

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

36. Jahrgang / August 2006

2.06

3 EDITORIAL

KONGRESSBEITRÄGE

- 4 Mundgesundheit im Land Brandenburg und Besonderheiten einer Grenzregion
- 6 Kariesprophylaxe bei Schul- und Kindergartenkindern in Polen
- 7 Der Einsatz von Fluoridlacken in der Intensivprophylaxe bei Vorschulkindern
- 10 Die Milchzahnkaries im Kleinkindalter – eine Betrachtung der Zugangswege zur Nutzung bestehender Prophylaxeprogramme
- 13 Zahnmedizinische Prophylaxe für Erwachsene mit Behinderungen – ein Projekt zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für Bewohner Berliner Behinderteneinrichtungen

AKTUELLES

- 14 Gesundheitsberichterstattung – Stand und Perspektiven
- 16 Hufeland-Preis 2005 für Prof. Dr. Stefan Zimmer
- 17 Wrigley Prophylaxe Preis
- 17 EU bekennt sich zu Fluorid
- 17 Neues Infoset für die Kariesprophylaxe mit Fluoriden
- 18 Maßnahmen-Dokumentation zur Gruppenprophylaxe für das Schuljahr 2004/2005

BERICHTE

- 18 Deutsch-Polnische Medizinkonferenz am 25. März 2006 in Zielona Góra
- 19 Wahl des Bundesvorstands

20 IMPRESSUM



BZÖG

**ANZEIGE
GABA
NEU**

EDITORIAL



Dr. Claudia Sauerland

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Zeiten von leeren Kassen und Caries Decline wird die Rolle der Gruppenprophylaxe und der Kariesprävention an vielen Stellen diskutiert. Während in der Vergangenheit bei hoher Kariesprävalenz viele Ansätze mit dem Effekt einer Kariesreduktion gegriffen haben, ist der in Deutschland praktizierte „bunte Kanon an Maßnahmen“ bei den sog. Kariesrisikogruppen durchaus kritisch zu beleuchten. Qualitätssicherung ist hier das Stichwort.

Am 26.06.06 konnte der Bundesvorstand in Berlin ein Gespräch mit dem Parlamentarischen Staatssekretär Herrn Rolf Schwanitz und leitenden Mitarbeitern des Bundesministeriums für Gesundheit nutzen, genau diese Aspekte im Zusammenhang mit der Zukunft des § 21 SGB V zu erläutern und hervorzuheben.

Die Maßnahmen scheinen in manchen Fällen zu spät zu greifen. Schon bei unserer ersten Untersuchung im Kindergarten sehen wir auch Kinder, die man der Hochrisikogruppe zurechnen muss. Sie weisen bereits die Symptome der Frühkindlichen Karies (ECC) auf und z.T. sind neben den Frontzähnen bereits die Molaren betroffen. Vor diesem Hintergrund prüft nun das Bundesministerium für uns, ob der im § 21 benutzte unbestimmte Rechtsbegriff der „Einrichtung“ auch auf Stillgruppen, Müttertreffs u.ä. ausgedehnt werden kann. Es gibt Krankenkassenvertreter, die hier ihre Verantwortung im Gegensatz zu uns leider (noch) nicht sehen. Der BZÖG bleibt in diesem Punkt im Dialog mit dem BMG.

Der Bundesvorstand vermochte im Gespräch mit Herrn Staatssekretär Schwanitz bei einer anderen Thematik zu sensibilisieren: Auf dem Kongress in Frankfurt (Oder) hat Frau Professor Dr. Grabowski (Rostock) ihre aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen vorgestellt und darauf hingewiesen, dass zur Beurteilung der Progredienz der Gebissanomalien und der Notwendigkeit einer frühen kieferorthopädischen Intervention die alleinige Einschätzung der morphologischen Abweichungen nicht ausreichend ist. Funktionelle Störfaktoren seien bei der Einschätzung des Behandlungsbedarfes ebenso zu berücksichtigen. Die von Frau Prof. Grabowski in ihrer Studie annähernd 6000 erfassten Kinder sind in Zusammenarbeit mit dem ÖGD untersucht worden. Der BZÖG hat deshalb aus Frankfurt den Auftrag mitgenommen, im BMG auf diese Problematik hinzuweisen. Dort ist die Studie mit großem Interesse aufgenommen worden.

Eine Erweiterung der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen um dysfunktionale Elemente hätte allerdings Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung. Hier müsste unabhängig vom BZÖG der formale Weg über die niedergelassene Zahnärzteschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und schließlich den Gemeinsamen Bundesausschuss beschritten werden.

Die Kontakte zum BMG sind also weiterhin gut und werden im Interesse unserer Mitglieder gepflegt.

Halten Sie nicht zuletzt deshalb den Kontakt zu uns und Ihren Landesstellenleitungen. Sie kennen meinen Aufruf: der Verband ist nur so gut wie seine Mitglieder, bitte arbeiten Sie mit!

Ihre 2. Vorsitzende

Dr. Claudia Sauerland, ZÄ f. Öff. Gesundheitswesen

Mundgesundheit im Land Brandenburg und Besonderheiten einer Grenzregion

G. Rojas, P. Haak

Das Land Brandenburg gehört zu den östlichsten Bundesländern unserer Republik.

Die Kleinstadt Stadt Frankfurt (Oder) bildet durch ihre unmittelbare Nähe zur Stadt Slubice ein Symbol für die neue Mitte in Europa. So wie die Grenzen in der Stadt abgebaut werden, so soll auch im ÖGD grenzübergreifende Zusammenarbeit zur alltäglichen Selbstverständlichkeit im neuen, erweiterten Europa werden.

355 000 Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 16 Jahren leben in Brandenburg und ihre präventive zahnärztliche Betreuung wird von den Teams der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) in den 18 kommunalen Gesundheitsämtern gewährleistet. Die Aufgaben der ZÄD sind im Gesundheitsdienst-, Kita- und Schulgesetz und den daraus resultierenden Verwaltungsvorschriften festgelegt worden. Hierzu zählen wie überall die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen mit dem individuellen Vorsorgeaspekt, d.h. der Mitteilung über den Behandlungsbedarf. Dem bevölkerungsmedizinischen Aspekt wird im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung mit Planung, Steuerung sowie der Evaluation der präventiven Maßnahmen ein besonderes Augenmerk gewidmet. Gesundheitsförderung und Prävention – Gruppenprophylaxe – bilden natürlich den Hauptarbeitsschwerpunkt der ZÄD aber auch Gremien-, Multiplikatoren- und Öffentlichkeitsarbeit, Therapieangebote für Kinder in besonderen Lebenslagen und die Begutachtung gehören zu den Aufgabenfeldern. Die Qualitätssicherung erfolgt durch landeseinheitliche Standards, die im Leitfaden zur standardisierten Befunderhebung und Dokumentation zahnmedizinischer Angaben im ÖGD formuliert sind, sowie durch regelmäßige Kalibrierungen und Fortbildungen.

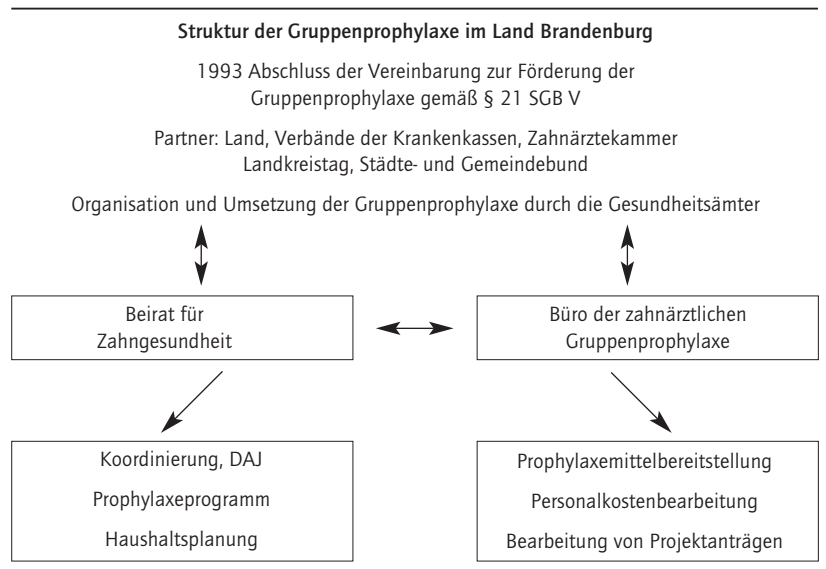
Das im Jahr 2003 novellierte Heilberufsgesetz hat die Weiterbildung für das „Öffentliche Gesundheitswesen“

in die Zuständigkeit der Landes Zahnärztekammer übertragen. Eine neue Weiterbildungsordnung, erstmals auch für diese Facharztweiterbildung, wurde unter Mitwirkung der Zahnärztinnen des ÖGD erarbeitet und 2004 von der Kammerversammlung verabschiedet.

Eine Besonderheit stellt die Vereinbarung zur Umsetzung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V dar. Die Struktur der Gruppenprophylaxe wird

1. Prophylaxeimpuls und einer zahnärztlichen Untersuchung erreicht wurden. 22 054 Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko erhielten einen 2. Prophylaxeimpuls und 32 868 Kinder wurden intensivprophylaktisch (lokale Fluoridierung) betreut. 5 051 Jugendliche mit erhöhtem Kariesrisiko (Förderschüler) wurden zahnärztlich untersucht und durch einen ersten Prophylaxeimpuls erreicht, einen 2. Impuls erhielten 1 439 Jugendliche.

Abb. 1: Qualitätsmanagement-Kreislauf [6, 7]



in der Abbildung 1 dargestellt. Danach sind die Gesundheitsämter mit der Organisation und Umsetzung der Gruppenprophylaxe auf regionaler Ebene von den Partnern der Vereinbarung beauftragt worden. Der Beirat für Zahngesundheit, eine niedergelassene und eine Zahnärztin des ÖGD, übernimmt die Koordinierungsaufgaben auf der Landesebene gemeinsam mit der Mitarbeiterin des Büros der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe. Damit entfallen sämtliche zusätzlichen Verwaltungsaufgaben auf der regionalen Ebene für alle Partner.

Ziel war und ist es, landesweit ein niedrigschwelliges präventives Betreuungsprogramm in allen Kindereinrichtungen zu etablieren, das schrittweise bedarfsgerecht intensiviert wird. Einen Überblick vermitteln den Partnern der Vereinbarung die jährlichen Auswertungen der Gesundheitsberichterstattung des Landesgesundheitsamtes. Für das Schuljahr 2004/2005 zeigen sie u.a., dass 152 009 (86 %) Kinder und Jugendliche in 2 086 (98 %) Kindertagesstätten und Schulen mit dem

Die Ergebnisse der Mundgesundheit werden ebenfalls im Landesgesundheitsamt analysiert und in kommunalen und Landesgesundheitsberichten dargestellt. Sie bilden eine Basis für die Zielsetzungen im Handlungsfeld „Mundgesundheit“ des im Jahr 2003 begonnenen Gesundheitszieleprozesses im Bündnis „Gesund aufwachsen in Brandenburg“: Organisationen, Körperschaften, Behörden, Krankenkassen, Verbände etc. haben sich zu 9 Handlungsfeldern der Kindergesundheit auf Ziele verständigt. Angesichts immer knapper werdender Mittel und deutlich gewordener gesundheitlicher Problemlagen für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sollen Ressourcen gebündelt werden, um sie dort einzusetzen, wo der Bedarf am größten ist.

„Kinder und Jugendliche haben gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zur präventiven Betreuung“ lautet das globale Ziel zur Mundgesundheit und wird in 3 Teilzielen konkretisiert, die bis zum Jahr 2010 erreicht werden sollen.

1. Teilziel: Kita-Kinder haben im Alter von 5 Jahren überwiegend (55 %) kariesfreie Milchzähne, Milchzahnkaries wird frühzeitig erkannt und behandelt.

2. Teilziel: 12 Jahre alte SchülerInnen haben durchschnittlich nur 1 Zahn mit Karieserfahrung und ein funktionell intaktes Gebiss.

3. Teilziel: Jugendliche haben zum Ende der Regelschulzeit durchschnittlich höchstens 3 Zähne mit Karieserfahrung und ein saniertes, funktionell intaktes Gebiss.

Der Stand der Zielerreichung lag im Schuljahr 2004/05 für das 1. Teilziel bei 54 %, für das 2. Teilziel bei einem DMFT von 1,24 und für das 3. Teilziel bei einem DMFT von 2,86.

