

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

32. Jahrgang / April 2003

3 EDITORIAL

AKTUELLES THEMA

- 4 Arbeitstagung des BZÖG in Potsdam – Qualitätsmanagement im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- 4 Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht
- 5 Qualitätsmanagement im kommunalen Gesundheitsdienst
- 7 Qualitätsmanagement – Beitrag der Akademie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 8 Neue Aspekte der Fort- und Weiterbildung für den Zahnärztlichen Dienst
- 10 Einleitung einer Selbstbewertung im Zahnärztlichen Dienst

BERICHTE

- 13 8. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin

AKTUELLES

- 15 Aktion zahnfreundlich e.V. mit neuem Vorsitz
- 15 KROCKY ist umgezogen
- 21 Qualitätspreis der Akademie für ÖGW in Düsseldorf
- 22 Saubere Zähne machen Schule Neue Unterrichtsmaterialien vom Verein für Zahnhygiene e.V.
- 22 DAJ im Netz
- 22 Jugendliche optimal in der Gruppenprophylaxe betreuen
- 23 Ausschreibung Dr. Wahl – Preis 2003

FORTBILDUNG

- 14 Periimplantologische Knochenrekonstruktionen

PROJEKTE

- 16 Zahnärztliche Verbraucher- und Patientenberatung – Modellversuch gemäß § 65b SGB V
- 19 Die Betreuung von Kindern unter drei Jahren im Rahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe

EHRUNGEN

- 21 Tholuck-Medaille an Friedrich Römer

13 KALENDER

24 IMPRESSUM

1.03



Bild: David Ferry Luna, Preisträger des Zeichenwettbewerbs zum Tag der Zahngesundheit in Bamdenburg 2001

DE
BZÖG



Dr. Gudrun Rojas

Das Jahr 2003 hat turbulent begonnen und wird geprägt sein von den Vorbereitungen für die Gesundheitsreform. Anfang Februar hat die Gesundheitsministerin Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens (www.bmgesundheits.de) vorgestellt. Acht Maßnahmen, wie Stärkung der Patientensouveränität und -rechte, Verbesserung ihrer Versorgung, Schaffung eines modernen Managements, werden dargelegt. Die Notwendigkeit eines ständigen Reformprozesses wird betont, um den Zukunftsanforderungen gerecht werden zu können. Die Erarbeitung eines Präventionsgesetzes soll u. a. mit dazu gehören. Durch erhöhte Qualität soll die Wirtschaftlichkeit gesichert und Beiträge stabilisiert werden, der Patient profitieren sowie Perspektiven für alle Akteure geschaffen werden. Ein Anspruch an dem sich die Architekten dieser Reform messen lassen müssen.

Neben eigenen Recherchen und ernannten Kommissionen, die unter zeitlichem und politischem Druck arbeiten, ist es auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, der in seinem Gutachten 2003 „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ (www.svr-gesundheit.de) Empfehlungen ausspricht. Der Rat hat bereits in seinem Gutachten 2001 auf den nach wie vor bestehenden Schichtgradienten bei der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen und die diesbezüglich erheblichen Präventionsdefizite hingewiesen. Daraus folgt, dass zukünftig ein überproportionaler Bedarf an Prävention und auch Zahnersatz gerade in jenen Bevölkerungsgruppen besteht, für die hohe Kosten für Zahnersatz eine z. T. unüberwindbare Hürde der Inanspruchnahme darstellen. Obwohl es im Sachverständigenrat aus sozialen und gesundheitlichen Gründen Stimmen gegen eine Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV gibt, kommt die Ratsmehrheit im Gutachten 2003 zu dem Schluss, dass in Abhängigkeit von der Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen eine sukzessive bzw. altersgestaffelte Ausgrenzung des Zahnersatzes in Erwägung gezogen werden könnte.

Die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche ist eine logische Konsequenz. Institutionen, wie Zahnärztliche Dienste (ZÄD), die kontinuierlich und dauerhaft Schulen und Kindergärten aufsuchen, bieten geeignete Ansatzpunkte für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen. Der Rat spricht davon, dass sich der Setting-Ansatz zur Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen eignet.

Dass bei der Umsetzung der Prävention Qualität in den ZÄD Berücksichtigung findet, ist ein wichtiges Anliegen, mit dem sich der BZÖG seit geraumer Zeit auseinandersetzt und in dieser Ausgabe schwerpunktmäßig darstellt. Eine modellhafte zahnmedizinische Verbraucher- und Patientenberatung zeigt Ihnen, wie innovativ im ZÄD gearbeitet werden kann.

Zum Abschluss noch ein Hinweis in eigener Sache. Unsere Zeitschrift wird in diesem Jahr nur drei, dafür aber umfangreichere Ausgaben umfassen. In Ergänzung dazu werden Sie demnächst auf unserer in Vorbereitung befindlichen Homepage unter www.bzoeg.de weitere Informationen finden.

Dr. Gudrun Rojas

Arbeitstagung des BZÖG in Potsdam – Qualitäts- management im Öffentlichen Gesundheitsdienst



Unsere letzte Arbeitstagung im vergangenen Jahr hat in ihren Aussagen aus dem Sachverständigengutachten eine Unterversorgung insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, Kollektivprophylaxe und der risikoorientierten Gruppen- und Individualprophylaxe aufgezeigt. Neben den sich daraus ableitenden politischen Forderungen hat dies auch für uns inhaltliche und strukturelle Konsequenzen. So muss unsere Arbeit einerseits entsprechend ausgebaut werden, andererseits ist ein möglichst effizienter Ansatz der durchzuführenden Maßnahmen erforderlich.

Im aktuellen Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Modernisierung des Gesundheitswesens wird unser Gesundheitssystem als leistungsfähig, aber zu teuer eingeschätzt. Deshalb ist es wichtig, Leistungen möglichst effizient und zielgerichtet zu erbringen. Qualitätssicherung ist daher nicht nur etwas, was im SGB V beschrieben und gefordert wird, sondern stellt eine fachliche Notwendigkeit für ein wirtschaftliches Gesundheitssystem dar. Die Bundesregierung spricht in diesem Zusammenhang von der „Professionalisierung der Arbeit“.

Krankheiten durch Prävention zu vermeiden ist eines der ureigenen Ziele einer Krankenkasse, denn dies spart Therapiekosten. Gruppenprophylaktische Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen gelten als besonders effizient und kostengünstig, weil sie den setting- oder populationsbezogenen Ansatz haben.

Doch ist es für eine einzelne Krankenkasse kaum machbar, „Ihre Versicherten“ anzusprechen. Durch Schaffung vernetzter Strukturen, wie sie die Arbeitsgemeinschaften Jugendzahn- pflege darstellen, ist es möglich, diese

Wege zu gehen. Neben der koordinierenden Rolle des ÖGD ist es somit möglich, effiziente bevölkerungsorientierte primärprophylaktische Maßnahmen interessenneutral durchzuführen.

Nach nunmehr gut 10 Jahren gruppenprophylaktischer Erfahrung steht die Verbesserung der Qualität der Arbeit im Vordergrund. Der Vorstand des BZÖG hat sich deshalb für diesen Bereich ein Ziel gesetzt und einen Leitfaden entwickelt, der als Starthilfe für die Verbandsmitglieder sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ZÄD dienen sollen.

Da die Diskussion um das Qualitätsmanagement auch im ÖGD noch relativ neu ist, sind Initiativen zur Umsetzung – trotz gesetzlicher Forderung – bisher sehr verhalten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ZÄD sollen angeregt werden, sich mit dieser Form der Konzeption und Umsetzung ihrer Arbeitsinhalte auseinander zu setzen, da sie ein wesentlicher Bestandteil zukünftiger Arbeit sein wird. Qualitätsmanagement ist ein kontinuierlicher Prozess der Verbesserung und kein einmaliges Projekt und wird deshalb, angepasst an die Strukturen und Prozesse, weiter entwickelt werden.

Da bisher keine Erfahrungen mit dem Modell der European Foundation of Quality Management (EFQM) im ZÄD vorhanden sind, wird er in den kommenden Jahren entsprechend ergänzt und erweitert werden. Im Vordergrund der Initiative stand damit einerseits die Anpassung an die veränderten Bedingungen im Gesundheitswesen, aber andererseits auch die zukünftige Sicherung und Fortführung des ZÄD als integraler und notwendiger Bestandteil des ÖGD.

Mit der Hervorhebung und Betonung des Themas „Qualitätsmanagement“ durch Kongresse, Symposien und sonstige Veranstaltungen möchten wir insbesondere unsere Mitglieder ermutigen, dieses Thema aktiv aufzugreifen und Wege für die Umsetzung in den Gesundheitsämtern zu entwickeln. Der BZÖG wird auch in Zukunft an der Anpassung und Umsetzung dieses theoretischen, auf den Wirtschaftsbereich und öffentlichen Dienst bezogenen EFQM-Modells arbeiten und die interessierten Mitglieder in ihrer Arbeit unterstützen.

Dr. K.-G. Dürr

Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht

PD Dr. U. Walter

Prävention soll nach dem Sachverständigenrat (2001) ansetzen bei Krankheiten, die weit verbreitet sind und einen hinreichenden Schweregrad aufweisen, prinzipiell prävenierbar sowie volkswirtschaftlich relevant sind. Gesundheitsförderung weist auf die Notwendigkeit einer Orientierung an Ressourcen der Betroffenen, die Förderung ihrer Kompetenzen und einen übergreifenden, lebensweisen- und settingbezogenen Ansatz hin.

Soll Prävention tatsächlich langfristig wirksam sein, ist, wie die Erfahrungen anderer Länder sowie die wenigen Ansätze in Deutschland wie z.B. die der AIDS-Prävention zeigen, eine Mehr-Ebenen-Strategie sinnvoll: Die Abstimmung von Maßnahmen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene, die Kombination von Bevölkerungs- (bzw. Teilpopulationen), Risiko- und Hochrisikogruppenstrategien sowie die Einbindung unterschiedlicher Akteure. Sinnvoll wären – so auch die Forderung des Sachverständigenrates 2001 – nationale Präventionskampagnen (z.B. zu Herz-Kreislauf, Anti-Tabak), die, ausgerichtet an Gesundheitszielen jeweils für unterschiedliche Zielgruppen konzipiert und an die örtlichen Gegebenheiten vor Ort unter Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes angepasst werden.

Die derzeitige Realität ist hiervon trotz zahlreicher Bemühungen weit entfernt. Das Bild ist geprägt von einer Vielzahl untereinander nicht bekannter Akteure und einem Nebeneinander zahlreicher Aktivitäten verschiedener Träger – mit der Folge präventiver Angebotslücken und einer Ausrichtung an leicht zugänglichen Zielgruppen. Hinzu kommt eine schwer überschaubare Regelungsdichte: un-abgestimmte und heterogene präventive rechtliche Regelungen in sieben Sozialgesetzbüchern sowie in weiteren Gesetzen und Bestimmungen auf Bundes- und Länderebene.

