

# ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

35. Jahrgang / Dezember 2005

# Z.05

## 3 EDITORIAL

### ZEIT BIS 1960

- 4 Nur jedes zehnte Kind hat gesunde Zähne
- 4 Fluordragees gegen Zahnfäule
- 4 Karies-Forschungsinstitut in Mainz
- 4 Fluorhaltiger Zahnzement
- 4 Der Weg zum BZÖG
- 5 Gedanken über zahngesundheitliche Aufklärung
- 5 Kariesstatistik

### 1960 - 1970

- 6 Protokoll der BZÖG Vorstandssitzung vom 3.11.1962
- 6 Zahnärztliche Überwachung des Kleinkindes tut Not
- 6 Wie wird die zahnärztliche Betreuung gesichert?
- 7 Kariesprophylaktische Modellversuche
- 7 Die Zukunft des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes

### 1970 - 1980

- 12 Die Weiterbildung der Zahnärzte im ÖGD
- 13 Jugendzahnpflege als Gemeinschaftsaufgabe

### 1980 - 1990

- 14 Möglichkeiten einer sinnvollen Umsetzung des GRG § 21

### 1990 BIS HEUTE

- 17 Stellungnahme zur künftigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen
- 18 Erfahrungen aus der kinderzahnärztlichen Betreuung in der DDR
- 19 Zahnmedizinische Prävention - eine kommunale Aufgabe
- 20 Qualitätsmanagement im ÖGD
- 20 Rückblick eines Außenstehenden
- 21 Chronik der Vorstandsmitglieder des BZÖG

## 24 IMPRESSUM

# JAHRE

**ANZEIGE  
GABA  
BLEIBT WIE  
AUSGABE  
3.05**

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dem vorliegenden Heft halten Sie die Sonderausgabe unseres Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes anlässlich des 50jährigen Bestehens des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. in den Händen.

Mit den Artikeln, Zeitreihen und Dokumentationen möchten wir Ihnen das Tun und Wirken sowie die Geschehnisse im Laufe der letzten 50 Jahre ein wenig nahe bringen. In 50 Jahren hat sich viel verändert. Wie viel, ist dem Vorstand nicht zuletzt durch die Vorbereitungen zur Jubiläumsveranstaltung in Osnabrück und für diese Sonderausgabe aufgefallen. Dennoch würde manch älterer Artikel, in die Worte der heutigen Zeit gekleidet, immer noch auch auf die jetzige Situation passen.

Montesquieu, dem Begründer der Theorie der Gewaltenteilung, wird folgender Satz zugesprochen: „Für seine Arbeit suche man Zustimmung, aber niemals nur Beifall.“ In diesem Sinne geht es beim Rückblick auf 50 Jahre Bundesverband nicht darum, Beifall einzuheimsen, sondern vielmehr um einen Lernprozess, damit wir aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen.

Kariesprophylaxe als allgemeiner Bestandteil der Vorschul- und Schulhygiene ist heute in Deutschland eine Selbstverständlichkeit. Die jetzigen Verhältnisse zeigen im Rahmen der Kariesprophylaxe auf, wie sich in diesem Bereich eine Wandlung des Normalitätsbegriffes vollzogen hat. Hätte man vor 25 Jahren gesagt, dass in nicht allzu ferner Zeit naturgesunde Zähne und Gebisse bei Kindern die Regel seien und nicht die Ausnahmen, so hätte man diese Äußerung als Illusion abgetan.

Heute ist für Zwölfjährige das naturgesunde Gebiss nahezu „normal“. Der spektakuläre Kariesrückgang darf auch der gelungenen konzertierten Aktion all derer, die sich der Verbesserung der Mundgesundheit verschrieben haben, zugesprochen werden, und damit auch uns, den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Über 350 lokale Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege sind beredter Ausdruck einer gelungenen Kooperation und Netzwerkbildung.

Welches sind nun unsere Stärken, mit denen wir die Zukunft gestalten können, um für erwartete und auch überraschende Veränderungen gerüstet zu sein?

Die bereits erwähnte und vieler Orten vollzogene Netzwerkbildung und Kooperationstätigkeit ist für die Zahnärztlichen Dienste alltägliche Routine. Professionsübergreifendes Arbeiten mit Kinder- und Jugendärzten, Ernährungsberaterinnen, Erzieherinnen, Lehrerinnen und Lehrern sowie Gesundheitspädagogen und der Jugendhilfe ist gelebter Alltag.

Projektarbeit, Konzeptentwicklung, Organisationsanalyse, Personalentwicklung, Qualitätsmanagementprozesse, Gesundheits- und Sozialberichterstattung sind ständige Erfordernisse. Mehr und mehr wird es notwendig sein, die in diesen Bereichen erworbenen Kenntnisse und Erkenntnisse lokal, regional und überregional einzubringen.

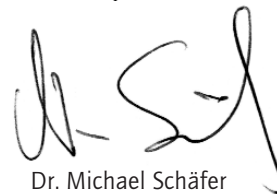
Gemäß unserer Satzung sollte es jedoch unser oberstes Ziel sein, die Verbreitung des Gedankens einer sozialen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf Bevölkerungsebene unter präventiven und gesundheitsfördernden Aspekten zu unterstützen und weiter zu entwickeln. Dies bedeutet nicht mehr – aber auch nicht weniger – als soziale, ökonomische und psychologische Faktoren, die die Gesundheit der Menschen beeinflussen, verstärkt in unsere Arbeit einzubeziehen und die sozialmedizinischen Aspekte der Zahnheilkunde, so wie es uns das Fachgebiet der Sozialmedizin innerhalb der Medizin vormacht, voranzubringen. Analog zur Sozialmedizin wird eine stärkere Gewichtung sozialmedizinischer Aspekte in unserem Fachbereich die Einbindung sozial relevanter Faktoren notwendig machen. Dies hat zwangsläufig zur Folge, sich intensiver mit den Methoden der Epidemiologie, der Soziologie, der Psychologie, der Verhaltenswissenschaften, der Organisationswissenschaften, der Ökonomie, der Dokumentation und der Statistik auseinander zu setzen.

Folgen wir dem uns selbst gestellten Anspruch wird es um die Zukunft der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. gut bestellt sein.

Wir sehen mit Neugier auf die kommende Zeit. In 50 Jahren Verbandsarbeit steckt eine gewaltige Leistung, auf die wir stolz sind. Das Jubiläum ist uns Anlass, uns dessen bewusst zu sein und daraus Mut für die Zukunft zu schöpfen.



Dr. Claudia Sauerland



Dr. Michael Schäfer

## Zeit bis 1960

- 1951 Verband der beamteten und angestellten Zahnärzte (Vaudebezett) gegründet
- 1955 Gründung des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BZÖG)

### Nur jedes zehnte Kind hat gesunde Zähne

Die Schuljugend des Kreises Usingen wurde in den letzten Monaten einer reihenmäßigen Allgemeinuntersuchung unterzogen, deren Ergebnis Schularzt Dr. Bachmann (Bad Homburg) jetzt auswertete, und das zu großer Besorgnis Anlass gebe, wie Kreisschulrat Köth (Usingen) erklärte.

Erschreckend seien vor allem die Zahnschäden, die man bei den Schülern festgestellt habe. Von 2810 untersuchten Kindern hätten 1517 Schülerinnen und Schüler Zahnschäden aufzuweisen, bei denen noch eine Sanierung zweckmäßig erschien. Rechne man jedoch diejenigen hinzu, bei denen beispielsweise durch zu weit fortgeschrittenen Milchgebissverfall keine Behandlung mehr infrage komme, so betrage die Prozentzahl der zahngeschädigten Kinder etwa 95 Prozent.

Die Ursache der großen Zahnschäden führt Dr. Bachmann in erster Linie auf mangelndes Interesse der Eltern an der Zahnpflege ihrer Kinder zurück. Bedauerlicherweise seien überwiegend die ersten bleibenden Backenzähne von der Zahnfäule betroffen. Bei einem Großteil der Sechs- und Siebenjährigen seien diese bereits so zerstört, dass keine Behandlungsmöglichkeit zu ihrer Erhaltung mehr Aussicht auf Erfolg verspreche. Dr. Bachmann weist in seinem Gutachten darauf hin, dass der Überkonsum an Süßigkeiten wesentlich zu dem Zahnverfall bei Kindern beitrage.

Quelle: Frankfurter Rundschau, 06.12.1955

### Fluordragees gegen Zahnfäule

Mit Fluor-Dragees, die in hessischen Schulen ausgegeben werden, konnte die Karies-Ausbreitung in zahlreichen Klassen um 18 Prozent eingeschränkt werden. Nachdem amerikanische Forschungen ergeben hatten, Fluor erhöhe die Widerstandsfähigkeit der Zähne gegen Karies, wurde vor zwei Jahren in Hessen mit einem Großversuch begonnen. In jenen Gebieten, in denen das Trinkwasser weniger als ein Milligramm Fluor je Liter enthält, bekommen die Kinder der ersten drei Schuljahre täglich morgens in der Schule ein Dragee.

Der Leiter der Gesundheitsabteilung im hessischen Innenministerium, Ministerialrat Dr. von Behring, glaubt, die Erfolge könnten noch verbessert werden, wenn es gelänge, die Kinder schon im vorschulpflichtigen Alter in die Fluoraktion einzubeziehen. Zahnärztliche Reihenuntersuchungen ergaben, dass im Durchschnitt achtzig Prozent der Kinder in den ersten Schuljahren schon kariöse Zähne haben.

Quelle: Frankfurter Rundschau, 10.02.1955

### Karies-Forschungsinstitut in Mainz

An der Universität Mainz ist jetzt ein Karies-Forschungsinstitut gegründet worden, das am Mittwoch zum ersten Male mit einer Arbeitstagung an die Öffentlichkeit treten wird. Nach der Auffassung des Instituts ist die Zahnkaries heute ein Problem von weittragender Bedeutung.

Quelle: Frankfurter Rundschau, 18.01.1956

### Fluorhaltiger Zahnzement

In Kassel wird dem Trinkwasser seit mehreren Jahren in sehr kleiner und den Geschmack nicht beeinträchtigender Menge eine Fluorverbindung zugesetzt, die das Entstehen von Zahnfäule (Karies) weitgehend verhindern soll. Den gleichen Zweck verfolgt der Zusatz von Fluor zu einigen Zahnpasten und Mundwässern. Als Neuestes auf diesem Gebiet brachte nun die dentalchemische Abteilung einer Firma einen Spezial-Zahnzement mit Fluorid-Zusatz heraus.

Quelle: Frankfurter Rundschau, 12.04.1956

### Der Weg zum BZÖG

Am 31.10.1949 wurde auf Betreiben von Herrn Dr. Tholuck in Bonn im Anschluss an die erste Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie nach dem Krieg eine erste Versammlung der Jugendzahnärzte durchgeführt, in der ein vorläufiger Ausschuss mit den Vorarbeiten zur Bildung eines Verbandes der beamteten und angestellten Zahnärzte betraut und Medizinalrat Dr. von Donat als ältester aktiver Schulzahnarzt zum Ersten Vorsitzenden ernannt wurde. Mehrere Besprechungen folgten, in denen die Aufgaben und Ziele des neuen Verbandes klargestellt und der Anschluss an den VDZB (Verband der Deutschen zahnärztlichen Berufsvertretungen e.V.) beschlossen wurden. Am 15.2.1951 fand dann in Köln die Gründungsversammlung des Verbandes der beamteten und angestellten Zahnärzte („Vaudebezett“) statt, in der die Satzung für den neuen Verband und die Vereinbarungen mit dem VDZB einstimmig angenommen wurden. Da v. Donat aus Altersgründen das Amt des 1. Vorsitzenden ablehnte, wurde Dr. Buisman (Leverkusen) zum 1. Vorsitzenden gewählt. Nach seinem im Februar 1952 aus gesundheitlichen Gründen erfolgten Rücktritt übernahm die bisherige Zweite Vorsitzende, Frau Dr. Weigand, zunächst kommissarisch die Geschäftsführung, bis sie am 15.11.1952 in Düsseldorf von der Hauptversammlung zum Ersten Vorsitzenden gewählt wurde.

Nach Auflösen des VDZB und Gründung des BDZ (Bundesverband der Zahnärzte) in Rothenburg am 27.3.1953 schloss sich der Verband der beamteten und angestellten Zahnärzte diesem als Mitglied an. Am 26.6.1954 tagte die erste ordentliche Hauptversammlung in Münster.

Die Delegiertenversammlung am 26. 2. 1955 in Kassel beschloss die Gründung als Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der als Sektion dem Medizinalbeamtenbund eingegliedert wurde. Der monatliche Mitgliedsbeitrag wurde auf 1,- DM festgelegt.

Seit 1967 ist der BZÖG eine wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens.

gha

## Gedanken über zahngesundheitliche Aufklärung

Dr. Luft

„...Jetzt wünsche ich euch noch alles Gute, viel Glück in eurem zukünftigen Leben und vergesst nicht, was ich euch, 8 lange Jahre immer wieder erzählt habe – haltet eure Zähne gesund!“ Das waren ungefähr die Worte, mit denen ich bei der letzten Nachuntersuchung einer 8. Volksschulklasse meinen aufklärenden Vortrag schloss.

Werden meine Worte allein genügt haben, in diesen 8 Schuljahren dem Kind die Wichtigkeit einer guten Zahnpflege, den Begriff Zahnhygiene, eingeprägt zu haben? Wird diese Aufklärung ausreichend sein? – Die Aufklärung, die auf dem guten Willen und der Initiative des einzelnen Jugendzahnarztes basiert, genügt keinesfalls, solange er nicht alle Mittel erschöpfen kann, die ihm zur Verfügung stehen sollten! Welche Mittel stehen ihm zu einer großzügigen Aufklärung zur Verfügung? Er hat praktisch keine, die Aufklärung liegt im argen. Wo sind die Stellen, welche die finanziellen Grundlagen dafür bilden. Wer ist für die Gesundheit seiner Bürger verantwortlich? Der Staat, die Länder, die Gemeinden und nicht zuletzt die Krankenkassen. In einem gesunden Körper wohnt ein gesunder Geist! Gilt diese Feststellung nicht auch für unsere Zähne? Der Deutsche Ausschuss für Jugendzahnpflege bemüht sich seit vielen Jahren, das Interesse für eine sinnvolle zahngesundheitliche Aufklärung unserer Schulkinder zu vermehren. Es wird alles getan, was nur irgendwie möglich ist, und doch findet die Arbeit zu wenig Anklang bei den Interessenverbänden. Das Gefühl über den Wert einer umfassenden zahngesundheitlichen Aufklärung sollte alle verantwortlichen Institutionen beseelen. Wenn Amerika im Jahre 6 Mill. Dollar für Zahngesundheitsziehung aufbringt, sollte man denken, dass in der Bundesrepublik ebenso ein angemessener Betrag zur Verfügung gestellt werden könnte.

Die zahnputzmittelverarbeitenden Industrien haben sich zu dem „Verein für Zahnhygiene e.V.“ zusammenschlossen um ihren Propagandaetat

## Kariesstatistik

Herr Dr. K. Schwonke schrieb am 8. 1. 1960 an Herrn Borgmann, der seinerzeit die Geschäftsführung des Verbandes inne hatte:

..... Nach Prof. Baume, der sich maßgeblich in einer bei der F.D.I. gebildeten Nomenklaturkommission für die internationale Vergleichbarkeit der Karieserhebungen einsetzt, sprechen wir in der Bundesrepublik von:

<i>klinischer Karies</i>	= K bzw. k =	unbehandelter Karies (Kariesdefekt, Zahnzerstörung)
<i>ehemaliger Karies</i>	= F bzw. f =	behandelter Karies (kariöse Schäden behandelt – ausgenommen Extraktion)
<i>Kariesstatus</i>	= K bzw. k + F bzw. f =	klinische + ehemalige Karies
<i>Kariesbefall</i>	= EKF bzw. ekf =	klinische + ehemalige Karies + Zahnverlust durch Karies.
<i>Kariesindex</i>	=	numerisches System für Kariesangaben.

gemeinsam einer Aufklärung zur Verfügung stellen. Ich könnte mir vorstellen, dass Vollkornbrotfabriken, Obstgroßhändler, schlechthin die Nahrungsmittelindustrie einer sinnvollen Aufklärung, welche zugleich eine Werbung für sie darstellt, nicht verschlossen wären. Der Aufklärung stehen Presse, Funk und Film zur Verfügung. Die Werbeaktionen auf Plakaten sind so intensiv, warum auch nicht Plakate, welche die Beziehung von Nahrungsmitteln zu den Zähnen darstellt, in Schulen und auf Plakatsäulen ähnlich der Trinkmilchaktion? Schließlich müssen die Krankenkassen an einer präventiven Aufklärung noch mehr Interesse finden. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben ein rapides Ansteigen der Karies gezeigt. Karies als Volksseuche – alle müssen an einer Vorbeugung interessiert sein um größere Schäden zu verhindern. Die Zusammenarbeit in einer sinnvollen Aufklärung mit allen Stellen muss möglich werden.