Ein Maßnahmenkatalog zur Zielerreichung wurde mit den Kooperationspartnern ebenso vereinbart wie Indikatoren, die Auskunft über die Entwicklung in dem laufenden Prozess geben. Der Stand der Entwicklung wird mit einer jährlichen Fachtagung begleitet. Ein Instrument in diesem Katalog stellen die zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für Vorschul- und Schulkinder sowie Jugendliche dar. Sie wurden vom Präventionsausschuss zur Verzahnung von Individual- und Gruppenprophylaxe entwickelt und von der Landes Zahnärztekammer herausgegeben. Die Gruppenprophylaxemaßnahmen werden von den ZÄD in die Pässe eingetragen. Dazu geben die Eltern ihrem Kind den Prophylaxe-Pass mit in die Kindereinrichtung. In der Zahnarztpraxis erfolgt der Eintrag der individuellen Prophylaxemaßnahmen. Um Eltern so zeitig wie möglich auf das Problem der frühkindlichen Karies aufmerksam zu machen, wurde zum Tag der Zahngesundheit 2005 der zahnärztliche Prophylaxe-Pass „Mutter und Kind“ konzipiert, den alle Schwangeren von ihrem Gynäkologen zusammen mit dem Mütterpass erhalten (Abb.2).

Im Herbst des letzten Jahres wurde angeregt, ein Gesundheitsmonitoring (Abb.3) zur Kindergesundheit in den Euroregionen Pomerania, Pro-Euro-Viadrina und Spree-Neiße-Bober aufzubauen. Bezogen auf die Mundgesundheitsziele des Bündnisses „Gesund aufwachsen in Brandenburg“ stellen sich die Ergebnisse aus den deutschen Gebieten der Euroregionen (Abb.4 bis 6/Diagramme) für das Schuljahr 2004/05 wie folgt dar: Es besteht bei

allen Teilzielen ein deutliches Nord-Süd-Gefälle. Teilziel 1 und 2 wurden auch in den Euroregionen noch nicht erreicht, das Teilziel 3 wurde in den Euroregionen Spree-Neiße-Bober und Pro-Euro-Viadrina bereits unterschritten. Ein grenzüberschreitender Erfahrungsaustausch in einem neuen erweiterten Europa könnte dabei neue und interessante Impulse für die risikobezogene, zahnmedizinische und medizinische Prävention im Kinder- und Jugendalter geben.

Dr. Gudrun Rojas
Gudrun.Rojas@stadt-brb.brandenburg.de
Dr. Petra Haak
Petra.Haak@frankfurt-oder.de

Abb. 3: Gesundheitsmonitoring in Euroregionen

■ Pomerania
■ Pro-Euro-Viadrina
■ Spree-Neiße-Bober



Abb. 4: Ergebnisse aus den Euroregionen 2004/2005 (Quelle: Gesundheitsberichterstattung Landesgesundheitsamt Brandenburg)

5-jährige Kita-Kinder mit kariesfreiem Milchgebiss – Ziel 55%

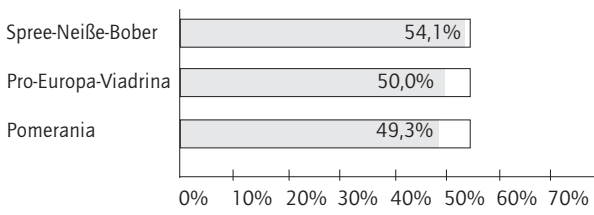


Abb. 5: siehe Abb. 4

DMFT-Index 12-jähriger SchülerInnen – Ziel 1,00

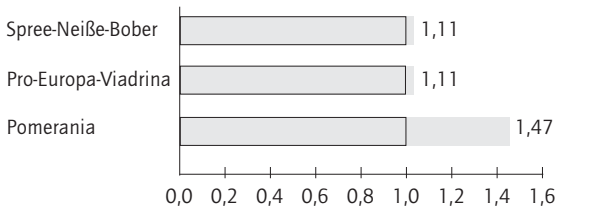


Abb. 6: siehe Abb. 4

DMFT-Index 15- und 16-jähriger SchülerInnen – Ziel 3,00

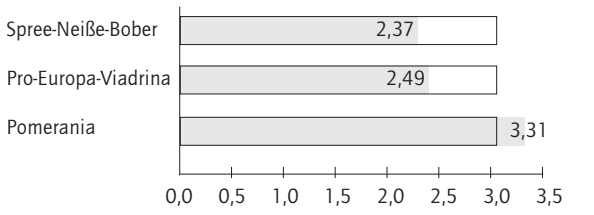


Abb. 2:



Kariesprophylaxe bei Schul- und Kindergartenkindern in Polen

G. Bulek-Juraneck; M. Geremek

Mit der Einführung der Trinkwasserfluoridierung im Jahre 1967 begann in Polen die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe. Zwanzig Jahre nach dem Beginn der systematischen Trinkwasserfluoridierung wies eine Untersuchung aus dem Jahr 1987 (Janczuk et al.) nach, dass das Kariesaufkommen in Bezirken mit einer Trinkwasserfluoridierung bzw. in Regionen mit natürlich hohem Fluoridgehalt im Trinkwasser am geringsten war.

Im Jahr 1977 legte das polnische Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung das Programm „Kariesprophylaxe durch Fluoridierung“ auf. Die in diesem Zusammenhang unter epidemiologischer Aufsicht des WHO-Regionalbüros in Kopenhagen durchgeführten Untersuchungen konnten belegen, dass der Anteil der kariesfreien 5- bis 6-jährigen Kinder in ländlichen Gebieten sehr gering war (zwischen 0 – 2,9 %). Es wurde außerdem bestätigt, dass die DMF/T-Werte bei den Kindern aus Städten mit einer systematischen Trinkwasserfluoridierung oder mit natürlich hohem Fluoridgehalt im Trinkwasser deutlich unter den Werten lagen, die man bei Kindern ohne die systemische Fluoridierung fand.

In den Jahren 1977-1997 wurde in den Schulen bei 6- bis 12-jährigen Kindern auch eine lokale Fluoridierung durchgeführt, hauptsächlich durch Einbürsten von Fluoriden.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes über die Allgemeine Krankenversicherung im Jahr 1999 wurde der zahnärztliche Dienst in Polen nahezu gänzlich privatisiert.

Die vor Jahren ausgearbeiteten Grundsätze der Kariesprophylaxe für Kinder und Jugendliche fanden durch die neue Situation im Gesundheitswesen in organisatorischer Hinsicht keine Entsprechung mehr. Die Gesundheitsreform führte vielfach zur Schließung der schulzahnärztlichen Ambulanzen. Ebenso verzichtete man in den meisten Schulen auf die medizinischen Leistungen der extra dafür ausgebildeten

Schulschwwestern/Schulhygienikerinnen.

Gegenwärtig werden die zahnmedizinische Prophylaxe und die Betreuung der Kinder und Jugendlichen nur anteilig durch öffentliche Mittel im Rahmen der Allgemeinen Krankenversicherung getragen und nicht mehr komplett finanziert, wie dies vorher geschehen war.

In den Jahren 1999-2002 widmete man sich einem Kariesprophylaxeprogramm, welches in erster Linie auf einer organisierten, gruppenprophylaktischen Betreuung der am stärksten durch Karies gefährdeten Kinder beruhte. Zu den betroffenen Altersgruppen gehörten insbesondere die 3- bis 5-Jährigen und die 11- bis 15-Jährigen.

Im September 2002 wurde das Programm „Prophylaxe für Kinder und Jugendliche im Lern- und Erziehungsumfeld“ veröffentlicht. Ein Jahr später wurde das Gesetz zur Krankenversicherung im Nationalen Gesundheitsfond (NFZ*) verabschiedet, in dessen Folge es zu weiteren vertraglichen Regelungen kam.

Den Bewerbern (Allgemeinmediziner, die in Polen zu Ärzten der so genannten medizinischen Grundversorgung –POZ- gehören) wurde auferlegt, für die Durchführung von Prophylaxemaßnahmen in den Schulen und Kindergärten eine Schul-, bzw. Hygieneschwester einzustellen.

Unter den vom Gesundheitsministerium festgelegten Programmpunkten ist unter Nr. 5 zu lesen: „Durchführung der zahnmedizinischen Basisprophylaxe auf Gruppenebene für Grundschulkindern mittels fachlich begleiteter lokaler Fluoridierung der Zähne durch Einbürsten von Fluoridpräparaten (sechsmal im Schuljahr, alle 6 Wochen).“ Für die Durchführung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen bedarf es sowohl der Einverständniserklärung des Schulleiters, als auch der Eltern des Kindes.

Weder die Verordnung des Gesundheitsministeriums noch der Nationale Gesundheitsfond (also das vertrags-schließende Organ) legen jedoch fest, welche Leistungen im Rahmen der Kariesprophylaxe erforderlich sind und nach welchen Kriterien die Notwendigkeit der Durchführung einer professionellen zahnmedizinischen Prophylaxe bei Kindern vorgenommen werden soll.

Auf ein besonderes Problem im Rahmen der aktuellen Regelung wei-

sen Janczuk et al. hin, nämlich die mangelnde Verknüpfung zwischen der Gruppenprophylaxe und der professionellen Individualprophylaxe.

Eine statistische Erhebung aus dem Jahr 2004 zeigte, dass lediglich 50 % der Kinder in den Städten und 20 % der Kinder auf dem Land eine Kindertagesstätte besuchten, da in den letzten Jahren der einjährige Pflichtbesuch in einem Kindergarten vor der Einschulung des Kindes aufgehoben wurde. Dieser Verlust an Einwirkungsmöglichkeiten durch eine Gesundheitserziehung könnte sich nach Ansicht vieler Autoren auf Dauer negativ auswirken. Für eine strukturierte bevölkerungsweite Gesundheitsaufklärung fehlt es in Polen an finanziellen Mitteln. Es ist aber zweifellos notwendig, die Eltern darüber zu informieren, was Karies ist und welchen Einfluss Karies auf das gesamte Kauorgan haben kann. Polnische Zahnärzte sollten es als ihre Pflicht ansehen, bereits beim ersten Besuch die Eltern detailliert über die richtige Mundhygiene zu informieren.

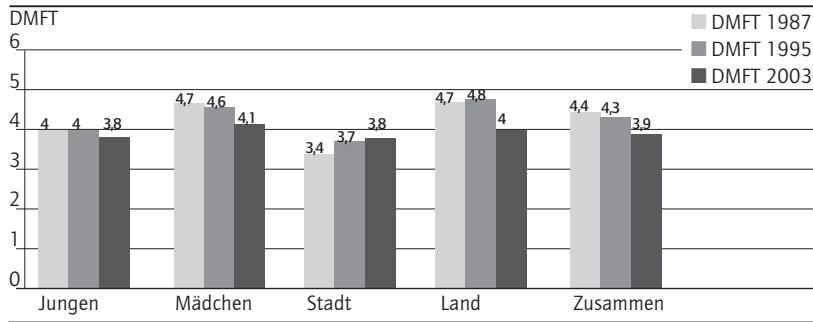
Zur professionellen zahnmedizinischen Prophylaxe in den Zahnarztpraxen in Polen gehören:

- Erstuntersuchung der Mundhöhle incl. Mundhygiene-Training, (diese Leistung darf als NFZ-Leistung einmal in 12 Monaten durchgeführt werden)
- Fissurenversiegelung der Sechsjahrmolaren (diese Leistung wird vom NFZ bis zum 7. Lebensjahr des Kindes übernommen)
- Fluoridtouchierung als Leistung des NFZ betrifft nur das bleibende Gebiss und wird bis zum 18. Lebensjahr übernommen (diese Maßnahme kann als NFZ-Leistung alle vier Monate durchgeführt werden).

Fazit:

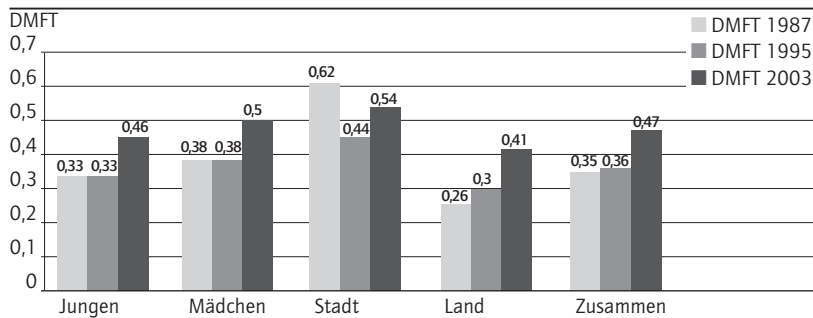
- Die Reorganisation des Gesundheitswesens in Polen führte zu Änderungen in der Struktur der zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen (Auflösung der Schulambulanzen)
- Bei den 12-Jährigen konnten eine Senkung des DMFT-Wertes und ein Anstieg des Sanierungsgrades verzeichnet werden.

