

3 Editorial

Aktuelles Thema

- 4 50. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG in Schwäbisch Gmünd
- 4 Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Epidemiologie: DMF-T-Varianten
- 6 Zielvereinbarungen auf kommunaler Ebene aus dem Blickwinkel der Neuen Steuerungsmodelle
- 8 „Daten für Taten“ aus der Sicht der LZK und der LAGZ Baden-Württemberg
- 9 Fluoridpräparate aus rechtlicher Sicht
- 10 Aktuelle Empfehlungen zum Fluoridgehalt in Kinderzahnpasten - Konsequenzen für die systemische Fluoridierung

Berichte aus den Ländern

- 12 Erhebung zur Feststellung der Zahngesundheit bei 9.- Klässlern

Verband

- 14 Position des BZÖG zur Erweiterung des § 21 SGB V

Aktuelles

- 15 Neue DAJ-Grundsätze zur Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V

Berichte

- 17 Oralprophylaxe und Kultur

Leserservice

- 17 Neues Mal- und Spielheft

Ehrungen

- 18 Silbernes Ehrenzeichen für Dr. Klaus-Günther Dürr
- 18 70. Geburtstag von Dr. Karl-Heinz Stock

Buchbesprechungen

- 19 Der zahnärztliche Sachverständige

Forum

- 19 Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung

Impressum

Anzeige



Dr. Klaus-Günther Dürr

Die Jugend von heute ist zukunftsorientiert und hat zu ihren Eltern ein zunehmend freundschaftliches Verhältnis. Dies ist eines der Ergebnisse der 13. Shell-Jugendstudie, die kürzlich veröffentlicht wurde. Eine erfreuliche Tendenz, die uns erneut bestätigt, wie wichtig die Eltern für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind.

Die wichtige Rolle der Eltern sehen auch wir tagtäglich in der Jugendzahnpflege und Gruppenprophylaxe. Die Erziehung zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten setzt voraus, dass auch in der Gruppenprophylaxe erlangtes Wissen und Fähigkeiten in tägliche Verhaltensabläufe umgesetzt werden. Wenn Eltern dieser Arbeit mit Gleichgültigkeit begegnen, werden alle Gruppenprophylaxe- und Individualprophylaxe-Maßnahmen nicht die erwartete Wirkung haben.

Die seit Jahren beobachtete schlechte Compliance bei „Komm“-Angeboten in der Praxis, insbesondere bei den Karies-aktiven Kindern, hat den Gesetzgeber richtigerweise veranlasst, die Gruppenprophylaxe auf ältere Jugendliche auszuweiten.

Der neue Bundesvorstand hat dies zum Anlass genommen, eine Position zur Umsetzung zu erarbeiten. Auch die DAJ hat sich in den letzten Vorstandssitzungen mit der Umsetzung dieser Thematik beschäftigt und zwischenzeitlich hat die Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK eine praktikable Zielgruppen-Definition vorgeschlagen. In dieser Ausgabe unserer Zeitschrift finden Sie weitere Ausführungen zu dieser Thematik.

Der neue Bundesvorstand freut sich, die bisherige Arbeit auch künftig konstruktiv weiterzuführen. Den positiv begonnen Dialog mit der Bundeszahnärztekammer werden wir fortsetzen und die langjährige gute Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärzte des ÖGD festigen. Gleichzeitig bedanken wir uns beim bisherigen Vorstand, der in den vergangenen Jahren die notwendigen Schritte eingeleitet und unsere Position in den Gremien vertreten hat.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD und ihre Teams haben seit Jahren beispielhafte Arbeit bei der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen geleistet. Dies werden wir im Sinne unserer Mitglieder fortführen und weiterentwickeln.

Ihr
Klaus-Günther Dürr

50. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG in Schwäbisch Gmünd



Der diesjährige Kongress mit dem Motto „Gesund in die Zukunft – Daten für Taten“ lockte viele fachlich interessierte Besucher in die beschauliche Stauferstadt Schwäbisch Gmünd. Neben den vielfältigen Möglichkeiten des Meinungsaustausches, die eine solche Veranstaltung als gewinnbringenden Nebeneffekt bietet, wurde in zahlreichen interessanten Vorträgen viel fachspezifisch Wissenswertes dargeboten.

Wie Baden-Württembergs Sozialminister und MdL Dr. F. Repnik in seiner Begrüßungsrede ausführte, hat sich in den vergangenen Jahren immer mehr gezeigt, dass sich der Öffentliche Gesundheitsdienst erheblich gewandelt hat, mehr weg von der traditionellen Eingriffsverwaltung, hin zu Beratungs- und Dienstleistungsfunktionen. Der ÖGD sei seiner Meinung nach geradezu prädestiniert durch die Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung als Instrumente der Gesundheitsplanung und Politikberatung tätig zu werden.

Neben diesem thematischen Hauptaspekt ging es in weiteren Kongress-Schwerpunkten im zahnärztlichen Bereich unter anderem um Fluoride, vor dem Hintergrund der neuen Empfehlungen der DGZMK, sowie um pädagogische Aspekte, insbesondere im Hinblick auf den erweiterten § 21 SGB V. Vieles findet sich in den nächsten beiden Ausgaben zur Nachlese wieder.

cho

Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Epidemiologie: DMF-T-Varianten

Dr. H. Strippel,
M.Sc. in Dental Public Health

Die Mundgesundheit wird anhand von Indizes beschrieben. Indizes fassen Krankheitszeichen, Normabweichungen, Krankheitssymptome und durchgeführte Behandlungsmaßnahmen zusammen. Weil dabei von Normen ausgegangen wird, die Zahnärzte entwickelt haben, gelten diese Indizes als „normativ“.

Messung des Mundgesundheitszustands von Kindern

Die verwendeten Indizes sollten sich danach richten, wofür die Daten genutzt werden sollen („Daten für Taten“). Für die Planung der zahnmedizinischen Versorgung eines ganzen Landes empfiehlt die WHO, die Mundgesundheit durch einen umfassenden Datenkranz zu erfassen (1). Zehn Parameter treffen für Kinder und Jugendliche zu, darunter Schmelzbildungsstörungen, Fluorose, Community Periodontal Index, Zahnstatus, Behandlungsbedarf und der kieferorthopädische „Dentale Ästhetik-Index“.

US-amerikanische Zahnärzte beschränkten sich auf vier Faktoren: fehlende und kariöse Zähne, Zahnfehlstellungen und Okklusionsverhältnisse (2).

In Deutschland verwenden die Zahnärzte des ÖGD für die Routine-Gesundheitsberichterstattung einen noch kleineren Datensatz. Um die Mundgesundheit von Kindern mehrdimensional darzustellen und damit auch besser planen zu können, wären mehr Ressourcen erforderlich. Im Vordergrund steht der DMF-T (3). Der Index addiert bekanntlich kariöse, wegen Karies extrahierte und gefüllte Zähne bzw. Zahnflächen (decayed, missing und filled teeth/surfaces). Daneben wurden die Einzelangaben D-T, M-T und F-T, der Sanierungsgrad, der Anteil naturgesunder Gebisse und der Anteil sanierter Gebisse berichtet (4,5,6,7). Nur wenn Ursachenzusammenhänge erforscht (8) oder Ergebnisse der Gruppenprophylaxe evaluiert wer-

den sollen (9), werden zusätzliche Parameter erfasst: Plaque, Gingivitis, Ernährungsverhalten, Ernährungswissen und Mundhygieneverhalten.

Nachteile des DMF-T-Index

Der DMF-T als wichtigster „traditioneller“ Index ist nützlich, um mit nur einer Maßzahl auf einfache Weise wichtige Aspekte der Mundgesundheit zusammenzufassen und Vergleiche herzustellen. Einige Aspekte des Index sind jedoch problematisch:

- Ein fehlender Zahn entspricht von der Funktionalität her nicht einem kariösen Zahn
- Ein gefüllter Zahn entspricht nicht einem kariösen Zahn
- Ein fehlender 2. Molar entspricht von der prothetischen Wertigkeit her nicht einem fehlenden Eckzahn.

Bei Erwachsenen ist es ausgesprochen ungünstig, dass der DMF-T-Index Zahnverlust und gefüllte Zähne gleich behandelt. Die beiden Komponenten hängen nämlich in entgegengesetzter Weise mit soziodemographischen Variablen zusammen. So hatten in einer kanadischen Studie Erwachsene mit niedrigem Einkommen durchschnittlich 9 mehr fehlende Zahnflächen als Erwachsene mit hohem Einkommen. Gleichzeitig hatten diejenigen mit niedrigem Einkommen 8,5 weniger gefüllte Flächen. Bei der DMF-T-Addition hoben sich die beiden Phänomene gegenseitig auf. Der DMF-T-Index verschleierte die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (10). Allerdings sei angemerkt, dass sich diese Verzerrungen bei Kindern und Jugendlichen kaum auswirken, weil bei ihnen noch kaum fehlende Zähne zu verzeichnen sind.

„Gesundheitsorientierte“ DMF-T-Varianten

Das zunehmende Interesse an Prävention führte zu dem Vorschlag, stärker „gesundheitsorientierte“ Indizes zu verwenden.

1. Naturgesunde Gebisse

Viele Arbeitskreise für Jugendzahnpflege verwenden bereits einen „gesundheitsbezogenen“ Index. Dabei handelt es sich um den Anteil naturgesunder Gebisse. Allerdings ist letztlich auch die Angabe „naturgesund“ krankheitsbezogen. Sie bedeutet nämlich „kariesfrei“.

Tab. 1: Verschiedene Darstellungsmöglichkeiten des Kariesrückgangs am Beispiel der Milchzähne von 6/7-Jährigen in Baden-Württemberg (1994 – 1997). Quelle: DAJ und Pieper 1995, 1998, eigene Berechnungen.

	Mittelwerte bzw. % in 1994	Mittelwerte bzw. % in 1997	relative Veränderung
vorhandene Milchzähne (hypothetisch)	16	16	±0%
gesunde Zähne	13,6	14,1	+4%
Probanden mit naturgesundem Gebiß	46%	54%	+17%
Anteil Probanden mit dmft > 4 („Kariesrisikogruppe“)	22,4%	17,4%	-22%
dmft	2,4	1,9	-21%
dt	1,3	0,98	-25%
ft	1,1	0,84	-24%
mt	–	0,08	–
Sanierungsgrad: ft / (dt + ft)	46%	46%	±0%
Funktionstüchtige Zähne-Index (FS-T)	14,7	14,9	+2%
modifizierter Zahngesundheits-Index (T-Health)	56,8	58,2	+3%

2. FS-T und T-Health

Prinzipiell nicht anders verhält es sich mit zwei anderen DMF-T-Varianten, die vorgeschlagen worden sind (11). Der eine ist der Index „Funktionstüchtige Zähne“ (engl. „F-S-T Index“, „S“ steht für „sound“ = unversehrt). Um den FS-T zu erheben ist es erforderlich, zusätzlich zu den DMF-T-Komponenten auch die Anzahl der vorhandenen gesunden Zähne zu notieren. Die Anzahl der gesunden und die der gefüllten (aber nicht kariösen) Zähne wird addiert (F-T + S-T). Der FS-T-Index reflektiert besser als der DMF-T den Funktionszustand der Zähne. Im Gegensatz zum DMF-T zeigt ein höherer Wert ein Mehr an Gesundheit an. Der Index steigt, wenn ein kariöser Zahn saniert wird. Der Index gibt also den Erfolg von Sanierungsmaßnahmen wieder.

Die Auswirkungen von Präventionsmaßnahmen erfasst der „Zahngesundheitsindex“ (engl. „T-Health“-Index). Hinter dem Index steht die Idee, dass gesunde Zähne funktionell höher zu bewerten sind als gefüllte oder fehlende. Der Index gewichtet daher gesunde Zähne vierfach. Wieder wird die Anzahl der gesunden Zähne benötigt. Die Formel lautet: $DT + FT + 4 ST = T\text{-Health}$.