Quelle „Gedanken über zahngesundheitliche Aufklärung, mit besonderer Berücksichtigung der Volksschulen – ein Leitfad.“  
1957

Sie werden mir zustimmen, sehr geehrter Herr Borgmann, dass eine einwandfreie Schulzahnpflege gar nicht umhin kann, den Kariesbefall zu registrieren und dass sogenannte schwarzweiß-Untersuchungen weder dem Gedanken der Vorsorge noch weniger dem der Fürsorge entsprechen können. Das Primäre ist doch die Gebissfunktionsbeurteilung, nicht die Beantwortung der Behandlungsbedürftigkeitsfrage, denn wir wollen und sollen doch beraten, betreuen, erziehen und

aufklären, letztlich überwachen und fürsorgen. Also müssen wir genau im Bilde sein und bei jeder Untersuchung jedem Zahn seinen Befund gegeben haben. Dafür ist das EKF-System unentbehrlich.

Aus meiner persönlichen Erfahrung möchte ich dazu noch sagen, dass die EKF-Angaben jedem Schulzahnarzt und jeder Helferin schnell in Fleisch und Blut übergehen. Es gibt praktisch keine Schwierigkeiten und erfordert kaum längere Untersuchungszeiten. Karteikartenreiter zeigen in unserer Weddinger nach Klassen geordneten Kartei behandlungsbedürftige Karieskinder an, andere Reiter markieren Anomaliefälle, wobei Farben uns auf die Dringlichkeit zur Überwachung bzw. zur Fürsorge hinweisen. Außerdem wird noch der Monat der Reihen- bzw. der Kontrolluntersuchung als Reiter gesteckt. Ich vertrete den Standpunkt, dass auch im „Massenbetrieb“ nicht die Routine sondern die Individualität in der Betreuung die Oberhand behalten muss. Was vielleicht in einem abgelegenen bayrischen Walddorf gerade noch möglich ist, kann in einem Stadtstaat wohl niemals als Norm gesetzt werden, nicht wahr?

Dr. K. Schwonke

## 1960 - 1970

- 1960-1963 Erprobung des Einsatzes von Fluoriden als kollektive Kariesprophylaxe
- 1959-1970 Zahnärztliche Lehrgänge für Sozialhygiene an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf
- 1961-1964 Bundesjugendzahnpflegegesetz (Initiativanträge)
- 1967 Berufsbild für Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes „Symposium über Kariesprophylaxe durch Fluoride“ des Bundesministeriums für Gesundheitswesen
- 1969 Klausurtagung des BZÖG; Auswertung des Fluoridsymposiums im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheitswesen
- 1969 „Kieferorthopädie im Rahmen des BSHG“, Tagung mit Experten des öffentlichen Gesundheitswesens
- 1970 „Lehrpersonen in der zahnärztlichen Gesundheits-erziehung; Duldungspflicht oder Förderungswürdigkeit zahnärztlicher Reihenuntersuchungen“; Tagung

### Protokoll der BZÖG Vorstandssitzung vom 3.11.1962

.....Der BZÖG wurde um eine Stellungnahme zum Kaugummikauen gebeten. Der Vorstand war der Ansicht, dass dieses Aufgabe eines Universitätsinstitutes sei. Bei der Gelegenheit erwähnte Herr Kollege Haake, dass die Kariesforschung noch keine wesentlich neuen Erkenntnisse gebracht hat.

### Wie wird die zahnärztliche Betreuung gesichert?

Aus dem anderen Teil Deutschlands: Unser Leser Hellmuth Spengler aus Halle fragt.

Es antwortet Obermedizinalrat Dr. Rudolf Tischendorf:

Zur gesunden Lebensweise gehört die Zahnpflege. Es gibt viele Wechselwirkungen zwischen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und anderen funktionellen und organischen Erkrankungen des Körpers. Die Erhaltung eines gesunden Gebisses liegt im Interesse eines jeden. Sie ist vor allem abhängig von einer vom Kleinkindesalter bis in das hohe Alter geübten Mund-, Zahnfleisch- und Zahnhygiene durch mehrmalige tägliche Zahnfleischmassage, Mundspülungen und Zahnreinigung. Diese Mund- und Zahnpflege, kombiniert mit einer regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung (Kinder mindestens zweimal, Erwachsene einmal jährlich), könnte Garant dafür sein, den Bedarf an zahnärztlicher Behandlung zu reduzieren.

Sicher kann man schon heute davon sprechen, dass der Zahnpflege größere Aufmerksamkeit als früher geschenkt wird. Staatliche Maßnahmen unterstützen das auf verschiedene Art und Weise. Erinnerung sei an die Vorbeugungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen und an die Einrichtung von Zahnabteilungen für Jugendliche. Auch die Zahl anderer ambulanter Einrichtungen hat sich erhöht.

Aber die Anforderungen an die prophylaktische, therapeutische allgemein- und kinderstomatologische sowie kieferorthopädische Betreuung steigen. Untersuchungen führten unter anderem zu der Erkenntnis, dass dort, wo die Räte der Städte und Gemeinden die Verbesserung der stomatologischen Betreuung auf lange Sicht geplant hatten (Arbeitsplätze und Wohnraum für Zahnärzte, Entwicklung der Zahntechnik usw.), weniger Schwierigkeiten auftreten. Vor allem dann, wenn eine den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechende Koordinierung der Sprechstunden aller im Territorium arbeitenden Stomatologen durchgesetzt wird.

1969 betreute in der DDR durchschnittlich ein Zahnarzt 2400 Einwohner; 1961 waren es noch

2800. Im Perspektivzeitraum ist vorgesehen, die Anzahl der Ärzte noch zu erhöhen. Dementsprechende Maßnahmen wurden im Rahmen der 3. Hochschulreform und in der Weiterbildung zum Facharzt für allgemeine Stomatologie oder für Kinderstomatologie eingeleitet.

Eine wichtige staatliche Maßnahme, einer der verbreitetsten Zahnerkrankungen, der Zahnkaries (Zahnfäule), vorzubeugen, ist die Trinkwasser-Fluoridierung. Diese Trinkwasser-Fluoridierung, seit 1959 in Karl-Marx-Stadt eingeführt, hat dort einen Rückgang der Karies bei sechs- bis zehnjährigen Kindern von etwa 60 Prozent herbeigeführt. Ausgehend von diesen äußerst positiven Ergebnissen wird die Fluoridierung des Trinkwassers in der DDR planmäßig fortgesetzt. Für 1970 ist die Fluoridierung für die Stadt Magdeburg und Anfang 1971 in einigen Städten des Bezirkes Erfurt vorgesehen.

Quelle: M'Oralist, 0-Ausgabe, 1971



### Zahnärztliche Überwachung des Kleinkindes tut Not

Eine Untersuchung von 915 18 bis 39 Monate alten Vorschulkindern in Indiana zeigte, dass 8,3 Prozent der 18 bis 23 Monate alten Kinder schon Karies hatten. Der Prozentsatz stieg bis 57,2 Prozent bei 36 bis 39 Monate alten Kindern. Während somit 92 Prozent der 18 bis 23 Monate alten Kinder kariesfrei waren, besaßen bei den 36 bis 39 Monate alten nur noch 43 Prozent ein Gebiss ohne Karies. Damit ist die Lehre bestätigt, die wir aus den bei uns herrschenden Verhältnissen zu ziehen haben: Vorbeugung, regelmäßige zahnärztliche Überwachung und Behandlung sind schon beim Kleinkind nötig.

Quelle: zpm, Köln 1970

## Kariesprophylaktische Modellversuche

Auf Veranlassung von Herrn Kollegen Dr. Tholuck, DAJ, bat Herr Kollege Dr. Franke, BDZ, einen kleinen Interessentenkreis am 3.6.1971 ins Zahnärztehaus nach Köln zu kommen.

Ziel der Besprechung war ein Antrag an das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zur Finanzierung einer Serie kariesprophylaktischer Modellversuche.

Es sollte festgestellt werden, welche Methode der Kariesprophylaxe durch lokale Applikation von Fluorid die größte Effizienz für die Erhaltung der Volksgesundheit erbringt, wobei vor allem die Frage der Wirksamkeit im Vergleich zur Praktikabilität einer Massenprophylaxe zu beantworten war.

Die Federführung lag beim Deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege. Folgende Versuchsanordnung war geplant:

- a) Fluoridapplikation mittels Tabletten, mit Fluorlack Duraphat, mit Fluorlösung Elmex Fluid, mit Fluorgelee und mit Fluorzahnpaste.
- b) Im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe sollten Wirksamkeit und Praktikabilität der Fluoridanwendung geprüft werden.
- c) Die Versuchsreihe sollte sich auf die Dauer von vier Jahren erstrecken.
- d) Die einzubeziehenden Altersstufen richteten sich zur Erzielung eines optimalen Effektes nach der bestmöglichen Praktikabilität in den Schulen, d. h. 1. bis einschließlich 4. Schuljahr.

Ministerium und Koordinierungsgruppe wünschten Federführung und Finanzierung durch den Deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege. Die Mittel waren vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit bereitzustellen.

Es wurde besonders darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Versuchen nicht um den Nachweis kariesprophylaktischer Wirksamkeit von Fluoriden handelte, sondern um die Feststellung der Beziehungen von Effizienz und Praktikabilität im Rahmen der Massenprophylaxe.

Quelle: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 0-Jahrgang

## Die Zukunft des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes

P. Hippchen

In den zurückliegenden Jahren sind immer wieder und in eindringlicher Form durch Vorschläge, Resolutionen und Eingaben die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden auf die krisenhafte Gesamtsituation im öffentlichen Gesundheitsdienst hingewiesen worden.

Aufgrund des mehr oder weniger fehlenden Echos und der unterschiedlichen Folgen in einigen Bundesländern soll es Aufgabe dieses Berichtes sein, die Tatsachen und Möglichkeiten aufzuzeigen, die sich aus der bestehenden Lage für den zahnärztlichen Gesundheitsdienst heute und in der Zukunft ergeben.

Wer jedoch den Versuch unternemen will, die Zukunft einigermaßen richtig zu beurteilen, darf keineswegs versäumen, sich ausführlich mit der Vergangenheit zu befassen, die Gegenwart richtig einzuschätzen und die sich für die Zukunft anbietenden Möglichkeiten herauszustellen.

Wir haben davon auszugehen, dass der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit z. Z. keine Möglichkeit sieht, sich erneut für ein Bundesjugendzahnpflegegesetz einzusetzen. Es ist verfassungsrechtlich 1964 entschieden worden, dass dies nicht in die Zuständigkeit des Bundes fällt. Darüber hinaus will der Bundesminister, wie auf Anfrage versichert wurde, auch künftig auf eine Erweiterung der Bundeskompetenzen im Gesundheitswesen verzichten.

Ausschlaggebend dürfte in dieser Frage der Wunsch nach Frieden mit den entscheidenden Organisationen der Ärzteschaft sein, die sich ihren früheren Bestrebungen, die Bundeskompetenzen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auch auf die Vorsorgeuntersuchungen auszudehnen, in harten Auseinandersetzungen widersetzt haben.

Demzufolge geht es uns heute nur um das Teilproblem des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in dessen Mittelpunkt der zahnärztliche Dienst und die auf ähnlichem Gebiet tätigen Sondergruppen stehen. Mit anderen Worten: Es bleibt zu untersuchen, ob in

naher oder fernerer Zukunft die Frage des quantitativen und qualitativen Nachwuchses in Ländern und Gemeinden gewährleistet ist und ob eine wirtschaftliche Sicherstellung dieser Berufsgruppe zu erwarten sein wird.

Der ärztliche Kampf um die Gesundheit des Menschen, aber auch die nicht endenden wirtschaftlichen Sorgen der in einer planmäßigen und systematischen Jugendzahnpflege tätigen Kräfte währt bereits über 100 Jahre. 1851 wurden in Brüssel die ersten zahnärztlichen Reihenuntersuchungen durchgeführt und von dem Hofzahnarzt „Talma“ die Anstellung von Schulzahnärzten durch Stadt und Gemeinden gefordert. Er ging von der Tatsache aus, dass damals, mehr noch als heute, bis zu 90 % der Schulkinder an Zahnkaries litten.

Und damals wie heute war man sich gewollt oder ungewollt nicht genügend der Tatsache bewusst, dass:

1. der zahngesunde Mensch nur die Ausnahme, der zahnkranke aber die Regel ist;
2. die Karies, oder Zahnfäule, durch Entkalkung des Zahnbeins und des Schmelzes, ohne Behandlung unaufhaltsam fortschreitet;
3. die verletzte oder entzündlich veränderte Pulpa eine Organerkrankung darstellt ohne Entwicklung von Abwehrkräften.

Mehr und mehr Untersuchungs- und Behandlungsstätten entstanden kurz nach der Jahrhundertwende mit der Errichtung von Schulzahnkliniken: 1902 = 2 Städte, 1907 = 20 Städte, 1909 = 49 Städte, 1911 = 79 Städte, 1913 = 208 Städte und Landkreise, 1929 = 882 Stadt- und 118 Landkreise. 1930 konnte bereits die tausendste Schulzahnpflegestätte der Öffentlichkeit übergeben werden.

1939 gab es im damaligen Reichsgebiet 500 hauptamtliche und 1500 nebenamtliche Schulzahnärzte, Zahlen, die nach dem 2. Weltkrieg nie mehr erreicht worden sind. Getragen wurde diese Arbeit im Dienste der Volksgesundheit durch Gesetze, Verordnungen und Erlasse der Reichs- und Länderministerien. 1929 erschienen im Reichsgesetzblatt „Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung“. 1934 wurde im Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens die „Schulgesundheitsfürsorge“ den Gesundheitsämtern

zur Aufgabe gestellt. Hier findet sich die allerdings recht dürftige Feststellung im § 58 der dritten Durchführungsverordnung: „Der Amtsarzt hat darüber zu wachen, dass der schulärztliche Dienst einschließlich der Schulzahnpflege einwandfrei durchgeführt wird.“ Dieses Gesetz ist zwar bis heute die einzige Grundlage aller gesundheitsfürsorglichen Arbeit geblieben. Es ist jedoch Ausgangspunkt für Gesundheitsamt und Schule, Fürsorgemaßnahmen nach den neuesten Erkenntnissen und Erfahrungen zahnärztlicher Sozialhygiene durchzuführen.

1937 regelt ein Erlass des Reichs- und Preußischen Ministers des Inneren und früheren Reichsministers für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung die „Schulzahnpflege“. Sie ist damit anerkannterweise ein wichtiger Teil der allgemeinen Gesundheitspflege. Zu ihrer Durchführung sind in einem „Notprogramm“ als Mindestmaß an Forderungen angegeben:

1. Beratung der Eltern und Kinder über die Notwendigkeit der Zahnpflege von frühester Jugend an,
2. die mindestens halbjährliche Untersuchung aller Schulkinder durch einen Zahnarzt,
3. Bestrebungen zur vorbeugenden Verbesserung der Zahnentwicklung in bezug auf richtige Ernährung und Verhütung von Krankheiten, welche die Zahnentwicklung stören,
4. die sofortige Behandlung der vorgefundenen Schäden bei den vier unteren Schulklassen.