Abb. 1: Vergleich der DMF/T-Werte bei 12-Jährigen in den Jahren 1987, 1995, 2003



16. 06. 2006

Abb. 2: Sanierungsgrad bei 12-Jährigen in den Jahren 1987, 1995, 2003 (Mittelwerte)



16. 06. 2006

Abb. 3: Anteil der kariesfreien 12-Jährigen im Zeitraum 1978-2003 im Regierungsbezirk Lodz

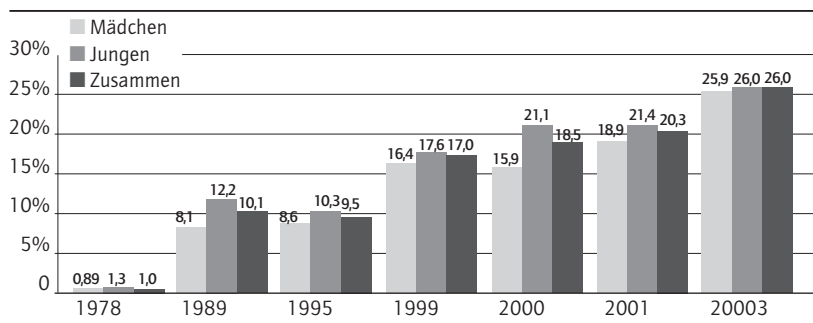
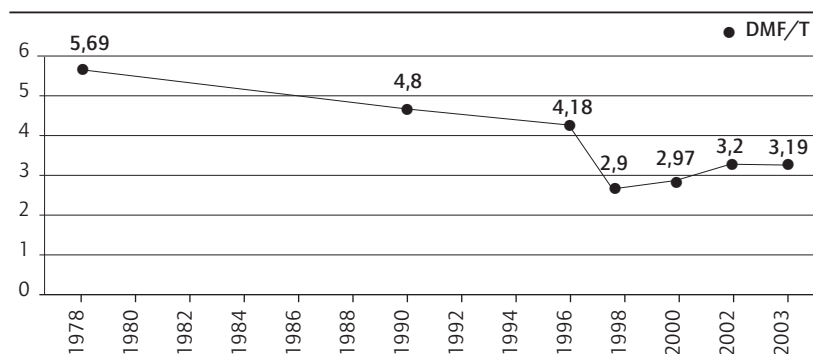


Abb. 4: DMF/T der 12-Jährigen im Zeitraum 1978-2003 im Regierungsbezirk Lodz



Dr. Grazyna Bulek-JuraneK
Dipl.-Stom. Mariusz Geremek
Schlesische Medizinische Akademie
in Katowice

Übersetzung aus der polnischen
Sprache: Dr. Y. Jonczyk, Cottbus

- Literatur bei der Redaktion -

* Der Nationale Gesundheitsfond (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ) ist für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zuständig. Er besteht aus der Zentrale des NFZ und 16 Woiwodschafts-Zweigstellen, entsprechend der territorial-administrativen Aufteilung des Landes. Die Leistungsempfänger erhalten kostenlos Sachleistungen, sofern sie sich bei den Leistungserbringern, die einen entsprechenden Vertrag mit dem Nationalen Gesundheitsfond abgeschlossen haben, behandeln lassen. (Anmerkung des Übersetzers)

Der Einsatz von Fluoridlacken in der Intensivprophylaxe bei Vorschulkindern



A. Borutta

A. Borutta, G. Reuscher, S. Hufnagl, S. Möbius

1. Einleitung

Der seit den 90er Jahren in Deutschland nachgewiesene „Caries decline“ führte zu einer allgemeinen Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern, Jugendlichen und zunehmend auch jungen Erwachsenen. So hat sich beispielsweise bei 12-Jährigen im letzten Jahrzehnt (1994 bis 2004) die Kariesprävalenz um 21 bis 70 %, bezogen auf die einzelnen Bundesländer, verringert, und zeitgleich erhöhte sich der Anteil kariesfreier Kinder auf 54 bis 68 %. Im Milchgebiss ist zwar auch eine Verbesserung eingetreten, allerdings lag die Kariesreduktion bei den 6- bis 7-Jährigen lediglich zwischen 11 und 32 %. Hinzu kommt, dass der von der Bundeszahnärztekammer für diese Altersgruppe formulierte Mundgesundheitsindikator für das Jahr 2000 (60 % Kariesfreiheit) weder im Jahr 2000 noch im Jahr 2004 in keinem Bundesland erreicht wurde. Die entsprechenden Anteile lagen im Jahre 2004 zwischen 35 und 59 % [6].

Bezogen auf die Mundgesundheit im Vorschulalter, häuften sich Mitteilungen über einen Wiederanstieg der Karies. Hinzu kommt die Kritik über völlig unzureichende Sanierungsergebnisse [1, 6]. Eine Ursache dafür ist die frühkindliche Karies, die in erheblichem Maße den Anteil Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko im Vorschulalter ungünstig beeinflusst [1, 11].

Prävalenzangaben liegen zwischen 3 % und 45 %. In sozioökonomisch deprivierten Kommunen erkranken bis zu 90 % der Kinder an dieser Kariesform [1, 3, 10]. Allgemein sollte man Klein- und Vorschulkinder wegen der morphologischen und anatomischen Besonderheiten ihrer Milchzähne zur Gruppe derer mit hohem Kariesrisiko zuordnen.

Für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko wird im Rahmen der Gruppenprophylaxe eine intensive vorbeugende Betreuung empfohlen, die sich auf den Einsatz von Fluoriden neben Mundhy-

giene und Ernährungsberatung stützt. Die Fluoridwirkung ist vor allem eine lokale. An der Grenzschicht Speichel – dentale Plaque – Schmelzoberfläche besteht ein labiles Gleichgewicht zwischen De- und Remineralisation. Überwiegt durch den pH-Abfall in der Plaque die Demineralisation, wird bei Anwesenheit von Fluoriden die Remineralisation durch Einbau von Kalzium und Phosphat aus dem Speichel beschleunigt. Bei Applikation von hochkonzentrierten Fluoridpräparaten kommt es auf der Schmelzoberfläche zur Bildung einer Kalziumfluoriddeckschicht, die sich nur langsam löst und ein Fluoridreservoir für die Remineralisation darstellt. Bei wiederholter Applikation lagert sich das Fluorid in den Oberflächenschmelz unter Bildung von Fluorapatit ein, das eine reduzierte Löslichkeit besitzt. Hochkonzentrierte Fluoridpräparate, wie z. B. Fluoridlacke, sind sowohl für die Gruppen- als auch Individualprophylaxe geeignet und haben in klinischen Studien einen wirksamen Kariesschutz gezeigt [7, 13, 14]. Die unlängst publizierte Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen [8] enthält evidenzbasierte Fluoridierungsmaßnahmen insbesondere für Kinder mit erhöhtem Kariesschutz. Demzufolge ist die Fluoridlackapplikation eine wirksame kariespräventive Maßnahme. Bei Kindern und Jugendlichen kann sie zwei- oder mehrmals jährlich und unabhängig von anderen Fluoridmaßnahmen durchgeführt werden (Grad der Empfehlung: A).

Nach einer Metaanalyse von Helfenstein u. Steiner [9] wird für den Fluoridlack Duraphat eine mittlere Kariesreduktion von 38 % angegeben. Strommenger und Brambilla [12] berichteten sogar über eine Kariesreduktion nach Einsatz von F-Lack zwischen 18 und 70 %.

Die Firma VOCO GmbH (Cuxhaven, Deutschland) produziert den Fluoridlack Fluoridin N5, der bislang in klinischen Studien nicht getestet wurde. Ziel einer klinisch kontrollierten Studie war es daher, die kariesinhibierende Wirkung beider Lacke im Rahmen der Gruppenprophylaxe an Vorschulkindern mit hohem Kariesrisiko über zwei Jahre zu untersuchen [5].

2. Probanden und Methoden

Die Probanden rekrutierten sich aus 7 zufällig ausgewählten Kindertagesstätten (Kitas) der Stadt Erfurt/Thüringen, in denen nach den DAJ-Kriterien der Anteil Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko überdurchschnittlich hoch ist [2]. Nach der Basisuntersuchung im Schuljahr 2002/2003 erfolgte ihre zufällige Zuordnung in zwei Fluoridlackgruppen (Gruppe A, Gruppe B) und eine Kontrollgruppe (Gruppe C). Auf die Gruppe A entfielen 84 Kinder, auf die Gruppe B 113 Kinder und auf die Gruppe C 91 Kinder im Alter zwischen zwei und vier Jahren.

Bei der Basisuntersuchung wurden kariesfreie, initialkariöse Läsionen und der dmfs/dmft erhoben. Danach erhielten die Kinder der Gruppe A eine Gebisstouchierung mit Fluoridin N5 (VOCO GmbH, Cuxhaven, Deutschland), die Kinder der Gruppe B mit Duraphat (Colgate-Palmolive GmbH, Hamburg, Deutschland). Alle Touchierungen wurden nach dem Mittagessen und vorangegangener Zahn- und Mundhygiene von einer Prophylaxehelferin, der allein die Gruppenzuordnung der Kinder/Kitas bekannt war, durchgeführt. Die Lacktouchierungen erfolgten unter relativer Trockenlegung nach Herstellerangaben mit einem Applikator (Zylinderampullen) und stumpfer Kanüle. Beide Lacke enthalten den Wirkstoff Natriumfluorid in einer alkoholischen Lösung von Naturharzen. 1 ml Suspension entsprechen 50,0 mg Natriumfluorid (22,6 mg F). Zusätzlich putzten sich die Kinder aller drei Gruppen in den Kitas täglich einmal die Zähne mit einer fluoridhaltigen Kinderzahnpaste (500 ppm F) und erhielten

jährlich vier Impulse (Ernährungsberatung, Instruktion und Motivation zur Zahn- und Mundhygiene) zur Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit. Die Fluoridlacktouchierungen in den Gruppen A und B wurden nach 6, 12 und 18 Monaten wiederholt.

Nach zwei Jahren erfolgte die untersucherblinde Abschlussuntersuchung nach gleichen Kriterien wie die Basisuntersuchung. Die statistische Auswertung basierte auf dem SPSS-Programm. Die Signifikanzprüfung erfolgte ausschließlich paarweise zwischen den drei Gruppen, wobei der approximative Zweistichproben-Gaußtest (t-Test) - jeweils mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % - zur Anwendung kam.

3. Ergebnisse

Sie stützen sich auf die Befunde von 200 Probanden (Gr. A = 60; Gr. B = 76; Gr. C = 64), die an allen vier Fluoridlackapplikationen (Gruppe A und Gruppe B), an der Basis- und Abschlussuntersuchung teilgenommen hatten (Tab. 1).

Die Anzahl kariesfreier Flächen (Abb. 1) an Front- und Seitenzähnen ist in den beiden Fluoridlackgruppen im Beobachtungszeitraum nahezu konstant geblieben. Demgegenüber hatte sich die Zahl kariesfreier Flächen in der Gruppe C an den Seitenzähnen um 18,45 Flächen (p = 0,000) und an den Frontzähnen (p = 0,000) um 4,3 Flächen signifikant verringert.

Bei der Initialkaries (Abb. 2) zeigte sich in Gruppe A ein Anstieg an den Seitenzähnen um 0,87 Flächen, in Gruppe B um 1,1 Flächen und in Gruppe C um 13,5 Flächen. Die Unterschiede hinsichtlich initialkariöser Flächen waren in Gruppe C signifikant

Tab. 1: Verteilung der Probanden nach Gruppen und Geschlecht (2-Jahres-Ergebnisse)

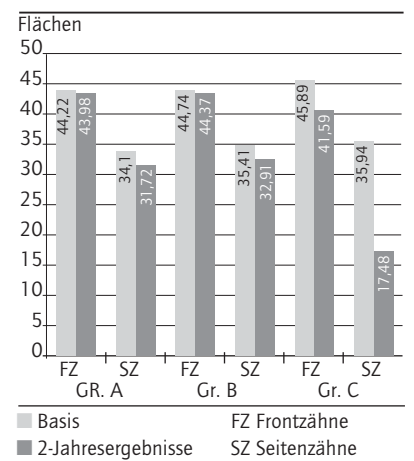
Gruppe	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
A*	29	31	60
B*	48	28	76
C*	39	25	64
Gesamt	116	84	200

*Gr. A (Fluoridin N5), Gr. B (Duraphat®), Gr. C (Kontrollgruppe)

Tab. 2: Veränderungen in der Kariesprävalenz (2-Jahres-Ergebnisse)

Gruppe	Basisuntersuchung	2-Jahres-Ergebnisse
Gr. A (Fluoridin N5)	dmft	2,60
	dmfs	6,20
Gr. B (Duraphat®)	dmft	2,49
	dmfs	5,42
Gr. C (Kontrollgruppe)	dmft	3,16
	dmfs	6,81

Abb. 1: Veränderung in der Anzahl gesunder Flächen (2-Jahres-Ergebnisse)



(Frontzähne: $p = 0,000$, Seitenzähne: $p = 0,000$). Demgegenüber waren die Differenzen zwischen den Gr. A und B zufällig (Frontzähne: $p = 0,148$; Seitenzähne: $p = 0,739$).