Bei Erwachsenen unterscheiden FS-T- und T-Health-Index besser als die konventionellen DMF-T- und DMF-S-Indizes zwischen verschiedenen Kariesrisikogruppen. Außerdem stellt der FS-T Verbesserungen der Mundgesundheit bei Erwachsenen besser dar als der DMF-T. In Kanada stieg der DMF-T der 35–44-Jährigen zwischen 1971 und 1994 leicht von 18,2 auf 19,9 an. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte dies eine neunprozentige Zunahme der Karieserfahrung und damit eine Verschlech-

terung der Mundgesundheit bedeuten. Der FS-T jedoch stieg von 17,6 auf 22,6, was eine 28%-ige Verbesserung der Mundgesundheit anzeigt. Sie war durch die vermehrte Kariesanierung bedingt (10).

Der DMF-T wurde in Zeiten ausgeprägter Karies bei niedrigem Sanierungsgrad entwickelt. Heutzutage ist die Situation anders, da nur wenig unbehandelte Karies vorliegt. Der FS-T-Index spiegelt diese Situation besser wieder als der DMF-T. Es ist erstaunlich, dass der FS-T-Index nicht viel breiter angewandt wird, obwohl er schon vor 13 Jahren in die Diskussion gebracht worden ist!

Neue Indizes für Kinder?

Für die Messung der Mundgesundheit von Kindern wurde der FS-T noch nicht angewandt. Die Anwendbarkeit wurde auch noch nicht diskutiert. Das soll hier geleast werden. Kennzeichen des FS-T ist, dass er kariöse Zähne außer Acht lässt. Bei Kindern ist das Verhältnis der Anzahl kariöser Zähne zu den wenigen gefüllten oder fehlenden sehr hoch. Daraus lässt sich schließen, dass der FS-T für die Beschreibung der Mundgesundheit von Kindern nicht günstig ist. Die Anwendbarkeit der neuen und der traditionellen Indizes soll hier am praktischen Beispiel des Bundeslands Baden-Württemberg erprobt werden (Tab. 1). Was kann aus der Tabelle geschlossen werden? Bestätigt wird, dass FS-T und T-Health-Index in dieser Altersgruppe nicht geeignet sind. Sie veränderten sich von 1994 bis 1997 kaum, so dass sie den Kariesrückgang nicht erfassen. Es lässt sich erkennen, dass der eindrucksvolle Kariesrückgang in nur drei Jahren am besten deutlich wird bei getrennter Darstellung a) der

kariösen und b) der gefüllten Zähne und nicht des DMF-T oder des Prozentanteils kariesfreier Schüler.

Die Gruppe der stark von Karies Betroffenen („Kariesrisikogruppe“) ist deutlich kleiner geworden. Sie schrumpfte um 22% (übrigens ohne dass individuelle „Intensivprophylaxeprogramme“ wie die vertragszahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt worden wären). Bemerkenswert ist, dass sich die Besserung der Mundgesundheit im Sanierungsgrad nicht widerspiegelt. Die Restauration bestehender Schäden hat demnach einen nur geringen Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheit leisten können. Jedoch ist selbst das „Halten“ des Sanierungsgrads ein Erfolg, weil sich die verbleibende Krankheitslast auf Kinder konzentriert, die seltener in die Zahnarztpraxis gebracht werden und die schlechter behandelbar sind.

Empfehlenswert:

DMF-T-Einzelkomponenten

Insgesamt lässt sich schließen, dass die Einzelkomponenten des DMF-T-Index f-t und d-t (bzw. FT und DT bei bleibenden Zähnen) die zentralen Parameter sind, die berichtet werden sollten. Gegenüber der Öffentlichkeit, den Eltern, Lehrern und Kostenträgern sollte nicht auf den vergleichsweise schwer vermittelbaren Index DMF-T abgehoben werden. Vielmehr ist zu empfehlen, die Ergebnisse zahnmedizinischer Epidemiologie beispielsweise so zu kommunizieren:

- „Die Anzahl der kariösen Milchzähne ist in nur drei Jahren um 25 Prozent zurückgegangen“,
 - „Kindern bleibt der Bohrer erspart – Zahnärzte müssen ein Viertel weniger Milchzähne füllen“.
- Diese Angaben sind für die Öffentlichkeit einfacher nachzuvollziehen als der dmft oder gar der dmfs. Angesichts der problematischen Konstruktion des DMF-T sind sie überdies auch messtheoretisch überlegen.

Literatur bei der Redaktion

Dr. Harald Strippel, M.Sc.
Medizinischer Dienst der
Spitzenverbände der
Krankenkassen, 45116 Essen
E-Mail: h.strippel@mds-ev.de



Zielvereinbarungen auf kommunaler Ebene aus dem Blickwinkel der Neuen Steuerungsmodelle

(Teil 1)

Dr. C. Sauerland

Einleitung

Zu den Aufgaben der KGSt – der Kommunalen Gemeinschaftsstelle – gehört die Beratung ihrer Mitglieder in allen Fragen der Führung, Steuerung und Organisation, d.h. des Verwaltungsmanagements. Sie ist Initiator und Promotor des in vielen Kommunen laufenden Reformprozesses. Die KGSt unterstützt als Solidarverband ihre Mitglieder, sich zu fortschrittlichen und zukunftsorientierten Verwaltungen zu entwickeln. Beispielhaft steht hierfür das „Neue Steuerungsmodell“.

In vielen Verwaltungen vollzieht sich derzeit ein Reformprozess. Somit befinden sich auch die Gesundheitsämter als Teile dieser Verwaltungen in der großen Mehrzahl in eben jenem Umstrukturierungs- und Modernisierungsprozess – die Zahnärztlichen Dienste mit eingeschlossen. Das zugrundeliegende „Neue Steuerungsmodell“ (NSM) hat viele Aspekte und Elemente. Der „harte Kern“ wird bestimmt durch folgende, sich gegenseitig beeinflussende und bedingende Bestandteile:

1. Dezentrale Ressourcenverantwortung
2. Budgetierung
3. Ziel- und Kennzahlensysteme als Basis für:
 - a) Planung/Strategie,
 - b) Qualitätsmanagement/Evaluation
 - c) Kontrakte
 - d) Controlling/Berichtswesen

Zur Planung, Steuerung und Evaluation kommunaler Handlungsfelder ist möglichst Vollständigkeit des betrachteten Feldes, seiner Einfluss- bzw. Erfolgsfaktoren und der Wechselbeziehungen anzustreben bzw. erforderlich. Dazu notwendig sind ein Ziel- und Kennzahlensystem und Zielvereinbarungen in Form von Kontrakten.

Aufbau eines Ziel- und Kennzahlensystems:

Die KGSt definiert „Ziele“ wie folgt (5):

„Für jedes Produkt (= Gruppen von Leistungen, die als Kristallisationspunkt outputorientierter Steuerung verwendet und dafür nach festgelegten Merkmalen beschrieben werden) sind die damit verbundenen Ziele zu nennen. Wichtig ist, dass dies so konkret geschieht, dass die Ziele unmittelbar handlungsleitend, dass sie durch die Verwaltung beeinflussbar und schließlich messbar sind. Die Ziele sind nicht nur die wesentlichen Bezugspunkte der Produkterstellung, sondern auch der Produktbeschreibung, z.B. durch nachfolgende Kennzahlen. Sie sollten sowohl quantitative als auch qualitative Gesichtspunkte sowie Merkmale der Bürger- und der Mitarbeiterzufriedenheit beinhalten. Die Kennzahlen können sich sowohl auf den Produktionsprozess und das Produktionsergebnis als auch auf die Wirkungen des Produktes beziehen. Für jedes Ziel sollten Kennzahlen entwickelt werden.“

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass es nicht ein „richtiges“ System gibt, sondern dass Verfahren und Gliederung zum Steuerungsfeld (in unserem Fall Mundgesundheits) und seiner „Steuerungskultur“ passen müssen.

Die KGSt (8) fordert:

„Ausgehend von einer prägnanten Bestimmung der Ausgangssituation wird zu jeder Dimension die unter aktuellen Steuerungsgesichtspunkten vorrangige Steuerungs- bzw. Evaluationsfrage formuliert und als Grundlage der Zieldefinition verwendet. Daran anknüpfend werden Schlüsselkennzahlen und vertiefende Kennzahlen unterschieden, um ein adressaten-orientiertes Steuerungs- und Berichtswesen (Politik-/Gesamtverwaltung – Fachbereich) zu entwickeln.“

Konsequenzen für die Arbeit Zahnärztlicher Dienste:

Die Zahnärztlichen Dienste sollten ein eigenes Zielsystem besitzen. Ein Ziel sollte:

- positiv formuliert sein
- genau beschrieben werden.
- realistisch und erreichbar sein.
- von den Beteiligten akzeptiert sein.

- in seiner Erreichung durch die Beteiligten beeinflussbar sein
- in puncto Zielerreichung messbar und erfahrbar sein.
- in der Gegenwart formuliert werden.
- zeitlich bestimmt sein.

Kategorisierung von Zielen:

Ein Ziel als solches kann im Neuen Steuerungsmodell unterschiedlich kategorisiert werden, z.B. im Hinblick auf die Zielperspektive. Hier unterscheidet man strategische Ziele (die richtigen Dinge tun) von operativen Zielen (Die Dinge richtig tun) oder Zielarten (Mengenziele und Qualitätsziele). Eine weitere Einteilung ergibt sich nach Zielebenen:

1. Ergebnis/Wirkung (outcome); Bezugsgrößen für Ergebnis-/Wirkungsziele sind u.a.:
 - a) Zufriedenheit von BürgerInnen/Gruppen, z.B. Kinder- und Jugendliche,
 - b) Eigenschaften der Stadt/des Kreises (Sicherheit, Attraktivität)
2. Leistungen (output) Bezugsgrößen für Leistungsziele (Qualitätsebene) sind:
 - a) Ergebnisqualität (Schnelligkeit, Richtigkeit, Nachvollziehbarkeit)
 - b) Prozessqualität (Interaktionsmuster – Freundlichkeit, Offenheit –, Ganzheitlichkeit der Bearbeitung etc.)
 - c) Strukturqualität (räumliche Nähe, Arbeitszeitstruktur)
3. Ressourcen (input) Bezugsgrößen für Ressourcenziele sind:
 - a) Personal (Qualifikation, Quotenregelung usw.)
 - b) Finanzen (Gesamtausgabenentwicklung, zeitlicher Abfluss von Ausgaben, Verteilung auf Personal, Sachmittel...)
 - c) Infrastruktur/Ausstattung (Büroflächen je MitarbeiterIn, PC-Ausstattung usw.)

Im Aufgaben- und Einflussbereich Zahnärztlicher Dienste ist das Formulieren und Vereinbaren von Zielen mit herausnehmender Qualität erforderlich: nämlich von Gesundheitszielen.

Was sind Gesundheitsziele?

Gesundheitsziele beschreiben erwünschte Zustände der gesundheitlichen Lage oder der Versorgung der Bevölkerung (2). In ihrer präzi-

sesten Form enthalten sie konkrete Zielzahlen und eine Zeitangabe, bis zu der das Ziel erreicht werden soll.