Demnach ist die Schulzahnpflege im wesentlichen Teil eine „prophylaktische“ Maßnahme geblieben mit dem Ziel, die Zahnkaries zu verhüten und die Schulkinder mit gesundem Gebiss und gewöhnt an eine gute Eigenpflege der Zähne aus der Schule zu entlassen.

Wenn man an die vielen amtlichen und halbamtlichen Feststellungen seit der Jahrhundertwende denkt, so ist das heutige Ergebnis wahrlich kümmerlich. Nach dem 2. Weltkrieg und in den ersten Nachkriegsjahren waren die meisten der wenigen Fortschritte, die auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts erreicht wurden, verlorengegangen. Kaum ein Zehntel der Stadt- und Landkreise der Bundesrepublik wurde noch schulzahnärztlich betreut. Bei einer Gesamtbevölkerung des Bundesgebietes von 51 600 000

Einwohnern entfallen 10 700 000 Einwohner auf das 3. bis 19. Lebensjahr. Von diesen Jugendlichen wurden 1958 etwa zwei Fünftel bis die Hälfte von einer zahnärztlichen Untersuchung erfasst.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge ist die Nachkriegsentwicklung stehen geblieben. Die einzige Ausnahme bildet die Tuberkulosehilfverordnung von 1942, die aber nicht allein unter fürsorglichen Gesichtspunkten zu sehen ist.

Wie vor dem Vereinheitlichungsgesetz das „Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen“ die Entwicklung vorantrieb, so tat es nach 1945 der „Deutsche Ausschuss für Jugendzahnpflege“, der 1952 planmäßige Richtlinien erarbeitet hat. Ihre große Bedeutung ist darin zu sehen, dass der Deutsche Städtetag, der Deutsche Landkreistag sowie alle Verbände der Ärzte und Zahnärzte daran mitgewirkt haben.

Um die heutige Situation des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes richtig beurteilen und daraus die Aussichten für die Zukunft folgerichtig ableiten zu können, ist es notwendig, die Aufgaben des im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Zahnarztes noch weiter aufzuschlüsseln in

- a) Fachkenntnisse in allen zahnärztlichen Disziplinen.
- b) fürsorgliches Verständnis.
- c) psychologische Befähigung.
- d) organisatorische Begabung.

Nur wer diese umfassenden Voraussetzungen erfüllt, wird in zufriedenstellendem Maße in der Lage sein, neben den bereits aufgeführten Pflichten noch folgende Aufgaben zu übernehmen:

1. Erziehung zur Pflege und Erhaltung des Kauorgans, Aufklärung der Kinder, Eltern und Lehrer;
2. Durchführung prophylaktischer Maßnahmen zur Verhinderung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, insbesondere der Karies;
3. Übernahme behördlicher Aufgaben auf zahnärztlichem Gebiet.

Zur wirtschaftlichen Sicherstellung des Zahnarztes im öffentlichen Gesundheitsdienst wird immer dringender ein Ausgleich gegenüber der freien Praxis in Form genehmigter Nebentätigkeit gefordert, die das Bundesbeamten-gesetz grundsätzlich vorsieht.

Der Zahnarzt des öffentlichen

Gesundheitsdienstes erschöpft sich nicht nur in Reihenuntersuchungen. Es geht ferner um die Wahrnehmung der sozialhygienisch wichtigen zahnärztlichen Belange beim Gesundheitsamt durch einen „zahnärztlichen Referenten“. Seine Eigenständigkeit und Verantwortlichkeit schließt eine Unterstellung unter andere Geschäftsbereiche des Gesundheitsamtes nicht nur aus, sondern lässt sie dort, wo anders verfahren wird, geradezu „absurd“ erscheinen. Hier stehen wir zweifellos vor der Tatsache, dass aus dem Hilfsarzt des Vereinheitlichungsgesetzes ein voll verantwortlicher Fürsorgearzt eigener Prägung geworden ist, dessen Aufgabengebiet ebenbürtig neben dem der Schulgesundheitsfürsorge steht und nicht nachgeordnet ist.

Das gilt um so mehr, als der Fürsorgebereich des Zahnarztes im öffentlichen Gesundheitsdienst sich über den Schulbereich hinaus erstrecken muss, und zwar nicht nur auf das Kleinkindalter, sondern auch auf andere fürsorgebedürftige Gruppen, z. B. die Schwangeren und jungen Mütter.

Wenn aber die Entwicklung von der Schulzahnpflege über die Jugendzahnpflege zu einem neuen Fürsorgezweig, dem zahnärztlichen Gesundheitsdienst geführt hat, so erscheint es geradezu zwingend notwendig, neben dem Amtsarzt einen zahnärztlichen Referenten zu sehen, der stellvertretend dem stellvertretenden Amtsarzt gleichzusetzen ist entsprechend seiner Verantwortlichkeit für ein völlig eigenständiges Fachgebiet.

Mit den drei angedeuteten Aufgabengebieten: Medizinalwesen, Gutachtertätigkeit und Jugendzahnpflege ist der Aufgabenbereich eines zahnärztlichen Referenten beim Gesundheitsamt nicht nur klar umrissen, sondern auch voll ausgefüllt.

Von einer „Volkszahnpflege“ sind wir jedoch noch weit entfernt. Für die Zukunft sind drei entscheidende Forderungen zu stellen, wenn der zahnärztliche Gesundheitsdienst seine wichtige, sozialhygienische Aufgabe ganz erfüllen soll:

1. ein Jugendzahnpflegegesetz,
2. ein Jugendzahnarzt nach dem vorliegenden Berufsbild,
3. ein zahnärztlicher Referent beim Gesundheitsamt.

Es soll auf eine Aufzählung weiterer Forderungen, die jeder einzelne von



uns und unsere Berufsorganisation über Jahrzehnte immer wieder mit mehr oder weniger starker Eindringlichkeit gestellt haben, verzichtet werden. Wir sind ja nach unseren heutigen Möglichkeiten so bescheiden geworden! Angefangen von dem überaus wirkungsvollen persönlichen Kontakt, bei der so wichtigen zahnärztlichen Gesundheits-erziehung, der Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern und freier Praxis, bis zum Fehlen der Behandlungsmöglichkeiten von Restanten sind unsere Möglichkeiten auf ein Minimum zusammengeschrumpft. Wenn wir noch vor wenigen Jahren in Übereinstimmung mit den Arbeitsergebnissen des WHO-Seminars in Göteborg 1961 selbstverständliche Mindestforderungen für die Entwicklung des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes gestellt haben, dann müssen wir heute gestehen, dass z. Z. aus personellen und zeitlichen Gründen kaum ein Jugendzahnarzt in der Lage ist, die den WHO-Vorstellungen entsprechende Mindestleistung zu erbringen.

Mit diesem Tätigkeitskomplex jedoch werden die Möglichkeiten der freien Praxis, als Reservoir sogenannter „zeitamtlicher“ Jugendzahnärzte, einfach weit überschritten. Das sollten vor allem die Verantwortlichen endlich klar erkennen, die immer mehr mit dem Gedanken spielen, den gesamten zahnärztlichen Gesundheitsdienst in der freien Praxis aufgehen zu lassen.

Die nachgehende Fürsorge bleibt die unabdingbare Grundlage einer jeden erfolgreichen sozialhygienischen Breitenarbeit. In Zeiten schlechter wirtschaftlicher Gegebenheiten werden sich mehr Zahnärzte zu einer Mitarbeit in der Jugendzahnspflege bereit finden als in Zeiten einer Konjunktur, wie wir sie heute erleben. Unbeständigkeit aber in der Erfüllung einer Aufgabe, die in erster Linie Kontinuität und Intensität der Arbeit über Jahre erfordert, darf in der Gesundheitsfürsorge keinen Platz finden.

Ein gleich schweres und z. Z. nicht zu lösendes Problem ist die seit Jahren bekannte zahlenmäßig unaufhaltsam rückläufige Entwicklung des zahnärztlichen Berufsstandes. Die Abgänge und der durch jährlich steigenden Bevölkerungszuwachs bedingte Bedarfsanstieg liegen mit mehr als 100 % über den Zugängen. Der Nachwuchs ist knapp für die freie Praxis, er ist gleich Null im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Wir sind ein freier Berufsstand. Es ist somit verständlich, dass ein Vergleich der wirtschaftlichen Lage der Zahnärzteschaft zum finanziellen Angebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Gründung einer eigenen Praxis attraktiver erscheinen lässt als die Wahl eines anderen Berufsweges. Das gilt insbesondere für den jungen Zahnarzt, der ein langes Berufsleben noch vor sich hat. Für den bejahrten Kollegen ist diese Berufslaufbahn nicht attraktiver aus folgenden Gründen:

1. Die Besoldung ist mäßig, die Frage der Altersversorgung keineswegs überall und gleichmäßig geregelt, wenn auch für die Jugend ohne besondere Anziehungskraft.
2. Die Tätigkeit im zahnärztlichen Gesundheitsdienst ist anstrengend, viel anstrengender, als gemeinhin angenommen wird, in ihrer Monotonie zermürend, oft deprimierend und entmutigend.
3. Unter den gegenwärtigen und zukünftigen Aspekten dieses Berufsstandes muss zwangsläufig die Folge sein, dass sich die Zahnärzteschaft im öffentlichen Dienst bald aus einer negativen Auslese zusammensetzen wird, was für den ganzen Berufsstand nicht ohne Bedeutung bleiben kann.
4. Die besoldungsmäßigen Eingruppierungen der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sind in keiner Weise denen anderer akademischer Gruppen vergleichbar (Juristen, Studienräte). Es ist einfach unverständlich, dass eine generelle Durchstufung wie bei den Sanitäts-offizieren der Bundeswehr fehlt. Ein solches Verhalten der staatlichen oder kommunalen Anstellungskörperschaften ist nicht nur untragbar, sondern auch unverantwortlich und stellt eine Diffamierung gegenüber anderen Gruppen des Berufsbeamtentums dar.
5. Die zwangsläufige Abkehr von der behandelnden Tätigkeit findet keinen voll befriedigenden Ausgleich und Ersatz für die ursprünglich gewählte Aufgabe im Dienste der Volksgesundheit, deren vorwiegende Akzente behandlerische sind. Es kann ohne Übertreibung gesagt werden, und Sie alle werden mit mir darin übereinstimmen, dass täglich eine zwar notwendige, aber keineswegs beneidenswerte Aufgabe auf den Zahnarzt im öffentli-

## Nächste Inspektion km-Stand 20.000

Kluge machen es so:  
Sie bringen ihren Wagen regelmäßig zur Inspektion in die Werkstatt, wo Schäden schnell und billig repariert werden können.

Die Dummen fahren so lange drauflos, bis ihr Auto eines Tages im unpassenden Moment stehenbleibt und die Reparatur ordentlich teuer wird.

So dumm ist doch niemand?  
Es gibt noch Dummere!

Die leben so lange in den Tag hinein, bis sie eines Tages im unpassenden Moment Zahnschmerzen bekommen. Wenn sie dann zum Zahnarzt wanken, „lohnt“ es sich wenigstens:  
Die Behandlung ist schwierig, dauert lang und wird ordentlich teuer.

Kluge machen es so:  
Sie gehen zweimal jährlich zum Zahnarzt, der beginnende Schäden schnell und schmerzlos behebt.

Wann waren Sie das letzte Mal „zur Inspektion“?

?



chen Dienst harrt. Es droht somit nicht nur eine behandlerische Sterilität, sondern die augenblickliche Entwicklung eines beruflichen Werdegangs ist weder länger zumutbar noch dürfte sie im standespolitischen Interesse liegen.

Dabei ist besonders auffallend, dass die Situation der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes die weitaus schlechteste ist und somit den geringsten Anreiz bietet für qualifizierten Nachwuchs.

In der auf den zahnärztlichen Gesundheitsdienst zugeschnittenen Zusammenfassung schließe ich mich weitgehend der Meinung des Marburger Bundes an, der zur Lage aller Medizinalbeamten feststellt:

Alle Bereiche, in denen beamtete Ärzte und Zahnärzte tätig sind, klagen vermehrt über den mangelnden Zugang an Nachwuchskräften. Für den Kenner zeichnet sich hier nur der Beginn einer Krisis ab, deren Ursachen im z. Z. gehandhabten System der Einstufung, Besoldung und Laufbahnbandhabung der Medizinalbeamten liegen.

Die Durchführung gesundheitsbewertender, gesundheitserzieherischer,

vielfältiger sozialmedizinischer Aufgaben verlangt besonders vorgebildete und qualifizierte Ärzte.

So gesehen spricht der fehlende Zug zum öffentlichen Gesundheitsdienst durchaus für die Qualität unseres jungen Nachwuchses. Wer sich trotz wirtschaftlicher Lage und krisenhafter Situation für den zahnärztlichen Gesundheitsdienst berufen fühlt, der wird wohl auch eine Einbuße der wirtschaftlichen Möglichkeiten in Kauf nehmen, aber doch nur eine Einbuße gewissen Grades.

Versuchen wir abschließend noch die Frage zu beantworten, welche Entwicklungsebenen sich in der Zukunft bieten. Nichts ist so schwer wie eine Prognose, und doch will ich versuchen aus langjähriger Erfahrung heraus, gestützt auf das Wissen um viele Bemühungen auf Landes- und Bundesebene, ein möglichst klares und eindeutiges Zukunftsbild zu entwerfen. Für den einen mag es grau in grau, dem anderen düster und schwarz erscheinen, „Vogel-Strauß-Politik“ hilft uns hier jedoch nicht weiter.

„Gesundheitspflege ist Ländersache“, diesen Satz haben wir in den zurückliegenden Jahren bis zum Überdruß zur Kenntnis nehmen müssen. Und doch richtet sich die Gesundheitspflege der Länder nach den politischen Richtlinien des Bundes. Nachfolgend sollen einige Vorstellungen, Ansichten und Forderungen der Parteien und sozialpolitischen Verbände zitiert werden. SPD: Vorbeugende Gesundheitspflege und die Frühdiagnose von Krankheiten sind durch gezielte Vorsorgeuntersuchungen intensiv weiterzuentwickeln, Schutz und Festigung der Gesundheit müssen gleichwertig neben der Krankenbehandlung stehen. FDP: Der Leistungskatalog für Vorsorge und Rehabilitation ist zu erweitern. CDU/CSU: Die Einführung von Vorsorgeuntersuchungen und der Ausbau der Gesundheitsvorsorge, insbesondere gegen Krebs- und Kreislauferkrankungen, sind unerlässlich. DGB: Regelmäßige ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen sollen als Pflichtleistung der GKV eingeführt werden, die Kosten hat der Bund zu übernehmen.

Mit Sicherheit wird eine immer stärkere Verlagerung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes eintreten. Es gibt genügend Stimmen, die

aufgrund des Altenkegels und fehlenden Nachwuchses nicht ganz zu Unrecht sagen, dass der zahnärztliche Gesundheitsdienst und darüber hinaus das „Gesundheitsamt“ 1980 nur noch zwei Funktionen haben wird: die gesundheitliche Volksaufklärung und die statistische Erfassung der Erforschung von Krankheitszusammenhängen. Das jedoch kann die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes kaum befriedigen. Allein an der Nachwuchsfrage darf und wird der zahnärztliche Gesundheitsdienst in seiner heutigen Form in 10 Jahren nicht untergehen.

Trotz gegenteiliger Äußerungen interessierter Kreise, die immer wieder feststellen dass die Gesundheit des Einzelnen und die Volksgesundheit als Ganzes unser höchstes Gut ist, dürfen wir gleichzeitig nicht an der Tatsache vorbeisehen, dass im Widerstreit mit anderen Gütern des Lebens, wenn es gilt Opfer für die Gesundheit zu bringen, diese zurückstehen muss und leider allzu stiefmütterlich behandelt wird. Auch die Erhaltung qualifizierten Nachwuchses und Schaffung eines attraktiven Berufsstandes kostet Opfer, soll die Volksgesundheit nicht darunter leiden.

Trotz optimistischer Prognosen: „Durch Karies-Prophylaxe gesündere Gebisse statt mehr Zahnärzte“, können die Überalterung der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst und das fehlende Interesse an diesem Beruf nicht wettgemacht werden. In einigen Bundesländern scheiden bis 1980 75% der heutigen Jugendzahnärzte aus.