Die Kariesprävalenz (Tab. 2) stieg in Gruppe A von 1,62 dmft ($dt = 1,50$; $ft = 0,12$; $mt = 0,0$ auf 2,60 dmft bzw. von 4,22 dmfs ($ds = 3,9$; $fs = 0,32$; $ms = 0,0$) auf 6,20 dmfs ($ds = 2,45$; $fs = 2,15$; $ms = 1,60$). Die Kariesinzidenz betrug somit 0,98 dmft (Abb. 3) bzw. 1,98 dmfs.

In Gruppe B betrug die Kariesprävalenz (Tab. 2) zu Beginn 1,53 dmft ($dt = 1,16$; $ft = 0,34$; $mt = 0,03$) respektive 3,38 dmfs ($ds = 2,81$; $fs = 0,46$; $ms = 0,11$) und stieg bis zur Abschlussuntersuchung bei einer Kariesinzidenz von 0,96 dmft (Abb. 3) bzw. 2,04 dmfs auf 2,49 dmft ($dt = 1,36$; $ft = 0,89$; $mt = 0,24$) bzw. 5,42 dmfs ($ds = 3,07$; $fs = 1,32$; $ms = 1,04$) an.

In Gruppe C wurde zu Beginn eine Kariesverbreitung von 0,92 dmft ($dt = 0,56$; $ft = 0,23$; $mt = 0,13$) bzw. 1,94 dmfs ($ds = 0,97$; $fs = 0,41$; $ms = 0,56$) registriert, die während der Kontrollzeit signifikant auf 3,16 dmft ($dt = 2,14$; $ft = 0,88$; $mt = 0,14$) bzw. 6,81 dmfs ($ds = 4,00$; $fs = 2,19$; $ms = 0,63$) anstieg (Tab. 2).

Gemessen an der Kontrollgruppe C, konnte für Fluoridin eine Karieszuwachshemmung (Abb. 4) von 56 % und für Duraphat von 57 % erreicht werden. Die Unterschiede in der Karieszuwachshemmung in Gruppe A gegenüber der Kontrollgruppe C waren signifikant (dmft: $p = 0,001$; dmfs: $p = 0,002$), ebenso wie die in Gruppe B gegenüber Gruppe C (dmft: $p = 0,00$; dmfs: $p = 0,004$). Zwischen den beiden Fluoridgruppen bestand

Abb. 2: Veränderung in der Anzahl initial-kariöser Flächen (2-Jahres-Ergebnisse)

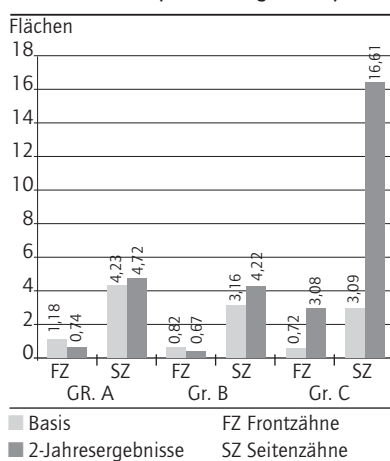


Abb. 3: Kariesinzidenz (2-Jahres-Ergebnisse)

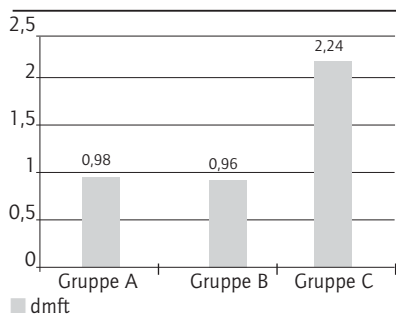
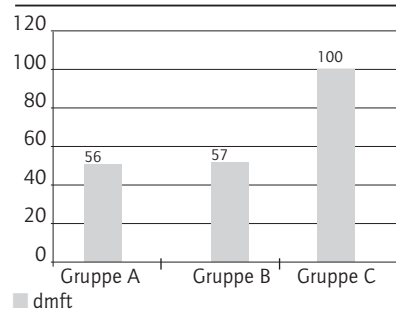


Abb. 4: Karieszuwachshemmung (2-Jahres-Ergebnisse)



hinsichtlich der Karieszuwachshemmung keine Signifikanz (dmft: $p = 0,937$; dmfs: $p = 0,954$).

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit den dargelegten Ergebnissen hat sich die inhaltliche Ausrichtung des vorgestellten Intensivprogrammes für Vorschulkinder mit erhöhtem Kariesrisiko grundsätzlich als wirkungsvoll bestätigt. Aus dem signifikanten Kariesanstieg in der Kontrollgruppe konnte eindrucksvoll nachgewiesen werden, dass die Basisprävention im Rahmen der Gruppenprophylaxe für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko völlig unzureichend ist. Die Kinder der Gruppe C putzten sich im Rahmen der Gruppenprophylaxe täglich mit einer F-Zahnpaste (500 ppm Fluor) in der Kita die Zähne und erhielten jährlich vier Impulse, die der Instruktion und Motivation zur Zahn- und Mundhygiene sowie der Ernährungslenkung dienten. Diese Basisprophylaxe konnte nicht verhindern, dass es gegenüber den F-Lackgruppen zu einem über achtfach höheren Abfall an gesunden Zahnflächen kam. Während sich in den beiden F-Lackgruppen die Anzahl gesunder Zahnflächen lediglich um jeweils knapp drei Flächen reduziert hatte, waren es in der Gruppe C hingegen nahezu 23 Flächen. Dieser Verlust an Mundgesundheit resultierte in der Kontrollgruppe in erster Linie aus dem Anstieg

von Initialkaries, gefolgt von Dentinkaries. Die vorgestellten Ergebnisse sollten eine Signalwirkung haben, mit der Option einer schnelleren und flächendeckenden Umsetzung der Intensivprophylaxe, vor allem in Kitas. Wie das Pilotprojekt zeigte, sind Fluoridlacke bei Vorschulkindern geeignet, eine signifikante Kariesreduktion bereits nach einem Jahr [4] zu bewirken, die sich nach zwei Jahren noch verstärkte. Nach der von der Bundeszahnärztekammer in Auftrag gegebenen Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“ [8] gilt der Fluoridlack als toxikologisch sicher und besitzt eine exzellente kariostatische Wirksamkeit. Da Fluoridin N5 hinsichtlich seiner Inhaltsstoffe nahezu identisch dem Duraphat ist, kann seine Anwendung gleichwohl empfohlen werden. Neben anderen lokal wirkenden Fluoridpräparaten werden die F-Lacke auch in der Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“ als Ergänzung zur Basisprophylaxe bei Kindern empfohlen.

A. Borutta, S. Möbius, Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde, Friedrich-Schiller-Universität Jena
G. Reuscher, Jugendzahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Erfurt
G. Reuscher, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Annerose Borutta
Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Friedrich-Schiller-Universität Jena
Bachstraße 18
07740 Jena
E-Mail: Annerose.Borutta@med.uni-jena.de

-Literatur bei der Redaktion-

Die Milchzahnkaries im Kleinkindalter – eine Betrachtung der Zugangswege zur Nutzung bestehender Prophylaxeprogramme

B.-C. Hoffmann

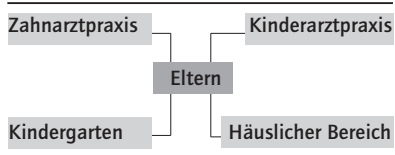
Einleitung und Problemstellung

In der Altersgruppe der Kleinkinder sind es vor allem die Eltern, die entscheidend dazu beitragen, den Zeitpunkt zu bestimmen, an dem ihr Kind den ersten Zugang zu einem System der Kariesprophylaxe erfährt. Erst mit dem Eintritt des Kindes in den Kindergarten erreicht der Öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen der Gruppenprophylaxe das zu betreuende Kleinkind.

Den gleichen Einfluss haben Eltern auf den Zeitpunkt einer ersten Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen für ihre Kleinkinder in einer Zahnarztpraxis.

Eltern sind zentrale Personen, wenn es um die Gesundheit ihrer Kinder geht. Von ihnen hängt die Teilnahme der Kleinkinder an sowohl ärztlichen als auch zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen ab (Abbildung 1).

Abb. 1: Die Rolle der Eltern innerhalb des Systems der Kariesprophylaxe ihres Kindes



Eltern sind wichtige Vorbilder für den Umgang mit Symptomen und Befindlichkeitsstörungen, sie vermitteln in der Familie das geltende Gesundheitskonzept [21].

Eine Reihe von epidemiologischen Untersuchungen, die in den letzten Jahrzehnten in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wurden, zeigt eine deutliche Zunahme des Anteils naturgesunder Milchgebisse. Die Vorgabe der WHO zum Jahr 2000, dass 50 % der 5- bis 6-jährigen Kinder ein naturgesundes Gebiss aufweisen sollen, wird in einer Reihe von Unter-

suchungen diskutiert [6, 25, 2, 32, 39, 28]. In den gleichen Untersuchungen wird eine zunehmende Polarisierung der Karieshäufigkeit im Kleinkindalter beschrieben. Neben dieser Polarisierung fällt in den genannten Untersuchungen der geringe Sanierungsgrad der Milchzähne gegenüber den kariösen Läsionen auf. Diese Tatsache wird besonders beklagt [25], da nach Einschätzung der beteiligten Personen bei den meisten Kindern der untersuchten Altersgruppe bei entsprechender kindgerechter Vorgehensweise eine Behandlung gut möglich wäre.

Die Frage des erfolgreichen Zugangs zu spezifischen, für bestimmte Maßnahmen unter Umständen schwierig zu erreichende Zielgruppen, wurde bislang bei der Prävention und Gesundheitsförderung ehernachlässigt [54].

Der Sanierungsgrad des Milchgebisses ist ein wichtiger Anhaltspunkt, um Aussagen zum Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Leistungen zu treffen [31]. Der Anstieg der dmft-Werte [59, 7, 49, 3] und der damit verbundene Sanierungsbedarf des Milchgebisses, der besonders in den d-Werten dargestellt wird, lassen sich durch eine Zurückhaltung der Eltern bezüglich der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen für ihre Kleinkinder erklären.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Inanspruchnahme in dem Bereich der zahnärztlichen (FU1 bis FU3) und pädiatrischen (U7 bis U9) Früherkennungsuntersuchungen in der praktischen Durchführung darzustellen.

Im Rahmen der Reihenuntersuchung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden sanierungsbedürftige Kleinkinder festgestellt. Die Bereitschaft der Eltern, ein festgestelltes sanierungsbedürftiges Kind in einer Zahnarztpraxis vorzustellen, ist ebenfalls Gegenstand der Erhebung.

Die Tatsache, dass ein Kleinkind, welches keinen Kindergarten besucht, auch keinen Zugang zur Gruppenprophylaxe erfährt, ist bekannt. Die Erhebung soll feststellen, ob diese Kinder durch ihre Eltern im Bereich der zahnärztlichen bzw. pädiatrischen Betreuung vorgestellt werden.

Material und Methode

In Vorbereitung der Untersuchung wurden 58 Zahnärzte/innen, 41 Kollegen/innen aus dem Bereich der All-

gemeinmedizin sowie 6 Pädiater/innen im Landkreis Wolfenbüttel schriftlich um Mitarbeit an einer wissenschaftlichen Untersuchung gebeten. Da der Untersucher selbst bereits seit 12 Jahren im Landkreis als Zahnarzt in eigener Niederlassung tätig ist, wurde eine bereitwillige kollegiale Zusammenarbeit erwartet. Im weiteren Verlauf der brieflichen Darstellung des Problems wurden die Zahnmediziner/innen über die Früherkennungsuntersuchungen FU1 bis FU3 und die Mediziner/innen über die Untersuchungen U7 bis U9 informiert. Der in den Praxen zum Einsatz kommende Erfassungsbogen wurde vorgestellt.

Durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden im Jahr 2003 in den Monaten Januar, Februar und März insgesamt 1107 Kinder in den Kindergärten des Landkreises Wolfenbüttel im Rahmen einer Reihenuntersuchung untersucht. Im Zuge dieser Reihenuntersuchung erhielten 271 Eltern (24,5 % der untersuchten Kinder) einen Aufforderungsschein, ihr Kind zu einer Kariessanierung bei einem/einer Zahnärztin ihrer Wahl vorzustellen. Nach Ablauf einer Frist von vier Monaten erfolgte eine Analyse der Aufforderungsscheine zur Kariessanierung nach deren Rücklauf im Gesundheitsamt Wolfenbüttel.

Durch die Auswertung der Aufforderungsscheine in Korrelation zu den bekannten epidemiologischen Daten der Reihenuntersuchung kann festgestellt werden, in welchem Umfang Kariesrisikokinder bzw. deren Eltern eine Zahnarztpraxis aufgesucht haben.

Ergebnisse

Alle im Landkreis Wolfenbüttel tätigen Pädiater nahmen für den Zeitraum des 2. Quartals 2003 an der Untersuchung teil. In dem genannten Zeitabschnitt wurden 348 Kleinkinder durch ihre Eltern zur pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung U7 (n=100), U8 (n=114) und U9 (n=134) vorgestellt. Im Rahmen der Untersuchung wurde in 39 Fällen (11 %) durch die Pädiater Karies festgestellt.