Zweck und Nutzen dieser Ziele sind:

1. Transparenz der Prioritätensetzung in der Gesundheitspolitik gegenüber der Bevölkerung
2. Überprüfbarkeit von Gesundheitspolitik
3. Gesundheitspolitische Themen bleiben länger in der öffentlichen Aufmerksamkeit
4. Erleichterung der Indikatoren- auswahl für die Gesundheits- berichterstattung (GBE)
5. Nutzbarmachung der GBE im Rahmen der Prozessbewertung

Wenn der ÖGD Gesundheitsziele formuliert, wird er fast immer automatisch auch für die Zielerreichung verantwortlich gemacht werden – egal, ob das Ziel allein erreicht werden kann oder, was weit häufiger der Fall ist, die Verbesserung der gesundheitlichen Lage nur durch Koordination der Aktivitäten unterschiedlicher Gruppen zu erzielen ist. Kellerhof (3) sieht die Lösung des Problems wie folgt:

„Gesundheitsziele sollten deshalb als Ziele für das Gemeinwesen formuliert werden, unabhängig davon, wer am meisten zur Zielerreichung beitragen kann. Dies erfordert allerdings einen möglichst breiten Konsens über die Ziele. Ist ein solcher Konsens hergestellt, dann sind gemeinsame Ziele eine gute Grundlage für gemeinsames Handeln in der Region. Erfolg und Misserfolg, Zielerreichen und Zielverfehlen ruhen auf vielen Schultern. Der ÖGD kann in diesem Prozess eine Koordinationsrolle im Gesundheitswesen einnehmen. Er kann die notwendigen Informationsgrundlagen durch die GBE schaffen, Gesundheitsziele vorschlagen (nicht bestimmen!), den notwendigen Konsens anstreben und den Prozess zur Zielerreichung fördern und „überwachen“ (Monitoring).“

Kriterien für Ziele (1) sind auch im

Gesundheitsbereich:

- a) Evaluierbarkeit durch Messbarkeit
- b) Relevanz aufgrund der Bedeutung für die Allgemeinheit
- c) Gestaltbarkeit aufgrund der Beeinflussbarkeit des Problems

Aufstellen von Gesundheitszielen:

Wie kommt man zu Formulierungsvorschlägen für Gesundheitsziele? Die Definition von Zielen setzt eine ausreichende Wissensbasis voraus (1). Die Herangehensweise kann entweder theoriegeleitet oder empiriegeleitet sein:

1. Theoriegeleitet: Es liegen fachlich begründete Vorstellungen über die Effekte einer Maßnahme vor (Literatur), z.B. zweimalige jährliche Fluoridlackapplikation bewirkt 40% Kariesreduktion. Der potentielle Effekt wird als Zielvorstellung formuliert.
2. Empiriegeleitet: In den Daten der eigenen GBE wird ein Gesundheitsproblem sichtbar. Daraus wird der eigentlich erwünschte Zustand formuliert und als erstrebenswert angegeben, wobei in einer zweiten Phase geeignete Maßnahmen und Indikatoren (= Maßzahlen, die einen Zustand oder eine Entwicklung erfassen und diese in bevölkerungsbezogenen, räumlichen und zeitlichen Kontext anzeigen) zur Zielerreichung gesucht und definiert werden.

Dr. C. Sauerland
Fachbereich
Gesundheit –
Kreisgesundheitsamt
Sachgebiet
Zahngesundheit
Platanenallee 16
59425 Unna

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
3/00

Anzeige

„Daten für Taten“ aus der Sicht der LZK und der LAGZ Baden- Württemberg

Dr. R. Engel

Wenn man von der Gesundheitsplanung im Bereich der Zahngesundheit spricht, von "Daten für Taten", muss man als Erstes die aktuelle Ausgangssituation betrachten: Die letzten epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in Baden-Württemberg aus den Jahren 1994 und 1997 (DAJ) belegen, dass die Kinder und Jugendlichen aus Baden-Württemberg einen vorderen Platz bei den Werten zur Zahngesundheit im bundesweiten Vergleich einnehmen. Ein Ergebnis, dass vor allem auf der hervorragenden Zusammenarbeit aller Beteiligten auf Landesebene in den 37 Arbeitsgemeinschaften beruht: Dazu gehören das Sozialministerium mit den örtlichen Gesundheitsämtern und deren Jugendzahnärzten; die Landesverbände der Krankenkassen – und ihrem finanziellen Engagement von über zehn Millionen Mark allein für die Gruppenprophylaxe – sowie die LZK mit ihren Bezirkszahnärztekammern und Kreisvereinigungen und den rund 1400 Patenzahnärzten, die in Kindergärten und Schulen tätig sind.

Untersuchungen in anderen Regionen Deutschlands zeigen ebenfalls, dass die Zahl der kariesfreien Gebisse bei Kindern und Jugendlichen in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Deutschland ist im internationalen Vergleich in die Spitzengruppe aufgerückt – wir alle hier können darauf stolz sein! Dass solche Ergebnisse gemeinschaftlicher Anstrengung sichtbar und darstellbar werden, verdanken wir unter anderem den Werkzeugen der Epidemiologie und der Gesundheitsberichterstattung.

Derzeit werden in Baden-Württemberg über 80 % der Kindergärten mit Prophylaxemaßnahmen betreut, rund 70 % der Grundschul Kinder kommen in den Genuss der Zahngesundheitsvorsorge. Die zwölfjährigen Schulkinder in Baden-Würt-

temberg haben der Untersuchung von 1997 zufolge im Schnitt einen DMF-T von 1,4. Das Ziel, das die Bundeszahnärztekammer bis zum Jahr 2000 ausgegeben hatte, zwei fehlende kariöse oder behandelte Zähne, ist in Baden-Württemberg damit bereits vor drei Jahren erreicht worden. Auf der Basis dieser guten Erfolge müssen wir uns jetzt verstärkt jenen Kindern zuwenden, die den angebotenen Prophylaxemaßnahmen aus dem Weg gehen.

Aus der Begleituntersuchung von 1997 besitzen wir ein detailliertes Bild der Zahngesundheit bei Kindern. Migrantenkinder haben im Schnitt etwa dreimal schlechtere Zähne als ihre deutschen Altersgenossen. Ein sozialmedizinisches Manko, das nach klaren Maßnahmen verlangt und nur durch einen systematischen Ausbau der Gesundheitsförderung verbessert werden kann. Das beinhaltet auch die Durchführung eines Qualitätssicherungs-Managements in der Form klar definierter Module. Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben sind die 37 Arbeitsgemeinschaften von der LAGZ gebeten worden, eine entsprechende Planung ihrer Maßnahmen und Ziele bis zum Jahr 2003 vorzulegen. Die landesweite Zielsetzung der LAGZ – weil Gruppenprophylaxe letztlich flächendeckend und breitenwirksam sein muss – gibt den Arbeitsgemeinschaften aber auch die Möglichkeit zur Definition ihrer eigenen gruppenprophylaktischen Arbeit. In diesem Kontext möchte ich Ihnen nun die Planungsinhalte sowie die damit verbundenen elf Zahngesundheits-Ziele vorstellen, die wir vorgegeben haben:

1. Der DMF-T-Index bei den 12-jährigen sollte bis zum Jahr 2003 nicht mehr als 1,0 betragen, auf jeden Fall will man wenigstens eine Reduzierung um 30% erzielen.
2. Der dmf-t bei den 6-jährigen sollte bis zum Jahr 2003 nicht mehr als 1,0 betragen, auf jeden Fall will man eine Reduzierung um 50 % erzielen.
3. Der Sanierungsgrad der Milchzähne bei Kleinkindern soll bis zum Jahr 2003 mindestens 70 % betragen, mindestens soll jedoch eine Verbesserung um 50 % erreicht werden.
4. In knapp 7000 Kindergärten im Land soll mindestens 1 x im Jahr Zahngesundheitserziehung

stattfinden.

5. In 70 % von rund 30000 Schulen soll in den Klassen eins bis sechs mindestens 1 x im Jahr Erziehung zur Zahngesundheit stattfinden.
6. Erarbeitung und Erprobung weiterer Konzepte zur Betreuung von Migranten.
7. Bis zum Jahr 2003 soll die Anzahl der Elternveranstaltungen verdoppelt werden, auf ca. 2000.
8. In 70 % der Kindergärten und Schulen sollen Vorsorgeuntersuchungen lückenlos angeboten werden (1997: 58 % in Kindergärten, 55 % in Schulen).
9. In 50 % aller Schulen in den Klassen eins bis sechs sollen bis zum Jahr 2003 lokale Fluoridierungsmaßnahmen angeboten werden, 1997 waren es noch 20 %.
10. In 50 % statt 30% aller Haushalte mit Kindern soll bis zum Jahr 2003 fluoridhaltiges Speisesalz verwendet werden.
11. Rund 75 % der 12-jährigen sollen bis zum Jahr 2003 mindestens eine Fissurenversiegelung aufweisen. Innerhalb von zwei Jahren konnte der Anteil fissurenversiegelter Zähne von unter 40 % auf immerhin 63 % bei den 12-jährigen gesteigert werden, das ist bundesweit Spitze!

Ein Kernziel, dass der LAGZ unter diesen genannten Punkten besonders am Herzen liegt, ist die bereits erwähnte, intensivere und individuellere Betreuung von Risikogruppen. Als tatkräftiges Beispiel sei die Arbeitsgemeinschaft Rems-Murr-Kreis erwähnt, die in ihrem „türkischen Projekt“ neue Wege geht und die spezifischen Strukturen dieser Migrantengruppe gezielt in die Aufklärungsarbeit mit einbezieht. Hierbei wird die Zusammenarbeit mit türkischen Lehrern und speziellen Mediatoren praktiziert. Mit diesen spezifischen Maßnahmen für die Kariesrisikogruppen, von denen wir uns in ganz besonderem Maße wünschen, dass auch sie positive „Daten für Taten“ hervorbringen werden, schließe ich meinen Vortrag mit einem Dank an den ÖGD in Baden-Württemberg und die Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte unseres Landes; sie leisten mit ihren Taten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Zahngesundheit unserer Kinder und Jugendlichen.

Dr. Rüdiger Engel
Präsident der
Landeszahnärztekammer (LZK)
Baden-
Württemberg und
Vorsitzender
der LAGZ
Herdweg 59
70174 Stuttgart

Fluoridpräparate aus rechtlicher Sicht

Dr. F.-W. Schröder



Die am häufigsten angewendeten Fluoridpräparate sind kosmetische Mittel:

Zahnpasten und Mundspüllösungen. Bei ihrer Schutzfunktion dürfen sie nicht mit Heilwirkungen beworben werden. Fluoridhaltige Arzneimittel heilen, lindern und verhüten Krankheiten. Fluorid freisetzende Medizinprodukte wirken nicht pharmakologisch, sondern unterstützen die Wirkung der Medizinprodukte. Diese Definitionen leiten sich aus der Kosmetik-Verordnung, dem Arzneimittelgesetz und dem Medizinproduktegesetz ab.

Kosmetische Mittel

Der Verkehr von kosmetischen Mitteln wird durch die EG-Kosmetik-Richtlinie und im deutschen Recht durch die Kosmetik-Verordnung (KosmVO) geregelt. In der KosmVO werden 19 verschiedene F-Verbindungen genannt, die ausschließlich in Mundpflegemitteln bis zu Konzentration von $\leq 0,15\%$ (1.500 ppm) verwendet werden dürfen. Die häufigsten in Zahnpasten, Mundspüllösungen und Mundwässern sind Aminfluoride, Natriumfluorid, Natriummonofluorophosphat und Zinnfluorid. Nur in der Liste aufgeführte Fluoride dürfen in Zahnpflegemitteln verwendet werden und müssen gekennzeichnet sein, z. B.: Enthält Zinnfluorid.