Kooperationen erfolgen i.d.R. nur in Modellprojekten, aus strategischem Interesse und sind vom Engagement Einzelner geprägt. Wesentliche Barrieren sind sowohl partikulare Einzelinteressen, aber auch ein unterschiedliches Verständnis und eine damit verbundene differierende Sprache.

Auch wenn Prävention derzeit von allen Parteien begrüßt wird, eine Nationale Anti-Tabak-Kampagne sowie zielgruppenorientierte Kampagnen für Kinder und ältere Menschen zur Reduktion ernährungsbedingter Krankheiten im Koalitionsvertrag vorgesehen sind und durch die Errichtung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung als Verstetigung des Runden Tisches Prävention des Bundesgesundheitsministeriums ein (themenorientierter) Austausch zwischen wesentlichen Akteuren gefördert wird, so steht der entscheidende Diskurs über die Neuorientierung des Gesundheitswesens zur Ausschöpfung der präventiven Potenziale noch aus: Derzeit führt Prävention in der deutschen Gesundheitsversorgung ein Schattendasein – nur 4,5% aller Gesundheitsausgaben (2002) entfallen auf Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Früherkennung und Selbsthilfeförderung, von denen wiederum knapp 40% von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und 17% von den öffentlichen Haushalten getragen werden.

Soll langfristig Prävention tatsächlich zur einer „vierten Säule“ werden, ist auch eine Auseinandersetzung über zukünftige Schwerpunkte, Aufgabenverteilungen, Strukturen und Ressourcen erforderlich. In diesem Rahmen muss auch die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes neu gedacht werden. Bereits heute stellen präventive Aufgaben in allen neueren Gesundheitsdienstgesetzen ein wichtiges Ziel und Aufgabefeld für den ÖGD dar – bei oft stark eingeschränkten strukturellen und finanziellen Ressourcen.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Entwicklungen – Übernahme von präventiven Aufgaben durch Sozialversicherungen und einer damit verbunden Übernahme durch andere Versorgungsanbieter mit nur partieller Erreichung der Zielgruppe sowie Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit – kommt dem ÖGD (1) eine tragende sozialkompensatorische Rolle zu (Subsidiarität). Konkret beinhaltet

auch ein zielgerichtetes mehrsprachiges Angebot z.B. für Migranten, niederschwellige zugehende Angebote.

Eine zukünftig wichtige Bedeutung wird (2) der Beratungs- und Dienstleistungsfunktion zukommen. Werden z.B. Leistungen für „Bagatellerkrankungen“ aus der Krankenversicherung ausgenommen, so besteht ein großer Informationsbedarf der Bevölkerung zur tatsächlich wirksamen Behandlung derartiger Erkrankungen. Hier könnten z.B. die Gesundheitsämter, auch in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, entsprechende Beratungsaufgaben übernehmen. Generell wäre ein Ausbau des ÖGD hin zu einem kommunalen Kompetenzzentrum Gesundheitsberatung unter Mitwirkung anderer Partner denkbar. Eine weitere Aufgabe ist (3) die eines Koordinationszentrums für kommunale Prävention.

Ein positives Beispiel für (4) die wirksame und dennoch regional unterschiedliche Umsetzung der Maßnahmen zur Verbesserung der Zahngesundheit auf kommunaler Ebene ist die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen. Es sollte geprüft werden, inwieweit und unter welchen Ressourcenerfordernissen und Bedingungen vergleichbare Synergien durch eine Zusammenarbeit verschiedener Partner, gemeinsame Finanzierungen und dem Einsatz effektiver Präventionsstrategien erreicht werden können. Denkbar wären z.B. gesundheitsfördernde Angebote für die Zielgruppe der Älteren und Hochbetagten.

Generell sollten auch (5) wichtige, aber bislang vom ÖGD nur wenig beachtete Akteure wie Arbeitsämter, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowohl im Hinblick auf mögliche gemeinsame Angebote als auch auf eine übergreifende Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt werden.

PD Dr. Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

– Literatur bei der Redaktion –

Qualitätsmanagement im kommunalen Gesundheitsdienst

Dr. A. Bunte

Kontinuierliche Qualitätssicherung – seit mehr als 70 Jahren ein etabliertes Verfahren in der Wirtschaft – und Qualitätsmanagement als Oberbegriff der Gesamtheit aller qualitätswirksamen Tätigkeiten und Zielsetzungen sind durch die Festschreibung im SGB V (§§ 135 ff) und in den Landesgesundheitsgesetzen (z. B. ÖGDG NW) in den letzten Jahren Aufgabe für und integraler Bestandteil des ÖGD geworden.

Jedoch ist die Implementierung im kommunalen ÖGD aufgrund von länderspezifischen und kommunalspezifischen Aufgaben und Strukturen ungleich schwieriger als im Bereich der vertrags(zahn-)ärztlichen und stationären Versorgung.

Denn es gibt keine institutionalisierte „Bundesvereinigung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ oder eine „Deutsche ÖGD-Gesellschaft“, die in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden als Kostenträgern in Empfehlungen die Leistungen des ÖGD festlegen, für die besondere Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung vorzusehen sind (nach § 137a SGB V).

Somit gibt es z. Zt. keine bundesweit definierten und anerkannten Ziele und Leitlinien um die Qualität des Dienstleisters ÖGD messbar und vergleichbar zu machen.

Qualitätsmanagement und gesetzliche Grundlagen

Auch hilft es für die konkrete Etablierung von QM im ÖGD nur bedingt, wenn im ÖGDG NW zwar der Begriff „Qualität“ eingeführt wird (§ 2 Der ÖDG unterstützt ... eine ... in der Wirksamkeit und Qualität ... entsprechende Versorgung der Bevölkerung..“ und §§ 17-20 mit der Darstellung der „Dienste der Qualitätssicherung“ (Hygieneüberwachung, Erfassung und Überwachung der Berufe im Gesundheitswesen, Gutachten und Arzneimittelüberwachung) und im Sinne der Strukturqualität auf die Besetzung mit

geeigneten Fachkräften hingewiesen wird.

Auch die in §27 u. a. genannten Aufgaben des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NW (lögd) der „Entwicklung von Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung (QS) und -kontrolle für den ÖGD sowie ggf. zur Qualifizierung“ führen zu länderspezifischen Vorgehensweisen.

Qualitätsmanagement und Zahnärztlicher Dienst

Die Zahnärztlichen Dienste sind zwar nicht explizit bei den „Diensten der QS“ genannt, haben jedoch in den letzten Jahren einen Paradigmenwechsel erfahren.

Im Kreis Gütersloh konnte im zahnärztlichen Bereich der Wechsel von einer Verwaltungs- zur Bürgerorientierung relativ leicht durchgeführt werden, da dieser erst 1997 – und damit bereits unter den Rahmenbedingungen von „Neuem Steuerungsmodell“, Diskussion um strategische Ziele und Controlling – etabliert wurde.

In einer solchen (Aufbau-)Situation ist es erfahrungsgemäß einfacher, die MitarbeiterInnen „in das Boot total quality management zu ziehen“, Umdenkungsprozesse zu etablieren – und sich auf den Weg der „kontinuierlichen Verbesserung“ zu machen.

Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit und in der Diskussion mit der Politik – die über Ressourcen entscheidet – wird am deutlichsten, dass die Aufgaben im zahnärztlichen Dienst qualitätsgesichert durchgeführt werden müssen.

Qualitätsmanagement – Elemente und Instrumente

Wer Organisations-, Planungs- und Evaluationsaufgaben erfüllen soll, muss die von den Partnern geforderte Qualität auch selbst in seinen Aufgabenbereichen nachweisen können. Dieses umfasst neben einer standardisierten Befunderhebung und Dokumentation mit Berücksichtigung der sozialen Situation auch qualitätsgesicherte, evaluierte Gesundheitserziehungs- und Förderungsprogramme, die eine konkrete, evaluierbare, messbare und vergleichbare/einheitliche Zielsetzung aufweisen.

Während eine standardisierte Befunderhebung zumindest auf der kommunalen Ebene umsetzbar ist, benötigt der ÖGD für den zweiten

Aufgabenbereich eine „Bundesvereinigung“ – oder zumindest eine konzertrierte Aktion auf Bundesebene, wie sie die jährliche Arbeitstagung des BZÖG ermöglicht.

Qualitätsmanagement und Kennzahlen

Der Bericht der kommunalen Gemeinschaftsstelle (KGST) 11/1998 zeigt am Beispiel der Förderung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht nur wie ein Konzept für ein Ziel- und Kennzahlensystem aufgebaut werden kann, sondern auch den Auf- bzw. Ausbau eines professionellen Planungs-, Steuerungs- und QM-Systems.

Erst aussagekräftige Informationen ermöglichen einen sachgerechten Diskussions- und Entscheidungsprozess über die kommunalen Ziele, die hierfür benötigten Strukturen/Ressourcen, die Standards im Prozessablauf und die hiermit erzielten Ergebnisse.

Gerade jetzt in Zeiten knapper finanzieller und personeller Ressourcen ist eine professionelle Gesundheitsberichterstattung auf der Grundlage definierter und evaluierter Kennzahlen, der Vergleich mit den analog gewonnenen Ergebnissen der Vorjahre und die Überprüfung der Effizienz der gewählten Strategie unabdingbar, da diese knappen Ressourcen von der Politik am ehesten dort eingesetzt werden, wo eine unabdingbare Verpflichtung besteht oder aber ein optimaler Kosten-/Nutzeffekt im Sinne z. B. von späteren Einsparungen bei der Krankenhilfe durch frühzeitige aktive Intervention erzielt wird.

Dieser Zyklus von Planen -> Ausführen -> Überprüfen -> Verbessern ist ein klassisches Element kontinuierlicher Qualitätsverbesserung.

Die auf diesem Weg z.B. in Projektgruppen entwickelten standardisierten Prozesse ermöglichen eine Selbstbewertung als einen ersten Schritt, eine Auditierung oder auch ein Benchmarking – Lernen von besten Lösungen durch (Betriebs)Vergleiche – somit Verfahren, die – allerdings unsystematisch oder in Ansätzen – in vielen Zahnärztlichen Diensten bereits eingesetzt werden.

Kritisch muss jedoch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems allein mit dem Ziel der Kostenreduktion gesehen werden.

