585-79 Fax. -72, BSKiel@t-online.de

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

Tel. (dienstl.) 02306/100550, Fax 02331/4731341

Wissenschaftlicher Referent:

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

Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel. (dienstl.) 02306/100550, Fax 02331/4731341

christoph.hollinger@t-online.de

Beirat:

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

Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-Rheinhausen

Tel.02065/9058579 Fax.02065/9058572, BSKiel@t-online.de

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: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, 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 Heraus-

gebers. 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 Bundes-

verbandes nicht zu entsprechen braucht.

Gestaltung:

www.GARDENERS.de

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.

ANZEIGE

KINDERLIEDBÜHNE

120/180MM

ABSTAND

RECHTS 5 mm

UNTEN 14mm