Zahnpasten (Abb. 1) haben üblicherweise einen Fluoridgehalt von 1.000 bis 1.450 ppm. In Kinderzahnpasten, die bis etwa zum 6. Lebensjahr verwendet werden sollen, ist der Fluoridgehalt auf 500 ppm reduziert. Der jetzt von der DGZMK empfohlene Fluoridgehalt berücksichtigt die deutlich höhere Karies-schutzwirkung der lokalen Fluoridierung gegenüber der systemischen mit Fluoridtabletten. Als Basisfluoridierung ist das fluorid- und jodidhaltige Speisesalz anzusehen. Nur in den Haushalten, in denen

Tabelle 1: Fluoridanteile von Wirkstoffen in kosmetischen Mitteln, Arzneimitteln und Medizinprodukten

Wirkstoffe	Summenformel	Molekulargewicht	Fluoridanteil in%
Aminfluoride:			
Dectaflur	$C_{18}H_{38}NF$	287	6,62
Olaflur	$C_{27}H_{60}O_3N_2F_2$	499	7,62
Anorganische Fluoride:			
Natriumfluorid	NaF	42	45,24
Natriummonofluorophosphat	Na_2PO_3F	144	13,19
Zinnfluorid	SnF_2	157	24,25

weder eine fluoridhaltige Kinderzahnpasta noch fluoridhaltiges Speisesalz verwendet werden, sind nach zahnärztlicher Anamnese Fluoridtabletten angezeigt. Die neue Empfehlung beschreibt auch die Anwendung der Kinderzahnpasta.

Mundspüllösungen (Abb. 2) mit meist 250 ppm Fluoridgehalt sind gebrauchsfertig. Die Anwendungsmengen liegen zwischen 10 ml und 15 ml bzw. 2,5 bis 3,75 mg Fluorid in der Mundhöhle.

Seit dem Inkrafttreten der 6. Änderungsverordnung der EG-Kosmetik-Richtlinie am 1. Juli 1998 dürfen kosmetische Mittel nur noch mit vollständiger Angabe der Inhaltsstoffe in Verkehr gebracht werden. Sie erfolgt in absteigender Reihenfolge der Einsatzmengen und nach INCI, der International Nomenclature of Cosmetic Ingredients.

Arzneimittel

In Arzneimitteln, für die das deutsche Arzneimittelgesetz (AMG) gilt, können beliebige Fluoride eingesetzt werden. Mit der Arzneimittelzulassung werden die Wirksamkeit und die Sicherheit solcher Präparate geprüft. Verschiedene Darreichungsformen werden zu bestimmten Anwendungsgebieten eingesetzt (Abb. 3), so z.B. Gele in der Kariesprophylaxe, Lacke zur Behandlung initialer Kariesläsionen, Lösungen zur Desensibilisierung von überempfindlichen Zähnen und Tabletten zur Kariesprophylaxe und Osteoporosebehandlung. Bei Arzneimitteln müssen die (Fluorid-)Wirkstoffe nach Art und Menge gekennzeichnet sein, die Hilfsstoffe nur nach der Art.

Fluoridtabletten werden ausschließlich zur Kariesprophylaxe verwendet und sind nicht apothekenpflichtig. Alle anderen Fluorid-Arzneimittel sind zumindest apothekenpflichtig. Sie sind verschreibungspflichtig, wenn ihre Tagesdosis ≥ 2 mg Fluoridionen beträgt. Nur bei Fluoridgelen hat der Gesetz-

geber eine Ausnahme gemacht. Für Packungen von 25 g, wenn die Tagesdosis mit 1 x wöchentlicher Anwendung bei 7 mg Fluorid liegt, das Ausspülen und die Verwendung ab dem 6. Lebensjahr gekennzeichnet sind, entfällt die Verschreibungspflicht.

Zur Individualprophylaxe dürfen ausschließlich Arzneimittel verwendet werden: Gele, Lacke und Lösungen zum Touchieren. Manche Hersteller bezeichnen aber ihre kos-

Abb. 1 oben Fluoridhaltige Zahnpasten des deutschen Marktes. Die Verwendungshäufigkeit liegt bei über 90 Prozent.

Abb. 2 mitte Fluoridhaltige Mundspüllösungen und Mundwässer. Nur wenige Präparate des deutschen Marktes enthalten Fluorid.

Abb. 3 unten Verschiedene Darreichungsformen von Fluoriden.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

Tabelle 2: Berechnung des Fluoridgehalts eines Fluoridgels

Beispiel: Colgate Gel-Kam	
Zinnfluoridgehalt	0,4%
Atomgewicht Zinn	119
Atomgewicht Fluor	19
Molekulargewicht Zinnfluorid SnF ₂	157
Fluor-Anteil in Zinnfluorid	$2 \times 19 : 157 = 0,2425$
Fluoridgehalt in Colgate Gel-Kam	$0,4\% \times 0,2425 = 0,097\%$



Abbildung 4
Fluoridfreisetzende
Medizinprodukte:
Fissurenversiegler
und Glasionomerzement

metischen Produkte als „Gel“ oder „Gelee“. Damit können Verwechslungen mit Arzneimitteln vorkommen. Eine Packung mit der INCI-Inhaltsstoffliste ist immer ein kosmetisches Mittel.

Der Fluoridgehalt wird aus der Mengenangabe des Fluorid-Wirkstoffs berechnet. In Tabelle 1 sind die Fluoridanteile der wichtigsten Wirkstoffe angegeben. So hat z. B. Colgate Gel-Kam mit 0,4% Zinnfluorid einem Fluoridgehalt von 0,097% (Tabelle 2). Mit der Angabe der INCI-Liste ist es ein kosmetisches Mittel.

Fluorid-Arzneimittel dürfen nach § 22 SGB V Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung zur Kariesprophylaxe nur bis zum vollendeten 17. Lebensjahr auf Kassenrezept verordnet werden. Die Altersbegrenzung gilt aber nicht bei ihrer Verordnung zur Therapie: zur Behandlung von initialen Kariesläsionen (Remineralisation von White Spots) und zur Desensibilisierung überempfindlicher Zahnhälse. Es empfiehlt sich, auf dem Kassenrezept eine Therapiebegründung zu vermerken.

Medizinprodukte

Fluoridhaltige Medizinprodukte werden in der Zahnheilkunde eingesetzt, ohne dass ihr Fluoridgehalt eine eigene pharmakologische Wirkung entfaltet. Fluoride unterstützen aber definitionsgemäß die Wirkungsweise solcher Mittel. Weil Fluoride in Medizinprodukten nur „nebensächlich“ wirken, ist eine

Angabe nach Art oder Menge nicht erforderlich.

Typische Vertreter sind fluoridhaltige Fissurenversiegler und Glasionomerzemente (Abb. 4), in denen Fluorid oft an die feinst verteilten Füllstoffe gebunden ist. Mit der Hauptbestimmung des Fissurenversieglers zur Abdeckung der Fissuren gibt er zusätzlich Fluorid an die benachbarten Schmelzareale ab. Die Fluoridabgabe, auch in Glasionomerzementen, wird hier als Hilfseffekt angesehen.

Ausblick

Weil die verschiedenen Fluoridpräparate unterschiedlichen Rechtsnormen unterworfen sind, gelten für kosmetische Mittel andere Vorschriften als für Arzneimittel oder Medizinprodukte. Die rechtlichen Bedingungen werden sich gelegentlich verändern. Deshalb ist ein grundlegendes Wissen über die Rechtsbelange wichtig, um spätere Veränderungen besser verstehen und einzuordnen zu können. Die Aufgabe des vorliegenden Berichts war die Vermittlung dieses Grundwissen.

Korrespondenzadresse
Dr. Friedrich-Wilhelm Schröder
GABA GmbH elmex Forschung
Berner Weg 7
79539 Lörrach

privat
Sängerweg 17
79576 Weil am Rhein

Aktuelle Empfehlungen zum Fluoridgehalt in Kinderzahnpasten-Konsequenzen für die systemische Fluoridierung

Prof. K.G. König

Ende 1998 hat eine Gruppe von 12 Fachleuten aus 4 europäischen Ländern wissenschaftliche Untersuchungen analysiert und diskutiert, die Effizienz und Akzeptanz kariesprophylaktischer Maßnahmen im Allgemeinen, sowie die der Methoden der Fluoridanwendung im Besonderen zum Gegenstand hatten. Am Schluss der Konferenz wurden Empfehlungen ausgearbeitet. Sie wurden zusammen mit den Argumenten der Experten, die als Diskussionsgrundlage gedient hatten, in einer Sondernummer der Zeitschrift „Oralprophylaxe“ 1999 veröffentlicht.

Diese Empfehlungen fanden schließlich ihren offiziellen Niederschlag in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der ihr angeschlossenen Fachgesellschaften.

Lokale Fluoridierung

Die Gründe für die neue Empfehlung, vom Durchbruch der ersten Zähne an regelmäßig lokal Fluorid mit Zahnpasten als Träger anzuwenden, haben sich durch jahrzehntelange Beobachtungen in mehreren Ländern, und durch die Auswertung ihrer Ergebnisse herauskristallisiert.

Die US-amerikanischen Studien zur Erforschung der Wirkung von Fluorid im Trinkwasser zeigten, dass eine frühe Fluoridanwendung gegen Karies wenig wirksam ist, und dass sogar bei ständiger Fluoridexposition über die ganze Zahnbildungsperiode der Schutz vor Karies innerhalb weniger Jahre wieder völlig verloren ging, nachdem dem Trinkwasser kein Fluorid mehr zugesetzt wurde. Wenn erst nach dem Zahndurchbruch Fluorid lokal angewendet wird, ist es über die Jahrzehnte viel wirksamer als systemische Gaben

während weniger Jahre zur Zeit der Zahnbildung. Fluorotische Schmelzflecken entstehen mit Sicherheit ausschließlich während der Schmelzbildung, und auch wenn diese Flecken in unseren Breiten praktisch immer nur kosmetisch störend sind, wirken sie überflüssigerweise als Gegenmotivation gegen (lokale) Fluoridanwendung auch in anderen, hoch wirksamen Formen, die keine Nebenwirkungen verursachen.

Eine der lehrreichsten Studien in der oralen Epidemiologie ist die Beobachtungsreihe, die Basler Schulzahnärzte 1933 begonnen und bis in die Gegenwart fortgesetzt haben. Zum Beispiel kann man daraus die relative Bedeutung von Zuckerbeschränkung für die Kariesprophylaxe im Vergleich zur Anwendung von Fluorid erkennen. Wenn man den Prozentsatz kariesfreier 7-jähriger Schulanfänger zwischen 1933 und den späten 80er Jahren betrachtet, fallen einem große Schwankungen auf (Abb. 1). Im Lauf der Rationierung der Lebensmittel im 2. Weltkrieg wurde der Vorkriegskonsum von fast 40 kg pro Person pro Jahr auf bis zu 14 kg beschränkt. Das Resultat war, dass der Prozentsatz kariesfreier Kinder, der zu Beginn der 30er Jahre 2-3 % betragen hatte, zunahm auf 14 % in dem Jahrgang, der nach Kriegsende 7 Jahre alt war. Nach Aufhebung der Zuckerrationierung nahm dieser damals als beachtlich hoch beurteilte Prozentsatz schnell wieder ab, und mit diesem Jojo-Effekt schien die Wichtigkeit beschränkter Zuckeraufnahme für die Gebissgesundheit wieder einmal bestätigt. Dennoch bestanden auch damals schon Zweifel an dem Realitätswert dieses kriegsbedingten Erfolges der Kariesprophylaxe durch Zuckerbeschränkung.

Erstens war nicht zu erwarten, dass der Zuckerkonsum, der nach dem Krieg spontan und schnell wieder auf über 40 kg pro Kopf pro Jahr hochgeschwungen war, ohne Zwang, und allein durch die Selbstdisziplin aller Bürger, auf ein Drittel der nun verzehrten Menge zurückgebracht werden könnte.