Bezüglich der Feststellung einer notwendigen Sanierung der Kinder beim Pädiater kann im Vergleich zu untersuchten Kindern in den Reihenuntersuchungen des ÖGD folgende Aussage gemacht werden: Es ist bekannt, dass beide Untersuchungsverfahren schlecht miteinander verglichen

werden können (Abbildung 2). Die Tatsache, dass beim Pädiater nur in 11 % der Fälle eine Sanierungsbedürftigkeit festgestellt wurde, begründet sich mit der Tatsache, dass gerade Eltern von Kindern ohne vorliegende Sanierungsnotwendigkeit diese Früherkennungsuntersuchung beim Pädiater wahrnehmen. Die Problemfälle bleiben dieser Untersuchung fern.

Abb. 2: Vergleich der Feststellung der Sanierungsbedürftigkeit beim Kinderarzt mit Daten aus der Reihenuntersuchung des ÖGD im Landkreis Wolfenbüttel

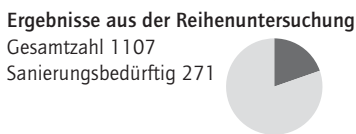
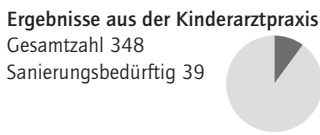
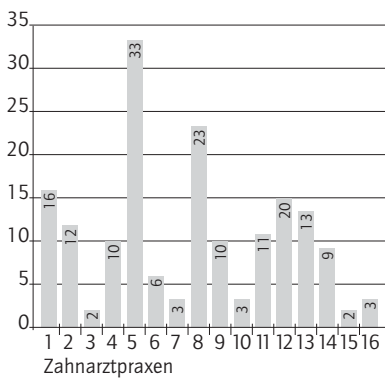


Abb. 3: Verteilung der Erfassungsscheine in den einzelnen Praxen (n=174)



In 16 Praxen des Landkreises Wolfenbüttel, mit 18 teilnehmenden Zahnärzten bzw. Zahnärztinnen, konnte ebenfalls für den Zeitraum des 2. Quartals 2003, die Erfassung von 174 Kleinkindern, die mit ihren Eltern zu einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung erschienen waren, durchgeführt werden.

Durch regelmäßigen telefonischen Kontakt mit den an der Untersuchung beteiligten Praxen wurde sichergestellt, dass alle Kleinkinder, die zur Früherkennungsuntersuchung mit ihren Eltern erschienen sind, auch für die vorliegende Untersuchung erfasst wurden. Eine Übersicht über die Verteilung der Erfassungsscheine in den 2 Doppelpraxen (Nr.8 und Nr.12), der Praxis des Untersuchers (Nr. 5) und weiteren 13 Einzelpraxen beschreibt die Abbildung 3.

In den Zahnarztpraxen erschienen

in 59 % der Fälle Eltern mit Kleinkindern, die einen primär gesunden Gebisszustand aufwiesen. Der Anteil von dmft-Werten größer als 4 war mit 16 % anzugeben. Eine Erfassung von weiteren 86 Kleinkindern im Zeitraum 1., 3. und 4. Quartal 2003 in der Zahnarztpraxis des Untersuchers ergab vergleichbare Ergebnisse.

In den Monaten Januar, Februar und März 2003 wurden durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landkreises Wolfenbüttel 1107 Kinder in 28 verschiedenen Kindereinrichtungen untersucht. Damit konnten 78 % der in den betreffenden Kindergärten betreuten Kinder erreicht werden. Im Ergebnis der Untersuchung erhielten 271 Eltern einen Aufforderungsschein zur Kariessanierung ihrer Kinder. Im Durchschnitt aller beschriebenen Kindergärten zeigten 68 % der 3- bis 6-jährigen Kinder ein primär gesundes Gebiss, 7 % wiesen ein saniertes Milchgebiss auf und bei 25 % der untersuchten Kinder lag Sanierungsbedürftigkeit vor.

Während in der Altersgruppe der 3-Jährigen 14 % der Milchgebisse saniert werden mussten, stieg dieser Anteil auf 24 % in der Altersgruppe der 4-Jährigen, auf 27 % in der Altersgruppe der 5-Jährigen und auf 33 % in der Altersgruppe der 6-Jährigen.

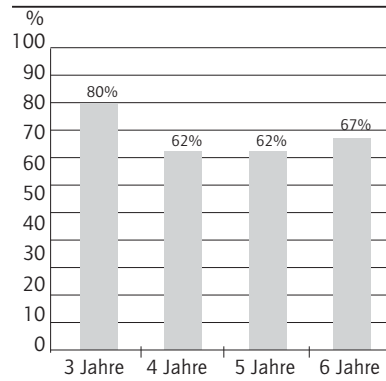
In der weiteren Darstellung der Ergebnisse wurden die 271 Kleinkinder betrachtet, deren Eltern einen Aufforderungsschein zur Kariessanierung erhalten hatten.

Im Rahmen der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege wird zur Bestimmung des Kariesrisikos der Kariesbefall anhand des dmft-Wertes festgelegt. In der Altersgruppe der 3-Jährigen mussten alle 20 erfassten Kinder als Kariesrisikokinder eingestuft werden. In der Altersgruppe der 4-Jährigen lag der festgestellte dmft-Wert zu 56 % im Kariesrisikobereich, bei den 5-Jährigen zu 47 % und bei den 6-Jährigen zu 38 %.

Nach Ablauf einer Frist von 6 Monaten erfolgte durch den Untersucher eine Auswertung der Aufforderungsscheine zur Kariessanierung. Die Scheine wurden in den Kindergärten gesammelt und zentral im Gesundheitsamt aufbewahrt. Von den 271 ausgegebenen Aufforderungsscheinen wurden nach erfolgter Vorstellung der Kinder bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt

94 zur Auswertung im Gesundheitsamt eingereicht. Es kann davon ausgegangen werden, dass 32 % der Eltern der Aufforderung, ihr Kind in einer Zahnarztpraxis vorzustellen, nachgekommen sind (Abbildung 4).

Abb. 4: Darstellung des Anteils der Kinder in den einzelnen Altersgruppen, die nicht durch ihre Eltern in einer Zahnarztpraxis vorgestellt wurden



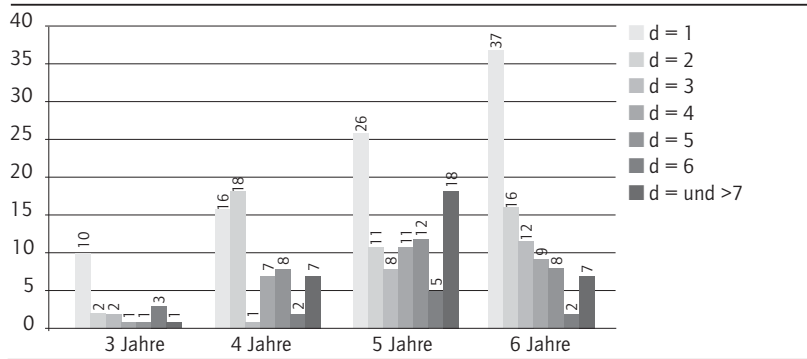
Die Analyse der Tatsache einer erfolgten Vorstellung in einer Zahnarztpraxis in Korrelation zum Alter der Kinder und zur Anzahl festgestellter kariöser Zähne (d-Wert) wurde in Abbildung 5 dargestellt.

- In der Altersgruppe der 3-Jährigen, diese Gruppe wurde nur in 20 % der Fälle dem Zahnarzt vorgestellt, erfolgte bei Kindern mit einem d-Wert von 1, also der Feststellung eines kariösen Milchzahns, keine Vorstellung in einer Zahnarztpraxis.
- In der Altersgruppe der 4-Jährigen, diese Gruppe wurde in 38 % der Fälle in einer Zahnarztpraxis vorgestellt, wurden Kinder mit einem d-Wert von 1 in über der Hälfte der Fälle in einer Zahnarztpraxis vorgestellt. Bei d-Werten >1 erfolgte nur zu einem Drittel eine Vorstellung. Durch Eltern von Kindern mit extrem erhöhten d-Werten (d=9 bis d=15) konnte kein Besuch einer Zahnarztpraxis festgestellt werden.
- In der Altersgruppe der 5-Jährigen, diese Gruppe wurde in 38 % der Fälle in einer Zahnarztpraxis vorgestellt, wurden Kinder mit einem d-Wert von 1, also der Feststellung eines kariösen Milchzahns, zu einem Drittel in einer Zahnarztpraxis vorgestellt, Kinder mit d-Werten >1 in einem weiteren Drittel, Kinder



Dr. Bernd-Christian Hoffmann

Abb. 5: Anzahl der zu sanierenden Zähne (d=1 bis d=>7) innerhalb der Altersgruppen



mit extrem erhöhten d-Werten (d=12 bis d=14) erfuhren durch ihre Eltern keine Vorstellung in einer Zahnarztpraxis.

- In der Altersgruppe der 6-Jährigen, diese Gruppe wurde zu 33 % in einer Zahnarztpraxis vorgestellt, zeigte sich mit einer Vorstellungshäufigkeit von einem Drittel bezüglich des d-Wertes = 1 und einem Drittel bei einem d-Wert >1 ein ähnliches Bild. In dieser Gruppe erfuhren jedoch Kinder mit extrem erhöhten d-Werten (d=11 und d=13) eine Vorstellung in einer Zahnarztpraxis.

Schlussfolgerungen

Die Auswertung der epidemiologischen Daten der Reihenuntersuchungen zeigte einen hohen Anteil (68 %) an primär gesunden Milchgebissen bei Kindergartenkindern der Altersstufe vom 3. bis zum 6. Lebensjahr. Diesem hohen Anteil an primär gesunden Milchgebissen steht eine Sanierungsbedürftigkeit von 25 % der untersuchten Kinder in der beschriebenen Reihenuntersuchung gegenüber.

Rolle der Eltern bei der Gestaltung der Zugangswege zur Kariessanierung betroffener Kleinkinder

Ein Anliegen der Untersuchung war es festzustellen, in welchem Umfang Eltern dafür Sorge tragen, nach Feststellung einer Sanierungsbedürftigkeit ihres Kindes durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst dieses in einer Zahnarztpraxis vorzustellen. Es musste festgestellt werden, dass 35 % – also etwa ein Drittel – der Eltern dafür Sorge getragen haben, ihr Kind nach Feststellung einer Sanierungsbedürftigkeit in einer Zahnarztpraxis vorzustellen. Die Betrachtung in den einzelnen Altersgruppen ergab eine besonders geringe Anzahl der Inanspruchnahme zahnärztlicher Kon-

sultationen in der Altersgruppe der 3-jährigen Kinder. In allen Altersgruppen musste eine Nichtinanspruchnahme der zahnärztlichen Prophylaxeleistungen bei Kindern mit hohen d-Werten, also mit vermehrt auftretender Karies und damit erhöhtem Kariesrisiko für die zweite Dentition, beobachtet werden [29]. Aufgrund dieser Erkenntnisse sind in der praktischen Umsetzung der Kariesprophylaxe im Kleinkindalter besondere Schwerpunkte zu setzen. Durch die aktive Zusammenarbeit mit verantwortlichen Erzieher/innen im Kindergarten, dem Gesundheitsamt und interessierten Zahnärzten/innen in den Praxen eines Landkreises ist eine Methode der Schwerpunktarbeit zu entwickeln. Die Analyse zeigte den beachtlichen Anteil (50 %) von Kleinkindern mit oft nur einem kariösen Zahn (d-Wert = 1) oder zwei kariösen Zähnen (d-Wert = 2) in den untersuchten Altersgruppen. Bei kindgerechter Vorgehensweise wäre hier eine Sanierung in vielen Fällen möglich [2, 8, 25, 28, 32, 39]. Durch eine Einflussnahme auf die Eltern wäre eine Vorstellung in einer Zahnarztpraxis zu befürworten. In diesem Zusammenhang sind die Erzieher/innen des Kindergartens besonders gefordert. Es sollte die Erkenntnis reifen, dass ein/e behandelnde/r Zahnarzt/ärztin eine Behandlungsverweigerung eines Kleinkindes rechtzeitig erkennt und den Schwerpunkt in der genannten Altersgruppe auf Prophylaxeimpulse legen kann. Die Vorstellung eines noch schmerzfreien Kleinkindes bildet dazu günstigere Voraussetzungen als eine Behandlung im Notdienst im Falle auftretender Schmerzzustände. Im täglichen Praxisablauf ist es sinnvoll, Eltern mit ihren Kleinkindern frühzeitig im Rahmen einer Familiensprechstunde zu ermuti-

gen, die Prophylaxeleistungen für ihr Kind in Anspruch zu nehmen.