Trotz Bildung neuer Berufsgruppen, wie zahnmedizinische Assistentinnen oder zahnärztlich geschulte Fürsorgefrauen, bleibt die Beurteilung des Zahn-, Mund- und Kiefer-Bereichs eine echte ärztliche Aufgabe und wird dem bestehenden Mangel nicht abhelfen können.

Trotz Entlastung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst durch Ausbildung von Gesundheitsaufsehern, Gesundheitspflegerinnen und sozialmedizinischen Assistentinnen werden die Hauptaufgaben im zahnärztlichen Dienst nur von Zahnärzten wahrgenommen werden können.

Trotz eifrigen Bemühens mancher Zahnärztekammern, die Jugendbetreuung mehr und mehr durch die freie Praxis sicherstellen zu wollen (Bayern), sind bisher systematische, umfassende Maßnahmen immer wieder gescheitert.

Sie müssen scheitern, solange ein wirtschaftlicher Anreiz nicht Ersatz sein kann für den Ausfall in eigener Praxis.

Trotz intensiver kariesprophylaktischer Maßnahmen mit Fluoriden in Kindergärten und Schulen ist auch hier der in der Überwachung und Verantwortung stehende Zahnarzt unentbehrlich – wenn alle vorbeugenden Bemühungen nicht verantwortungslos Experimentieren mit der Zahngesundheit unserer Jugend sein sollen.

All diese neuen Hilfsberufe erschöpfen sich nach dem Entwurf einer Berufsordnung in 1. Patientenaufklärung, 2. Assistenz bei der Behandlungstätigkeit, 3. Verwaltung und Praxisorganisation.

Es handelt sich also „expressis verbis“ um „Hilfskräfte“, die den Zahnarzt im öffentlichen Gesundheitsdienst höchstensfalls „entlasten“, nicht aber „ersetzen“ können.

Die Zukunft hat jedoch neben vielen negativen auch einige positive Aspekte:

1. Als gangbare Lösung wäre eine mehrjährige „Verpflichtung auf Zeit“ des neu niedergelassenen Zahnarztes ins Auge zu fassen, vergleichbar einer Pflicht-Assistenten-Zeit. Organisation und Verantwortung bleiben in der Hand eines geschulten Zahnarztes im öffentlichen Gesundheitsdienst. Hier bietet sich der freien Praxis eine echte Gelegenheit, unter Beweis zu stellen, dass es ihr mit der Früherfassung und -behandlung der jugendlichen Patienten ernst ist. Ich sehe darin weniger eine soziale Maßnahme, die den Arzt der freien Praxis mit dem Glorienschein der christlichen Nächstenliebe umgibt, als vielmehr nach § 5 der Kammerverordnung eine gesetzliche Verpflichtung.
2. Gesundheitserziehung in Familie, Schule und Gemeinde dürfen nicht unterschätzt oder gar vergessen werden: Dabei wird man besonders im Interesse begrifflicher Klarheit zu unterscheiden haben zwischen „Schulgesundheitspflege“ und der eigentlichen schulischen „Gesundheitserziehung“. Die Schulgemeinschaftspflege schafft durch ärztliche Betreuung der Schulkinder und durch hygienisch einwandfreie Gestaltung aller äußeren Schulverhältnisse die Voraussetzungen, auf denen dann die Gesundheitserziehung im eigentlichen Sinne weiter aufbauen kann.

Um Gesundheitserziehung im eigentlichen Sinne handelt es sich erst da, wo die jungen Menschen zu „einsichtiger, selbstverantworteter gesunder Lebensführung in Gesinnung und Tat“ angeleitet werden. Für diese erzieherische Aufgabe stehen der Schulpädagogik zwei sich ergänzende Möglichkeiten des praktischen Vorgehens zur Verfügung: a) einmal der indirekte Weg über die beispielhafte Gestaltung der äußeren Schulwelt und die Ordnung des Schullebens; b) zum anderen der direkte Weg über den Unterricht. Der Unterricht ist Mittelpunkt des Schullebens. Hier hat der ärztliche Schulgesundheitsdienst einen wichtigen Beitrag zu leisten, und zwar sowohl als Teil des Schullebens als auch im Rahmen des Gesundheitsunterrichtes.

3. Es kommt daher entscheidend darauf an, alle für das kommunale Leben verantwortlichen Kräfte in den Gemeinden für die Arbeit der Gesundheitserziehung zu mobilisieren und zusammenzufassen. Hier bedarf es wieder des ständigen Gesprächs, um die Aufgaben abzuklären und zu koordinieren und gesundheitserzieherische Bestrebungen sinnvoll und kräftesparend miteinander abzustimmen. Ein im August 1959 einberufener Sachverständigenausschuss, der die Gesundheitserziehung in der Lehrerbildung diskutieren sollte, ist ohne das erwartete Echo geblieben. Abschließend darf hierzu vermerkt werden, dass ein Versuch, das Schulkind allein durch die Vermittlung schulischen Wissens zur Gesundheit zu erziehen, psychologisch falsch wäre. Algebra kann man unter der Anleitung eines einzigen Lehrers erlernen, gesunde Lebensweise beim Kind zu erzielen, bedarf es des vereinigten Bemühens aller Lehrer, seiner Eltern, der Ärzte und der Fürsorgerinnen. Die Gesundheitserziehung der Schulkinder ist also eine wirkliche „Gemeinschaftsarbeit“. Wer zur Selbstverantwortung frühzeitig erzogen ist, wird auch dann noch regelmäßig und rechtzeitig den Weg zur Vorsorgeuntersuchung finden, wenn er der Jugendzahnpflege entwachsen ist. Schließlich sei noch die 1969 in Münster gefasste Resolution des Bundesverbandes der Ärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. zitiert:

„Alle bisherigen Bestrebungen, den öffentlichen Gesundheitsdienst den Erfordernissen der heutigen Gesellschaft und den Möglichkeiten der modernen Medizin anzupassen, sind fehlgeschlagen. Arbeitsmethoden und Arbeitsmöglichkeiten sind großenteils nicht mehr zeitgemäß. Jetzt und für die nähere Zukunft ist aufgrund der Abgrenzung der Kompetenz von Bund und Ländern und der daraus sich ergebenden unterschiedlichen Auffassungen keine Konzeption für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Sicht. Diese Entwicklung führt zwangsläufig zu einem Absinken seines Ansehens. Die Tätigkeit in dieser Sparte der Medizin wird deshalb immer unbefriedigender und immer weniger attraktiv. Darüber hinaus sind die Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes gegenüber vielen anderen akademisch ausgebildeten Beamten und gegenüber anderen Ärzteguppen zunehmend sozial und finanziell erheblich benachteiligt. Im Gegensatz dazu erlangen die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes aber in einem Sozial- und Rechtsstaat immer größere Bedeutung.

Es wird darum dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fast unmöglich, geeigneten Nachwuchs zu gewinnen, zumal guten Gewissens eine Empfehlung zum Eintritt in diese Laufbahn nur gegeben werden kann, wenn sie umgehend den Erfordernissen der Gegenwart und Zukunft entsprechend gestaltet wird.“

### Zusammenfassung

Der öffentliche Gesundheitsdienst der BRD befindet sich in einer krisenhaften Gesamtsituation. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sieht sich nach eigenen Worten nicht in der Lage, den ÖGD in die Zuständigkeit des Bundes zu übernehmen. Eine Sonderstellung nimmt der zahnärztliche Gesundheitsdienst in der BRD deshalb ein, weil in naher Zukunft der qualitative und quantitative Nachwuchs in Ländern und Gemeinden fehlen wird. Ausgehend von der historischen Entwicklung des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland über einen Zeitraum von rund 70 Jahren, nach Darlegung der Aufgaben und gesetzlichen Bestimmungen, wird dargestellt, wie die wenigen Fortschritte der ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhun-



derts auf dem Gebiet des Gesundheitswesens weitgehend verlorengegangen sind. Die wirtschaftliche Sicherstellung des Zahnarztes im ÖGD steht in keinem Verhältnis zu den vielfältigen Aufgaben, die an ihn gestellt werden. Aus dem „Hilfsarzt“ des Vereinheitlichungsgesetzes ist ein vollbeschäftigter „Fürsorgearzt“ geworden, der stellvertretend dem stellvertretenden Amtsarzt gleichzusetzen ist. Die künftige Notlage im ZGD macht es erforderlich, dass die Berufslaufbahn attraktiver gestaltet wird. Dazu ist ein Berufsbild notwendig, das der Gesamtsituation gerecht wird. Zahnärztliches Hilfspersonal muss herangebildet werden, das Tätigkeiten untergeordneter Bedeutung übernimmt und den Zahnarzt für hoheitsrechtliche Aufgaben freierwerden lässt. Die Prophylaxe verdient unser ganz besonderes Augenmerk. Das Ansehen des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes kann nur gewahrt werden, wenn Gesundheitserziehung eine „Gemeinschaftsarbeit“ wird mit Eltern und Lehrerschaft. Die Laufbahnordnung muss daher den Erfordernissen der Gegenwart und Zukunft entsprechend gestaltet werden.

Quelle: „Das öffentliche Gesundheitswesen“, Sonderdruck, Februar 1971  
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlages (redaktionell gekürzt)

## 1970 - 1980

- 1971 Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ (0-Ausgabe am 01.10.1971 als M'Oralist)
- 1971 Festlegung der Ausbildung von Zahnärzten an der neuen Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
- 1972 Fachtagung „Notstandssituation des Öffentlichen Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes, -Analysen und Alternativen“ (mit Forderung von Lehrstühlen für präventive Zahnheilkunde) Landesstelle WL des BZÖG
- 1972 Resolution für einen großzügigen Ausbau der Gesundheits-erziehung, der Früherkennung und Frühbehandlung im zahn-ärztlichen Bereich; speziell KFO-Krankheitsfällen an die verant-wortlichen Organisationen appelliert – Kongress Berlin
- 1972 Mitwirkung am Modellgesundheitsamt für den zahnärztlichen Bereich
- 1973 Mitwirkung an der Neukonzeption des Deutschen Ausschusses für Jugendzahnpflege (DAJ)
- 1973 Mitwirkung an den Grundlagen zum Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- 1974 Richtlinien für die Durchführung der Jugendzahnpflege in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- 1974 Mitwirkung an der Weiterbildung von Zahnärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen des Programms der Akademie für ÖGW, Düsseldorf
- 1975 Durchsetzung der Fachgebietsanerkennung „Öffentliches Gesundheitswesen“ für Zahnärzte
- 1975 Mitwirkung am Prophylaxeprogramm des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte; Bereich Öffentlicher Zahnärztlicher Gesundheitsdienst
- 1975 Initiativen zur Versorgung von Spastikern und Problemkindern
- 1976 Entwicklung der „Prophylaxehelferin“ für den Öffentlichen Zahnärztlichen Gesundheitsdienst – Arbeitsplatzbeschreibung- Aktivitäten zur Strukturverbesserung des Öffentlichen Zahn-ärztlichen Gesundheitsdienstes: Arbeitsplatzbeschreibung für Ltd. Zahnarzt, Jugendzahnarzt; Chefhelferin und ZA-Helferin (KGST)
- 1977 Mitwirkung an der Prüfungsordnung für die Anerkennung als „Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen“
- 1977 Aktivitäten zur Einführung der Audio-Vision im Prophylaxebereich für Schulen und Kindergärten
- 1977 Abschluss und Auswertung einer „Feldstudie“ zur Ermittlung der Praktikabilität und Effizienz von Fluoridapplikationen und gesundheitlicher Aufklärung unter Leitung des 2.Vors. BZÖG Dr. Lüdke (Laufzeit 1974 –1977) für das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit
- 1978 Mitwirkung in der Arbeitstagung der ev. Akademie Loccum „Die Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ – Resolution zur multidisziplinären Gesundheitsfachverwaltung
- 1979 Arbeitstagung „Funktionsanalyse, -diagnostik, -therapie. Beihilfefähigkeit der Aufwendungen“
- 1979 Initiativen zur Neuordnung des Öffentlichen Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes – Muster für gesetzliche Regelungen
- 1979 Resolution zur Herstellung der Chancengleichheit für Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst mit Chemikern, Apothekern und Ärzten
- 1979 Initiativen zur Kooperation des ÖGD mit Lehrpersonen - Fachtagung
- 1980 Arbeitstagung „Planung und Koordinierung kariesprophylaktischer Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen“

## Die Weiterbildung der Zahnärzte im ÖGD

Dr. A. C. Eberwein, Präsident der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Die Weiterbildung der Zahnärzte hat in ihrer Zielsetzung eine Orientierung eigener Prägung. Einmal handelt es sich – vergleichbar mit der des Arztes im Öffentlichen Gesundheitsdienst – nur zum Teil um eine Weiterbildung auf Gebieten, die spezifisch zahnärztlicher Natur sind und die auch zum Teil durch die Grundausbildung nicht ausreichend abgedeckt sind (die Epidemiologie der Zahnkrankheiten, die weitergehende Betrachtung des Gesamtgebietes der präventiven Zahnheilkunde), sondern um eine Weiterbildung auf einer Anzahl von fachfremden Gebieten, die dem Zahnarzt im ÖGD jedoch geläufig sein müssen. Einmal ist er gleichberechtigtes Mitglied in dem Team der verantwortlichen Mitarbeiter des Amtsarztes und hat als Abteilungsleiter den verwal-tungsmäßigen Standort und die organisatorischen und funktionellen Bezüge des Gesundheitsamtes zu kennen, zum anderen muss er auch die besonderen sozialhygienischen Aufgaben seiner ärztlichen Kollegen kennen, um ihre Beziehungen in seine Arbeit umzusetzen. Die Betreuung Behinderter zum Beispiel durch den Zahnarzt in seinem Bereich bedingt eine Kenntnis der Gesamtsituation und kann nur aus dieser Sicht angemessen und wirkungs-voll erfolgen. Im Mittelpunkt des Geschehens, mindestens in der Konzeption, steht nicht nur die rein technische „oralhygienische“ Betreuung und Beratung, sondern es ist sozialhygienisches Denken und Wissen zum Verständnis der Problematik erforderlich. Der BZÖG hat sich seit langer Zeit dafür verwendet, nicht nur Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen, sondern auch eine geordnete Weiterbildung in Gang zu bringen.

In dem Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (24. Juni 1971) haben die Väter der Akademie unter den Aufgaben auch ausdrücklich Lehrgänge für die Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitswesen vorgesehen.

Die Akademie hat die Frage schon am Anfang ihres Bestehens aufgegriffen und in den laufenden Jahren weiterverfolgt. So wurde zum Beispiel in einer Anfang Januar 1974 stattgefundenen Sitzung des Kuratoriums genehmigt, dass die Zahnärzte an dem Block I des Amtsarzt-Kurses teilnehmen können, und die Akademie wurde beauftragt, einen „Ausbildungsplan“ vorzulegen.

Die Akademie hat dann, unter Hinzuziehung eines Experten der WHO, des Prof. Dr. J. Kostlan, zwei Sitzungen 1975 abgehalten, an denen Vertreter des BZÖG und neben einem Medizinalbeamten aus einer Landesbehörde auch zwei Vertreter aus dem Universitätsbereich teilnahmen. Das Ergebnis ist ein detaillierter Vorschlag für einen Lehrgang zur Weiterbildung der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser wurde den im Kuratorium vertretenen leitenden Medizinalbeamten der Länder übermittelt. Bis jetzt sind der Akademie dazu keine grundsätzlich gegenteiligen Bemerkungen zugegangen. Der Vorschlag der Akademie, abgestimmt mit der oben erwähnten Beratergruppe, sieht nun vor, einen Weiterbildungs-Lehrgang in vier Blöcken mit einer geschätzten Gesamtdauer von etwa 4,5 Monaten durchzuführen. Nach meiner Meinung ist ein solcher Lehrgang, auch wenn er sich in der Dauer von dem Lehrgang für die Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens etwas unterscheidet, inhaltlich diesem durchaus gleichzusetzen gemessen an dem zahnärztlichen Aufgabebereich und seiner Zielsetzung.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal die Zielsetzung eines solchen Lehrgangs herausstellen, wie sie von Prof. Kostlan in seinem Bericht formuliert wurde und die klar die wesentlichen Punkte herausstellt:

Aufgabe und Ziel des Weiterbildungslehrgangs soll sein,

1. den Zahnärzten eine zusätzliche theoretische und praktische Weiterbildung, die ihren Aufgaben angemessen ist, zu vermitteln und ihre zahnärztliche Ausbildung zu ergänzen;
2. sie zu motivieren, in ihrer Arbeit die Komponente der primären Prävention von Zahnkrankheiten weiterhin und zunehmend zu fördern;
3. ihnen eine berufliche Qualifikation zu vermitteln die der der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gleichkommt.