Zweitens war deutlich, dass 14 % kariesfreie 7-Jährige noch kein befriedigendes Ergebnis war: die Resultate amerikanischer Studien über die Wirkung von Trinkwasser mit 1 mg F/Liter waren damals schon bekannt – durch ständige Fluoridanwendung konnte man Karieshemmung zwischen 50 und 60 % erwarten.

Ab 1962 wurde in Basel dem Trinkwasser künstlich 1 mg Fluorid/Liter zugefügt, mit gleich großem Erfolg wie in den USA. Wie wirksam und vor allem breitenwirksam Fluorid sein kann, wenn es erst nach, und zwar ausschließlich nach dem Zahndurchbruch, von außen mit Zahnpasten angewandt wird, wurde erst Ende der 80er Jahre deutlich.

1990 wurden von Brunelle und Carlos die Ergebnisse einer repräsentativen Stichprobenuntersuchung in den USA an 39.206 Schülern zwischen 5 und 17 Jahren veröffentlicht [2]. Die Probanden hatten lebenslang entweder in einem Gebiet mit, oder in einem Gebiet ohne Trinkwasserfluoridierung (TWF) gewohnt.

Das bemerkenswerteste Ergebnis war der spektakulär veränderte (relative) Effekt des optimal fluoridierten Wassers: während die Karieshemmung gegenüber nicht fluoridierten Gebieten um die Jahrhundertmitte noch 50-60 % betragen hatte, so war dieser Vorteil Ende der 80er Jahre (im Mittel über alle Re-

gionen und Altersgruppen) auf 18 % zurückgegangen. In einigen Regionen war der Unterschied noch viel kleiner, und in Region III (Chicago, Milwaukee, Madison, Minneapolis/St. Paul) war er gar umgekehrt: unter lebenslangem Einfluss von fluoridreichem Wasser war die Zahl nicht mehr intakter Zahnflächen (DMFS) im Mittel 2,86, in nicht fluoridierten Orten dagegen nur 2,69! Nach dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens ist die plausibelste Erklärung dafür das zunehmende Bedürfnis nach persönlicher Hygiene und vor allem die Gewohnheit, sich mit einer Fluoridzahnpaste regelmäßig die Zähne zu putzen.

Das Gleiche wurde von Kalsbeck in den Niederlanden beschrieben (6). Die Abb. 2 zeigt vergleichend die Situation in Tiel und Culemborg. In ersterer wurde zwischen 1953 und 1973 die TWF durchgeführt, in Culemborg als „Kontrollstadt“ nicht. Am linken Säulenpaar lässt sich ablesen, dass 1969/69 in Culemborg noch 3 Mal so viel Kinder mehr als 15 nicht mehr gesunde Milchzähne hatten; 1980, also 7 Jahre nach Beendigung der TWF, waren die Gebisse in Culemborg sogar etwas besser als in Tiel. Dies illustriert die Tatsache, dass systemische Fluoridanwendung vielleicht überhaupt nicht notwendig ist, zumindest für die Gesundheit des bleibenden Gebisses, wenn Fluorid lokal – vor allem in Zahnpasten – vom Durchbruch der Zähne ab verfügbar ist und bleibt.

In mehreren Ländern stellte man in Reihenuntersuchungen fest, dass bei 12-Jährigen Jahr um Jahr weniger Zähne kariös oder gefüllt waren; dagegen stagnierte der Kariesrückgangs im Milchgebiss seit Anfang der 80er Jahre (Büttner 1997 [3]). Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass die bisher gängigen Zahnpasten mit nur 250 ppm Fluorid weniger gut beginnend entkalkten Schmelz wieder härten als Pasten mit höherer Fluoridkonzentration [12; 20; 1]. Deshalb wird nun empfohlen, Kinderzahnpasten mit 500 ppm Fluorid zu benutzen.

Nachteile der Tablettenfluoridierung

Sicher ist die Frage berechtigt, ob nicht das Propagieren von Fluoridtabletten als Alternative statt der Konzentrationserhöhung in

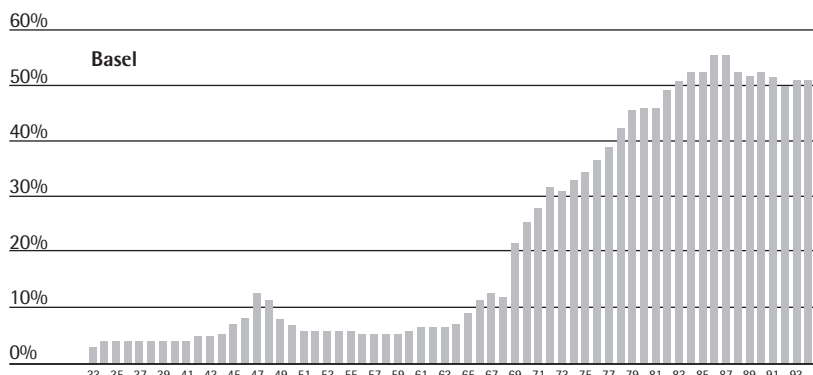


Abb. 1 Prozentsätze kariesfreier 7-jähriger Schulanfänger in Basel zwischen 1933 und 1994 (nach Büttner 1997). Zwischen 1940 und 1944 war kriegsbedingt der Zucker stark rationiert; seit 1962 wird in Basel das Trinkwasser fluoridiert.

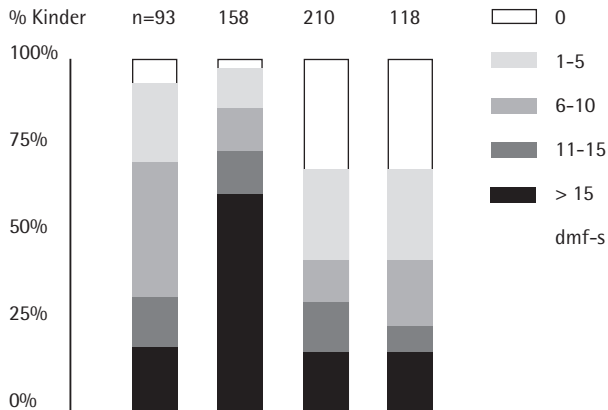


Abb. 2
Procentsätze der Kinder ohne Karies [0] bis hin zu mehr als 15 nicht mehr intakten Zahnflächen im Milchgebiss [dmf-s > 15] in Tiel (TWF) und Culemborg (keine TWF) (n. Kalsbeek 1982)

Zahnpasten hätte erwogen werden müssen. Es wurde erwogen, aber die Gabe von F-Tabletten im frühkindlichen Alter an Stelle von frühzeitig beginnender Reinigung mit Fluoridzahnpaste wäre mit mehreren, teils schwer wiegenden Nachteilen behaftet:

1. Die Akzeptanz ist schlecht; die in den Niederlanden verkauften Mengen reichten in letzter Zeit höchstens für 1/4 aller Kinder zwischen 0 und 4 Jahren
2. Die systemische Wirkung ist nicht dauerhaft – lokale Fluoridkontakte bleiben notwendig
3. Frühe Tablettengaben sind erzieherisch ungünstig, weil sie Kinder vom zartesten Alter an gegenüber Tabletten unkritisch machen, und späterem Missbrauch die Wege ebenen.
4. Fluoridtabletten können, wie auch die Fluoridierung des Wassers, eine unerwünschte Alibifunktion haben: eine eigene Anstrengung, wie das Reinigen u.a. scheint nicht so dringend nötig und wird daher vernachlässigt
5. Es besteht ein hohes Risiko auf fluorotische Schmelzflecken.

Aus den Ergebnissen der Pendry-Studie [16] ist abzuleiten, dass eine Kombination von Fluoridzahnpasten mit Fluoridsupplementen in anderer Form nicht anzuraten ist. Unter den Bedingungen, die in den meisten europäischen Ländern herrschen, sollte die systemische Ergänzung der lokalen Fluoridanwendung auf Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt beschränkt bleiben.

Schlussfolgerung

Für die Anwendung von Fluoridzahnpasten mit 500 ppm F gemäss den Richtlinien der DGZMK spre-

chen viele Argumente. Die wichtigsten sind gute und andauernde kariostatische Wirksamkeit, sehr breite Akzeptanz, frühzeitige Gewöhnung an Mundhygiene und allgemeine Hygiene, und weit gehendes Fehlen eines Risikos von Nebenwirkungen. In allen diesen Punkten stehen bezüglich Fluoridtabletten Minuspunkte.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. K.G. König
Fakultät der Medizinischen
Wissenschaften
Universität Nijmegen
Postfach 9101
NL - 6500 HB Nijmegen

Erhebung zur Feststellung der Zahngesundheit bei 9.- Klässlern

A. König

Einleitung

Seit mehr als 10 Jahren wird im Landkreis Hameln-Pyrmont Prophylaxearbeit zur Verbesserung der Zahngesundheit geleistet. Alle 3-12-Jährigen Kinder werden, soweit sie in Kindergärten und Schulen erreichbar sind, flächendeckend 1-3x jährlich durch Jugendzahnärztin, Prophylaxekräfte und niedergelassene Zahnärzte betreut.

Um die Weiterentwicklung der Zahngesundheit nach Betreuungsende und die Langzeitwirkung der Prophylaxearbeit zu untersuchen, wurde im Schuljahr 1998/99 eine Erhebung bei 9.-Klässlern in Gymnasien, Haupt- und Realschulen durchgeführt. Für die Gruppe der 3-12-jährigen belegen statistische Aufzeichnungen den Erfolg der Prophylaxearbeit durch kontinuierlichen Anstieg primär gesunder und sanierter Gebisse gegenüber dem ständig abnehmenden Potenzial behandlungsbedürftiger.

Im Rahmen dieser Erhebung sollten u.a. folgende Fragen beantwortet werden:

- Bleibt die gute Mundgesundheitszustand bei den 3-12-Jährigen längerfristig erhalten, d.h. gibt es Hinweise auf eine nachhaltige Wirkung der Gruppenprophylaxe?
- Welches Zahnbewusstsein haben die Jugendlichen, wie groß ist ihr Interesse auf verbesserte Mundhygiene?
- Welche Unterschiede bezüglich der Zahngesundheit bestehen bei Schülern unterschiedlicher Schulformen

Gruppenprophylaxe im Landkreis Hameln-Pyrmont

Der Landkreis Hameln-Pyrmont hat seit 1974 eine jugendzahnärztliche Abteilung.

Beginnend mit Reihenuntersuchungen wurde das Tätigkeitsfeld und das Prophylaxepersonal in Anpassung an die Landesrahmenvereinbarungen vom 1.1.1993 entsprechend dem SGB V angepasst. Die

Tabelle 1: Verteilung der Fälle nach Schultyp und Geschlecht

Schulform	Gesamtzahl	%	weiblich	%	männlich	%
Hauptschule	118	31,6	48	40,7	70	59,3
Realschule	144	38,6	82	56,9	62	43,1
Gymnasium	111	29,8	62	55,9	49	44,1
Insgesamt	373		192	51,5	181	48,5

Jugendzahnärztliche Betreuung wird zurzeit von 1/2 Zahnärztin, 1 Zahnarthelferin und 3/2 Prophylaxehefnerinnen durchgeführt, und deckt die bekannten Bereich der Gruppenprophylaxe ab. Daneben gibt es eine Beteiligung der niedergelassenen Zahnärzte, die den Kindergartenbereich im Patenschaftsprinzip betreuen. Im Landkreis Hameln-Pyrmont besteht ein Arbeitskreis Jugendzahn-pflege. Hierüber findet die Koordination aller im Landkreis an der Prophylaxe beteiligten (Jugendzahn-pflege des Landkreises, niedergelassene Zahnärzte, Krankenkassen u.a.) statt. Im Landkreis werden flächendeckend ca. 14.500 Kinder vom Kindergartenbeginn bis einschließlich zur 6. Klasse mit 2-4 Kontakten pro Jahr gruppenprophylaktisch betreut.