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Im Zeitraum eines Quartals konnten im pädiatrischen Bereich 348 Konsultationen zur U7 bis U9 registriert werden. Die Erfassung in den allgemeinmedizinischen Praxen musste auf Grund des geringen Datenmaterials abgebrochen werden. Die Erfassungszahlen der Pädiater stammten aus einem Quartal mit erfahrungsgemäß hohem Anteil an geplanten Früherkennungsuntersuchungen. Diese Zahlen werden in Quartalen mit gehäuft auftretenden Erkältungskrankheiten nicht erreicht. Für eine Betrachtung in einem Jahresverlauf musste festgestellt werden, dass von der Gesamtzahl entsprechender Kinder, die im Landkreis Wolfenbüttel leben, nur näherungsweise 34 % an der für die entsprechende Altersstufe vorgesehenen pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Die vom Statistischen Bundesamt vorgelegten Zahlenangaben von durchschnittlich 61 % konnten nicht bestätigt werden.

Zur Beurteilung der Situation der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen von Kariesrisikokindern ergab die Analyse der dmft-Werte bemerkenswerte Hinweise. Der Anteil der Kinder mit einem dmft-Wert von 0 war besonders hoch. Dieses Ergebnis zeigte, dass Eltern von Kindern ohne Karies vermehrt das Prophylaxeangebot der Zahnarztpraxen annahmen. Eltern von Kindern mit Karies oder erhöhtem Kariesrisiko wurden nicht erreicht.

Begünstigt durch die Aufforderung der Eltern von Kindern mit sanierungsbedürftigem Gebiss durch das Gesundheitsamt wäre in den Zahnarztpraxen die vermehrte Vorstellung von Kindern mit zu sanierender Karies gegenüber kariesfreien Kindern zu erwarten. Die Analyse zeigte ein genau umgekehrtes Verhältnis.

Korrespondenzadresse:
Dr. Bernd-Christian Hoffmann
Hauptstraße 38
38324 Kissenbrück

-Literatur bei der Redaktion-

Zahnmedizinische Prophylaxe für Erwachsene mit Behinderungen – ein Projekt zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für Bewohner Berliner Behinderteneinrichtungen

I. Kaschke, B. Schüz, K.-R. Jahn

Im Januar 2005 startete das Pilotprojekt des Arbeitskreises „Zahnärztliche Behindertenbehandlung“ der Zahnärztekammer Berlin zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit sowie der zahnmedizinischen Prophylaxe für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Das Konzept zielt auf die konsequente Fortsetzung der Prophylaxe bei erwachsenen Menschen mit Behinderungen nach der Schulzeit, die derzeit nicht von den Krankenkassen bezahlt wird. Darüber hinaus sollen auch die Betreuer und Heilpädagogen für das Thema sensibilisiert werden, denn ähnlich wie in der universitären zahnmedizinischen Ausbildung wird auch dort das Feld „Prophylaxe und Zahnbehandlung für Menschen mit Behinderungen“ kaum angesprochen. Die Pilotphase des Projektes war zunächst auf ein Jahr begrenzt. Die Ergebnisse wurden nun den Krankenkassen und politischen Gremien vorgestellt, um über eine weitere Finanzierung zu beraten.

Finanziert und unterstützt wurde die Pilotphase des Projektes vom gemeinnützigen Verein „Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e.V.“, in dem sich engagierte Mitglieder zusammengeschlossen haben, um Randgruppen unserer Gesellschaft auf zahnmedizinischem Gebiet zu betreuen.

Während der Pilotphase bis März 2006 nahmen an diesen gruppenprophylaktischen Maßnahmen mit aufsuchendem Charakter 56 Berliner Wohneinrichtungen aus 11 Berliner Stadtbezirken teil.

In den Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen führten drei Teams geschulter zahnmedizinischer Fachangestellter (2 Mitarbeite-

rinnen der Berliner Zahnarztpraxis Prestin sowie Mitarbeiterinnen der LAG Berlin) vor Ort gemeinsam mit interessierten Betreuern und Bewohnern Zahnputzübungen, Mundhygiene- sowie Ernährungsberatungen durch (Abb. 1). Während der Pilotphase wurden 940 Bewohner und 345 Betreuer erreicht. In den Einrichtungen und Wohnheimen für behinderte Menschen wurden die Bewohner und deren Betreuer über die Möglichkeiten der Vorbeugung von Karies- und Parodontalerkrankungen informiert und vor allem mit ihnen Zahnputzübungen durchgeführt. Erfolgreich zum Einsatz kamen dabei auch die speziell durch unseren Arbeitskreis zusammengestellten Demonstrationskoffer mit Materialien und Produkten, die die Zahn- und Mundhygiene von Patienten mit Behinderungen optimieren können.

Die Fortbildung der Betreuer der Wohneinrichtungen umfasste folgende Schwerpunkte:

1. Welche Besonderheiten im Zahn-, Mund- und Kieferbereich müssen im Hinblick auf die häusliche Mundhygiene berücksichtigt werden?
2. Welche besonderen Hilfsmittel stehen zur täglichen Zahnpflege zur Verfügung? (manuelle oder elektrische Zahnbürsten, Zahncremes, Mundspüllösungen, Putztechniken)
3. Welche zahnärztlichen und häuslichen Prophylaxemaßnahmen können die Zahn- und Mundgesundheit verbessern? (Anwendung von Fluoriden, Lösungen mit antibakteriellen Wirkstoffen, Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis, Gruppenprophylaxe)
4. Welche Möglichkeiten gibt es durch eine adäquate Ernährungslenkung?

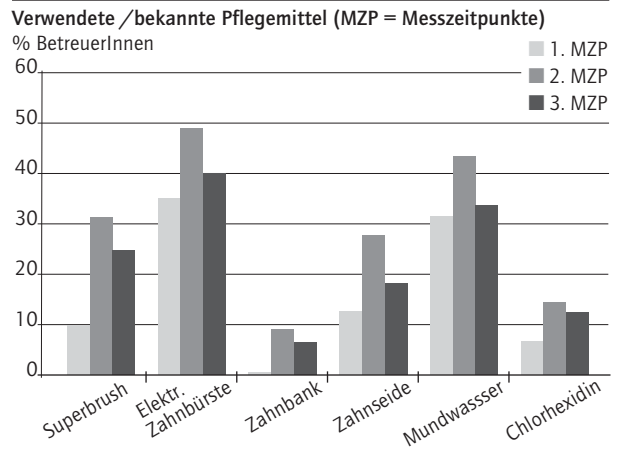
Die Kosten der Pilotphase, die die zweimal jährlichen theoretischen Fortbildungen der Betreuer und die praktischen Mundhygienemaßnahmen mit den Bewohnern (Personalkosten, Verbrauchsmaterialien, Verwaltungspauschale) beinhalteten, betragen insgesamt ca. 26.000 Euro, was ca. 26 Euro pro Bewohner bedeuten.

Das Pilotprojekt wurde durch die Abteilung Gesundheitspsychologie der Freien Universität Berlin sowie dem Zentrum für Zahnmedizin der Charite mittels Fragebogen zur Wissens- und Motivationskontrolle der Betreuer begleitet und ausgewertet. Die Mitarbeiter der Wohneinrichtungen erhielten



Abb. 1

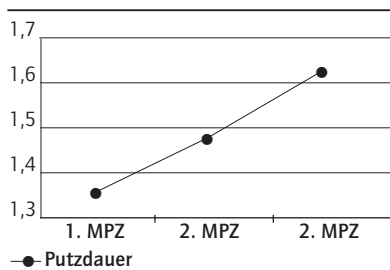
Abb. 2: Einsatz behindertengerechter Zahnbürsten und Hilfsmittel



im Verlauf des Untersuchungszeitraumes insgesamt drei Fragebögen: den ersten vor, den zweiten nach dem Erstinstruktionstermin sowie einen dritten Fragebogen nach einem Vierteljahr (vor dem Zweitbesuchstermin der Prophylaxeteams in den Einrichtungen).

Erste Ergebnisse der Auswertung von den insgesamt 100 komplett vorliegenden Fragebögen zeigten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner, was langfristig auch die Verringerung von Therapiefolgekosten und des Risikos für Folgeerkrankungen bedeutet. Nachhaltige Verhaltensänderungen während des Pilotprojektes konnten bei 21 % der Betreuer insofern erzielt werden, als sie bei den von ihnen betreuten Bewohnern einen Wechsel von der Zahnreinigung vor dem Frühstück zum Zähneputzen nach dem Frühstück erreichten. 33 % der Teilnehmer wechseln nun regelmäßig die Zahnbürsten, dabei werden behindertengerechte Zahnbürsten und Hilfsmittel eingesetzt (Abb. 2). Die Veränderungen im Verhalten zeigten sich auch in einem Anstieg der Putzdauer um ca. 20% (Abb. 3). Die Betreuer trauten sich insgesamt eine korrektere Zahnpflege zu. Bei der Befragung der Mitarbeiter, ob

Abb. 3: Veränderungen der Putzdauer in Minuten



sie weitere Unterstützung wünschen und wenn ja, wie oft, wünschen sich 94,6 % mehr fachliche Unterstützung und Anleitung.

Mit dem Pilotprojekt wurde so ein Angebotsnetz aufgebaut, das sich den behinderten Menschen in besonderer Weise widmet. Eine solche Unterstützung ist sinnvoll, da eine Optimierung der Betreuung von Erwachsenen mit Behinderungen überfällig ist. Neben regelmäßiger Gruppenprophylaxe sollten deshalb für Menschen mit Behinderungen lebenslang zusätzlich erkrankungsabhängige Prophylaxemaßnahmen angeboten werden, die sowohl ihre individuelle Kooperativität und Grunderkrankungen als auch die Progression der oralen Erkrankungen im Einzelnen berücksichtigen.

Ziel unserer Bemühungen ist, dieses Projekt langfristig in Berlin zu etablieren. Während der Abschlussveranstaltung des Pilotprojektes sicherte der Staatssekretär, Herr Dr. H. Schultesasse, die Unterstützung der Senatsverwaltung für die kurzfristige Weiterfinanzierung des Gruppenprophylaxeprojektes in diesem Jahr sowie das Engagement seines Hauses zu, sich auch bei den Krankenkassen „im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten“ für eine Finanzierung zur Weiterführung einzusetzen.

Korrespondenzadresse:

OÄ Dr. I. Kaschke
Charité Berlin
Zentrum für Zahnmedizin,
Abteilung Zahnerhaltung und
Präventivzahnmedizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
imke.kaschke@charite.de

Das Projekt des Arbeitskreises Zahnärztliche Behindertenbehandlung der Zahnärztekammer Berlin wird finanziert mit Mitteln des Berliner Hilfswerks Zahnmedizin e.V.

Gesundheitsberichterstattung – Stand und Perspektiven

Joseph Kuhn

1. Historische Entwicklung

In der Medizin hat sich in den letzten Jahren der Anspruch durchgesetzt, dass Behandlungsverfahren „evidenzbasiert“, d.h. auf der Grundlage der besten verfügbaren Information erfolgen sollen. Den gleichen Anspruch muss man auch an die Ausrichtung der Gesundheitspolitik insgesamt richten. Ein Instrument einer solchen „evidenzbasierten Gesundheitspolitik“ ist die Gesundheitsberichterstattung. Sie hat in Deutschland noch keine lange Tradition und geht zurück auf ein Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahr 1987. Damals zog der Sachverständigenrat eine überaus skeptische Bilanz hinsichtlich der Rationalität der Gesundheitsplanung in Deutschland. Es mangle an der nötigen Transparenz im Gesundheitswesen, an einer Zielorientierung und an aussagekräftigen Planungsdaten:

„Eine über die einzelnen Versorgungsbereiche hinausgehende Betrachtung des Gesundheitswesens besteht derzeit nur in Ansätzen und bruchstückhaft. Anstelle einer zielorientierten Gesundheitspolitik überwiegen Eingriffe, die der Kostendämpfung dienen. Es fehlt an klaren konzeptionellen Vorstellungen über die gesamte Gesundheitsversorgung, ihre Teilbereiche sowie deren Verzahnung untereinander. (...) Die Bundesregierung erwartet aus der Erarbeitung derartiger Orientierungsdaten einen wichtigen Beitrag zur Bestimmung von Zielen und Prioritäten im Gesundheitswesen.“ (SVR 1987, S. 22, 24 f).

Die Gründe für diese Situation sind vielfältig. Eine Rolle spielt z.B. der pluralistische Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland. Es gibt in Deutschland keine Stelle, an der Prozessdaten aus der gesundheitlichen Versorgung zentral zusammenlaufen. Die Daten der ambulanten Versorgung nehmen andere Wege als die der sta-

tionären Versorgung, die einzelnen Sozialversicherungszweige haben ihre je eigenen „Datenwelten“, gleiches gilt für staatliche Einrichtungen oder die Wohlfahrtsverbände. Außerdem gab es lange Zeit auch kein regelmäßiges und umfassendes Monitoring der Gesundheit der Bevölkerung über Surveys, das die skizzierten Folgen des pluralistischen Aufbaus des Gesundheitswesens für die Datenaggregation und -auswertung kompensieren könnte. Erst seit dem Jahr 2003 wird seitens des Robert-Koch-Instituts mit einem regelmäßigen telefonischen Gesundheitssurvey (inzwischen in der 4. Welle) in diesem Punkt Abhilfe geschaffen. Ebenfalls neueren Datums ist der „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung, der regelmäßig über Umfrageergebnisse zur Versorgungsqualität aus Patientensicht berichtet (siehe dazu Streich 2006).