Qualitätsmanagement – Implementierung im ÖGD

Die Implementierung setzt eine Definition von Zielen durch die Führung ebenso voraus wie die aktive Einbeziehung von Mitarbeitern und Kunden. Deren Motivation und Zufriedenheit sind entscheidende Voraussetzungen für erfolgreiche Qualitätssicherung. Diese Implementierung – ob nun ein QM-Konzept nach DIN EN ISO oder EFQM – ist nicht „nebenher“ und kostenfrei möglich.

Qualitätsmanagement und die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Die knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen haben zudem einen zunehmenden Einfluss auf die Arbeitskreis/-gemeinschaften Zahngesundheit auf kommunaler und Landesebene. So wird in Westfalen-Lippe z. Zt. von den Vertretern der Kostenträger auf die Übernahme des landesweiten Arbeitsgemeinschaftsvertrags(-entwurfs) gedrängt- auch wenn die bestehenden Verträge nahezu identisch sind. Bei der hiermit verbundenen Diskussion, ob denn jeder Partner den festgelegten personellen/finanziellen Beitrag leistet, besteht die Gefahr, dass das eigentliche Ziel, die gemeinsame Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Hintergrund rückt.

Hier ist die Moderatorenfunktion des Zahnärztlichen Dienstes besonders gefordert: durch die systematische Analyse und Darlegung der bei der (kalibrierten) Befunderhebung gewonnenen Daten wird die für die gemeinsam verantwortete QS erforderliche Transparenz erzielt. Andererseits wird die Qualität der Befunderhebung – zumindest bei Behandlungsbedarf – durch Rückmeldung des Behandlers gesichert – im Sinne der Zahngesundheit des Betroffenen.

Qualitätsmanagement in der aktuellen Diskussion

Wenn gerade jetzt politisch eines der „Ziele für einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ der 72. Gesundheitsministerkonferenz 1999 heftig diskutiert wird – das „Kompetenzzentrum für Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“, aktuell „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ genannt – stellt sich die Frage, ob und wie der ÖGD in diese

QM-Prozesse in den ambulanten, stationären oder rehabilitativen Einrichtungen und der Abstimmung von Versorgungsketten eingebunden sein wird.

Aber unabhängig davon sollte er Schritt für Schritt, orientiert an den vorhandenen Möglichkeiten, ein angemessenes QM-System aufbauen.

Dr. Anne Bunte
Stadtverwaltung Gütersloh
Abteilung Gesundheit
Herzebrocker Straße 140
33324 Gütersloh

Qualitätsmanagement – Beitrag der Akademie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Dr. W. Müller

Die (Selbst-)Verpflichtung zu guter Qualität der (Dienst-)Leistung ist genuiner Bestandteil jeglichen professionellen Handelns. Dies gilt auch und gerade für gesundheitsbezogene Dienstleistungen der Kommune.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist auf allen Verwaltungsebenen – der kommunalen, bezirklichen, der Landes-, Bundes- und EU-Ebene – sowohl Teil des Verwaltungs- als auch des Gesundheitssystems. Damit ist der ÖGD als Ganzes sowohl in die Qualitätsdiskussion im Bereich der Verwaltungsmodernisierung (Stichwort: Neue Steuerungsmodelle) als auch in die des gesamten gesundheitlichen Sicherungs- und Versorgungssystems eingebunden. Dabei kann der ÖGD auf eine lange Tradition der externen Qualitätssicherung – hier sei die Sanitäts- und Hygieneaufsicht genannt – zurückgreifen. Aber auch die verwaltungsinterne Qualitätssicherung ist für den ÖGD kein konzeptionelles Neuland, da fachliche und amtliche Begutachtung Teile interner Struktur- und Prozessqualität sind. Änderungen der rechtlichen Normen im Rahmen der Reformüberlegungen im Gesundheitswesen (insbesondere im SBG V) der letzten Jahre verfolgen das prioritäre Ziel der langfristigen Sicherung und Weiterentwicklung einer an der gesundheitlichen Lebensqualität orientierten, solidarisch finanzierten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung. Die Förderung und Organisation des Qualitätsmanagements sind in Zeiten deutlich knapper werdender gesamtwirtschaftlicher Spielräume eine zentrale Aufgabe sowohl der Gesundheitspolitik als auch der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Interne Qualitätskonzepte und -strategien zur Sicherung der Qualität sind unerlässlich, will man – bei sich verändernden Handlungsfeldern auf der einen und den begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen auf der anderen Seite – den Anforderungen im Bereich Öffentlicher Gesundheit gerecht werden.

Dieser generellen Herausforderung muss sich auch der kommunale Gesundheitsdienst stellen, der darüber hinaus in den Änderungsprozess der Verwaltungsmodernisierung eingebunden ist. Dessen zentrale Forderungen sind

- die Delegation der Ergebnisverwaltung auf dezentrale Einheiten
- die Einheit von Fach- und Ressourcenverantwortung
- die Herstellung der Transparenz von Kosten und Leistungen und
- die Bürgerorientierung über Qualitätsmanagement.

Dies setzt eine effiziente Personalentwicklung voraus.

Die Gesundheitsministerkonferenz forderte bereits 1996 alle Beteiligten auf, zur Gewährleistung und systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen beizutragen. Im Sinne dieser politischen Offensive wurden auch Bildungseinrichtungen zu mehr Qualität mit eingebunden. Wörtlich heißt es dort: „Evaluation und Qualitätsmanagement müssen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe, insbesondere der Ärzte und Pflegekräfte, aufgenommen und kompetent vermittelt werden. Notwendig ist auch die Einführung einer systematischen Evaluation und Qualitätsbeurteilung der Lehre an den Hochschulen sowie der Weiter- und Fortbildungsangebote.“

Die Akademie hat diesen Veränderungsprozess im letzten Jahrzehnt aktiv begleitet – unter der Thematik: „Neben den Fachlich- und Fertigkeiten auch Strategien zur Verbesserung der Prozesse und Ergebnisse präsentieren zu können, also das „was“ mit dem „wie“ zu verbinden.“ Dies führte zu einer veränderten inhaltlichen und organisatorischen Ausrichtung der Aus- und Weiterbildungslehrgänge, neuen Angeboten wie der Führungswerkstatt, aber auch zur Verbreitung von hilfreichen Instrumenten wie EPI-Info, zu vor-Ort-Schulungen bei der Implementation von Gesundheitsberichterstattung sowie Organisationsentwicklungsberatung.

Mit ihrem 2002 erstmals ausgeschriebenen Qualitätspreis würdigt die Akademie kommunale gesundheitsbezogene Maßnahmen, Verfahren und Projekte, die neue Wege gehen bei der internen Qualitätssicherung und der externen Qualitätskontrolle sowie wirksame Verfahren darstellen, indem



Dr. W. Müller

sie in ihrer Konzeption, Durchführung und Bewertung einen fachlichen und materiellen Qualitätsgewinn für die Öffentliche Gesundheit erbringen.

Darüber hinaus begleitet und fördert die Akademie den Prozess der qualitätssichernden Neuorientierung. Ein Schwerpunkt ihrer Bildungstätigkeit liegt darin, sich mit Konzepten und Methoden des Qualitätsmanagements auseinanderzusetzen, das Bewusstsein für Qualitätsfragen zu schärfen und Institutionen in diesem Sinne zu beraten. Handlungsleitendes Prinzip bei der Vermittlung entsprechender Kenntnisse und Kompetenzen ist stets die Praxisorientierung. Daher begann im Dezember 2002 an der Akademie ein auf zweieinhalb Jahre befristetes Projekt zur Thematik „Qualitätsmanagement“ und „Neues Steuerungsmodell“. In diesem Projekt soll erfasst werden, welche Elemente des Neuen Steuerungsmodells in welcher Form in den Gesundheitsämtern angewandt werden und ob es zu den einzelnen Elementen Verknüpfungen zu den Themen Qualitätssicherung und Qualitätsförderung gibt. Des Weiteren soll untersucht werden, ob in den unteren Gesundheitsbehörden QM-Systeme oder Vorstufen davon implementiert sind und mit welchen Elementen dieses System ausgekleidet wurde. Die in der Literatur zu findende Vielschichtigkeit dieser Thematik wird sich – so ist zu vermuten – auch in den Gesundheitsämtern widerspiegeln. Die Projektstelle soll neben der Aufarbeitung und Speicherung der Informationen auch eine beratende Funktion haben.

Neben diesem Projekt der Akademie, das sich an alle Fachkräfte im ÖGD wendet, beabsichtigt die Akademie insbesondere den kommunalen zahnärztlichen Dienst bei dessen eigenen Bemühungen um Qualität zu unterstützen. Zur Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Strukturqualität trägt sicherlich die Weiterentwicklung und Propagierung des Fachzahnarztes für öffentliches Gesundheitswesen bei, der noch nicht in allen Kammerbezirken in die zahnärztliche Weiterbildung aufgenommen wurde. Um diesen Fachzahnarzt für möglichst viele Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD zu ermöglichen, bedarf es m.E. einer gemeinsamen Initiative der formalen Änderung der Rechtsverordnung als auch der inhaltlichen Überarbei-

tung. Diese Aufgabe sollte mit der zahnärztlichen Selbstverwaltung angepackt werden, da mit der Verlagerung der Zuständigkeit dieses Fachzahnarztes in die zahnärztliche Selbstverwaltung aufgrund der föderalen Strukturen ein erhöhter Koordinationsbedarf auftreten wird.

Ein Ziel der KGSt im Qualitätswettbewerb sind interkommunale Vergleiche. Dies setzt vergleichbare Standards sowohl in der Struktur als auch im Prozess und in der Ergebnisermittlung voraus. Obwohl es seit Jahren Bemühungen gibt, als Voraussetzung einer aussagekräftigen und belastungsfähigen GBE Standards in der zahnärztlichen Befunderhebung flächendeckend zu setzen (als Stichwort sei hier genannt: Kalibrierung), besteht weiterhin ein Bedarf sowohl an fachlicher Schulung als auch an Verbreitung der zu etablierenden Methoden (z. B. Qualitätszirkel). Dabei soll nicht außer Acht bleiben, dass es eine Reihe von Umsetzungsschwierigkeiten gibt:

- nicht für alle wesentlichen Bereiche gibt es geeignete Qualitätsindikatoren
- die Plausibilität bzw. Validität der erhobenen Daten ist nicht immer ausreichend
- die mit den Daten ermittelte statistische Norm (z.B. der DMFT-Index) erlaubt noch keine Rückschlüsse über die Qualität der Untersuchungen
- es fehlen validierte Kriterien für die Gewichtung und Bewertung der Erkenntnisse und damit die wichtigste Voraussetzung für die Vergleichbarkeit.