Durchführung, Methode, Gruppierungen

Für die Erhebung im Frühjahr 1999 wurden per Zufall Schulen der 3 Schulformen Hauptschule, Realschule und Gymnasium ausgelost. Dadurch nahmen 24 % aller Schülerinnen/Schüler teil. Die genaue Zusammensetzung zeigt Tabelle 1.

Der DMF-T wurde nach den Grundsätzen der WHO notiert. Der Mundhygienestatus wurde wie folgt klassifiziert:

- 1 belagfrei
- 2 vereinzelt Beläge
- 3 Belag bis max. 1/3 der Zahnfläche
- 4 generelle Beläge

Außerdem wurden Gingivitis- und Parodontitisbefunde erhoben. Auf den Fragebögen konnten die Jugendlichen Angaben u.a. machen, wann der letzte Zahnarztbesuch stattfand, ob ihnen das Bonusheft bekannt ist, wie regelmäßig Zahn-pflege stattfindet, für wie wichtig saubere Zähne angesehen werden, ob sie sich an die Prophylaxe in der Grundschule erinnerten und ob mehr Information zur Zahngesundheit gewünscht wird.

Ergebnisse

1. Zahnärztliche Untersuchung:
Der durchschnittliche DMFT betrug 2,4. Auf den Gymnasien lag der Wert bei 1,3, bei den Realschülern bei 2,7 und die Hauptschulen wiesen einen Wert von 2,9 auf. 39,4 % Schüler hatten ein primärgesundes Gebiss.

2. Befragung:
71,3 % der Schüler gaben an, im letzten Halbjahr beim Zahnarzt gewesen zu sein (Gymnasium: 77,5 %, Realschulen: 79,9 %, Hauptschulen: 65 %).

8 % der Gymnasiasten, 3,5 % der Realschüler und 27 % der Hauptschüler gaben an, länger als ein Jahr nicht beim Zahnarzt gewesen zu sein.

62,7 % der Hauptschüler aber nur 30 % der Realschüler und rund 40 % der Gymnasiasten kannten das Bonusheft der gesetzlichen Krankenkassen nicht.

Bei der Frage nach dem Zahnputzverhalten gab es keinen der „nie“ ankreuzte. Immerhin rund 11 % der Hauptschüler, 1,4 % der Realschüler und keiner der Gymnasiasten gaben an, unregelmäßig zu putzen. 2-3x zu putzen gaben über 85,6% der Gymnasiasten an, bei den Hauptschülern 62,7%, bei den Realschülern 81,3%. Nur 5 - 29 % der Probanden gaben an, Zahnseide zu kennen und schon einmal benutzt zu haben und nur 10 % - 45 % gaben an, Fluorid in irgendeiner Form zu kennen oder schon benutzt zu haben.

Die Frage nach der Bedeutung der Zahnpflege wurde unabhängig von der Schulform von ca. 47 % der Schüler als sehr wichtig eingestuft.

Erfreulicherweise konnten sich nur 12,9% nicht an die Gruppenprophylaxe erinnern. Zum Teil könnte dieses mit Schulwechseln begründet werden.

Mehr Hauptschüler (55,9%) und Realschüler (52,8%) als Gymnasiasten (41,4%) interessierten sich für mehr Informationen über Zahnpflegemöglichkeiten. Und 46,8 % der Gymnasiasten, 38,2 % der Realschüler und 34,7 % der Hauptschüler

meinen genug über Zahnpflege und Mundgesundheit zu wissen.

Fazit

Der Vergleich mit den Ergebnissen des 6. Jahrgangs von vor 3 Jahren zeigt eine Erhöhung des DM-T-Wertes von damals 1,7 auf 2,4. Es ist bemerkenswert, dass der DMFT an den Gymnasien mit 1,3 unter dem Gesamtdurchschnitt des 6. Jahrgangs von vor drei Jahren lag, während der DMFT an den Haupt- und Realschulen eine Verschlechterung zeigt.

Besonders deutlich wird dieses bei der Zahl der behandlungsbedürftigen Zähne aber auch bei der Mundhygiene. Die Angaben für den Mundhygienebereich 1 (belagfrei) deuten auf ein verbessertes Zahnputzverhalten gegenüber dem aus Grundschul- und Orientierungsstufenzeit hin und lassen wie auch die gute Erinnerung an die Gruppenprophylaxe in dieser Zeit darauf schließen, dass die Gruppenprophylaxe nachhaltig wirkt.

Bei der Durchführung der Studie selbst zeigten die Hauptschüler aber auch Realschüler bei guter Mitarbeit viel Interesse, während die Gymnasiasten eher kein besonderes Interesse am Thema Zähne/Prophylaxe erkennen ließen. Dieses spiegelt sich auch in der Beantwortung der Frage nach mehr Information wieder.

Einem schlechteren Zahnbefund im Hauptschulbereich steht das größere Interesse an weiter gehender Information gegenüber. Es spricht für eine spürbare Bereitschaft zu mehr Eigenverantwortung gegenüber der Gesundheit. Somit sind gute Voraussetzungen gegeben, in den Klassen 9 und 10 Untersuchungen, aber auch gruppenprophylaktische Maßnahmen und die Hinführung zur Individualprophylaxe fortzusetzen.

Anette König
Landkreis Hameln Pyrmont
Fachbereich Gesundheit
Fachdienst Jugendgesundheit
Zahngesundheit
Hugenottenstraße 6
31785 Hameln

Position des BZÖG zur Erweiterung des § 21 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Hintergrund:

Die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Das Zusammenwirken von Gruppen- und Individualprophylaxe und ein verstärktes Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung haben hierzu mit beigetragen. Mit dem Kariesrückgang ist gleichzeitig eine Polarisierung des Kariesgeschehens bei einem kleinen Teil der Kinder und Jugendlichen zu beobachten.

Um diese Zielgruppe intensiv mit Prophylaxemaßnahmen zu erreichen, hat der Gesetzgeber erstmals den einrichtungsbezogenen Betreuungsansatz bei der Umsetzung der Gruppenprophylaxe festgeschrieben, die Altersgrenze für die Intensivprophylaxe bis zum 16. Lebensjahr erweitert und auf die Notwendigkeit der Flächendeckung hingewiesen.

Stand der Gruppenprophylaxe in Schulen:

Für die gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder bestehen in den Ländern Vereinbarungen und Empfehlungen der vom Gesetzgeber genannten Partner – Krankenkassen, für die Zahngesundheitspflege zuständige Stellen in den Ländern und Zahnärzteschaft – zur Umsetzung der Maßnahmen, die regional durch entsprechende Regelungen und Konzepte in örtlichen Arbeitsgemeinschaften untersetzt werden.

Die Umsetzung vor Ort erfolgt dementsprechend durch Zahnärztinnen / Zahnärzte des ÖGD und deren Teams oder/und niedergelassene Zahnärztinnen / Zahnärzte und deren Teams sowie Prophylaxefachkräften mit finanzieller Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben gehören zu den Inhalten, die Untersuchung der Mundhöhle und Erhebung des Zahnstatus, die Fluoridie-

rung, die Verbesserung des Mundhygieneverhaltens und Ernährungsberatung.

Flächendeckung

Die jährliche Dokumentation der Maßnahmen durch die DAJ belegt, dass in der Gruppenprophylaxe von allen Beteiligten erhebliche Leistungen erbracht werden und von Jahr zu Jahr weitere Steigerungen zu verzeichnen sind. Von einer flächendeckenden Umsetzung der einzelner Maßnahmen kann jedoch noch nicht gesprochen werden kann.

Die jeweiligen Konzepte vor Ort sind wirksam, wie die Ergebnisse der Mundgesundheit der Kinder zeigen und sind bedarfsgerecht fortzuführen. Hinsichtlich der Effizienz ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Modelle in den Ländern auch unterschiedliche Kosten verursachen. Die Möglichkeit, Vorsorgeuntersuchungen und präventive Maßnahmen zusammen durchzuführen hat sich als besonders wirkungsvoll erwiesen und wird auch in den Kindereinrichtungen als günstig empfunden. Im Hinblick auf die Flächendeckung sollte eine derartige Verbindung von Maßnahmen angestrebt werden, um zukünftig Kräfte zu bündeln und die Akzeptanz bei den Pädagogen und Eltern weiter zu erhöhen.

Gruppenprophylaxe für Kinder bis zum 16. Lebensjahr:

Es ist aus der Sicht des BZÖG konsequent, dass die bereits in der Grundschule begonnenen Gruppenprophylaxemaßnahmen dort bedarfsgerecht intensiviert werden, wo ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt wird, um so die Mundgesundheit nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Für die gruppenbezogene Risikoeinschätzung sollten praktikable Parameter zugrunde gelegt werden. Dies sind die Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung, die auf kommunaler und Landesebene verfügbar sind. Kariesepidemiologischen Daten sollte dabei der Vorzug gegeben werden. Hier sind beispielsweise Vergleiche der DMF-T-Mittelwerte ebenso möglich wie eine Auswahl nach dem Anteil naturgesunder Gebisse.

Aus der Sozialberichterstattung können soziodemografische Indikatoren einen Hinweis für die Festlegung der zu betreuenden Einrich-

tungen geben. Auch der Schultyp kann als Auswahlkriterium mit in Betracht gezogen werden.

Die Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK hat der DAJ eine Stellungnahme vorgelegt. Der BZÖG stimmt dieser inhaltlich zu.

Maßnahmen:

Die bereits in der Grundschule begonnenen Betreuungskonzepte sollten wegen ihrer erwiesenen Effektivität sowie anerkannten Praktikabilität und Transparenz in Schulen, auch für Kinder nach dem 12. Lebensjahr fortgeführt werden. Dabei ist anzustreben, Gesundheit ganzheitlich zu betrachten und auf die Herausbildung gesundheitsförderlicher Lebensumstände hinzuwirken.

Im Vordergrund stehen die jährlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und die Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen. Diese Maßnahmen sollten gleichzeitig einen Impuls, für die sich entwickelnden persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten der Schüler darstellen, um sie im Umgang mit ihrer Gesundheit zu stärken. Im Rahmen von Projekten sollten Schüler aktiv beteiligt werden.

Grundsätzliche gruppenprophylaktische Neukonzeptionen sind in der Regel nicht erforderlich. Erfahrungsgemäß stellt die Kontinuität dieser Betreuung auch eine optimale Brücke für den regelmäßigen Besuch der Zahnarztpraxis dar und ist somit weiterhin ein Anstoß für die Inanspruchnahme der Therapie und der individualprophylaktischen Betreuung.

Zusammenfassung:

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes begrüßt die Erweiterungen der Gruppenprophylaxe als einen wirksamen Beitrag zur weiteren Förderung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen, die flächendeckend umgesetzt werden soll. Um zukünftig auch die Einrichtungen mit gesundheitsfördernden und Prophylaxemaßnahmen zu erreichen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollten entsprechend den regionalen Gegebenheiten praktikable Auswahlkriterien angewandt werden. Bewährte

Gruppenprophylaxeprogramme sind jährlich kontinuierlich fortzuführen, für die neue Zielgruppe aufzubauen und an die Spezifik dieser Altersgruppe anzupassen.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Gesundheitsämtern sind auf Bundes-, Landes und kommunaler Ebene auch künftig wichtige Partner bei der Weiterentwicklung der bestehenden Vereinbarungen, Empfehlungen und Planungen der Betreuungsprogramme, sowie bei der kontinuierlichen Umsetzung der daraus resultierenden Maßnahmen.

Neue DAJ-Grundsätze zur Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V

In Reaktion auf die Änderung im § 21 SGB V wurden die Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit aktualisiert und in geänderter Fassung am 20. 06. 2000 von der Mitgliederversammlung beschlossen.