Zudem gibt es historische Gründe für den späten Beginn der Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik. Sozial- und bevölkerungsmedizinische Ansätze, die eine Beobachtung und Bewertung der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt zum Ziel haben, waren durch die nationalsozialistische Pervertierung der Sozialmedizin zur Rassenhygiene in Deutschland lange Zeit diskreditiert. Im angelsächsischen Sprachraum gab es einen solchen Bruch in der sozialmedizinischen Tradition nicht, die Gesundheitsberichterstattung konnte sich dort im Rahmen von Public Health früher entfalten. Erst mit der Verbreitung angelsächsischer Public Health-Ansätze in Deutschland in den 80er und 90er Jahren konnte auch die Gesundheitsberichterstattung hier Fuß fassen.

2. Stand der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland

Die zitierte Feststellung des Sachverständigenrats war der Ausgangspunkt des Aufbaus einer modernen Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. In den Folgejahren wurden über eine Reihe wissenschaftlicher Gutachten die konzeptionellen Grundlagen der Gesundheitsberichterstattung entwickelt und schrittweise in die Praxis umgesetzt. Die Länder haben in der Folge ihre aus der Vorkriegszeit übernommene medizinisch-statistische Fortschreibung der sogenannten Jahresgesundheitsberichte reformiert. 1991, 1996 und zuletzt 2003

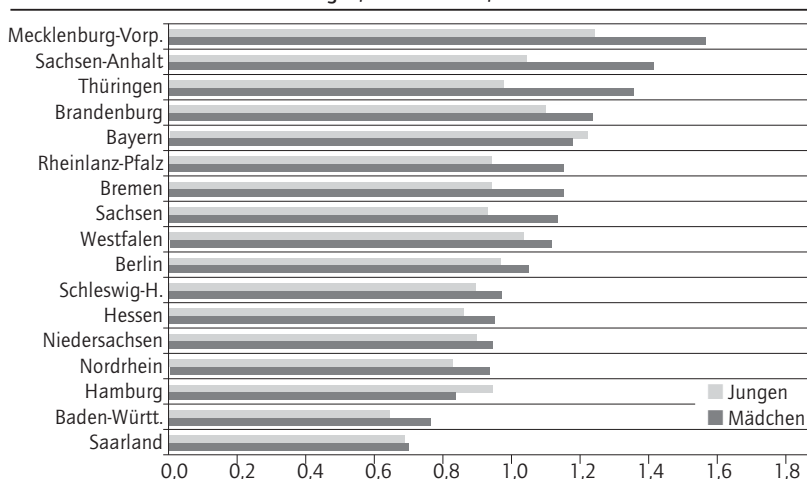
wurden einheitliche Indikatorensätze für die Gesundheitsberichterstattung der Länder festgelegt. Die aktuelle Version umfasst ca. 300 Indikatoren zu 11 Themenfeldern (zum Konzept siehe unter www.loegd.nrw.de) (Tab. 1). Die Umsetzung in den einzelnen Ländern ist unterschiedlich. Einige Länder legen die Indikatoren ihren sog. „Basisgesundheitsberichten“ zugrunde, einige Länder stellen auch die Indikatoren selbst in Form von Excel-Tabellen im Internet bereit (z.B. Nordrhein-Westfalen, unter www.loegd.nrw.de oder Bayern unter www.lgl.bayern.de).

Der Indikatorensatz enthält mit dem Indikator 3.102 nur einen Indikator zur Mundgesundheit – und zwar zur Kariesprävalenz der 12-jährigen Kinder (Abb. 1). Erfasst werden der DMFT sowie seine Teilindizes D-T, M-T und F-T. Die angestrebte Differenzierung nach Deutschen und Ausländern wurde bisher nicht umgesetzt.

In vielen Ländern gibt es begleitend zu den Indikatoren medial meist gut aufbereitete Gesundheitsberichte, in denen die Daten allgemeinverständlich dargestellt und interpretiert werden. Als Berichtsformen finden sich dabei sowohl Basisberichte, die eine umfassende Darstellung der Gesundheit der Bevölkerung anstreben, als auch Spezialberichte, die sich vertiefend einem Thema widmen (siehe z.B. die Liste der Brandenburger Gesundheitsberichte unter www.lasv.brandenburg.de). Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden findet regelmäßig eine Verständigung über die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung der Länder statt.

Auf der kommunalen Ebene wird die Gesundheitsberichterstattung in den meisten Ländern durch die Gesundheitsdienstgesetze und teilweise weitergehende Rechtsvorschriften geregelt. Die kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung hat 1998 eine Handlungsanleitung für die kommunale Gesundheitsberichterstattung veröffentlicht und die Gesundheitsberichterstattung dort in den Zusammenhang des „Neuen Steuerungsmodells“ der Verwaltungsreform gestellt (KGSt 1998). In einigen Ländern, z.B. Nordrhein-Westfalen und Brandenburg, gibt es inzwischen ein nahezu flächendeckendes Netz kommunaler Gesundheitsberichterstattung, teilweise kombiniert mit der Einrich-

Abb. 1: DMFT-Index bei den 12-Jährigen, nach Ländern, 2004



Datenquelle: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege/Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

tung kommunaler Gesundheitskonferenzen.

Auf der Bundesebene hat das Robert-Koch-Institut zusammen mit dem Statistischen Bundesamt ebenfalls einen Indikatorensatz aufgebaut. Er stellt die derzeit in Deutschland umfangreichste öffentlich zugängliche Sammlung von Gesundheitsdaten dar, der Datenzugang ist über eine nutzerfreundliche Oberfläche im Internet möglich (www.gbe-bund.de). Parallel zu diesem Datenangebot gibt es ein umfangreiches Broschürenprogramm der Bundesgesundheitsberichterstattung zu einzelnen Themen, das ebenfalls im Internet abrufbar ist (www.rki.de).

Auf der europäischen Ebene gibt es Indikatoren- und Berichtssysteme der EU (http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/ev_20040120_en.htm), der OECD (www.oecd.org, OECD Health Data) und der Regionaldirektion Europa der Weltgesundheitsorganisation (www.who.int/en). Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht zudem regelmäßig Weltgesundheitsberichte (www.who.int).

Recht dynamisch hat sich in den letzten Jahren auch die nichtstaatliche Gesundheitsberichterstattung entwickelt. Insbesondere die Krankenkassen stellen inzwischen qualifizierte und aufschlussreiche Auswertungen ihrer Daten (vor allem zu Arbeitsfähigkeit und Arzneimittelverordnungen) sowie Ergebnisse von Versichertenbefragungen bereit.

3. Perspektiven der Gesundheitsberichterstattung

Das Gesundheitswesen ist ein Megamarkt, dessen Volumen mehr als 10 % des Bruttoinlandsproduktes beträgt. Es ist bei einer im europäischen Vergleich insgesamt guten Qualität durch eine Situation der Über-, Unter- und Fehlversorgung gleichermaßen geprägt. Eine rationale, bedarfsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens ist daher nach wie vor ein wesentliches Desiderat einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik – die letzten Gutachten des Sachverständigenrats haben wiederholt darauf hingewiesen. Die Gesundheitsberichterstattung hat hier ein wichtiges Handlungsfeld, begleitend zu anderen steuerungsrelevanten Instrumenten wie z.B. den erwähnten Gutachten des Sachverständigenrats oder der Versorgungsforschung. Zurecht wurde der Gesundheitsberichterstattung daher auch im Entwurf des Präventionsgesetzes eine wichtige Rolle zugeteilt. Sie soll die Grundlage der bundeseinheitlichen Präventions-

Tabelle 1

Der Gesundheitsindikatorensatz der Länder, Fassung Mai 2003	
Themenfelder	Zahl der Indikatoren
Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	Text
Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	24
Gesundheitszustand der Bevölkerung	119
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	13
Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	14
Einrichtungen des Gesundheitswesens	22
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung	38
Beschäftigte im Gesundheitswesen	29
Ausbildung im Gesundheitswesen	4
Ausgaben und Finanzierung	26
Kosten	8

Tabelle 2

Basiskonzepte der Gesundheitsberichterstattung	
	Zentrale Elemente
Basiskonzept 1: Gesundheitsberichterstattung als angewandte Epidemiologie/ Versorgungsforschung	Monitoring der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, Bereitstellung von Planungsdaten, Controlling (und dazu Reporting als Dokumentation)
Basiskonzept 2: Gesundheitsberichterstattung als Bürgerinformation/ Kommunikationsforum	Reporting, Herstellen von Transparenz, Netzwerkfunktion, Unterstützung der Formulierung von Gesundheitszielen (und dazu Monitoring als Voraussetzung)

ziele liefern – und vernünftigerweise müsste sie auch die Grundlage der auf Länderebene vorzunehmenden Zielekonkretisierung und modifikation abgeben. In der strategischen Orientierung der Gesundheitspolitik jenseits spezifischer Fragen der Versorgung liegt eine der originären Funktionen der Gesundheitsberichterstattung.

Die Gesundheitsberichterstattung geht in dieser wissenschaftlich-epidemiologischen Funktion aber nicht auf. Im Ansatz der Gesundheitsberichterstattung kommt noch ein zweites Basiskonzept zum Tragen: die Ermöglichung und Förderung der Bürgerbeteiligung bei der Gestaltung des Gesundheitswesens (Tab. 2).

Dabei geht es nicht nur darum, die epidemiologischen Daten medial gut zu verpacken und sich somit auf dem Markt der Gesundheitsinformationen besser zu verkaufen, sondern um die Einlösung des grundgesetzlich verbürgten Anspruchs auf demokratische Mitwirkungsmöglichkeiten in der Gesellschaft. Die europäische Rechtsetzung stärkt diesen Aspekt seit Jahren kontinuierlich, auch über gesundheitsbezogene Vorschriften im Umwelt- und Verbraucherinformationsrecht. Politik soll für die Bürger transparent und mitwirkungsfähig sein, eine Voraussetzung auch dafür, dass die Bürger die von ihnen erwartete stärkere Selbstverantwortung auch wahrnehmen können. Nur wer informiert ist, kann aktiv seine Interessen vertreten und eigenverantwortlich handeln. Diesem Anspruch beginnt die Gesundheitsberichterstattung allerdings erst langsam gerecht zu werden – z.B. über ihre Internetpräsenz, die ihr Informationsangebot erst für die breite Bevölkerung zugänglich gemacht hat. Die Zugriffszahlen etwa auf die Internetseite der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (monatlich mehrere zehntausend Zugriffe) und die Auflagen-

höhe der Themenhefte des Robert-Koch-Instituts (Gesamtauflage mehr als 300.000 Exemplare, Kalcklösch/Taubmann/Ziese 2005) belegen diese Entwicklung. Auf der inhaltlichen Ebene, d.h. was die Art der angebotenen Informationen betrifft, folgt die Gesundheitsberichterstattung dagegen überwiegend noch dem ersten Basiskonzept, also der Bereitstellung epidemiologischer Daten für verwaltungsinterne oder verwaltungsmediale Zwecke. Ansatzweise hat die Gesundheitsberichterstattung darüber hinaus Informationsfunktionen in regionalen oder kommunalen Netzwerken wie den Gesundheitskonferenzen übernommen, in denen auch andere Akteure mit anderen Informationsbedürfnissen vertreten sind. Den Bürgern bietet die Gesundheitsberichterstattung zwar eine Vielfalt allgemein interessanter Daten zur Gesundheit in der Region oder im Land an, aber sie stellt ihnen bisher kaum für ihren Alltag entscheidungsrelevante Informationen zur Verfügung, z.B. Informationen über die Qualität von Krankenhäusern in der Region. Auch wenn die Gesundheitsberichterstattung dazu vermutlich grundsätzlich nur eingeschränkt in der Lage sein wird und hier ihr spezifisches Terrain erst noch auszuloten hat – in Abgrenzung bzw. Kooperation zu Informationsangeboten von Institutionen wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), die auf diesem Feld ihre zentrale Zuständigkeit haben: Mehr „Bürgerorientierung“ in einer stärker bürgerorientierten Gesellschaft ist für die Gesundheitsberichterstattung eine Herausforderung, der sie sich noch besser zu stellen hat.

Korrespondenzadresse:
Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit
GE 4
Veterinärstr. 2
85764 Oberschleißheim
Tel.: 089/31560-302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de

-Literatur bei der Redaktion-

Hufeland-Preis 2005 für Prof. Dr. Stefan Zimmer

Der stellvertretende Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums Düsseldorf, Herr Prof. Dr. Stefan Zimmer, Träger des Silbernen Ehrenzeichens des BZÖG und Mitglied unseres Verbandes, ist am 29. März 2006 mit dem Hufeland-Preis ausgezeichnet worden.