Mit externer zahnärztlicher Beratung hat die Akademie eine zahnärztliche Fortbildungsreihe entwickelt und in einem ersten Durchlauf getestet, die die Kompetenzen und Fähigkeiten vermitteln soll, die Grundlage qualitätsgesicherten Handelns sind.

Der BZÖG e.V. hat sich zum Ziel gesetzt, Schritt für Schritt die erforderlichen Etappen bis zur Etablierung eines tatsächlichen QM-Systems zu durchlaufen. Obwohl die Akademie über keinen hauptamtlichen zahnärztlichen Mitarbeiter verfügt, bietet sie an, im Rahmen des o.g. Projektes die Realisierungsschritte aktiv zu begleiten und darüber hinaus durch Bereitstellung zusätzlicher Unterstützung (z.B. Inhouse-Schulungen) einen Beitrag zur Stabilisierung des Projektes zu leisten.

Neue Aspekte der Fort- und Weiterbildung für den Zahnärztlichen Dienst

Dr. J. Frühbuß

Der Zahnärztliche Dienst hat im Jahre 2001 begonnen, seine Arbeit im Kontext von Qualitätsmanagement, den Anforderungen des SGB V sowie der neuen ÖGD-Gesetze in den einzelnen Bundesländern zu betrachten. Ausgangspunkt war u. a. die Überlegung, dass es unter den Bedingungen knapper werdenden Ressourcen in Zukunft erforderlich sein wird, den Stellenwert des ZÄD durch eine Erweiterung des beruflichen Spektrums, eines vertieften Engagements im Bereich der sozialkompensatorischen Aufgaben sowie der Akzeptanz nach qualitätssichernden Maßnahmen zu verdeutlichen.

Der hohe Rückgang der Munderkrankungen, der seit einigen Jahren insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten ist, verdeutlicht die direkten Erfolge der bisher geleisteten Arbeit. Diese Ergebnisse müssen jedoch langfristig stabilisiert werden, da ein Nachlassen der vielfältigen Aktivitäten zu einem erneuten Anstieg der Munderkrankungen führen kann. Unabhängig von dieser grundsätzlichen Verbesserung besteht ein „harter Kern“ von ca. 25% der Kinder und Jugendlichen, der durch diese Anstrengungen bisher kaum erreicht wurde. Dieser Anteil ist in fast allen Populationen, auch im Ausland, zu sehen und offensichtlich nicht durch alleinige zahnärztliche Maßnahmen im Bereich der Prävention zu erreichen.

Die zahnärztliche Ausbildung arbeitet nach wie vor nach der Approbationsordnung von 1954 und würde bis heute nicht revidiert. Sie vermittelt detailliert Kenntnisse und Fähigkeiten zur individuellen Diagnostik und Therapie von Munderkrankungen. Diese Kompetenzen sind unumstritten erforderlich und zeigen in Deutschland ein relativ hohes Niveau an zahnärztlicher Versorgung. Der umfassendere Aspekt, d.h. die Erhaltung der Mundgesundheit von Populationen wird in der Ausbildung nicht weiter vertieft.

Die Aufgaben des Zahnärztlichen

Dienstes haben jedoch ein erweitertes Spektrum, da hier nicht die Mundgesundheit des einzelnen Patienten, sondern die Erkennung und Verhütung von Erkrankungen in der Bevölkerung im Vordergrund steht. Diese Aufgaben sind unter den Voraussetzungen des effektiven Bedarfs und der größtmöglichen Effektivität unter Beachtung des wirtschaftlichen Prinzips (Effizienz) zu erfüllen. Deshalb sind die Aufgaben im Zahnärztlichen Dienst wesentlich weiter gefasst und erfordern zusätzliche Kompetenzen, die in der Basisqualifikation nicht vermittelt wurden. Es ist ein Beitrag zur Steigerung der Qualität in der Arbeit, dass eine Fortbildung angeboten wird, diese Zusatzkenntnisse zu erwerben und in der täglichen Arbeit gezielt einzusetzen.

Der Zahnärztliche Dienst ist durch seine Möglichkeiten der Vernetzung mit medizinischen sowie sozial-psychologischen Diensten in der Lage, an Konzepten der umfassenderen Gesundheitsförderung mitzuwirken. Notwendig ist dazu jedoch, dass die Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst die erforderlichen Kenntnisse anderer Disziplinen in ihre Arbeit integrieren. Die bisherigen Hauptaufgaben der Gruppenprophylaxe liegen derzeit noch zum großen Teil im operativen Bereich der Betreuung von Kindergärten und Schulen, sollten aber in Zukunft verstärkt die strategische Planung und Umsetzung von neuen Gesundheitskonzepten umfassen.

Die öffentlichen Bereiche werden insgesamt in den kommenden Jahren immer mehr den Anforderungen an organisatorische, personelle und wirtschaftliche Fähigkeiten nachkommen müssen, um langfristig bestehen zu können. Die gesetzlichen Forderungen erstrecken sich auf eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche, qualitätsgesicherte und dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse angemessene Arbeitsweise.

Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen hat deshalb im Jahr 2002 eine neue Seminarreihe in ihr Angebot aufgenommen, die diese Aufgaben kommunaler Zahnärztlicher Dienste aufgreift. Die Inhalte der neuen Fort- und Weiterbildung sind an diese Erfordernisse angepasst worden und umfassen folgende Schwerpunkte.

Im ersten Seminar werden die geänderten Anforderungen mit den

Teilnehmern diskutiert und ihre Bedeutung für die eigene Arbeit aufgezeigt. Durch die Beschreibung der Aufgaben und Arbeitsbereiche, die durch die Weiterbildungsordnung, die ÖGD-Gesetze, das SGB V sowie das Gutachten des Sachverständigenrates und der Gesundheitsziele vorgegeben sind, sollen die Teilnehmer ihre neuen Aufgaben erkennen und ihren Arbeitsauftrag im System der gesundheitlichen Versorgung definieren. Ein systemischer, im Gegensatz zum individualzahnmedizinischen, Denkansatz ist gefordert. Hierzu gehören Kenntnisse über die verschiedenen Gesundheitssysteme, der Gesundheitsökonomie und Managementwissenschaften (z. B. Aspekte der Personalführung und -entwicklung). Es sollen Fähigkeiten entwickelt werden, die eine Veränderung des Zahnärztlichen Dienstes unter dem Aspekt der Einbindung in ein Gesundheitssystem langfristig ermöglichen.

Das zweite Seminar betont besonders die sozialen und psychologischen Aufgaben im Zahnärztlichen Dienst. Die Gruppenprophylaxe ist eine Aufgabe, die besondere Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert, wenn nachhaltige Ergebnisse durch Verhaltensänderungen erzielt werden sollen. Es werden die Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung mit ihren Erfolgen und Misserfolgen anhand von Beispielen vermittelt. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Problematik von sozial ungleich verteilten Erkrankungsrisiken in den verschiedenen Sozialschichten. Die aufsuchende Tätigkeit, d.h. das Hineingehen in Schulen auch in sozialen Brennpunkten ermöglicht und vergrößert die Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen, die durch den niedergelassenen Zahnarzt nicht angesprochen werden (da sie die Praxen in der Regel nicht freiwillig aufsuchen). Der Umgang mit diesen Gruppen erfordert jedoch Einblicke in die besonderen Lebensweisen (life-style) der Jugendlichen in ihrem sozialen Umfeld. Deshalb ist es ein Anliegen dieses Seminars, ein Verständnis für das Verhalten dieser Gruppen zu entwickeln. Möglichkeiten, wie die Gruppen erfolgreich erreicht werden können, sind auch in Studien auf internationaler Ebene eher selten, werden jedoch in einer Auswahl dargestellt.

Der Zahnärztliche Dienst erhebt regelmäßig Daten über den Gesund-

heitszustand von Kindern und Jugendlichen. Diese Daten können für eine Bedarfsanalyse genutzt werden. Eine regionale epidemiologische Erhebung und Analyse ermöglicht eine Bedarfsermittlung für Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Deshalb führt das 3. Seminar die Teilnehmer in die Grundlagen epidemiologischer Denkweisen und Fragestellungen ein. Damit soll ein Schritt in die erforderliche Gesundheitsberichterstattung gemacht werden.

Zum Abschluss der Seminarreihe erarbeiten die Teilnehmer aktiv - unter Verwendung der erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten - ein Programm, das in ihrem Arbeitsbereich, d. h. in Schulen und Kindergärten einsetzbar ist.

Die Seminarreihe ist ein Angebot im Sinne eines „offenen Curriculums“. Das bedeutet, dass sich die Inhalte auch den jeweiligen Bedürfnissen der aktuellen gesundheitspolitischen Situation, sowie den realpolitischen Anforderungen im Berufsleben anpassen. Darüber hinaus werden Inhalte von den Anregungen der Teilnehmer mitbestimmt. Fort- und Weiterbildung wird hier unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements verstanden - als eine kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung der eigenen Arbeit.

Dr. Juliane Frühbuß MPH
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Studiengang Public Health
Universitätsstraße 1
40225 Düsseldorf
pianello@web.de



Dr. Juliane Frühbuß

Einleitung einer Selbstbewertung im Zahnärztlichen Dienst

Dr. M. Schäfer MPH

Qualitätsmanagement, als ein Werkzeug zur Organisationsentwicklung, wurde im ZÄD des Gesundheitsamtes Düsseldorf eingeführt. Basis ist das EFQM-Modell für Excellence als ein praktisches Werkzeug, das Anleitung auf dem Weg zur Excellence gibt. Excellence ist nach der EFQM die „überragende Praktik in der Führung der Organisation und beim Erzielen von Ergebnissen mit Hilfe bestimmter Grundkonzepte“.

Hierzu zählen:

- Ergebnisorientierung,
- Kundenorientierung,
- Führung und Zielkonsequenz,
- Management mit Prozessen und Fakten,
- Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung,
- Kontinuierliches Lernen,
- Innovation und Verbesserung,
- Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit.

Das EFQM-Modell lässt bei der Umsetzung der Grundkonzepte viel Interpretationsspielraum und kann jeder Strategie des Öffentlichen und insbesondere auch des ZÄD gerecht werden.

In Deutschland wird aktuell Qualität im Öffentlichen Dienst mit Modernisierung der Verwaltung oder auch managementorientierter Verwaltung umschrieben. Während in England in Bezug auf Qualität des Öffentlichen Dienstes die Betonung auf Kundenorientierung liegt, überwiegt in Italien eher die Transparenz und Flexibilität des Verwaltungshandelns hinsichtlich der Qualitätsdiskussion im Öffentlichen Dienst. Durch folgende Merkmale kann die Modernisierung des Öffentlichen Dienstes kurz umrissen werden:

- Besseres Eingehen auf die Bedürfnisse der Kunden oder der Empfänger einer Dienstleistung,
- Leistungs Betonung,
- Einführung von Leistungsnormen,
- Verbesserung der Kommunikation von Ergebnissen,

- Übertragung finanzieller und personeller Verantwortung.