Quelle:

Zahnärztlicher Gesundheitsdienst  
3/1976 (Auszug)

## Jugendzahnpflege als Gemeinschaftsaufgabe

Dr. Quirin Amian,  
Präsident der ZK Nordrhein

Wir erweisen mit Sicherheit der deutschen Jugendzahnpflege einen Dienst, wenn wir die Arbeitsbedingungen unserer Jugendzahnärzte so nüchtern wie möglich beurteilen, wenn wir den idealistischen Zielsetzungen die Wirklichkeit gegenüberstellen. Es ist keine Schönfärberei, wenn ich feststelle, dass der hauptamtliche Jugendzahnarzt ohne Berufsbegeisterung und echtem Idealismus gar nicht in der Lage wäre, seine Aufgabe zu erfüllen. Die Diskrepanz zwischen den materiellen Bedingungen des niedergelassenen Zahnarztes und dem Zahnarzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist dabei nur einer der Gründe, der zur deprimierenden Vakanz zahlreicher Planstellen und zur noch mehr deprimierenden Überalterung dieses wichtigen Gebiets der Zahnheilkunde geführt hat. Wichtiger noch erscheint mir der innere Grund, dass nämlich die Möglichkeiten zu behandelnder Tätigkeit so gering sind. Vor noch nicht allzu langer Zeit war in manchen Gebieten der Bundesrepublik der Jugendzahnarzt nur Berater, Statistiker, im besten Falle Gesundheitserzieher. Heute gilt es erfreulicherweise in allen Kammerbereichen als Selbstverständlichkeit, dass Kammern wie kommunale Arbeitgeber die nebenberufliche behandelnde Tätigkeit des Jugendzahnarztes auch in den Diensträumen gestatten.

Ein wichtiger Grund für die fehlende Attraktivität des Öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienstes liegt ferner in der Laufbahnstruktur. Sie ist gekennzeichnet durch zu geringe Aufstiegsmöglichkeiten, nicht gerade üppige Dotierung (man sollte daran denken, dass auch Idealisten nicht vom Idealismus leben können), vor allem aber durch das vielerorts fehlende Verständnis der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, das hier und da noch anzutreffende Herablächeln ärztlicher Kollegen auf das ebenso verzweifelte wie aussichtslose Bemühen des Jugendzahnarztes, das lückenlose, gut gestellte, kariesfreie oder doch gut sanierte Gebiss bei jungen Menschen zu erkämpfen. Das alles lähmt da, wo es

vorkommt, Initiativen und erklärt offene Planstellen.

Welche Grenzen dem Bemühen des Jugendzahnarztes gesetzt sind, lässt sich in Zahlen ausdrücken: Auf einen Jugendzahnarzt kommen stellenweise bis zu 35.000 Kinder. Im Zuge der in manchen Bundesländern noch laufenden kommunalen Neugliederung wächst die Zahl der vom einzelnen Jugendzahnarzt zu betreuenden Kinder zu teilweise geradezu utopischen Zahlen. Damit werden die so gut gemeinten „Richtlinien für Jugendzahnpflege“ mit der Höchstgrenze von 10.000 bis 15.000 zu Betreuenden mehr und mehr zu einem bloßen Papier, was das Auseinanderklaffen von Wollen und Wirklichkeit schmerzlich fühlbar macht. Der praktische Ausweg kann nur im „kapfen“ bestehen, nämlich im Verzicht auf die jugendzahnpflegerische Betreuung der mehr als 15jährigen, d. h. der Berufsschulen und der Gymnasien ab Obersekunda. Keinesfalls darf – und das sollten wir zum Postulat der zahnärztlichen Präventivmedizin erheben! – der Kindergarten und damit die Frühüberwachung und Betreuung des Milchgebisses aufgegeben werden.

Das Fazit dieser sicher unvollständig wiedergegebenen und von einem Nichtbeteiligten nur in grober Umrisszeichnung zu registrierenden Fakten kann nur lauten: Der Jugendzahnarzt ist allein nicht in der Lage, die ihm von der Gesellschaft gestellten gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Ziele zu erreichen! Er braucht (und er hat) Bundesgenossen und Helfer der verschiedensten Art. Die Jugendzahnpflege ist eine echte Gemeinschaftsaufgabe.

Die deutsche Zahnärzteschaft hat schon oft ihre Enttäuschung darüber zum Ausdruck gebracht, dass es wegen der Länderkompetenz bisher nicht gelungen ist, bundeseinheitliche Richtlinien für die Jugendzahnpflege in Form eines Bundesgesetzes zu schaffen. Man sollte aber anerkennen, dass unsere Bundesländer sich bemühen, nicht zuletzt unter dem ständigen Denkanstoß der zahnärztlichen Selbstverwaltung und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, tragbare Grundlagen für eine planmäßige Jugendzahnpflege zu schaffen.


Wenn zu Beginn dieser Ausführungen – und damit schlage ich den Bogen zurück – Worte der Besorgnis über die

Effizienz und den Weiterbestand der deutschen Jugendzahnpflege fielen, wenn sich manchmal in der kollegialen Diskussion unsere Jugendzahnärzte wie ein kleiner und bedeutungsloser, vielleicht sogar zum Aussterben bestimmter Kreis ausnehmen, so haben, wie ich hoffe, meine notgedrungen nur unvollständigen Ausführungen dazu beigetragen, genau das Gegenteil bewiesen:

Die Jugendzahnpflege, als Gemeinschaftsaufgabe, getragen von Menschen und Institutionen voll Dynamik und Verantwortungsbewusstsein für die Volksgesundheit, zeigt eine Trendwende im Selbstverständnis der deutschen Zahnheilkunde an. Die Wende von der kurativen, reparativen, von handwerklich-technischer Brillanz bestimmten Tätigkeit zum biologischen, medizinisch-humanistischen Denken.

Den Jugendzahnärzten, diesen letzten Idealisten, gebührt unser Dank. Sie sind nicht die Nachhut eines verklingenden, sondern der Vortrupp eines beginnenden neuen Zeitalters medizinischen Denkens!

Quelle:  
Zahnärztlicher Gesundheitsdienst  
4/1975 (Auszug)



**warum ruft PETER nicht an?**

Wenn Du Peter fragst, zuckt er die Schultern. „Ach, weißt Du, eigentlich ist sie ja sehr nett, aber manchmal kann ich sie einfach nicht riechen!“

Vielleicht meint Peter das sogar wörtlich. Schlechte Zähne können sich bekanntlich sehr unangenehm bemerkbar machen. Außerdem: Ein ungepflegtes Gebiß verdirbt das schönste Lächeln.

Was ist da zu tun?

1. Frühzeitig und regelmäßig zum Zahnarzt gehen, spätestens aber sofort.
2. Nach der Behandlung Peter anrufen und sich verabreden.
3. Ihn mit einem strahlenden Lächeln überraschen.

Hintergrundbild von der Zahnärztlichen Gesellschaft und Redaktion von „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ 1975, München, Stuttgart, Braunschweig

## 1980 - 1990

- 1980 25-Jahrfeier des BZÖG – Zielvorstellung für die Jugendzahn-  
pflege: „Partnerschaftlich getragene Breitbandprophylaxe“
- 1980 „Zahnärztliche Prothetik – Kriterien der Notwendigkeit,  
Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit“ – Beihilfefähigkeit  
der Aufwendungen
- 1980 Ernährungs- und Gesundheitserziehung unter besonderer  
Berücksichtigung der Jugendzahnpflege – Kongress in  
Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung für Gesundheits-  
erziehung
- 1981 „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ – Jugendzahnpflege und  
Recht (Rechtsgutachten B. Linke)
- 1981 Initiativen zur Kostensenkung durch zahnärztliche  
Prophylaxemaßnahmen – Hearing bei Frau Minister A. Huber
- 1981 Zahnärztliche Vorsorge/Prophylaxe – Kongress in  
Garmisch-Partenkirchen
- 1982 „Zahnmedizinische Prophylaxe“ -Mitwirkung am Forschungs-  
vorhaben des Bundesministeriums für Jugend, Familie und  
Gesundheit; beauftragt mit der Durchführung „Gesellschaft  
für Strahlen- und Umweltforschung“
- 1982 „Zahngesundheit für alle im Jahr 2000“ –  
Ziel und Konflikt in der BRD
- 1983 Flächendeckende systematische Jugendzahnpflege für die  
BRD – Versuch einer Kosten/Nutzenanalyse
- 1983 Die Zukunft der hauptamtlichen Jugendzahnpflege in der  
BRD – Kongress in Kassel
- 1984 Vorsorge / Prophylaxe im Zahn-, Mund- und Kieferbereich –  
ist der Öffentliche Zahnärztliche Gesundheitsdienst  
verzichtbar?
- 1985 Öffentlicher Gesundheitsdienst und Werbung / Rechtsposi-  
tionen und rechtlicher Möglichkeiten - Arbeitstagung
- 1986 Situation der Kariesvorsorge / Jugendzahnpflege in den  
Ländern der Bundesrepublik Deutschland - Arbeitstagung
- 1987 Zahnärztlicher Gesundheitsdienst / Jugendzahnpflege und  
Datenschutz - Arbeitstagung
- 1987 Medieneinsatz und gesundheitliche Aufklärung in der Schule  
und dem Kindergarten – Kongress in Saarbrücken
- 1988 Akzeptanz zahnärztlicher Vorsorgemaßnahmen und  
Erfolgssicherung durch Dokumentation und Statistik
- 1988 Zahnärztliche Gutachten im ÖGD – Ausschuss für  
Beihilfefragen in Zusammenarbeit mit der Akademie für  
Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
- 1989 Zahnärztlicher Gesundheitsdienst / Jugendzahnpflege –  
Möglichkeiten einer sinnvollen Umsetzung des § 21 GRG

## Möglichkeiten einer sinnvollen Umsetzung des GRG § 21

### Arbeitstagung 1989

Dr. H.-J. Fichtner

Die Komplexität des anstehenden Beratungsthemas ist bekannt und hier in Insiderkreisen nicht neu: neu ist nur die Gesetzeslage. Sie hat sich endlich den Bedürfnissen angepasst; sie versucht, den veränderten Anforderungen im gesundheits- und sozialpolitischen Raum Rechnung zu tragen und nach neuestem Stand zahnmedizinischen Wissens den Anspruch der Bevölkerung auf Wiederherstellung verlorener Gesundheit in ein Engagement des Einzelnen zur Krankheitsverhütung zu wandeln.

Es war nicht leicht, mit einem kleinen Verband, wie es der BZÖG nun einmal ist, entgegen allen politischen Strömungen und Tendenzen, ohne Einbußen gewachsene Strukturen der Schulspäter Jugendzahnpflege zu erhalten; darüber hinaus über 30 Jahre hinweg das Thema zahnärztliche Prophylaxe/ Jugendzahnpflege in der Diskussion zu halten und die erforderlichen Aufgaben im Sinne des GVG nach neuestem Stand, auf zahlreichen Arbeitstagungen mit besonderen Schwerpunktthemen, weiterzuentwickeln.

Im Deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege (DAJ), in dem Krankenkassenverbände, Zahnärzteorganisationen und öffentlicher Gesundheitsdienst gemeinsam so weiter gewirkt haben, wie es in der Vorgängerorganisation „Deutsches Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen“ seit der Jahrhundertwende üblich war, haben wir als BZÖG einen Partner gehabt, der sich besonders in den letzten Jahren mit uns für eine neue gesetzliche Plattform engagierte.

Nachdem 1965 das Bundesjugendzahnpflegegesetz scheiterte und alle Bundesländer im Alleingang völlig diametrale Regelungen dieses Aufgabenbereiches vorgenommen haben, ist das Gesundheitsreformgesetz 1989 für den Bereich der zahnärztlichen Prophylaxe als ein guter Anfang zu werten.

Wie dieser neue § 21 mit Leben erfüllt werden kann, werden Sie ganz

maßgeblich mitzubestimmen, aber auch mitzuverantworten haben. Sie alle wissen, dass der Begriff „Gruppenprophylaxe“ zwar ein wesentlicher Bestandteil einer funktionsgerechten Jugendzahnpflege ist, jedoch im engsten Sinne nur ein sehr kleiner Baustein eben dieser Jugendzahnpflege! Lassen Sie die Zielvorstellung nicht aus dem Auge: Konsequente Jugendzahnpflege vom 0. bis 18. Lebensjahr, einschließlich Prophylaxe, Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen mit dem Ziel der Frühbehandlung, der nachgehenden Gesundheitshilfe im weitesten Sinne, der individuellen Dokumentation und vor allem einer exakten Medizinalstatistik zur Effizienzicherung; dies alles, für 200 Millionen DM für die ganze Bundesrepublik systematisch und flächendeckend!

Lassen Sie uns aber auch sicherstellen, dass gewachsene Strukturen voll erhalten bleiben in ihrer bewährten Art, dass sich kein Partner dieses Gesundheitssystems aus seiner Verantwortung entlassen fühlen kann durch den neuen Begriff Gruppenprophylaxe. Vor allem sind entsprechend dem GVG überall dort, wo Gebietskörperschaften diesem Gesetz nicht entsprochen haben, alle Partner unseres Systems in der Verantwortung, für die Erfüllung gerade auch dieses Gesetzes einzutreten, auf Landesebene oder Lokalebene und dies im öffentlichen und allgemeinen Interesse

Mit der Devise des holländischen Wilhelm v. Oranien sind wir als BZÖG bisher angetreten und nicht müde geworden: „Weitermachen, selbst wenn die Lage aussichtslos erscheint; durchhalten, auch wenn kein Erfolg in Aussicht!“

Wir hatten nun alle gemeinsam für einen Neubeginn unser Erfolgsergebnis, GRG § 21. Wir stehen nun als Partner gemeinsam in der Pflicht, ihn mit Leben zu erfüllen; dies gilt für die Krankenkassen, unbeschadet der Aufgaben anderer, also auch des ÖGD entsprechend GVG oder seiner Ablösegesetze, soweit sie für diesen Bereich sinnvoll sind! Dies gilt genau so für die Zahnärzteorganisationen und die Bundesländer. Wenn Gesetze oder Erlasse der Bundesländer diesem GRG entgegenstehen, sollte man sie mutig korrigieren.

Der politische Wille des Gesetzgebers für dieses GRG war doch wohl, Verbesserungen der Vorsorgesituation in der Bundesrepublik zu bewirken, in

der 1. Phase als Einführung einer Gruppenprophylaxe! Es muss also davon ausgegangen werden, dass ein guter Ist-Zustand erhalten bleibt und bewährte Strukturen nicht zerstört werden; z.B. die funktionsfähige Jugendzahnpflege in NRW, in Berlin, in weiten Bereichen anderer Länder und Gemeinden. Die logische Fortführung dieses Gedankens muss darauf abzielen, dass Partner des Gesundheitswesens, soweit sie nach anderen gesetzlichen Grundlagen Leistungen zu erbringen verpflichtet sind, aber diese bisher nicht oder nur unzureichend erbracht haben, von ihren Partnern im Gesundheitswesen zur Leistungserbringung motiviert oder veranlasst werden.