Diese seit 47 Jahren von der „Hufeland-Stiftung“ vergebene Auszeichnung ist der wichtigste deutsche Wissenschaftspreis auf dem Gebiet der Präventivmedizin und wird durch ein Kuratorium bestehend aus Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. und Deutscher Ärzteversicherung AG ausgereicht.

Prof. Dr. Zimmer erhielt den Preis für seine Studien „Identifizierung und Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko“, die nach seinen eigenen Worten einen wesentlichen Teil seines bisherigen wissenschaftlichen Lebenswerkes darstellen und unter anderem Ergebnis der langjährigen Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, insbesondere des Zahnärztlichen Dienstes Berlin-Neukölln sind.

In der prämierten Arbeit konnte Prof. Zimmer nachweisen, dass Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko in Reihenuntersuchungen mit Hilfe reversibler Parameter identifiziert werden können und ein Programm zur aufsuchenden Betreuung unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Maßnahmen und der halbjährlichen Anwendung eines hochkonzentrierten Fluoridlackes nach vier Jahren nicht nur als wirksam sondern auch als wirtschaftlich bezeichnet werden kann.

Nachdem im Jahre 1992 letztmalig eine wissenschaftliche Arbeit über die Zahngesundheit bei Kindern mit dem Hufeland-Preis ausgezeichnet wurde, rückt mit der Würdigung für die Arbeit von Prof. Zimmer in diesem Jahr die Bedeutung der Kariesprävention vor allem bei Kindern wieder in den Vordergrund.

gha

Wrigley Prophylaxe Preis

Im Rahmen der 20. Jahrestagung der DGZ vom 11. bis 13. Mai 2006 in Mainz wurde zum 13. Mal der Wrigley Prophylaxe Preis verliehen. Wrigley Oral Healthcare Programs fördert mit dem Wissenschaftspreis die Forschung und Umsetzung innovativer Programme in der präventiven Zahnheilkunde.

Die Jury aus renommierten Wissenschaftlern, dem Präsidenten der DGZ und einem Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen lobte vor allem die vielen innovativen Konzepte und die gute Darstellung der in diesem Jahr eingereichten Arbeiten. Die Wahl der Jury fiel auf zwei Bewerber, die sich die Auszeichnung und das Preisgeld von 8000 Euro teilen: Dr. Nadine Schlüter (Universität Gießen) für ihre Studie über den Einfluss von Pepsin auf das Fortschreiten von Dentinerosionen und die Wirksamkeit von Fluoridierungsmaßnahmen sowie Dr. Andreas Lamanda (Universität Bern), der das menschliche Protein-Puffersystem im Speichel untersuchte.

2007 schreibt Wrigley Oral Healthcare Programs zum 14. Mal den Prophylaxe Preis unter der Schirmherrschaft der DGZ aus. Um die Bedeutung dieser angesehenen Auszeichnung weiter zu stärken, wurde die Preisdotierung auf 10.000 Euro angehoben. Vergeben wird der Preis für neue Erkenntnisse zur Forschung und Umsetzung der zahnmedizinischen Prophylaxe in der Praxis und im öffentlichen Gesundheitswesen. Den Themenschwerpunkt bilden die Vorbeugung oraler Erkrankungen, die Bedeutung der Ernährung für die allgemeine und die Mundgesundheit, Wechselwirkungen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen im Sinne einer ganzheitlichen Orientierung der Zahnmedizin sowie Nebenwirkungen von Medikamenten auf die Speichelproduktion.

Der Preis wird auf der Jahrestagung der DGZ vom 22. bis 24. November 2007 in Düsseldorf verliehen. Es können sich angehende und approbierte Mediziner sowie Angehörige anderer naturwissenschaftlicher Fakultäten bewerben. Willkommen sind auch Arbeiten aus der Gruppenprophylaxe. Zusammenfassungen von Dissertationen werden ebenfalls anerkannt. Einsendeschluss ist der 01. März 2007.

EU bekennt sich zu Fluorid

In zweiter Lesung hat das Europäische Parlament bei seiner Sitzung am 16. Mai 2006 unter anderem auch die Verordnung zum freiwilligen Zusatz von Vitaminen und Mineralstoffen zu Lebensmitteln verabschiedet. Die Europaabgeordneten haben sich mit großer Mehrheit (506 gegen 126 Stimmen) für eine Anreicherung von Lebensmitteln mit Fluorid entschieden und einen entsprechenden Änderungsantrag zum Verbot von Fluorid abgelehnt. Im weiteren Verlauf des Verordnungsverfahrens müssen nun noch Höchstmengen und Einschränkungen festgelegt werden. Einschränkungen können beispielsweise zum Inhalt haben, dass Fluorid nicht allen Lebensmitteln, sondern nur Speisesalz zugesetzt werden darf. Mit einheitlichen Regelungen für den Einsatz von fluoridiertem Speisesalz in Europa dürfte somit im Verlauf der nächsten zwei Jahren zu rechnen sein.

Die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) begrüßt dieses Bekenntnis des Europäischen Parlaments zu Fluorid und hofft, dass im nächsten Schritt der einschränkende Zusatz von Fluorid nur zu Speisesalz erreicht wird. Damit wären die Voraussetzungen geschaffen, dass die kariespräventive Wirkung von fluoridiertem Speisesalz noch größeren Bevölkerungsteilen zugute kommen und der Beitrag von fluoridiertem Speisesalz zur Verbesserung der Zahngesundheit in Europa noch weiter ausgebaut werden könnte. Dieser Auffassung des DAZ sind auch namhafte wissenschaftliche Gesellschaften, die Bundeszahnärztekammer und andere Fachinstitutionen gefolgt.

IfK, Groß-Gerau

Die Teilnahmebedingungen für den Wrigley Prophylaxe Preis 2007 können abgerufen werden unter:
www.wrigley-dental.de
 kommed, Dr. Barbara Bethcke,
 Ainmillerstraße 34,
 80801 München
 Fax: 089/33 03 64 03

Neues Infoset für die Kariesprophylaxe mit Fluoriden



Fluoridierungsmaßnahmen haben in den letzten Jahren wesentlich zur Kariesreduktion vorwiegend bei Kindern beigetragen. Einen wichtigen Beitrag leistete dabei auch fluoridiertes Speisesalz, das seit seiner Einführung im Jahre 1991 einen Marktanteil von über 66 Prozent erreicht hat und seit mehreren Jahren das meist gekaufte Haushaltssalz in Deutschland ist. Da durch eine noch breitere Fluoridanwendung weitere Verbesserungen der Zahngesundheit möglich sind und nach wie vor eine Gruppe von Kindern ein sehr hohes Kariesaufkommen aufweist, sind auch in Zukunft gezielte Prophylaxe- und Aufklärungsmaßnahmen auf breiter Ebene notwendig.

Die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) stellt deshalb für Zahn- und Kinderärzte sowie Prophylaxekräfte kostenlos ein neues Infoset zur Verfügung. Es besteht aus einem Praxisratgeber für Ärzte, einem Handzettelblock für Patienten und einem Plakat für das Wartezimmer.

Die Broschüre „Praxisratgeber“ vermittelt Ärzten und Prophylaxekräften Wissenswertes über Fluorid, beschreibt die zur Zeit empfohlenen Fluoridierungsmaßnahmen, geht auf die Vorteile der Kariesprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz ein und gibt auf der Basis der neuen Leitlinien ak-

tueller Fluorid-Zufuhrempfehlungen. Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Kariesprophylaxe, wichtige Adressen und Internetkontakte etc. runden die neue Broschüre ab.

Der Handzettelblock mit je 50 Handzetteln „Patienten-Infos“ dient dagegen ausschließlich der Information der Patienten. Die Handzettel enthalten u.a. eine Grafik, mit der sich Patienten schnell mit den aktuellen Empfehlungen zur Kariesvorbeugung mit Fluoriden vertraut machen können, ferner einen „persönlichen Fluorid-Fahrplan“, mit dem auf den Einzelnen ausgerichtete Empfehlungen zur Fluoridzufuhr gegeben werden können.

Das ebenfalls neu gestaltete Plakat „Gesunde Zähne haben gut lachen“ im DIN A 2-Format basiert auf den „Vier Säulen für gesunde Zähne“ und eignet sich zum Aushang im Wartezimmer ebenso wie in Kindergärten und Schulen.

Das Karies-Infoset kann kostenlos angefordert werden bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau
Telefax: 06152/81788
E-Mail: daz@kariesvorbeugung.de
Telefon: 06152/81466

Weitere Informationen zur Kariesvorbeugung mit Fluoriden gibt es im Internet unter:
www.kariesvorbeugung.de

Wahl des Bundesvorstands

Nach Ablauf der zurückliegenden Amtsperiode stellte sich die Vorstandsmitglieder auf der Delegiertenversammlung am 11. Mai 2006 in Frankfurt/ Oder komplett zur Wiederwahl. Die Amtsinhaber wurden durch die Delegierten jeweils einstimmig in ihren Funktionen bestätigt.

Der Bundesvorstand nimmt dieses herausragende Ergebnis zum Anlass, die begonnenen Arbeiten mit gleicher Intensität und Konsequenz wie bisher zu verfolgen und bedankt sich sehr herzlich für das in ihn gesetzte Vertrauen.

Für den Vorstand
Dr. Michael Schäfer MPH

Deutsch-Polnische Medizinkonferenz am 25. März 2006 in Zielona Góra



Im Rahmen der Städtepartnerschaft Cottbus – Zielona Góra erhielt die Stadt Cottbus eine Einladung zur Teilnahme am deutsch-polnischen Erfahrungsaustausch auf den Gebieten Medizin und Gesundheit. Unter den deutschen Teilnehmern befanden sich neben den Vertretern der Stadtverwaltung Cottbus, insbesondere des Gesundheitsamtes, auch Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen. Schwerpunkte dieser EU-geförderten Konferenz waren Organisation und Strukturen der Gesundheitsfürsorge in beiden Städten. Zum ersten Mal zeigten sich unsere Partner in Zielona Góra explizit auch an der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Deutschland interessiert.

Die nacheinander folgenden Gesundheitsreformen in Polen führten zur Verlagerung der gesamten zahnmedizinischen Fürsorge in private Zahnarztpraxen. Die Schulambulanzen wurden zum größten Teil aufgelöst. Fehlende systematische zahnmedizinische Prävention und Betreuung führten zu deutlicher Verschlechterung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Polen. Heutzutage versucht man erneut eine organisierte zahnärztliche Betreuung einzuführen. Diese soll auf einem weitläufig mit dem Finanzierungsprinzip der Gruppenprophylaxe in Deutschland vergleichbarem Kofinanzierungsmodell beruhen.

Insgesamt wird von allen Teilnehmern eingeschätzt, dass die Konferenz als ein gelungener Einstieg für eine Zusammenarbeit anzusehen ist und der Erfahrungsaustausch auf jeden Fall weiter vertieft werden sollte.

Dr. Y. Jonczyk, Cottbus

Maßnahmen-Dokumentation zur Gruppenprophylaxe für das Schuljahr 2004/2005

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) stellt die neue Dokumentation gruppenprophylaktischer Maßnahmen in Deutschland vor. Dabei wird deutlich, dass die Mundhygiene in Kindergärten und Schulen vom Rhein bis an die Oder einen hohen Stellenwert hat. Mit rund 7 Millionen Prophylaxeimpulsen wurden Kinder, Jugendliche, Eltern und Pädagogen zu Themen rund um die Mundgesundheit informiert und motiviert.

Aus allen Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege wurden Aufstellungen über den Umfang der Aktivitäten ausgewertet. Die Statistiken zeigen einen Überblick des vielfältigen Geschehens in den Einrichtungen.

Von den etwa 7,5 Mio. in den Einrichtungen gemeldeten Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 12 Jahren wurden 67 % sowohl in Kindergärten als auch in Grundschulen und 31 % in 5. und 6. Klassen sowie ca. 46 % in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen bundesweit von den gruppenprophylaktischen Maßnahmen erreicht. Über ein Drittel von ihnen erhielten mehr als einen Prophylaxeimpuls zur altersgemäßen Mundhygiene und (zahn-)gesunden Ernährung; in Sonderschulen / Behinderteneinrichtungen waren es sogar fast die Hälfte.

Der Vorstand der DAJ bedankt sich bei allen Kooperationspartnern für die großartige geleistete Arbeit.

Die Dokumentation ist zum Preis von 3 Euro (zzgl. Porto/Verpackung) bei der DAJ zu bestellen. Sie kann auch als pdf-Datei unter www.daj.de/Serviceleistungen heruntergeladen werden.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
Dr. Christiane Goepel
Von-Sandt-Straße 9, 53225 Bonn
Tel. 0228 / 69 46 77
Fax 0228 / 69 46 79
info@daj.de

**ANZEIGE
EASYSOFT
BLEIBT WIE BISHER**

**ANZEIGE
MAM KOMMT NEU**

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

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