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

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

Für die Zukunft einer Organisation ist es wichtig, Stärken, Schwächen oder Verbesserungspotenziale zu erkennen und ihre zukünftige Orientierung darauf auszurichten. Diese Profilermittlung aus der Organisation heraus nennt die EFQM „Selbstbewertung“. Sie schärft den Blick für die eigene Leistungsfähigkeit. Die Grundstruktur des EFQM-Modells gibt dabei den Mitarbeitern des ZÄD eine Orientierung und die vertiefte Anwendung lässt Zielbestimmungen zu.

Bei der Einführung der Selbstbewertung gilt es zu berücksichtigen, dass es kein allgemein gültiges Vorgehen gibt. Zunächst muss vorausgesetzt werden, dass allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt ist, was unter einer Selbstbewertung zu verstehen ist. „Selbstbewertung ist eine umfassende, systematische und regelmäßige Überprüfung der Tätigkeiten und Ergebnisse einer Organisation anhand des EFQM-Modells“ (Abb. 1).

Nutzen der Selbstbewertung

Es muss der Nutzen bekannt sein oder bekannt gemacht werden, wie:

- Identifikation von Stärken und Verbesserungspotenzialen des ZÄD,
- Möglichkeit des strukturierten Vorgehens zur Bewertung des Dienstes,
- Beteiligung aller Mitarbeiter auf allen Ebenen an der Prozessverbesserung,
- Vergleichsmöglichkeit mit anderen Diensten,
- Konzentration der Ressourcen.

Vorgehensweise

Das EFQM-Modell erlaubt verschiedene Vorgehensweisen in Abhängigkeit vom gewünschten Ergebnis.

Insgesamt werden vier unterschiedliche Methoden zur Durchführung von Selbstbewertungen von der EFQM für den öffentlichen Sektor angeboten:

- Selbstbewertung mittels einfacher Fragebogen (Multiple-Choice-Verfahren)
- Selbstbewertung mittels Matrixdiagramm
- Selbstbewertung mittels Workshop
- Selbstbewertung mittels Standardformularen

Die Selbstbewertung mittels Simulation einer Bewerbung um den European Quality Award wird, obwohl dazugehörig, wegen des großen Aufwandes nicht aufgezählt.

Alle Bewertungsverfahren basieren auf einer umfassenden IST-Analyse bzw. auf einem Bericht, der anschließend von geschulten Mitarbeitern (sog. Assessoren) eingeschätzt wird.

Der durch den BZÖG und der Universität Düsseldorf entwickelte Fragebogen zur Selbstbewertung ist nach der EFQM den sog. Standardformularen zuzuordnen. Dabei bedarf es einer Anpassung an die Standardformulare des EFQM, da ein zur Bewertung durchgängig geeigneter Fragebogen bislang noch nicht existiert (s. Beispiel Kriterium 1-Führung, Abb.2).

Ein zur EFQM-Systematik kompatibles Standardformular benennt je ein Teilkriterium pro Seite und enthält neben der Beschreibung des Teilkriteriums die Ansatzpunkte sowie Bereiche für Stärken, Verbesserungsanliegen (-vorschläge) und Nachweise. Ansatzpunkte werden dabei von der die Selbstbewertung durchführenden Organisation selbst ausgewählt.

Steht eine Organisation am Anfang des Weges zur Excellence, wie eigentlich alle ZÄD, muss bei den Standardformularen mit einem mittleren Aufwand an Zeit und Finanzressourcen gerechnet werden. Nach der Ausarbeitung der Standardformulare sollte die Auswertung von geschulten Assessoren nach EFQM vorgenommen werden. Da diese (noch) nicht zur Verfügung stehen, empfiehlt sich für den ZÄD zunächst die Selbstbewertung mittels eines Multiple-Choice-Fragebogens auf der Basis der durch den BZÖG entwickelten Fragen zur Selbst-

bewertung (Standardformular).

Zur Ermittlung eines Stimmungsbildes der Mitarbeiter über die momentane Situation des ZÄD ist diese Methode besonders geeignet.

Vorteile des Multiple-Choice-Fragebogens

Hierzu zählen:

- die schnelle und einfache Anwendung,
- die Einbeziehung vieler Mitarbeiter,
- der spezielle Zuschnitt der Fragen auf den Zahnärztlichen Dienst,
- die Möglichkeit des Feedbacks ist gegeben,
- die Diskussion um Verbesserungsmöglichkeiten setzt ein.

Schwächen des Fragebogens

Hierzu zählen:

- eine Liste von Stärken und Verbesserungspotenzialen ist nicht vorgesehen,
- eine Genauigkeit der Resultate ist von der Qualität der Fragen abhängig,
- niedrige Rücklaufquote. (EFQM 2003)

Dieser Schritt soll das Gefühl für eine Bewertung schärfen, ohne diese direkt vorzunehmen.

Berichterstellung auf Standardformularen

Zunächst ist die Bildung eines oder mehrerer Berichtsteams erforderlich, an die die Standardformulare ausgehändigt werden. Das Berichtsteam schreibt seinen Bericht direkt in die Formulare hinein. Diese Formulare umgehen das ggf. nur schematische Ankreuzen vorgegebener Texte. Sie ermöglichen dem Berichtsteam die Formulierung konkreter Maßnahmen und Ergebnisse. Schließlich bewirkt die vorgegebene Gliederung die Erstellung eines strukturierten Berichts.

Mit der Benennung des Berichtsteams wird auch ein Bewertungsteam aus ausgebildeten „Assessorinnen und Assessoren“ nach dem EFQM-Verfahren zusammengestellt.

Der klassische (Selbst-) Bewertungsprozess findet in zwei Teilschritten statt:

- Geschulte Assessorinnen oder Assessoren schätzen, in welchem Grad (0 - 100%) die in den Tabellen genannten Merkmale erfüllt werden.

- Zwischen den Assessorinnen und Assessoren wird ein Konsens zu den Beschreibungen der Stärken und Verbesserungsvorschlägen erarbeitet.

Die Realisierungsgrade werden durch die Bearbeitung der Tabelle für die Befähigerkriterien und die Ergebniskriterien ermittelt. Aus dem Bericht, den Anmerkungen und Punktwerten des Bewertungsteams wird ein Bewertungsbuch für das Konsenstreffen erstellt. Konsens bedeutet, dass die Formulierungen der Stärken und Verbesserungsvorschläge in Verbindung mit den Punktbewertungen soweit bearbeitet werden, dass die Ergebnisse von allen vertreten werden können.

So sind schließlich Ergebnisdarstellungen möglich nach:

- Stärken → z. B.: Realisiertes teamorientiertes Arbeiten, Anwendung von Zielvereinbarungen und Mitarbeitergesprächen.
- Verbesserungsvorschläge → z. B.: Kooperation und Kommunikation, Weitergabe von Wissen.
- Kriterienübergreifenden Hinweisen

Ablaufschema zur EFQM-Selbstbewertung nach Standardformularen

- Leiter benennen.
- Berichtsteam bilden.
- Bewertungsteam zusammenstellen.
- Standardformulare erstellen; Übersicht zum EFQM-Modell an das Berichtsteam aushändigen.
- Verfahren erläutern, Fragen abklären, Kommunikationsweg Leitung/Berichtsteam sichern.
- Bericht auf der Basis der Standardformulare erstellen.
- Bewertungsteam erstellt Einzelbewertung.
- Konsensbewertung im Bewertungsteam.
- Entwurf des Bewertungsbuches erarbeiten.
- Ergebnisse an das Berichtsteam übermitteln. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des bewerteten Bereichs wählen Stärken und Verbesserungspotenziale in Vorbereitung einer Priorisierung aus.
- Ergebnispräsentation im bewerteten Bereich. Bestätigung der Priorisierungen.
- Zielkatalog erarbeiten (mit Kennzahlen), Maßnahmen planen.

Erfahrungen mit dem Multiple-Choice-Fragebogen

Der Einsatz der Multiple-Choice-Fragebogenversion, als Vorbereitung der Bewertung nach den Standardformularen, führte im ZÄD Düsseldorf in kurzer Zeit zu folgenden Ergebnissen:

- Es bereitet große Schwierigkeiten „Normales“ als Stärke (oder Verbesserungsanliegen) wahrzunehmen.
- Die umfassendere Sichtweise führt zu Motivationsschüben.
- Die hierarchie-, fach- und berufsgruppenübergreifende Sichtweise wird als sehr positiv empfunden.
- Es ist sinnvoll, das existierende Leitbild der Stadtverwaltung konkreter auszuformulieren.
- Arbeitsklima und Chancengleichheit werden als gut empfunden.
- Vertikaler und horizontaler Informationsfluss wird als verbesserungsbedürftig angesehen. Ein direkteres Feedback des Vorgesetzten wird gewünscht.
- Förder- und Beratungsgespräche bzw. Zielvereinbarungsgespräche werden als enorm wichtig angesehen.
- Als unmittelbare Konsequenz daraus wurde im Rahmen der Personalentwicklung in der Stadtverwaltung ein Qualifizierungsraster für jeden Mitarbeiter erstellt.
- Kundenbefragungen (Schule/Kindertagesstätte) werden wiederholt.

Weitere Erkenntnisse konnten gewonnen werden, wie z.B. die simple Regel: Jeder, der einen Verbesserungsvorschlag hat, muss klar begründen, warum er von der Wichtigkeit dieses Prozesses überzeugt ist. So entstehen v. a. solche Initiativen, die umsetzbar sind.

Drei Problembereiche haben sich für die Leitung im Managementprozess herauskristallisiert:

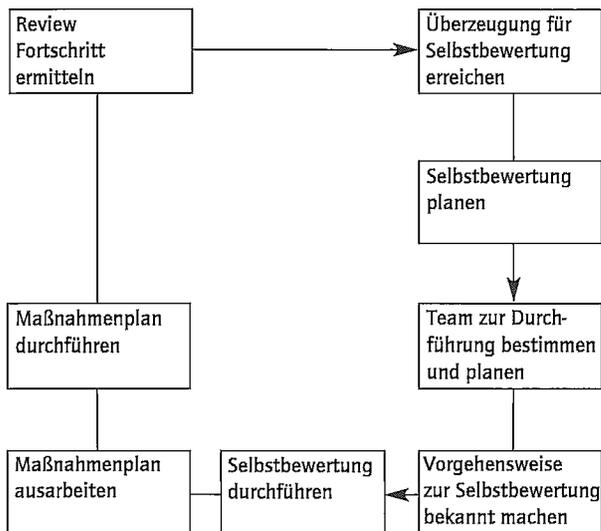
- sie erliegt der permanenten Beschleunigung interner Prozesse – was keine Zeit mehr für Reflexion lässt,
- sie wird träge, die Organisation reagiert nicht mehr,
- sie praktiziert den permanenten Ausnahmezustand (mangelnde Ressourcen). Diese Krisenrhetorik führt zwar kurzfristig zu hohem Einsatz, aber langfristig lähmt sie die Organisation.