Vor allem sollten für die Relation von Betreuern zur Bevölkerungszahl Richtzahlen genannt werden. Sie sind ein Erfordernis zur Sicherung der Kontinuität und Effizienz. Z.B.:

1 Zahnarzt auf 50 000 Einwohner in ländlichen Bereichen,

1 Zahnarthelferin auf 50 000

Einwohner in ländlichen Bereichen,

1 Zahnarzt auf 60 000 Einwohner in Ballungsgebieten,

1 Zahnarthelferin auf 60 000

Einwohner in Ballungsgebieten,

1 Prophylaxehelferin auf 100 000 Einwohner.

Schülerzahlen als Bezugsgröße haben sich nicht bewährt und sind daher von NRW und DAJ auf Bevölkerungszahlen umgerechnet worden!

Diese Richtzahlen sind auch bei Einsatz von nebenamtlichen Zahnärzten bei einer entsprechenden Umrechnung gültig.

Die Möglichkeiten einer Anstellung des Personals sind vielschichtig. Bewährt hat sich die Anstellung bei Kreisen und Städten; weniger beim Land. Dies ist jedoch in einer gewissen Systemabhängigkeit zu sehen; je nach dem ob Kommunen oder Länder Träger der Gesundheitsämter sind. Möglich erscheint auch die Anstellung bei einer Krankenkasse, jedoch ist sie nicht immer unproblematisch.

Die Anstellung bei einer LAG ist wohl die neueste gedankliche Form. Hier wird aber vorausgesetzt, dass Finanzmittel von der Basis in einen Topf nach oben fließen und von dort wieder per Umverteilung nach unten zurück gehen; eine Situation, die erhebliche Schwierigkeiten machen wird. Bei Weiterverfolgung des Gedankens „Arbeitsgemeinschaft als Dienst-

herr“ sollte besser einer lokalen Arbeitsgemeinschaft der Vorzug gegeben werden; Rentennachteile durch Versetzung vom ÖGD in eine Arbeitsgemeinschaft sind denkbar!

Die Organisationshoheit der Hauptgemeindefunktionäre (in Kreisen und Städten) macht es möglich, Zahnärztliche Gesundheitsdienste, (Institute, Arbeitsgemeinschaften etc.) organisatorisch eigenständig unter fachkompetenter zahnärztlicher Leitung einzurichten.

Die neuen Aufgaben aus GRG § 21, in Verbindung mit den Aufgaben nach GVG (oder seiner Ablösegesetze), könnten so im Hinblick auf Finanzhaushalt und Organisationsablauf, besonders auch im Hinblick auf Kooperation mit Krankenkassen und Zahnärzte-Organisationen, wirkungsvoll angepasst werden.

Nur in Kreisen und Städten ohne Zahnärztlichen Gesundheitsdienst sollten für die Beteiligung anderer Partner im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorge/Gruppenprophylaxe das Gesundheitsamt auch künftig Anlaufstelle sein.

Die Leistungen im Rahmen der Jugendzahnpflege gehen trotz Sparmaßnahmen weit über die einer „Gruppenprophylaxe“ hinaus; sie sind klinisch und statistisch effizient und darstellbar; sie überzeugen vor Ort! Darüber hinaus sind sie kostenmäßig weitaus günstiger als ein Verweisungssystem, zu dessen Kosten noch Ob- oder Patenschaftsbetreuung zusätzlich finanziert werden müssten.

Eine Dokumentation der Leistungen aus dem Bereich der Gruppenprophylaxe sollte sich nicht auf die Anzahl von Einzelmaßnahmen oder evtl. auch noch auf Teilnehmerzahlen bei diesen Einzelaktivitäten beschränken; sie sollte vielmehr wie bei der Jugendzahnpflege auf eine Medizinalstatistik nach EKF/DMF-System abzielen, wozu unabdingbar im schulpflichtigen Alter begleitend eine individuelle Dokumentation Basis der Medizinalstatistik sein muss.

Reihenuntersuchungen sind für die Erfolgskontrolle und Effizienzermittlung unverzichtbar!

Nachdem 1984 auf unserer gemeinsamen Arbeitstagung von allen Spitzenverbänden der Krankenkassen und Zahnärzte die Unverzichtbarkeit des öffentlichen Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes festgehalten worden ist

## Mein Kaninchen und ich

Wenn Du mich einmal besuchst, zeige ich Dir mein Kaninchen.

Es hat ein weiches Fell und lange Ohren, eine Schnuppernase und schöne, scharfe, blanke Zähne.

Mein großer Bruder hat mir das so erklärt: Wer seinen Zähnen immer kräftig Arbeit gibt mit Obst und Gemüse, Vollkornbrot und Haferflocken, bekommt auch so schöne, starke, blitzblanke Zähne.

Wie mein Kaninchen und ich!



und schon 1983 vom gleichen Kreis die Notwendigkeit einer flächendeckenden, systematischen Jugendzahnpflege als erforderlich erkannt wurde, kann doch wohl der politische Wille des BMA und der Wille der Spitzenverbände, auf lange Sicht gesehen, nur in diese Richtung laufen.

Mit den Rahmenempfehlungen der Bundesverbände der Krankenkassen sind jetzt die Weichen für die Landesebenen gestellt; bewährte Leistungen unseres bewährten Jugendzahnpflegesystems können und sollen erhalten werden. Dies hat eine besondere Bedeutung wegen der besonders günstigen Kosten-Nutzen-Relation, denn schon heute ist absehbar, dass die Kosten für Maßnahmen der Gruppenprophylaxe, einem kleinen Baustein der Jugendzahnpflege, die 200 Millionengrenze erreichen wird. Dieser Betrag wurde vom BZÖG als ausreichend für eine flächendeckende und systematische Jugendzahnpflege errechnet und unwidersprochen vom gleichen Zuhörerkreis wie heute akzeptiert!

Wir wollen doch alle, dass in der Bundesrepublik Deutschland die Fehler der Vergangenheit beseitigt werden und die Erfahrungswerte in ein neues System einfließen. Wir müssen nicht unbedingt immer ins Ausland schauen; auch bei uns gibt es Bewährtes zu sehen. Sinnvoll erscheint es in diesem Zusammenhang jedoch, zu erkennen, dass im Nachbarland die Jugendzahnpflege von fachkompetenten Zahnärzten geleitet wird; fachlich und or-

# 10 Goldene Regeln der Zahngesundheit

Denn noch bis jetzt gab's keinen Philosophen, der mit Geduld das Zahnweh könnt ertragen! (Shakespeare)

	Das sollte man sich merken:	Darum!	Ein Beispiel:
<b>1</b>	<b>Ernährung</b> Wer gesund bleiben will, muß etwas Rechtes zum Beißen haben	Nur wer sich richtig ernährt, wird gesund bleiben. Das gilt besonders auch für das Gebiß: Zahnschäden sind oft genug das traurige Ergebnis falscher Ernährung	Besser als klebrige Süßigkeiten sind Obst, Nüsse, Vollkornbrot und Haferflocken (sie zwingen zu kräftigem Kauen) dazu frisches Gemüse, Milch, Quark und Käse.
<b>2</b>	<b>Zahnpflege</b> Körperpflege darf nicht bei den Zähne aufhören!	Kranke Zähne können den gesamten Körper erheblich schädigen, besonders Magen, Herz, Nieren und Gelenke. Außerdem macht ein ungepflegtes Gebiß nicht gerade sympathisch.	Die sogenannte „Familienzahnbürste“ sollte der Vergangenheit angehören. Nach dem Essen: Mundspülen nicht vergessen. Jung gewohnt, alt getan.
<b>3</b>	<b>Zahnarzt</b> Regelmäßiger Besuch beim Zahnarzt macht nicht glücklich, aber er beruhigt!	Beginnende Zahnschäden können besonders schnell und leicht behoben werden. Zudem sind dadurch die Kosten der Behandlung erheblich niedriger.	Sicher ist sicher: suchen Sie mindestens 2 x jährlich ihren Zahnarzt auf. Er kann mit Rat und Tat auch bei schwierigen Problemen helfen. Je eher, desto besser.
<b>4</b>	<b>Milchgebiß</b> Wie der Milchzahn, so der Brotzahn!	Milchzähne sind nicht wertlos. Von ihrem Zustand hängt oft die Gesundheit des späteren, bleibenden Gebisses ab. Hier tragen Eltern große Verantwortung: Bei 50% aller Schulanfänger sind die Milchzähne zerstört!	Kinder sollten schon frühzeitig an eine regelmäßige Untersuchung durch den Zahnarzt gewöhnt werden, leichte Schäden werden sofort erkannt und behoben - schnell und schmerzlos.
<b>5</b>	<b>Wechselgebiß</b> Kluge Eltern geben acht!	In der Zeit des Zahnwechsels vom 6. bis 13. Lebensjahr sind Fehlbildungen und Wachstumshemmungen nicht selten. Diese Veränderungen können Kindern sehr zu schaffen machen und sollten sofort behoben werden.	Besonders wichtig in dieser Zeit: Der Milchzahn ist „Platzhalter“ für den bleibenden Zahn. Nur ständige Überwachung des Gebisses läßt Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen und korrigieren.
<b>6</b>	<b>Bleibendes Gebiß</b> Die „Echten“ sind doch die Besten!	Gepflegte natürliche Zähne sind besser als das beste künstliche Gebiß. Es lohnt sich, auf ihre Erhaltung zu achten. Manche Krankheit hat ihre Ursache in schadhafte Zähnen!	Spätestens bei sichtbaren Schäden an den Zähnen: Sofort zum Zahnarzt gehen, Jeder Tag zählt! Bei zweckmäßiger Ernährung und täglicher Pflege sind die Bleibenden auch die „Echten“.
<b>7</b>	<b>Damenlutschen</b> Däumchen im Mund ist doppelt ungesund!	Mit Daumen und Schnuller kommen viele Krankheitserreger in die Mundhöhle. Und schlimmer: Beide verformen häufig den kindlichen Kiefer und verschieben die Zähne. 30% aller Kinder benötigen eine Kieferregulierung!	Der Lutschtrieb des Säuglings kann durch Ermüdung beim Trinken befriedigt werden. (kleinere Öffnung im Sauger - längere Trinkzeit) Für Größere: Nahrung, die kräftiges Kauen erfordert und freundl. Hinweis auf die Nachteile des Lutschens.
<b>8</b>	<b>Fehlbildungen</b> Schiefe Zähne sind nicht Schicksal!	Rechtzeitig den Zahnarzt aufsuchen: Im Zweifelsfalle sofort, aber spätestens jedoch im 10. Lebensjahr. Wie immer, so auch hier: Je eher, desto besser kann der Zahnarzt durch eine Korrektur dem Übel abhelfen.	Unregelmäßig gewachsene Zähne sind nicht nur unschön, sie können den Lebens- und Berufserfolg beeinträchtigen. Ein solches Gebiß ist nicht recht arbeitsfähig und führt dadurch leicht zu Gesundheitsschädigungen.
<b>9</b>	<b>Lückengebiß</b> Wir können auf keinen verzichten!	In Zahnlücken schieben sich im Laufe der Zeit die Nachbarzähne hinein und bringen das Gebißsystem in Unordnung. Auch gegenüberliegende Zähne können nicht mehr ihre Aufgabe erfüllen. Ergebnis: unzureichend zerkleinerte Nahrung.	Die häßlichen Lücken im Gebiß kann der Zahnarzt schließen. Das sieht besser aus und ist wichtig für das Allgemeinbefinden: Gut gekaut ist halb verdaut!
<b>10</b>	<b>Besser machen!</b> Das verschiebe nicht auf morgen!	Die unbegründete Angst vor einer Zahnbehandlung ist ein schlechter Ratgeber. Vom Hinauszögern wird nichts besser. Aufmerksame Eltern können ihr Kind vor größeren Schäden bewahren.	Immer neue Medikamente und hoch entwickelte Technik helfen dem Zahnarzt bei der schnellen, erfolgreichen und schmerzlosen Behandlung. Schmerzlos? Bei rechtzeitiger Behandlung - bestimmt!

Herausgegeben von der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in NW, Münster (Westf.), Bispinghof 3

In Nordrhein-Westfalen 2 Millionen Mal verteilt in 2 Jahren

Quelle: M'Oralist Heft 1, 1970

ganisatorisch. Sie ist dadurch flexibel und zeitgerechter anzupassen, ohne lange und beschwerliche Verwaltungshindernisse.

## Perspektiven für Jugendzahnpflege und Gruppenprophylaxe

Abschließend möchte ich darlegen, welche Perspektiven sich für die Jugendzahnpflege und die breitenwirksame Gruppenprophylaxe eröffnen:

Einige Anzeichen deuten darauf hin, dass die Zukunftsaussichten durchaus positiv zu beurteilen sind und zu der Hoffnung berechtigen, dass auch in der Bundesrepublik Deutschland der Durchbruch in der Kariesprophylaxe durch das GRG in nächster Zeit möglich wird.

Unabdingbare Voraussetzung für die erhofften Erfolge für Gruppenprophylaxe/Jugendzahnpflege ist jedoch die Beseitigung bestehender, systemimmanenter Fehler, die zum Misserfolg in den bisherigen kariesprophylaktischen Bemühungen geführt haben. Sie wurden in unseren Nachbarländern vermieden und so Erfolge gesichert.

## Unsere wesentlichen Schwachstellen sind:

- Überschätzung des Begriffes Gruppenprophylaxe, dem kleinen Baustein eines Gesamtkonzeptes Jugendzahnpflege
- Das Fehlen verordneter Richtzahlen für die personelle Besetzung (vgl. DAJ)
- Das Fehlen einer exakten Dokumentation und Medizinalstatistik, die als unabdingbare Voraussetzung für den innerdeutschen und internationalen Leistungsvergleich zu sehen sind.
- Die Unterschätzung der Bedeutung einer fachkompetenten, zahnärztlichen Leitung.
- Die fehlende gesetzliche Einbindung der Erzieher in Maßnahmen der Jugendzahnpflege/Gruppenprophylaxe; gerade sie ist für die Effizienzsicherung unverzichtbar!
- Die Unterschätzung des Rechtsstatus einer Behörde im Vergleich zur Arb. Gem. e.V.; auch für die Altersversorgung des Personals aus dem ÖGD.

Quelle:

Zahnärztlicher Gesundheitsdienst,  
Ausgabe 1/89  
Das große Thema



## Stellungnahme zur künftigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen

Die zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen in der DDR hat sowohl in ihrer gesetzlichen Verankerung als auch in ihrer Organisation, Umsetzung und ihren Ergebnissen international Anerkennung gefunden. Dieses Betreuungssystem basiert auf jahrzehntelangen Traditionslinien. Es wurde in den 20er und 30er Jahren in Deutschland von sozialmedizinisch engagierten Zahnärzten begründet und in der DDR systematisch ausgebaut und effizient gestaltet.

Komplexe Vorbeugungsprogramme in der Einheit mit systematischer Früherfassung und Frühbehandlung führten zu einer nachweisbaren Verbesserung der oralen Gesundheit der jugendlichen Population. Kinderzahnärzte und Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene mit spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten haben daran einen hohen Anteil. Dieses Potential eines eigenständigen Fachgebietes Kinderzahnheilkunde in Lehre und zahnärztlicher Betreuung sollte in eine gesamtdeutsche Konzeption zahnärztlicher Versorgung eingebracht werden.

Folgende Fakten beschreiben den Ist-Zustand kinderzahnärztlicher Betreuung in der BRD:

- weitgehend fehlende gesetzliche Grundlagen,
- die Tätigkeit einer kleinen Zahl von Jugendzahnärzten beschränkt sich auf zahnärztliche Untersuchungen und einige vorbeugende Maßnahmen. Diese Kollegen haben praktisch keine therapeutischen Befugnisse (soziale Abwertung dieser Zahnärzte als „Löcherzähler“).
- Kariesbefall und Behandlungsbedürftigkeit bei Kindern sind bedeutend größer als in der DDR.

Im Hinblick auf den für 1992 angestrebten europäischen Binnenmarkt ist dagegen die Orientierung auf funktionierende Systeme kinderzahnärztlicher Betreuung in Westeuropa angezeigt, da der EG-Binnenmarkt dann auch ärztliche und zahnärztliche Berufsrechte, Honorar- und Gebührenord-

nungen beeinflusst. Diese Systeme (Niederlande, Schweiz, skandinavische Länder) zeichnen sich aus durch

- ein hohes staatliches und oder kommunales Engagement für die kinderzahnärztliche Betreuung,
- weitgehende Gebührenfreiheit für Kinder und jugendliche,
- Ausbildung der Zahnärzte an den Hochschulen in den Fachgebieten Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe,
- gut ausgebildete Prophylaxe-Hilfskräfte sowie im Ergebnis dieser Fakten
- einen deutlichen Kariesrückgang bei der jugendlichen Population.