Einleitung

(...) In den folgenden Grundsätzen sind die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bzw. in Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler bis zum 16. Lebensjahr überproportional hoch ist, zusammengefasst. Die DAJ erwartet, dass baldmöglichst die Voraussetzungen für eine flächendeckende Durchführung aller erforderlichen Maßnahmen geschaffen werden, um eine wirkungsvolle GRUPPENPROPHYLAXE gewährleisten zu können.

1. Inhalte gruppenprophylaktischer Maßnahmen

Sie erstrecken sich insbesondere auf:

- Inspektion der Mundhöhle mit Erhebung des Zahnstatus zur Kariesrisikozuordnung nach einheitlichen Standards (s. Anlage)
- Verweisung in zahnärztliche Behandlung zur Beseitigung vorhandener Zahnschäden. Fissurenversiegelung bei gegebener Indikation
- Verbesserung des Mundhygiene-Verhaltens
- Verbesserung der Zahnschmelzqualität durch Fluoride
- Ernährungsberatung
- Motivation zur regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung
- Durchführung spezifischer altersgerechter Programme zur kollektiven und individuellen Betreuung von Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko
- Erkennung und Aufklärung zur Vermeidung von (früh-)kindlichen Fehlentwicklungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich

1.1. Zuständigkeit für die Maßnahmen

Die Organisation, die personelle und die finanzielle Sicherstellung der erforderlichen Maßnahmen sind zwischen den Beteiligten auf Landes- bzw. örtlicher Ebene zu regeln.

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sind mit den Aufgaben anderer Stellen (z.B. im Rahmen der Jugendzahnpflege der Länder) zu koordinieren.

2. Maßnahmen zur Durchführung der Gruppenprophylaxe

Die Maßnahmen sollen unter Leitung eines fachkompetenten Zahnarztes und koordiniert von den Landes- oder Kreisarbeitsgemeinschaften nach folgendem Programm durchgeführt werden:

- Inspektion der Mundhöhle und Erhebung des Zahnstatus zur Kariesrisikozuordnung nach einheitlichen Standards sowie Erkennung von (früh-)kindlichen Fehlentwicklungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, und, wenn erforderlich, Verweisung in zahnärztliche Behandlung bzw. Vornahme der Fissurenversiegelung. Die Untersuchungen werden zweckmäßigerweise in Form von Reihenuntersuchungen in Kindergärten, Schulen, ggf. in mobilen Untersuchungsstationen, Zahnarztpraxen oder den Behandlungsräumen der Zahnärztlichen Dienste stattfinden.
- Regelmäßiges Demonstrieren und Üben einer effektiven altersgerechten Mundhygiene
- Kontrollierte Ausgabe von Fluoridtabletten nach zahnärztlichen/ärztlichen Weisungen Anwendung lokal wirksamer Fluoridpräparate (Lack, Gelee usw.) unter Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Ort (Fluorkonzentration im Trinkwasser, Alter der Kinder usw.) und Motivation zu eigenverantwortlicher Kariesprophylaxe durch Fluoride (u.a. fluoridierte Zahnpasten und fluoridiertes Jodspeisesalz)
- Ernährungsberatung und Anregung zur gemeinschaftlichen Zubereitung von Mahlzeiten
- Durchführung von spezifischen altersgerechten Programmen zur kollektiven und individuellen Betreuung von Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko
- Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch

- Informationsveranstaltungen für Erzieherinnen, Lehrpersonen und Eltern
- Ausgabe von Informations- und Aufklärungsmaterial

Diese Maßnahmen sollen ergänzt werden (Beispiele) durch

- Besuch eines Zahnarztes in seiner Praxis oder den Behandlungsräumen des Zahnärztlichen Dienstes
- Rollenspiele
- Informationsveranstaltungen für Eltern
- Klassenwettbewerbe zum Thema zahnmedizinische Prophylaxe

3. Weitere prophylaktische Maßnahmen außerhalb von Kindergärten und Schulen zur Förderung der Mundgesundheit

Neben den gruppenprophylaktischen Maßnahmen, die die Kinder in Kindergärten und Schulen erreichen, sind entsprechende Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit für folgende Personengruppen erforderlich:

- Kinder im Vorkindergartenalter
- Kinder die keinen Kindergarten besuchen
- Schulkinder, die noch an keiner gruppenprophylaktischen Maßnahme teilgenommen haben
- Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr aus Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko überproportional hoch ist, in deren Einrichtung keine gruppenprophylaktischen Maßnahmen angeboten werden

Auf vorhandenen Initiativen sollte aufgebaut werden.

Bei der Organisation der Gruppenprophylaxe auf regionaler Ebene sollten diese Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden. Dazu bieten sich folgende Maßnahmen an:

- spezielle Veranstaltungen (z.B. im Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes oder in Stadtteilzentren)
- Aufklärungsaktionen (z.B. durch Faltblätter oder Pressemitteilungen)

Eine Versorgung mit Fluoriden nach ausführlicher Information sollte durch Kinder-, Haus- oder Zahnärzte in Form der Einzelverordnung sichergestellt werden, bzw. durch kontrollierte Abgabe im Rahmen der Gruppenprophylaxe.

4. Behinderte Kinder

Für Behinderte Kinder sind erforderlichenfalls Intensivmaßnahmen vorzusehen (z.B. spezielle Unterweisung von Betreuern und Angehörigen).

In Übereinstimmung mit dem Gesetzgeber sind gruppenprophylaktische Maßnahmen in Behinderteneinrichtungen, in denen behinderte Jugendliche betreut werden, bis zum 16. Lebensjahr zu erstrecken.

Außerdem ist auf bereits bestehende besondere Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen, ggf. sind solche Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

5. Schwangerschaftsberatung

Im Rahmen der Schwangerenvorsorge, Mütterberatung u.a. sollten (werdende) Mütter über kariesprophylaktische Maßnahmen informiert werden. Für diese Zielgruppe sollte den Gesundheitsämtern, den Zahnärzten und Ärzten (insbesondere den Gynäkologen), Krankenkassen und anderen spezielles Aufklärungsmaterial zur Verfügung gestellt werden.

6. Dokumentation der Maßnahmen

Die durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren und auszuwerten, damit der Umsetzungsgrad, sowie, im Zusammenhang mit der Erfolgskontrolle, die Wirksamkeit überprüfbar sind und bestehende Schwierigkeiten erkennbar werden.

Die Dokumentation erfolgt nicht personenbezogen.

7. Qualifikation und Fortbildung des in der Gruppenprophylaxe tätigen Personals

Das in der Gruppenprophylaxe tätige Personal muss über Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, die für die Durchführung der Tätigkeiten sachlich erforderlich sind. Hierzu sollte das Personal speziell auf die Erfordernisse der Gruppenprophylaxe zugeschnittene Fortbildungskurse und praktische Unterweisungen bzw. Hospitationen absolvieren.

Anlagen zu den Grundsätzen der DAJ

Bestimmung von Kindern mit hohem Kariesrisiko im Rahmen der gruppenprophylaktischen Reihenuntersuchungen

Definition von Risikogruppen in Altersdifferenzierung

Alter bis:

3 Jahre:	nicht kariesfrei, dmft(t) > 0
4 Jahre:	dmft(t) > 2
5 Jahre:	dmft(t) > 4
6 - 7 Jahre:	dmf/DMF(t/T) > 5 oder D(T) > 0
8 - 9 Jahre:	dmf/DMF(t/T) > 7 oder D(T) > 2
10 - 12 Jahre:	DMF(S) an Approximal-/Glattflächen > 0

Auswahlkriterien für Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen eine Intensivbetreuung gemäß § 21 5GB V stattfinden soll.

1. Zur Auswahl von Schulen und Behinderteneinrichtungen mit einem erhöhten durchschnittlichen Kariesrisiko sollten keine absoluten DMF-Werte festgelegt werden.

2. Wenn keine kariesepidemiologischen Daten vorliegen, sollten die für die Intensivbetreuung auszuwählenden Schulen/Einrichtungen auf regionaler Ebene nach sozialen Kriterien festgelegt werden. Dabei kann auch eine Auswahl nach Schultypen (z. B. nach Haupt- und Sonderschulen) vorgenommen werden, sofern diese Differenzierung in dem jeweiligen Bundesland möglich ist.

3. Wenn kariesepidemiologische Daten aus Reihenuntersuchungen verfügbar sind, dann sollten diese auch für eine gruppenbezogene Risikoeinschätzung genutzt werden. Alternativ bieten sich dafür an:

3.1. ein „DMF-T Ranking“, bei dem je nach verfügbaren Ressourcen ein bestimmter Prozentsatz (10 - 15 %) der Einrichtungen/Schulen mit den höchsten (altersbezogenen) DMF-Mittelwerten ausgewählt wird;

3.2. eine Auswahl nach den niedrigsten Anteilen primär gesunder Gebisse, da in einigen Regionen keine DMF-Werte, dafür aber die Anteile primär gesunder, behandlungsbedürftiger und sanierter Gebisse erfasst werden.

Oralprophylaxe und Kultur

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Einwanderungsland. Dies stellt neue Herausforderungen an das Gesundheitssystem. Neue Ansätze und Lösungswege müssen formuliert und gefunden werden. 1998 fand hierzu die erste bundesweite Fachtagung „Oralprophylaxe und Kultur“ in Hannover statt. Das diese Veranstaltung ein Erfolg war, zeigte sich auch in regionalen Folgeveranstaltungen zum Thema Zahn- und Mundgesundheit bei Migranten. In der Zwischenzeit haben sich die daran beteiligten Organisationen und Verbände, darunter auch der BZÖG, zur „Bundesarbeitsgemeinschaft interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe“ (BAIZO) zusammengefunden.

Zweite Fachtagung

Die BAIZO initiiert nun die zweite bundesweite Fachtagung unter der Leitung von Frau Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann (siehe Veranstaltungskalender). Das Tagungsprogramm reicht von der Vorstellung der Situation zur Zahn- und Mundgesundheit bei Migranten in deutschen Städten und Landkreisen und der europäischen Länder über die Präsentation von beispielhaften Initiativen in Deutschland zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit in dieser Bevölkerungsgruppe. Viele der Programme sind durch Mitglieder des BZÖG ins Leben ge-

rufen worden und werden von Zahnärztinnen und Zahnärzten im ÖGD koordiniert. Es wird weiter über die Fortsetzung der Projekte, die 1998 vorgestellt worden sind, über deren Erfolge, mögliche Probleme und Zukunftsaussichten berichtet. Vorträge zu sprachlichen und kulturellen Besonderheiten von Migranten, auch zu ihrer Situation als Patienten, sind ein weiterer Schwerpunkt der Tagung.

Die Veranstaltung richtet sich demnach auch besonders an die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD's. Sie stellen durch ihre aufsuchenden Maßnahmen in den Einrichtungen vielfach den ersten Kontakt dieser ausländischen Mitbürger und ihrer Familien mit dem bundesdeutschen Gesundheitssystem dar. Die Fachtagung soll dazu beitragen, Argumente, Ansätze, mögliche Initiativen und lokale Vernetzungsstrukturen zu finden, für weitere Verbesserungen in der Zahn- und Mundgesundheit bei Migranten.

Bernd Schröder

Neues Mal- und Spielheft

Das neue Mal- und Spielheft „ZAHNPUTZSPASS“ mit meinen Freunden bringt Kindern ab dem Vorschulalter das Bewusstsein für zahngesundes Verhalten auf spielerische Weise näher. Farbenfrohe Illustrationen und witzige, amüsante Szenen animieren die Kinder zum Ausmalen, Anschauen und Mitspielen. Max und seine Freunde stellen auf diese Weise gelungene Modelle für zahngesundes Verhalten dar, die zur Nachahmung anregen. Neben dem informativen Aufklärungscharakter werden in diesem Heft auch offene Fragen gestellt, welche die persönliche, kindliche Erfahrungswelt mit einbeziehen und den Rahmen für ein lehr- und erlebnisreiches Gruppenspiel bilden.