Für alle Beteiligten kann festgestellt werden, dass sie sich eine emo-



Dr. M. Schäfer

Abb. 1: Selbstbewertung: Der Prozess im Überblick (EFQM, 2003)



tionale Motivierung, wie wir es genannt haben, wünschen. Dies soll über eine Kombination von Herausforderung und Entscheidungsfreiheit geschafft werden.

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

Die seitens des BZÖG auf der Basis der Standardformulare entwickelten Fragen zu den 9 Kriterien der EFQM fanden Eingang in den Multiple-Choice-Fragebogen zur Selbstbewertung (Abb.3). Er liefert einen praktikablen Ausgangspunkt und ist ein Indikator für weitere Maßnahmen. Es ist darauf zu achten, dass die Kapitel „Kundenbezogene Ergebnisse“ mehr Fragen enthalten sollten als beispielsweise „Gesellschaftsbezogene Ergebnisse“. Diese Verteilung bei der Anzahl der Fragen soll die Verteilung der Punkte im EFQM-Modell widerspiegeln. Jede Frage geht in die Gesamtbewertung ein. Gemäß EFQM gibt es für die Beantwortung jeder Frage nur vier Kategorien. Sollen mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Fragen beantworten, sollte die Bewertung erst getrennt vorgenommen werden und später Konsens hergestellt werden.

Abb. 2: Kriterium 1 – Führung

Führung Wie Führungskräfte die Vision und die Mission erarbeiten und deren Erreichen fördern; wie sie die für den langfristigen Erfolg erforderlichen Werte erarbeiten, diese durch entsprechende Maßnahmen und Verhaltensweisen umsetzen und durch persönliches Mitwirken dafür sorgen, dass das Management der Organisation entwickelt und eingeführt wird.			
Teilkriterium 1 a Führungskräfte erarbeiten die Vision, die Mission und die Werte und agieren als Vorbilder für eine Kultur der Excellence.			
Ansatzpunkte wie Führungskräfte: <ul style="list-style-type: none"> • persönlich und aktiv an Verbesserungsmaßnahmen mitwirken. • zur Zusammenarbeit in der Organisation anregen und ermutigen. 		Stärken <ul style="list-style-type: none"> • Die Effektivität der Führungskräfte wird durch Mitarbeiterumfrage gemessen. • Die Leitung sorgt für die Mitwirkung ihrer Mitarbeiter an bereichsübergreifenden Verbesserungsprojekten. 	
Nachweis <ul style="list-style-type: none"> • • • 			
Vorgehen %	Umsetzung %	Bewertung & Überprüfung %	Gesamtergebnis %

Abb. 3: Beispiele aus dem Multiple-Choice-Fragebogen, die auf der Basis der Fragen zur Selbstbewertung aus den Standardformularen formuliert wurden

Kriterium 1 Führung

(1) Ergreifen alle Führungskräfte Maßnahmen, um Kunden und andere Interessengruppen, wie Berufsverbände oder Gremien, außerhalb des Dienstes zu treffen und aktiv daran mitzuwirken, Partnerschaften zu bilden und Verbesserungen mit ihnen zu initiieren?
 A B C D

(2) Sind alle Führungskräfte für die Mitarbeiter zugänglich?
 Wirken Sie daran mit, Mitarbeiter in den Verbesserungsprozess einzuführen und zu beteiligen und werden Mitarbeiter, die Verbesserungen erreicht haben, belohnt?
 A B C D

Kriterium 3 Mitarbeiter

(1) Gibt es eine wirksame Zweiweg-Kommunikation mit den Mitarbeitern?
 Sind die Mitarbeiter gut informiert und wird auf ihre Meinung Wert gelegt?
 A B C D

(2) Werden die Bemühungen der Mitarbeiter, Verbesserungen zu erreichen in gleichem Maß anerkannt und geschätzt wie andere Faktoren (z.B. Qualifikation)?
 A B C D

Kriterium 6 Kundenbezogene Ergebnisse

(1) Befragt der ZÄD regelmäßig die Kunden, um deren Zufriedenheit mit der Dienstleistung zu ermitteln?
 A B C D

(2) Beurteilt der ZÄD das „Kundenbeziehungsmanagement“ anhand relevanter Messgrößen, wie Rückweisungen, Beschwerden und Lob etc., die somit Trends vorhersagen und die Kundenzufriedenheit beeinflussen?
 A B C D

(3) Verfügt der ZÄD über Daten, die belegen, dass die kundenbezogenen Ergebnisse mit denen anderer ZÄD vergleichbar oder besser sind als diese?
 A B C D

Bewertung

- D noch nicht begonnen
- C gewisse Fortschritte
- B beträchtlichem Fortschritte
- A vollständig erreicht

Die EFQM gibt vor, was eine A, B, C oder D-Bewertung bedeutet.

Folgende Vorteile des Multiple-Choice-Fragebogens gegenüber den Standardformularen haben sich herauskristallisiert:

- Er hilft, den gegenwärtigen Standort zu ermitteln.
- Er ermutigt eine Organisation, den Fortschritt regelmäßig zu überwachen.
- Er liefert eine Aussage darüber, ob alle Mitarbeiter dieselbe Vorstellung von den Leistungen und Schwächen haben.
- Er ermöglicht eine Einigung auf Prioritäten für Verbesserungen.
- Er stellt sicher, dass die Belastungsgrenze eines ZÄ Dienstes nicht durch zu viele Verbesserungsmaßnahmen überschritten wird.

Wie die Ergebnisse genutzt werden

Der Multiple-Choice-Fragebogen hat die wichtige Eigenschaft, dass jede der Fragen einen gleich großen Beitrag zur Gesamtbewertung liefert. Da alle Fragen von gleichem Gewicht sind, sind Abschnitte mit der niedrigsten Bewertung offensichtlich die Bereiche für potenzielle Verbesserungen. Die Entscheidung hierüber hängt im ZÄD allerdings von vielen Faktoren ab. Eine deutliche Streuung bei der Bewertung zeigt dabei die großen Unterschiede in der Wahrnehmung auf.

Die Bewertung der Fragen nach den Punkten A - D erfolgt nach EFQM folgendermaßen:

Spalte D bedeutet 0%, Spalte C 33%, Spalte B 67%, Spalte A schließlich 100%.

Die „markierten“ Prozentsätze werden dann aufaddiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert, um so das Durchschnittsergebnis zu erhalten (EFQM, 1999).

Sollte das Gesamtergebnis ernüchternd sein, sei abschließend auf die Erkenntnisse der EFQM zurück gegriffen. „Viele Organisationen liegen mit ihrer Bewertung bei etwa 20%, exzellente Organisationen bei etwa 50% und Organisationen von Weltklasse bei etwa 75%, vorausgesetzt, die Fragen werden realistisch beantwortet.“

Wie geht es weiter?

In Anlehnung an das EFQM-Modell werden die Standardformulare für jedes Teilkriterium (1a, 1b, 1c, 1d, 2a,

2b, 2c etc.) erstellt.

Parallel dazu soll ein Assessorentraining erfolgen, das Lizenztraining der EFQM mit Zertifikat, welches die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befähigt, zunächst offizielle Fallstudien der EFQM und schließlich ihre eigene Organisation mittels der Standardformulare zu bewerten. Diese Assessorinnen und Assessoren würden dann auch weiteren ZÄD zur Verfügung stehen.

Ausschlaggebend für den Erfolg sowohl der Multiple-Choice-Fragebögen, als auch der Standardformulare ist die transparente Ergebnisdarstellung der Selbstbewertung. Noch einmal soll betont werden, dass Verbesserungsmaßnahmen den Prioritäten der ZÄD und der externen Einflüsse Rechnung tragen sollten. Wie bei anderen Aktivitäten auch, sollte der Fortschritt bei der Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen durch ein Review überprüft werden.

Dr. Michael Schäfer, MPH,
Gesundheitsamt Düsseldorf,
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf,
michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

- Literatur beim Verfasser -

Veranstaltungskalender

Vorankündigung

**Jahrestagung der DGK 2003
Vom 26. - 27. September in Jena**

Wissenschaftliches Programm:

- Prävention nach Maß
- Anästhesiologische Aspekte in der Kinderzahnheilkunde

Tagungsort:
Universität Jena, Carl-Zeiss-Straße 3

Tagungsleitung:
Prof. Dr. Dr. Lutz Stöber
An der Alten Post 4
07743 Jena

Tagungsbüro:
Öffnungszeiten:
Freitag, 26.9.2003: 7.30 - 17.30 Uhr
Samstag, 27.9.2003: 8.00 - 14.00 Uhr

8. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin

Von der Analyse zur Intervention – Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen.

Zum Kongress „Armut und Gesundheit“ heute in Berlin erklärt die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Dr. Elisabeth Pott:

„Der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit bereits bei Kindern und Jugendlichen ist auch in Deutschland unbestritten. Dies gilt für die Frühgeburtlichkeit, die Säuglingssterblichkeit, die Bescherdehäufigkeit und Erkrankungen bei Schulkindern, die Zahngesundheit, Unfälle sowie schwere Atemwegserkrankungen. Ebenso sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien häufiger in ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung beeinträchtigt und weisen häufiger gesundheitsschädliche Verhaltensweisen auf. So rauchen, wie wir aus der Drogenaffinitätsstudie BZgA wissen, 37 % der Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe II in Gymnasien, jedoch 53 % der gleichaltrigen Berufsschülerinnen und Berufsschüler.“

Sehr deutlich lässt sich der Zusammenhang auch am Beispiel der Schulbildung, die neben dem Einkommen und dem Beruf als weiterer Hinweis auf soziale Unterschiede gewertet wird, aufzeigen: Männer mit Abitur haben eine um 3 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer ohne Abitur. Bei Frauen beträgt der Unterschied sogar 4 Jahre.

Der heute in Berlin stattfindende 8. Kongress „Armut und Gesundheit“ stellt die Orte der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt. Es geht um die Frage, wie im unmittelbaren Lebensumfeld sozial benachteiligter Menschen ihre Gesundheitschancen verbessert werden können.

Die BZgA beteiligt sich aktiv daran, Programme und Entschlüsse mit dem Ziel umzusetzen, dass mehr und bessere Orte der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen entstehen.