Aufgaben und Ziele bisheriger kinderstomatologischer Betreuung in der DDR entsprechen sowohl dieser internationalen Entwicklung als auch den Forderungen der Gesundheitsreform der BRD. Eine Trennung der Einheit von Vorbeugung und Behandlung würde unweigerlich wieder zu einer Zunahme oraler Erkrankungen und damit auch zu einer Kostenerhöhung für die notwendige Therapie führen.

Daraus ergeben sich Prämissen einer künftigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen:

1. Bisherige Inhalte in Prävention und Therapie sind grundsätzlich beizubehalten. Gruppen- und Individualprophylaxe münden in ein Gesamtkonzept. Die systemische Fluoridation ist auf eine machbare Grundlage zu stellen. Entsprechend internationalem Erkenntnisstand ist die Speisesalzfluoridierung die am besten geeignete Methode.

2. Für Kinder und Jugendliche ist bis zum Abschluss des Schulbesuchs (bzw. bis zum 18. Lebensjahr) eine gebührenfreie präventive und kurative Betreuung zu garantieren.

3. Die Betreuung wird nach einem nationalen Konzept (Jugendzahnpflegegesetz), ergänzt durch Ländergesetze, in der Organisation kommunal getragen und finanziert.

4. In neuen territorialen Strukturen ist eine selbständige Jugendzahnpflege dem Gesundheitsamt direkt anzugliedern, um ein einheitlich geleitetes Vorgehen und ein gleich hohes Niveau in Prävention und Therapie zu sichern. Kinderzahnärzte werden angemessen ihrer Ausbildung und Arbeitsleistung als Angestellte oder Beamte besoldet.

## 1990 – heute

- |      |   |
|------|---|
| 1990 | Gruppenprophylaxe / Jugendzahnpflege – Umsetzung des § 21 GRG in den Bundesländern  |
| 1991 | Strukturen der Jugendzahnpflege in den neuen und alten Bundesländern –  |
| 1992 | Perspektiven für eine wirksame Gruppenprophylaxe / Jugendzahnpflege   |
| 1993 | Welchen Stellenwert sollte das Fach Kinderzahnheilkunde in einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte haben?   |
| 1993 | Positionspapier des BZÖG zum Sozialgesetzbuch, Teil V, § 21   |
| 1993 | Mittragen der Bundesrahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe  |
| 1994 | Vorstellungen zur Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe  |
| 1995 | Sechs Jahre nach Inkrafttreten des § 21 SGB V – eine Standortbestimmung   |
| 1995 | Jugendzahnpflege 2000 – Positionspapier des BZÖG  |
| 1996 | „Wie muss eine Basisprävention für Kinder und Jugendliche strukturiert sein, wenn sie zu einer zielgruppenorientierten Betreuung unter Berücksichtigung finanzieller Ressourcen führen soll?“ |
| 1997 | Beitragsentlastungsgesetz, weiterer Amalgamverzicht und die Auswirkungen auf die kommende Generation  |
| 1998 | Zahngesundheitsförderung in Deutschland – Möglichkeiten und Grenzen von Bevölkerungsstrategien  |
| 1999 | Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD – das Berufsbild im Wandel zukünftiger Aufgaben und Ziele  |
| 2000 | Ein Konzept zur Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland – wie können die verschiedenen Prophylaxeansätze besser aufeinander abgestimmt werden?   |
| 2001 | Die Mundgesundheit wird besser – die Gruppenprophylaxe braucht bedarfsorientierte Kontinuität   |
| 2002 | Präventionsstrategien für den ÖGD unter Qualitätsmanagementaspekten   |
| 2003 | Qualitätsmanagement im Öffentlichen Gesundheitsdienst – Arbeitstagung   |
| 2004 | Ergebnisse und Auswirkungen des QM-Prozesses für die zahnärztlichen Dienste im ÖGD / Neue Aspekte der Fluoridierung   |

5. An der Volksgesundheit müssen Krankenkassen und Versicherungsverbände interessiert sein. Eine systematische präventive und therapeutische zahnärztliche Betreuung im Kindes- und Jugendalter kann wesentlich zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen. Mit den Kassen muss über Pauschalbeträge für Prävention und Therapie pro zu betreuendes Kind verhandelt werden. Darüber hinaus sollte vom Staat/Land/Kommune ein Sockelbetrag für den Aufbau und Erhalt der Jugendzahnpflege gezahlt werden.

6. Patientennahe zahnärztliche Einrichtungen, wie Schulambulanzen und fahrbare Ambulanzen, haben sich als hocheffektive Betreuungsstrukturen erwiesen und sind zu erhalten.

7. Auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen mit dem Ministerium für Bildung sind auf kommunaler Ebene mit den Bildungsverantwortlichen Festlegungen zur Sicherung der kinderzahnärztlichen Betreuung zu vereinbaren.

8. Sicherung der Fachzahnarztweiterbildung mit der Berufs- oder Fachgebietsbezeichnung Jugendzahnarzt bzw. Kinderzahnarzt als notwendigem Qualifikationskriterium für die Arbeit mit Kindern. Durchführung der Weiterbildung an profilierten Einrichtungen. Beibehaltung der Ausbildung von Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene.

Vorstand der Gesellschaft für  
Kinderstomatologie der DDR

Quelle: Informationsblatt Nr. 34 Juli, 1990 der Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR und der Gesellschaft für Orthopädische Stomatologie der DDR

## Erfahrungen aus der kinderzahnärztlichen Betreuung in der DDR

Wenn auf 50 Jahre erfolgreiche Arbeit des BZÖG zurück geblickt wird, die in den letzten 15 Jahren eine gesamtdeutsche Entwicklung nahm, so soll in dieser Abhandlung der Entwicklung der kinderzahnärztlichen Betreuung in der DDR Aufmerksamkeit geschenkt werden.

So wie die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in den letzten 15 Jahren, Dank der Einführung des §21 SGB V sich bedeutend verbessert hat und Deutschland somit aus seiner mittelmäßigen Stellung in eine der führenden „Zahngesundheitsnationen“ aufrücken konnte, hatte auch die kinderstomatologische Betreuung in der DDR große Erfolge zu verzeichnen.

Auf das von Kantorowicz begründete Bonner System, nämlich Vorsorge, Sanierung und Nachsorge in eine Hand, und zwar die Hand eines Schulzahnarztes sprich Kinderzahnarztes zu legen, baute das Betreuungssystem der DDR auf. Bereits 1954 wurde die kinderzahnärztliche Betreuung durch die 1. Anordnung über die Jugendzahnpflege zur Aufgabe des Staates gemacht. In den 50-iger Jahren entstanden überall, oft aufbauend auf bereits in den 20-iger und 30-iger Jahren gegründeten Einrichtungen, Schul- und Kinderzahnkliniken.

Im Jahre 1969 wurde in Leipzig die Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR, deren 1. Vorsitzender Prof. Künzel war, gegründet. An Universitäten und Medizinischen Akademien wurden Abteilungen für Kinderstomatologie eingerichtet und es kam zur Schaffung des Fachzahnarztes für Kinderstomatologie. In einer 5-jährigen Fachzahnarzausbildung wurden neben der kinderzahnärztlichen Ausbildung auch 12 Monate Kieferorthopädie und 6 Monate Allgemeine Stomatologie sowie Hospitationen in der Kieferchirurgie und der Abteilung Anästhesiologie und Intensivmedizin absolviert. Der Fachzahnarzt für Kinderstomatologie konnte dann eine Schulzahnarztpraxis in Eigenregie führen und betreute in der Regel 2 Schulen, 2 Kindergärten und 2 Kinderkrippen (in etwa 1500 Kinder).

1979 gab es dann eine neue gesetzliche Richtlinie, die die regelmäßige zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen zum Inhalt hatte. Hier wurde die umfangreiche Versorgung der Kinder vom 2. Lebensjahr bis zum Schulabschluss gesetzlich festgehalten.

Jährliche Reihenuntersuchungen, eine Sofortbehandlung und Nachkontrolle waren der Hauptinhalt. Aber auch die Prävention hatte eine feste Verankerung. Durch die Reihenuntersuchungen wurden auch festgestellte Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien dem Kieferorthopäden zugestellt. Auf Grund der guten fachzahnärztlichen Ausbildung waren die Kinderstomatologen in der Lage, einfache Anomalien mittels Einschleiftherapie, Mundvorhofplatten, schiefen Ebenen und Dehnplatten selbst zu behandeln und so das Entstehen schwerwiegenderer Anomalien zu verhindern.

Eine wichtige Rolle im DDR-Betreuungssystem spielte die Fluoridierung und eine besondere Rolle dabei die Trinkwasserfluoridierung. So konnte in Städten wie Karl-Marx-Stadt (heute wieder Chemnitz) die Kariesrate durch mehr als 30 Jahre TWF erheblich gesenkt werden. In Städten und Landkreisen, die nicht von der TWF profitieren konnten, wurden in Kindergärten nach zahnärztlicher Empfehlung Fluoridtabletten durch die Fachschwester für Zahn- und Mundhygiene ausgegeben. Auch wurden von den Fachschwestern Mundhygieneaktionen in Kindergärten und Krippen durchgeführt.

Die Wende in der DDR brachte aber dann für das Berufsbild des Kinderstomatologen erheblich Veränderungen. So änderte sich die Rechtslage im Beitrittsgebiet. Die §§ 21 und 22 SGB V waren ohne Abweichungen in Kraft. Vorhandene Strukturen wie kinderzahnärztliche Abteilungen in Polikliniken oder Schulzahnarztpraxen waren nur noch vorübergehend zugelassen. Viele Kinderzahnärzte strebten daher, wenn der Weg in die eigene Praxis nicht genommen wurde, eine Anstellung bei den Kommunen an. Durch die bestehende Rechtslage war es nun nur sehr eingeschränkt möglich, behandelnd tätig zu werden, was viele Kinderzahnärzte nur schwer akzeptieren konnten.

Durchaus also nicht immer glücklich über verlorengegangene Struktu-

## Zahnmedizinische Prävention – eine kommunale Aufgabe

Mit der Hervorhebung des zahnmedizinischen präventiven Ansatzes durch die Einführung des § 21 SGB V wurde 1989 ein bundesweit gültiger Rahmen geschaffen, um Zahnerkrankungen bei den bis zu 12-jährigen Kindern zu verhüten. Krankenkassen, Zahnärzteschaft und der ÖGD haben danach bei der Umsetzung der Gruppenprophylaxe zusammenzuwirken. In den Folgejahren, die auch geprägt waren vom Zusammenwachsen beider deutscher Staaten, wurden in den Ländern Vereinbarungen geschlossen und Landesarbeitsgemeinschaften sowie regionale Arbeitsgemeinschaften gegründet. Erweiterungen des § 21 wurden 1993 und 1999 vorgenommen.

In den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder umfassen die bevölkerungs- und gruppenorientierten Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Zielgruppen sind insbesondere Kinder und Jugendliche. Zu diesen überwiegend pflichtigen kommunalen Selbstverwaltungsaufgaben der Gesundheitsämter gehört auch die Gesundheitsberichterstattung.

Aufgabe des ÖGD ist es, zusammen mit Partnern in der Kommune Kooperationsbeziehungen aufzubauen, mit allen Akteuren verbindliche Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen festzulegen, sowie Bürgerbeteiligung in Gesundheitsfragen zu fördern.

ren brachten sich die Kinderzahnärzte der ehemaligen DDR trotzdem voll in das neue Betreuungssystem ein und konnten so mit ihrem Fachwissen und ihren teilweise sehr umfangreichen Berufserfahrungen mit dazu beitragen, dass sich die Zahngesundheit der Kinder in Deutschland in den letzten Jahren ganz erheblich verbessert hat.

Dipl. med. Kerstin Papmahl  
Zahnärztlicher Dienst  
Gesundheitsamt Frankfurt (Oder)

Der ÖGD als einziger gemeinwesenorientierter Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist so auf kommunaler Ebene Initiator, Kommunikator und Koordinator in einem komplexen Gesundheitswesen.

### Ausblick

Das aktive Herantragen präventiver Leistungen an Kinder und Jugendliche ist eine Aufgabe kommunaler Gesundheitsdienste (7). So wird es möglich, die typischen sozialspezifischen Unterschiede der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auszugleichen.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung ist rückläufig und ihre Lebenssituation wird zunehmend von Armut geprägt (10). Aus dem AWO-Sozialbericht 2000 geht hervor, dass 18 % der Kinder in Deutschland unter der Armutsgrenze leben (1). In Deutschland gibt es lt. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung gegenwärtig 7.000 Straßenkinder (6). Die Sozialhilfequote liegt bei der Gruppe der bis 7-Jährigen mit 8,6% mehr als doppelt so hoch wie die aller Sozialhilfebezieher. Der Einfluss sozialer Rahmenbedingungen auf die Kindergesundheit ist bekannt. Arme und sozial benachteiligte Kinder haben ein höheres Krankheitsrisiko auch in bezug auf Karies.

Daraus leitet sich der sozialkompensatorische Auftrag für den ÖGD ab, denn diese Kinder werden vom bestehenden sozialen Sicherungssystem nicht ausreichend erreicht. Ihnen jährlich ein Betreuungsangebot zu unterbreiten, ist ein Weg, dem mit niedriger sozialer Lage einhergehenden schlechteren Mundgesundheitszustand entgegenzuwirken (11,13). Die Benachteiligung von Randgruppen kann durch diese aufsuchende Tätigkeit des ÖGD verringert und mehr gesundheitliche Chancengleichheit erzielt werden.

### Arme Kinder haben schlechtere Zähne

- Kinder aus der Unterschicht haben drei Mal so schlechte Zähne wie Gleichaltrige der Mittel- und Oberschicht ([www.dialog-gesundheit.de](http://www.dialog-gesundheit.de))
- Kariesbefall hängt drei Mal mehr mit der Schulbildung der Eltern zusammen als mit dem Süßigkeitenverzehr der Kinder (Micheelis/Schroeder 1996)
- Vorsorge und Gesundheitsaufklärung werden in Familien mit gerin-

gem Bildungsstand und Einkommen seltener wahrgenommen (ebd.)

- Bei der Zuordnung „Kariesrisiko“ mussten 47 % der Kinder, die Plaque und keine Putzcompliance hatten sowie keine zahnärztliche Untersuchung in der Schule bekamen, der Risikogruppe zugeordnet werden (ebd.)

Diese gesundheitlichen Probleme einer definierten Bevölkerungsgruppe können durch bedarfsgerechte präventive Interventionen reduziert werden. Public-Health-Strategien die gesundheitsbewusstes Verhalten durch gesundheitsförderliche Gestaltung der Rahmenbedingungen erleichtern, gehören ebenso dazu.

Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Bürgernähe und den Bezug zu regionalen Besonderheiten erfordert. Auf kommunaler Ebene wird mehr denn je planendes, koordinierendes und steuerndes Agieren verlangt. Für den zahnmedizinischen Bereich im ÖGD heißt das ebenfalls, an Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta (18) und an sozialmedizinische Traditionen anzuknüpfen. Die unterschiedlichen Lebensverhältnisse, Lebenslagen und Lebensweisen sind zu berücksichtigen und die Gesundheit der Bevölkerung ist in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen.

Dr. Gudrun Rojas,  
Brandenburg/Havel  
Gekürzte Fassung

- Literatur bei der Redaktion -

## Qualitätsmanagement im ÖGD

Mit Beginn des neuen Jahrtausends hat der BZÖG die gesetzlichen Forderungen nach Qualität aufgegriffen und das Thema Qualitätsmanagement als zentrales Element seiner Arbeit entwickelt. Nicht zuletzt auf mehreren Arbeitstagungen in Potsdam ist eine Standortbestimmung Zahnärztlicher Dienste in Gesundheitsämtern erfolgt: Die mit umfassender Gesundheitsförderung verbundene Aufgabenwahrnehmung zieht massive Veränderungen im Berufsbild der Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Gesundheitsämtern nach sich. Die Einführung erkenntnisleitender Prozesse durch das Qualitätsmanagement verbindet diese beiden unterschiedlichen Anforderungen.