„Zahnputzspaß“ mit meinen Freunden setzt somit die Inhalte der heute aktuellen Zahngesundheitsziehung im Sinne einer erlebnisnahen und handlungsorientierten Pädagogik vorbildlich um.

Adresse:
ZahnMax
Uwe Groeger
Schleusenstraße 24
26135 Oldenburg
Tel.: 0441/2488077,
Fax: 0441/12351



Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
3/00

Anzeige

Silbernes Ehrenzeichen für Dr. Klaus-Günther Dürr

Der BZÖG verleiht Persönlichkeiten, die sich um den Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Bundesebene verdient gemacht haben das Ehrenzeichen in Silber. Die Landesstellenleiter haben für das Jahr 2000 einstimmig den Vorschlag des Bundesvorstandes befürwortet, Herrn Dr. Klaus-Günther Dürr mit dieser Ehrung insbesondere für seine langjährige Tätigkeit als Redakteur und Beisitzer im Bundesvorstand auszuzeichnen.

Herr van Steenkiste, der die Auszeichnung vornahm, würdigte seine geleistete Arbeit für den Verband und führte u.a. aus, dass Dr. Dürr von 1994 – 1999 maßgeblich das Erscheinungsbild von 24 Ausgaben unserer Verbandszeitschrift prägte. Sowohl für die Verbandsmitglieder, als auch nach Außen für unsere Kooperationspartner in der Jugendzahnpflege waren die vielfältigen Berichte über aktuelle Themen, aus den Landesstellen, zu Fortbildungsschwerpunkten, die Tagungs- und Kongressberichte u.v.a. lesenswert und Anregung in der Umsetzung der Arbeit vor Ort.

Sein Engagement in unserem Verband begann 1988 als er zum Landesstellenleiter in Hessen gewählt wurde. Diese Aufgabe nahm Herr Dr. Dürr bis 1994 wahr. Weiterhin ist er seit 1991 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege für Frankfurt und den Main-Taunus-Kreis und seit 1994 Referent für Erzieherinnenfortbildungen in der LAG Hessen.

Auch sein fachliches Wirken im Öffentlichen Gesundheitsdienst fand Anerkennung und so wurde er 1995 mit dem Dr. Wahl-Preis der DAJ für die Arbeit zum Thema „Modell zur Intensivbetreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe“ ausgezeichnet und erhielt 1997 gemeinsam mit Frau Dipl.-Stom. Müller-Balzarek den Sonderpreis für angewandte Prophylaxe des Wrigley-Prophylaxe-Preises. Sehr praxisorientiert ist die Fluoridkartei der LAG Hessen. Dieses Nachschlagewerk, das von

Dr. Dürr erarbeitet wurde, ist nicht nur in Hessen gefragt und wird sowohl in Gesundheitsämtern als auch in prophylaxeorientierten Praxen gern genutzt.

Seine berufliche Laufbahn begann Dr. Dürr nach Beendigung des Studiums 1985 mit der Approbation als Zahnarzt. Er promovierte 1987 zum Doktor med. dent. und war von 1986 bis 1987 als Assistenz Zahnarzt in freier Praxis tätig. Anschließend entschied sich Dr. Dürr 1987 für eine Laufbahn im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zunächst war er von 1987 bis 1993 als Zahnarzt beim Stadtgesundheitsamt in Frankfurt am Main tätig. 1993 setzt er seine Tätigkeit im Gesundheitsamt des Main-Taunus-Kreises fort wurde 1994 zum Medizinaldirektor ernannt. 1997 erwarb er die Gebietsbezeichnung „Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen“.

Herr van Steenkiste dankte Herrn Dürr für sein bisheriges vielfältiges und erfolgreiches Wirken im Öffentlichen Gesundheitsdienst mit der Ehrung des Verbandes und überreichte ihm das Silberne Ehrenzeichen des BZÖG.

70. Geburtstag von Dr. Karl-Heinz Stock

Als geschätzter Kollege und langjähriges und bis heute aktives Mitglied unseres Verbandes feierte Herr Dr. Karl-Heinz Stock am 09.07. diesen Jahres seinen 70. Geburtstag. An dieser Stelle sei ein kurzer Rückblick auf einige Aspekte seiner außerordentlich schaffensreiche Tätigkeit erlaubt: Von 1963 bis 1995 leitete er die Abteilung Jugendzahnpflege der Stadt Hannover.

Viele Jahre war er Landesstellenleiter des BZÖG in Niedersachsen und dort bis 1988 Vorstandsmitglied der Landesstelle.

1984 wurde ihm das Bundesverdienstkreuz von Dr. Klaus von Richthofen überreicht.

Er war Mitglied der Auswahlkommission im Sozialministerium für Nachwuchsförderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Sein besonderes Engagement galt der Behindertenhilfe.

1995 schied er aus dem öffentlichen Dienst aus. Im selben Jahr wurde ihm das bronzene Ehrenzeichen des BZÖG überreicht.

Bis zum 31.12.1999 war er weiterhin geschäftsführender Zahnarzt der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsens. Durch die Gründung der LAG, der ersten in Deutschland, und seinen unermüdlichen Einsatz, hat er am Aufbau einer flächendeckenden Jugendzahnpflege in Niedersachsen maßgeblich mitgewirkt. Durch zahlreiche Seminare hat er über 7000 „Schlüsselpersonen“ und Multiplikatoren im Kindergarten- und Schulbereich geschult.

Am 03.05.00 verlieh ihm die ZÄK Niedersachsen als Anerkennung für seine vielfältigen Verdienste die Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft.

Die Landestelle Niedersachsen und der Bundesvorstand gratulieren Herrn Kollegen Stock zu seinem 70. Geburtstag recht herzlich.

Der zahnärztliche Sachverständige

Behandlungsfehler in Begutachtung und Rechtsprechung

Klaus Oehler

Deutscher Zahnärzte Verlag Köln

Neuerscheinung 1999

ISBN 3-934280-00-5 198,00 DM

Ein erster Kontakt mit der Lektüre zeigt: Zu einem guten Sachverständigen gehört weit mehr als Fachkundigkeit auf seinem Gebiet! Dass für eine qualitativ hochwertige und effektive Vorbereitung nicht eine Vielzahl, für Laien oftmals schwer verständliche, juristische Fachliteratur „gewälzt“ werden muss, ist diesem Buch zu danken. Im allgemeinen Teil werden juristische Grundkenntnisse mit Bezug zur Zahnmedizin vermittelt. Inhaltlich spannt sich der Bogen von Qualitätsstandards, die Herangehensweise, gesetzliche Bestimmungen, bis hin zur Gerichtsverhandlung. Die Vorschläge zur Durchführung des Aktenstudiums, Anamneseerhebung, der Befundaufnahme und Diagnostik gewährleisten Gründlichkeit, Sorgfältigkeit und Systematik. Im 2. Teil wird der Rechtsprechungsrahmen gegliedert in die Teilgebiete der Zahnmedizin, sowie Sorgfaltspflicht, Behandlungsfehler, Fehler beim Technikeinsatz, Aufklärung und Einwilligung sowie Behandlungsdokumentation abgehandelt. Sehr gut dabei die sich jeweils anschließende Rechtsprechung mit Datum und Instanz und die zudem nach Instanz und Problem sortierte Urteilsliste. Als Wegweiser durch den Dschungel der Jurisprudenz, auf die Bedürfnisse der Zahnärzte zugeschnitten, ist das Buch ein Muss für jeden Einsteiger in die Materie des gerichtlichen Gutachtenwesens und bewirkt nicht zuletzt eine Herabsetzung der Hemmschwelle gegenüber der verantwortungsvollen Gutachtertätigkeit.

Dr. K. Busch

Hansestadt Rostock

Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung

Leserbrief von B. Wiethardt zum Beitrag „Was lange währt...“ in der März-Ausgabe 2000. Hier ist u.a. ausgeführt: „Alle Kinder haben Anspruch auf zwei zahnärztliche Früherkennungs-Untersuchungen.“ Diese Formulierung kann zu Missverständnissen Anlass geben. In den o.g. Richtlinien heißt es, dass mit den Früherkennungs-Untersuchungen insbesondere die versicherten Kinder betreut werden sollen, die keine Einrichtungen besuchen, die gruppenprophylaktische Maßnahmen durchführen. Vor allem sollen auch die versicherten Kinder betreut werden, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen und nicht bereits in ein anderweitiges Intensivprogramm eingebunden sind. Damit ist klargestellt, dass Kinder, die bereits gruppenprophylaktisch betreut werden - auch intensivprophylaktisch im Rahmen der Gruppenprophylaxe - keinen Anspruch auf Maßnahmen nach § 26 Abs. 1 SGB V haben.

Bei der Abfassung der Früherkennungs-Richtlinien wurde seitens der gesetzlichen Krankenkassen großer Wert auf diese Differenzierung gelegt. Sicherlich ist auch nachvollziehbar, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht flächendeckend und allumfassend die Gruppenprophylaxe ausbauen und gleichzeitig nochmals finanzielle Mittel für dieselben Maßnahmen in der zahnärztlichen Praxis aufwenden wollen.

Ich wäre dankbar, wenn bei der Diskussion der erwähnten Früherkennungs-Richtlinien zukünftig die folgende Formulierung Verwendung finden würde: „Alle Kinder, die nicht bereits in Einrichtungen gruppenprophylaktisch betreut werden oder zum Kreis der Kinder mit hohem Kariesrisiko zählen, haben Anspruch auf zwei bzw. drei Früherkennungs-Untersuchungen gemäß § 26 Abs. 1 SGB V in den Praxen der niedergelassenen Zahnärzte.“

Bernd Wiethardt

Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen

Weißensteinstraße 70-72

34131 Kassel

Anzeige

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Klaus-Günther Dürr

Lacheweg 42, 63303 Dreieich

Tel. (dienstl.) 06192/201-1121

2. Vorsitzende: Dr. Gudrun Rojas

Bergstraße 18, 14770 Brandenburg

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

Geschäftsführerin: Dr. Claudia Sauerland

Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna

Tel. (dienstl.) 02303/272653

Schatzmeister: Bernd Schröder, Saarbrückenstraße 36, 24114 Kiel

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

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

Tel.(dienstl.) 02306/100550

Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

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

Beirat:

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

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

E. Arlt, Parkstraße 22, 17235 Neustrelitz

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Saarbrückenstraße 36, 24114 Kiel

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

Verbandsorgan:

Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ - Wissenschaftliche

Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens -

Bezug:

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

Einzelheft: 8,- DM, Jahres-Abonnement 30,- DM, inklusive

Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.

Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluß.

Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur

vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.

Texte sollten nach Möglichkeit auf Diskette geliefert werden.

Bildmaterial oder Grafikschriften bitte als Aufsichtsvorlage oder

Dia beilegen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Heraus-

gebers. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine

Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche

Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundes-

verbandes nicht zu entsprechen braucht.

Gestaltung:

Ines Blume, Frankfurt am Main

Druck:

Gerhardts-Verlag, 64686 Lautertal/OT Beedenkirchen

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

Veranstaltungshinweise

Tagung zum Thema "Interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe"

Vorträge am 24. und 25.11.00

Ort: Hotel Mercure in Berlin- Neukölln

Veranstalter:

Abteilung Gesundheit, Umwelt und Sport,

Bezirksamt Neukölln von Berlin

Mitveranstalter u.a:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen

Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG)

Auskunft:

Dr. Sylvia Dohnke-Hohmann (Tagungsleitung),

Bezirksamt Neukölln von Berlin

Telefon: 030/6809-3682

Dr. Christiane Goepel, DAJ

Telefon: 0228/69 46 77