Zur Zeit läuft die erste Erhebungsphase für eine Datenbank im Internet über Maßnahmen und Projekte für sozial Benachteiligte. Über die Internetplattform www.datenbank-gesundheitsprojekte.de soll es zukünftig zu einem verstärkten Transfer zwischen den Akteuren kommen. So wird es möglich sein, dass Projekte zu bestimmten Themen (z.B. Sucht, Impfen, Sport usw.) oder zu spezifischen Orten (z.B. Kindergärten, Schule, Arbeitsstelle oder Gemeinde) sofort recherchierbar sind. Außerdem stehen nationale und internationale wissenschaftliche Veröffentlichungen, die wichtige Hinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten enthalten, jederzeit aktuell zur Verfügung. Im Frühjahr 2003 wird mit ersten Ergebnissen gerechnet.

Einsatz bewährter Projekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in sozialen Brennpunkten.

Die BzGA hat damit begonnen, ihre bewährten und evaluierten Projekte bevorzugt in sozialen Brennpunkten einzusetzen, weil hier der Handlungsbedarf am größten ist. Dies gilt z.B. für die Mitmachaktion „Gut drauf“, bei der Ernährung und Bewegung bei Jugendlichen den Themenschwerpunkt bilden. „Apfelklops & Co“, ein Fest mit Rock und Liedern rund um Ernährung und Bewegung für Menschen ab 5 Jahren, ist ein weiteres Medienangebot der BZGA, um vor allem für sozial benachteiligte Kinder gesundheitsfördernde Botschaften emotional anregend und unterhaltend zu vermitteln. Da die BZGA bei diesem Projekt eng mit Kooperationspartnern wie z.B. Jugend- und Gesundheitsämtern, Schulen und Kindergärten zusammenarbeitet, entwickelt sich dadurch eine dauerhafte Vernetzung im Bereich der Gesundheitsförderung.

Kontaktadresse:
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220,
51109 Köln
Tel.: 0221/8992-280
Fax : 0221/8992-201
www.bzga.de
voelker-albert@bzga.de

Periimplantologische Knochenrekonstruktionen

Dr. M. Winter

Bei einer Beratung im Hinblick auf chirurgische Maßnahmen zum Aufbau des Alveolarknochens sollte neben der Darstellung des chirurgisch Machbaren und den dabei möglichen Komplikationen ein besonderer Schwerpunkt auf den zeitlichen Behandlungsablauf und eventuelle, den Alltag des Patienten einschränkende Einflüsse (z. B. Prothesenkaenz, postoperative Schwellung) gelegt werden. Chirurgisch machbar ist – bei entsprechendem Aufwand – fast alles.

So ist es beispielsweise nicht nur gelungen, den extrem atrophien Oberkiefer mittels mikroanastomierter Fibula – also einem Teil des Unterschenkels – aufzubauen (Bähr 1996), man kann einen solchen Knochen auch noch nach erfolgter Einheilung mit Hilfe der Kallusdistraktion gleichzeitig nachwachsen lassen (Friedrich et.al. 2000).

Die kompliziertesten, rekonstruktiven Probleme sind also lösbar, es sollte aber das Bestreben vorherrschen, die Notwendigkeit knöcherner Rekonstruktionen zu reduzieren.

Die rechtzeitige Implantation zur Vermeidung starker Inaktivitätsatrophie und die Anwendung knochenschonender Operationsverfahren gegenüber prognostisch ungünstigeren Operationsverfahren tragen dazu bei, periimplantologische Knochenrekonstruktionen zu minimieren.

Der Alveolarfortsatz ist ein funktioneller Knochenteil. Fehlen die Zähne als funktionelles Element, schwindet der Knochen im Sinne einer Inaktivitätsatrophie. Beispielsweise wird der durchschnittliche, vertikale Knochenverlust im anterioren Unterkiefer bei vollständiger Zahnlosigkeit mit 2 mm pro Jahr beziffert (Tallgren 1972). An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass allen absoluten Kieferkammerhöhungen mit autologem Material die mittelfristige, fast vollständige Resorption des Aufbaues gemeinsam ist, da die funktionelle Belastung fehlt (Koberg 1985). Demgegenüber gewährleistet die Einleitung von physiologisch-funktionellen Kräf-

ten durch enossale Implantate eine weitestgehende Volumenkonstanz der vertikalen Aufbauten (Neukam 1993). Die Notwendigkeit einer periimplantologischen Augmentation nach Zahnverlust wird also mit fortschreitender Resorption immer größer. Auch im zahnlosen Unterkiefer als eine der klassischen Implantatindikationen kann bei entsprechend progressivem Atrophieverhalten eine Implantation gefährlich oder unmöglich werden.

Das Auftreten von pathologischen Frakturen nach Implantationen in die stark atrophierte Mandibula war Anlass, ein Stufenkonzept in diesem Zusammenhang zu erarbeiten:

So kann von einer weitestgehend unproblematischen Implantation bis zu einer Restunterkieferhöhe von 12 mm ausgegangen werden.

Bei Resthöhen von 10-12 mm sollte gedeckt einheilenden Implantatsystemen der Vorzug gegeben werden, da im Falle einer pathologischen Fraktur das integrierte Implantat unter Umständen belassen werden kann.

Bei Restkieferhöhen von 10 mm und weniger muss die Rekonstruktion mittels Auflagerungsosteoplastik ernsthaft in Erwägung gezogen werden. (Feifel u. Winter 1997).

Im Hinblick auf spätere Implantatinsertionen sollte jede Exzision möglichst knochenschonend durchgeführt werden. So ist oft die Entfernung von mehrwurzligen Zähnen nach minimaler Aufklappung und Separierung der Wurzeln substanzschonender als eine Exzision, bei der vor allem der dünne und für Implantate prognostisch wichtige, vestibuläre Knochen verloren geht. Das Durchtrennen des osären Septums ist dabei vernachlässigbar, da genügend Knochenwände zur Verfügung stehen, von denen Regeneration ausgehen kann.

Osteoplastische Zugänge im Zusammenhang mit Wurzelspitzenresektionen, Kieferhöhlenoperationen, Zystektomien oder der Entfernung retinierter Zähne stellen die minimalinvasive Methode schlechthin dar. Die von Lindorf und Khoury inaugurierte Methode gewährleistet eine rasche Revaskularisierung der vestibulären Knochendeckel, so dass bei späteren Implantationen dieser Bereich intakt vorgefunden wird.

Bei zahnerhaltenden chirurgischen Eingriffen sollte gerade dann, wenn implantologische Maßnahmen alterna-

tiv einsetzbar wären, die Indikation kritisch überprüft werden. Gerade die vestibulären Knochendefekte nach mehrfacher, erfolgloser Wurzelspitzenresektion sind nur aufwendig, teilweise durch Knochentransplantation (Winter u. Braumandel 1998) rekonstruierbar.

Warum muss aber überhaupt vor Implantation der Knochen rekonstruiert werden?

Generell ist die prothetisch korrekte Platzierung der Implantate zu gewährleisten, um eine akzeptable Ästhetik und Funktion zu erreichen. Die Wiederherstellung der Vertikalen dient insbesondere der Schaffung eines biomechanisch sinnvollen Kronen/Wurzelverhältnisses und schützt den hochatrophen zahnlosen Unterkiefer vor pathologischen Frakturen.

Die Rekonstruktion der Transversalen dient vor allem der Optimierung der biomechanischen Situation.

A. und N. Behneke aus Mainz haben die ätiologischen Faktoren für pathologische Veränderungen periimplantärer Gewebe untersucht. Das Ergebnis ihrer Arbeit ist folgendes:

Neben einer vertikal überextendierten Suprastruktur korrelieren ein unbehandelter vestibulärer Dehiszenzdefekt und eine dünne vestibuläre Knochenlamelle am stärksten mit dem Auftreten von Implantatverlust und Erkrankung des periimplantären Hart- und Weichgewebes (Behneke A. u. N. 2000).

Warum ist eine ausgeprägte, vestibuläre Knochenlamelle prognostisch so wichtig, wo wir doch auch an natürlichen Zähnen, immer wieder diesen fehlenden vestibulären Knochen beobachten können? Zu dieser Frage findet sich eine Antwort in einer vielzitierten Arbeit von Richter aus Würzburg:

Er beobachtete, dass die bei der Mastikation im Molarenbereich bei Implantaten auftretenden Biegemomente im Bereich der vestibulären Lamelle mit 170 Nmm doppelt so hohe Werte erreichen, wie die der oralen Lamelle (Richter 1998).

Implantate sind aber im Gegensatz zu Zähnen ankylotisch im Knochen verankert. Große Biegekräfte im vestibulären Bereich können wegen des fehlenden Faserapparates nicht in funktionelle Zugkräfte umgesetzt werden.

Hieraus folgt, dass nicht nur aus ästhetischen, sondern auch aus biomechanischen, funktionellen Gründen verloren gegangene Knochenabschnit-

te vor der Implantatinsertion rekonstruiert werden sollten.

Als operative Techniken zur knöchernen Rekonstruktion stehen prinzipiell die Knochentransplantation, die Methode der gesteuerten Knochenregeneration (mit autologem Knochen oder Knochenersatzmaterial) und Kombination der beiden Verfahren zur Verfügung.

Transplantierte Knochen hat sowohl osteogene Potenz durch überlebende Osteozyten, als auch osteokonduktive Leitschienenfunktion und osteoinduktiven Einfluss durch die transplantierten BMPs (=Bone Morphogenetic Proteins) auf pluripotente, mesenchymale Zellen. Knochenersatzmaterialien haben im Gegensatz zum autologen Knochen in der Regel nur eine Leitschienenfunktion d. h. einen osseokonduktiven Effekt.

Vertikale Rekonstruktionen sind im Vergleich zu transversalen problembehafteter, da die plastische Deckung des augmentierten Areales schwieriger ist und die Ernährung sowie das Einwachsen von Osteozyten nur von der Basis erfolgen können. Prinzipiell erfolgt die knöcherne Rekonsolidierung umso besser, je mehr Knochenwände zur Verfügung stehen, von denen sie ausgehen kann. Eine Übersicht über die verbreitetsten Augmentationsverfahren gibt die Tabelle.

Fazit

Verlorene gegangener periimplantärer Knochen muss aus biomechanisch-funktionellen und ästhetischen Gründen rekonstruiert werden. Die frühzeitige Implantation nach Zahnverlust, die Anwendung knochenschonender Operationstechniken – insbesondere bei Zahntfernung und chirurgischer Zahnerhaltung – sowie die kritische Überprüfung der Prognose bei der Indikationsstellung zu solchen Interventionen stellen die wichtigsten Aspekte dar, periimplantologische Knochenrekonstruktionen in ihrer Zahl und Umfang zu reduzieren. Dadurch werden die Invasivität sowie die Behandlungsdauer und -kosten minimiert.