Der BZÖG greift damit in die Diskussion um die Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein. Neben den aktuellen Anforderungen, die an den Öffentlichen Dienst gestellt werden, wird das Engagement für eine nachhaltige Stärkung kommunaler zahnärztlicher Strukturen unbedingt betont.

Für den Zahnärztlichen Dienst bedeutet der Schritt zur Einführung von Qualitätsmanagement auch, die bisher geleistete Arbeit mit kritischer Distanz zu betrachten und durch Fort- und Weiterbildung den veränderten Anforderungen nach Formulierung von Versorgungsstandards durch kommunale Gesundheitsberichterstattung zu entsprechen sowie ein aktives Eingreifen in kommunale Gesundheitspolitik zu fördern. Zahnärztliche Dienste haben neben der Landesgesetzgebung durch den § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe) einen eigenständigen Versorgungsauftrag in der Planung, Umsetzung und Evaluation kommunaler Präventionsprogramme. Qualitätsmanagement führt durch Formulierung kommunaler Gesundheitsziele und Festlegung von Standards zu einer verbesserten Akzeptanz der Arbeit Zahnärztlicher Dienste. Durch die Analyse der Strukturen und Prozesse wird eine größere Transparenz der Arbeitssituation aller Akteure bewirkt. Die allgemein geforderten Veränderungen im Öffentlichen Dienst - wie die nach mehr „Management“ im Gesundheitswesen - bedürfen im Sinne der Organi-

sations- und Personalentwicklung neue Fähigkeiten und Kompetenzen.

Der BZÖG als Berufsverband sieht seine Aufgabe deshalb u.a. darin, seinen Mitgliedern Informationen und Anleitung zu diesem Thema zukommen zu lassen.

In Deutschland wird aktuell Qualität im Öffentlichen Dienst mit Modernisierung der Verwaltung oder auch managementorientierter Verwaltung umschrieben. Durch folgende Merkmale kann die Modernisierung des Öffentlichen Dienstes kurz umrissen werden:

- Besseres Eingehen auf die Bedürfnisse der Kunden oder der Empfänger einer Dienstleistung
- Leistungsbetonung
- Einführung von Leistungsnormen
- Verbesserung der Kommunikation von Ergebnissen
- Übertragung finanzieller und personeller Verantwortung

Diese Themen sind aktuell eingebettet in den Kontext knapper werdender Mittel bei erhöhten Ansprüchen. Eng damit verknüpft sind Forderungen nach Kostensenkung durch interne Wirtschaftlichkeit sowie die Notwendigkeit, auf politische und soziale Veränderungen zu reagieren.

Die gesetzlichen Auflagen schränken den freien Umgang mit den finanziellen Ressourcen ein. So erscheint es für Organisationen des Öffentlichen Dienstes, die wenig Einfluss auf ihr Ressourcenniveau haben, zwingend, nicht zu messen, ob die Menge oder Zuteilung der Ressourcen richtig oder falsch ist, sondern wie im Rahmen des vorhandenen Gestaltungsspielraums diese Ressourcen gemanagt werden.

Wer eigenverantwortlich Änderungs-/Verbesserungsvorschläge entwickelt, entfaltet Begeisterung, wenn er damit klare Vorsätze verbindet, hinter denen er emotional steht. Der innerliche Beschluss, ein Ziel konsequent zu verfolgen, führt dazu, dass Zweifel nicht verdrängt werden, sondern dass man sich mit ihnen auseinandersetzt, um so die eigenen Ziele und die gemeinsamen Ziele der Organisation zu erreichen.

In diesem Sinne haben Bundesvorstand sowie Landestellenleiterinnen und -leiter für Zahnärztliche Dienste einen Leitfaden zur Selbstbewertung nach dem Modell der European Foun-

## Rückblick eines Außenstehenden

Schon Ende der 60er Jahre schickte mich mein damaliger Chef, Herr Dr. Hinze (Landesvorsitzender des BVÖGD in Hamburg) in seiner Vertretung in die Sitzungen des erweiterten Vorstandes unseres Bundesverbandes. Was musste ich dort erleben?! Zwei Themen beherrschten die Tagesordnung: Möglichkeiten der Nebentätigkeit und Sonderlaufbahn für Medizinalbeamte. Und die Zahnärzte kämpften gegen die Ärzte und umgekehrt. Besonders kämpferisch vertrat dabei der Vorsitzende des BZÖG, Herr Dr. Fichtner, die Interessen seiner zahnärztlichen Kollegen, indem er vehement forderte, dass auch der Zahnarzt die Leitung eines Gesundheitsamtes übernehmen könnte und bis A 16 besoldet würde. Damit biss er natürlich bei seinen ärztlichen Kollegen der damals älteren Generation auf Granit. Für mich als neu Hinzugekommenen und Vertreter der jüngeren Generation waren diese Sitzungen ein Albtraum. Doch glücklicherweise vollzog sich allmählich ein Generationswechsel. Mit dem Kollegen Dr. Moritzen begannen wir die Tagesordnungen unserer gemeinsamen Sitzungen zu versachlichen. Schließlich gab es genügend Probleme, die uns ernsthaft auf den Nägeln brannten. Die nachrückenden Vorsitzenden unserer beider Verbände entwickelten zunehmend ein harmonisches Verhältnis zueinander. Ich denke

---

dation for Quality Management (EFQM) diskutiert und inhaltlich abgestimmt. Dieser Leitfaden zeigt die Herangehensweise bei der Einführung des Qualitätsmanagements und wie im ersten Schritt eine Selbstbewertung vorgenommen werden kann.

Darüber hinaus hat der BZÖG für seine Mitglieder Beispiele eines Selbstbewertungsfragebogens, eines Qualitätshandbuchs mit Prozessbeschreibungen sowie eines Leitbildes entwickelt.

Dr. Claudia Sauerland, Unna

dabei an Frau Dr. Dohnke-Hohrmann, Herrn van Steenkiste, Herrn Dr. Dürr, unter deren Vorsitz die gegenseitige Vertretung, die finanziellen Probleme und vor allem das gemeinsame Auftreten beider Verbände einvernehmlich geregelt werden konnten. Auch das gemeinsame Auftreten gegenüber der Bundes- und Landespolitik wurde dadurch wirkungsvoller. Dankbar denke ich an eine Sitzung im Gesundheitsausschuss des Brandenburger Landtages, in der wir die Anliegen des ÖGD

im neuen Landes-Gesundheitsdienstgesetz gegen die ausdrückliche Auffassung des damaligen Staatssekretärs durchsetzen konnte. Diese Sitzung hat für mich die notwendige freundschaftliche Nähe unserer Verbände bestätigt, und ich bin heute rückschauend dankbar für die gute Entwicklung. Möge es in der Zukunft so bleiben!

Peter Grieve  
Ehem. Vorsitzender des  
Bundesverbandes  
der Ärzte des ÖGD

## Chronik der Vorstandsmitglieder des BZÖG

	1.Vorsitz	2. Vorsitz	Geschäftsführung	Kasse	Beisitzer
1955	Dr. Curt Beusch	Dr. Rudolf Schill	Dr. Wilhelm Kessler	Dr. Peter Hippchen	Dr. Hofmann
1956	Dr. Rudolf Schill	Dr. Herwig Pollak	Dr. Kurt Schwonke		Dr. Wilhelm Früchte
1957					
1958					
1959					
1960			Dr. Gerd Hein		
1961	Dr. Gerd Hein	Dr. Fritz Haake	Dr. Adalbert Münchmeyer		Dr. Rudolf Schill
1962					
1963			Dr. Hans Lüdke		Dr. Norbert Finke
1964					
1965	Dr. Hans-Jürgen Fichtner	Dr. Käthe Spiller		Dr. Josef Foeckeler	Dr. Peter Hippchen
1966					
1967					
1968					
1969		Dr. Käthe Schönwald			
1970					
1971					
1972					
1973		Dr. Hans Lüdke	Dr. Ernst-August Schürmann	Dr. Rosl Hinderer	Dr. Franz Braun
1974					
1975					
1976					
1977					
1978					
1979					
1980					
1981					
1982					
1983					Dr. Liselotte Becker-Inglau
1984					
1985					
1986					
1987					
1988					
1989		Dr. Christine Beinlich			Dr. Hans Lüdke
1990		Anna-Elisabeth Bongen		Dr. Brigitte Brunner-Strepp	Ulrich Cinka, Dr. Hans Lüdke
1991					
1992	Dr. Silvia Dohnke-Hohrmann		Dr. Klaus-Dieter Rasch		Dr. Gudrun Rojas, Dr. Günter Mönlich
1993					
1994					
1995					
1996			Dr. Werner Krause		Dr. Klaus-Günther Dürr
1997		Marc van Steenkiste			
1998	Marc van Steenkiste	Dr. Gudrun Rojas	Dr. Martina Kröplin	Bernd Schröder	Dr. Christoph Hollinger
1999					
2000	Dr. Klaus-Günther Dürr		Dr. Claudia Sauerland		
2001					
2002					
2003					
2004	Dr. Michael Schäfer	Dr. Claudia Sauerland	Dr. Cornelia Wempe		Dr. Grit Hantzsche
2005					

## Kindersprüche aus der Prophylaxestunde

Kevin, 2 Jahre, beim Zähneputzen:  
„Ich find' meine Kauflächen nicht!“

Frage: „Hat der Zahnarzt auch schon  
mal bei dir gebohrt?“

Vincent, 4 Jahre: „Ja, ich bin auch  
schon mal geboren worden.“

Nico, 5 Jahre, zum Thema  
Daumenlutschen:  
„Man darf auch nicht in der Nase boh-  
ren, da bekommt man schiefe Zähne!“

Frage: „Weiß schon jemand, wie  
die Schutzschicht um die Zahnkrone  
herum heißt?“  
Dominik, 3. Klasse: „Ich hab schon  
'mal davon gehört, mir ist schon 'mal  
so ein Stück Zahntapete abgegangen.“

Florian, 2. Klasse zum Thema  
Mundhöhle:  
„Die Lippen sind das Schutzblech für  
die Zähne.“

Jasmin, 2. Klasse:  
„Nächste Woche gehen wir zum  
KieferorthopädiKER.“

Frage: „Weißt du schon, dass du eine  
Zahnspange brauchst?“  
Jessica, 2. Klasse: „Ja, die Zähne habe  
ich von meinem Bruder gerbt.“

aus Chemnitz und  
Hamburg-Eimsbüttel



## Neue Folge des beliebten Comics



Für  
Kinder zwi-  
schen sechs  
und zwölf  
Jahren gibt es  
jetzt ein neues  
Abenteuer von  
Dentiman, dem Helden mit dem  
Kalzium-Schild. In Folge 3 der belie-  
bten Comic-Reihe von Wrigley Oral  
Healthcare Programs kämpft  
Dentiman gegen den gefährlichen  
Säurehai. Mit Hilfe der spannenden  
Bildergeschichte lernen Kinder, was  
den Zähnen schadet und was sie stark  
und widerstandsfähig gegenüber Karies  
und Erosionsschäden macht. Ein Quiz  
lädt dazu ein, mit dem neu erworbenen  
Wissen attraktive Preise zu gewinnen.  
So werden Kinder frühzeitig und auf  
spielerische Art zu regelmäßigem Zäh-  
neputzen und Mundpflege zwischen-  
durch mit Zahnpflegekaugummi moti-  
viert.

Die Geschichte spielt – wie in den  
ersten beiden Folgen – in der Mund-  
höhle, die diesmal von einem süß-sau-  
ren Limonadenstrom durchspült wird.  
Im Kampf gegen den Furcht einflößen-  
den Säurehai und die gefährlichen  
Kariesbakterien wird der Held Denti-  
man von seiner Speicheltropfenarmee  
unterstützt. Dentiman selbst verkör-  
pert den bei Kindern begehrten und  
von Medizinern anerkannten Zahn-  
pflegekaugummi Wrigley's Extra® für  
Kinder. Der leckere, pinkfarbene Kau-  
gummi enthält Kalzium und Xylit. Er  
steigert die Speichelfließrate bis um  
das Zehnfache, neutralisiert Säuren,  
die in der Nahrung enthalten sind bzw.  
beim Kohlenhydrate-Abbau entstehen,  
unterstützt die Remineralisation der  
sensiblen Milchzähne und reduziert so  
das Kariesrisiko um bis zu 40 Prozent.

Auch dieser neue Comic stammt  
aus der Feder des bekannten Comic-  
zeichners Dietwald Doblies und ist  
mit wissenschaftlicher Unterstützung  
der Professoren Joachim Klimek  
(Gießen), Adrian Lussi (Bern) und Lutz  
Stößer (Jena) entstanden.

Mediziner, Eltern und Pädagogen  
sind von den Dentiman-Comics begei-

stert. Der Grund: die kindgerechte  
Form, in der Karies-Prophylaxe und  
zahngesundes Verhalten den Kindern  
vermittelt wird. Auf der letzten Seite  
winkt ein Quiz mit tollen Gewinnmög-  
lichkeiten – beispielsweise blinkenden  
Zahnbürsten, die anzeigen, wie lange  
die Zähne noch geputzt werden müs-  
sen, einem „Zahnmemory“-Spiel, Zahn-  
bürstenhalter-Tierchen und natürlich  
Zahnpflegekaugummi zur Prophylaxe  
zwischen-durch.

Der Comic „Dentiman und der  
Säurehai“ und weiteres Informations-  
material werden für die Gruppenpro-  
phylaxe und Arztpraxen kostenlos zur  
Verfügung gestellt. Fordern Sie das  
Bestellformular unter der Faxnummer:  
089-66510-457 an oder bestellen  
Sie direkt im Internet unter  
[www.wrigley-dental.de](http://www.wrigley-dental.de).

Wrigley Oral Healthcare Programs  
wurden 1989 von der Wrigley GmbH  
zur Förderung der zahnärztlichen  
Präventivmedizin in Deutschland ge-  
gründet. Ziel ist es, die Kariesprophy-  
laxe in Forschung und Praxis sowie  
die Gruppenprophylaxe zu unterstüt-  
zen. Weltweit ist das Programm in 47  
Ländern vertreten. Die zahnmedizinische  
Prophylaxe unterstützen beson-  
ders Wrigley's Extra® Zahnpflegekau-  
gummi und Wrigley's Extra® Drops™,  
die das Kariesrisiko nachweislich um  
bis zu 40 Prozent reduzieren.

Weitere Informationen:  
Wrigley Oral Healthcare Programs  
Biberger Str. 18  
82008 Unterhaching  
[www.wrigley-dental.de](http://www.wrigley-dental.de)

**ANZEIGE  
EASYSOFT  
WIE AUSGABE 3/05?**

---

**ANZEIGE  
BABY**

## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

### Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH, Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf  
Tel. (dienstl.) 0211/899-2641, Fax 0211/89 29079,  
michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende : Dr. Claudia Sauerland, Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna  
Tel. (dienstl.) 02303/272653, Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

Geschäftsführerin: Dr. Cornelia Wempe, Erikastr. 73, 20251 Hamburg  
Tel. (dienstl.) 040/42801 3375, Fax 040/42801 2567,  
Cornelia.Wempe@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg  
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de

Beisitzer: Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna  
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

### Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch, Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf  
Tel. (dienstl.) 06221/5221848, Fax 06221/5221850, niekusch@agz-rnk.de

### Redaktion:

Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna  
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

### Beirat:

Dr. Gudrun Rojas, Bergstr. 18, 14770 Brandenburg  
Dr. Christoph Hollinger, Auf der Rolandshöh 8, 58135 Hagen  
Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

### Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg  
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de  
Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ 210 501 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 drei Mal im Jahr. 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 elektronischen Medienträgern geliefert werden. Bildmaterial oder Grafikschriften bitte als Aufsichtsvorlage beilegen.

**Nachdruck**, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

### Gestaltung:

www.GARDENERS.de

### Druck:

Gerhards-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.

www.bzoeg.de