Dr. Martin Winter
Zahnarzt – Oralchirurg
Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie
Martinstrasse 26-28 (Turmpassagen)
53359 Rheinbach
e-mail:m.j.c.winter@t-online.de
- Literatur bei der Redaktion -

Tab. 1: Augmentationstechniken

Rekonstruktion transversal

- Knochenspreizung
- Bonesplitting
- Bonespreading
- Guided Bone Regeneration
- Vestibuläre Auflagerungen

Rekonstruktion vertikal

Absolut

- Auflagerungsteoplastik
- Sinusbodenaugmentation
- Vertikale Kallusdistraktion

relativ

- Lateralisation des N. alveolaris inferior

3-D-Rekonstruktionen

Aktion zahnfreundlich e.V. mit neuem Vorsitz

Im Dezember bestimmte die Mitgliederversammlung der Aktion zahnfreundlich e.V. Dr. Stefan Zimmer von der Charité in Berlin einstimmig zu ihrem neuen 1. Vorsitzenden, nachdem Prof. Jean-Fancois Roulet sich nicht der Wiederwahl gestellt hat, da er die Universität verlässt.

PD Dr. Christian Splieth von der Universität Greifswald wurde zum 2. Vorsitzenden gewählt.

cho



KROCKY ist umgezogen

Die Geschäftsstelle der Initiative Kiefergesundheit e.V. ist von Augsburg nach Berlin umgezogen.

Die neue Adresse lautet:
Initiative Kiefergesundheit e.V.
Ackerstraße 3
10115 Berlin
Telefon: 030/24632133
Fax: 030/24632134
Info@ikg-online.de
www.ikg-online.de

Zahnärztliche Verbraucher- und Patientenberatung – Modellversuch gemäß § 65b SGB V

Dr. U. Niekusch

Das immer komplexer werdende deutsche Gesundheitswesen kann nur dann im Sinne der Patienten funktionieren, wenn es transparent ist. Nur dann haben Nutzerinnen und Nutzer des Systems die Chance, unter den gesundheitlichen Angeboten zu wählen und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Welche unterschiedlichen Diagnose- und Therapieformen existieren? Welche Vor- und Nachteile weisen sie auf? Welche Leistungserbringer bieten sie an? Welchen Qualitätsstandard bieten diese? Was kostet die Anwendung? Zahlt die Krankenkasse dafür? Mit diesen oder ähnlichen Fragen sind die Patienten im Bedarfsfall konfrontiert, diese oder ähnliche Fragen müssen beantwortet werden. Voraussetzung hierfür sind Information und Transparenz.

Dementsprechend fordern die Nutzer des Gesundheitswesens Zugang zu mehr Informationen über die Leistung von Ärzten, Zahnärzten, Spezialisten und Krankenhäusern, aber auch über die Qualität der Versorgung.

Im Zeitalter der Massenkommunikation hat die Bevölkerung heute vielfältige Informationsmöglichkeiten. Beispielhaft seien hier Zeitschriften, Radio, Fernsehen und Internet genannt. Sehr oft wirft diese Informationsvielfalt jedoch neue Fragen auf. So steht der Nutzer von Online-Angeboten vor dem Problem, relevante Informationen aus einer Unzahl von Web-Seiten zu finden. Ist er endlich fündig geworden, so kann er nicht sicher sein, ob die Informationen frei von fachlichen Fehlern sind und die erforderliche Ausgewogenheit aufweisen.

Eine im Jahr 2000 durchgeführte Erhebung deutschsprachiger Internet-Patienteninformationen zum Thema Myoarthropathien des Kausystems ergab, dass dort zum größten Teil Empfehlungen abgegeben werden, die die Gefahr einer massiven Überdiagnostik und Übertherapie in sich bergen. Die Autoren stellen fest: „Bei den

gegebenen Behandlungsempfehlungen gewinnt man den Eindruck, dass die persönliche Vorliebe des jeweiligen Zahnarztes – und damit unter anderem prothetische und konservierende, Einschleif- und kieferorthopädische Maßnahmen – eine deutlich größere Rolle spielt als die konsequente Anwendung von Maßnahmen, für deren Wirksamkeit eine hohe Evidenzstärke aus kontrollierten Studien vorliegt. Die Gefahr des Großteils der vermittelten Informationen liegt darin, dass bei nicht behandlungsbedürftigen Personen ein Diagnostik- und Therapiebedarf suggeriert wird, der in Wirklichkeit nicht besteht und dass bei Myoarthropathiepatienten Hoffnungen auf Beschwerdefreiheit geweckt werden, die durch die angegebenen Maßnahmen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erfüllt werden können.“ (Neugebauer/Türp 2001)

Mit Blick auf die in Wartezimmern ausliegenden Informationsmaterialien (Broschüren, Flyer, Prospekte), die zu einem großen Teil von der Pharma- und Dentalindustrie zur Verfügung gestellt werden, stellt die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) fest, dass der Leser bei diesen Materialien nicht mehr klar zwischen neutraler Information und verdeckter Produktwerbung unterscheiden kann.

Eine ganz entscheidende Rolle in der Beratung kommt den Professionellen, vor allem den Ärzten und Zahnärzten, zu. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Behandlung durchgeführt werden soll.

Der Arzt ist die Instanz, dessen Intervention und Beratung von den Patienten am ehesten erwartet und akzeptiert wird und dadurch den größten Erfolg verspricht (Dierks/Bitzer 1998). Dennoch fühlen sich viele Patienten von ihrem Arzt oder Zahnarzt unzureichend informiert. So können von 1.000 Patienten 997 ihren Heil- und Kostenplan nicht verstehen, d.h. sie wissen nicht genau, welche Behandlung bei ihnen durchgeführt werden soll (Arnold/Brickau 1999). Nach Dierks (2002) scheint unzureichende Information im Gesundheitswesen kein rein zahnärztliches, sondern ein generelles Problem zu sein. Im Rahmen einer Selbsteinschätzung fühlten sich immerhin 70% der Patienten schlecht informiert über die Qualität von Ärzten und rund 60% meinen, sie seien schlecht aufgeklärt

über ihre Rechte als Patient. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kommen auch Wienold und Wohlfahrt mit ihrem Modellprojekt „Bürgerorientierung des Gesundheitswesens“ (Wienold/Wohlfahrt 2000). Interessant ist hierbei, dass Informationen generell bei den Ärzten einen geringeren Stellenwert einnehmen, als von den Patienten gewünscht wird (Laine et al. 1996).

Christoph Kranich, Leiter der Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucher-Zentrale Hamburg, stellt fest: „Jede Konsumleistung ist transparenter als das Gesundheitssystem, obwohl es beim Gesundheitssystem tausendmal wichtiger wäre.“ (Dohrn 2001)

Vor diesem Hintergrund ist der gesundheitliche Verbraucherschutz ein Thema mit zunehmender Bedeutung.

Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer

Schon 1992 erklärte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass an die Stelle des im Arzt-Patient-Verhältnis immer noch vorherrschenden „benevolenten Paternalismus“ (= wohlwollenden Bevormundung) ein partnerschaftliches Verhältnis treten muss. „Darin gibt der Arzt vermöge seines medizinischen Wissens den Rahmen vor, innerhalb dessen der Patient mit Hilfe des Arztes seine Entscheidungen trifft.“ (Sachverständigenrat 1992, Ziff. 352)

1996 forderte die Konferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer die Bundesregierung auf, Maßnahmen zur Verbesserung der Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu ergreifen und rechtlich abzusichern (Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1996). Dabei bezieht sich die GMK auf das bereits erwähnte Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 1992, in dem es heißt: „Eine spezielle Definition von Patientenrechten im Rahmen der allgemein anerkannten Menschenrechte ist erforderlich, da der Patient, der idealtypisch im Mittelpunkt des für ihn unterhaltenen Gesundheitswesens steht, sich durch sein Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit befindet und daher eines

besonderen Schutzes bedarf.“ Daraus leitet der Sachverständigenrat die Empfehlung ab, die bestehenden rechtlichen Vorgaben in einer für Versicherte bzw. Patienten und Patientinnen zugänglichen Patientencharta darzulegen.

Drei Jahre später formulierte die Gesundheitsministerkonferenz selbst ganz konkrete Ziele und setzte eine Frist für deren Verwirklichung (Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1999).

In der Gesundheitsreform 2000 wurden diese Forderungen, zumindest teilweise, berücksichtigt. Denn durch § 65b SGB V wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, mit jährlich insgesamt 5,11 Millionen Euro im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung zu fördern, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben. Die Förderung einer Einrichtung setzt deren Nachweis über ihre Unabhängigkeit und Neutralität voraus. Die Spitzenverbände benennen für die erste Förderphase in ihrer Ausschreibung drei Handlungsfelder (vgl. AOK Bundesverband 2000):
 Medieneinsatz, d. h. Einsatz moderner Informationstechniken bei der Verbraucher- und Patientenberatung (Handlungsfeld 1), Struktur- und Transparenzinformationen, d. h. Vermittlung qualitätsgesicherter Informationen über Leistungsanbieter, Versorgungswege, Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden/Therapieformen an Verbraucher/Patienten im Sinne einer Wegweiserfunktion (Handlungsfeld 2), Bedarfsanalyse, d. h. die Ermittlung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs (Handlungsfeld 3).

Der legitime Anspruch von Patienten auf unabhängige Beratung wird nochmals im Koalitionsvertrag der Rot-Grünen Bundesregierung vom Oktober 2002 bestätigt, in dem nachzulesen ist: „Wir stellen die Interessen der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Patientinnen und Patienten haben einen legitimen Anspruch auf unabhängige Beratung, objektive Information und auf Anhörung auch bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung.“ (Bundesregierung 2002).

Auch die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, Annette Widmann-Mauz, stellt auf ei-

nem Presseseminar des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte die Bedeutung der Patientenberatung durch unabhängige Experten heraus, damit bei einem von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) vorgeschlagenem befundorientierten Festzuschusskonzept „sichergestellt wird, dass der Patient nicht den Einkommensinteressen der Zahnärzte ausgeliefert ist“ (DZW 2003).

Zahnärztliche Verbraucher- und Patientenberatung

Gerade in der Zahnmedizin kommt aus mehreren Gründen der unabhängigen und neutralen Beratung, die darauf abzielt, den Patienten stärker in die Entscheidungsfindung einzubinden, eine besondere Bedeutung zu (Sinha 1998):

- Der Patient hat bei einigen Behandlungen einen hohen Eigenanteil zu bezahlen. 1997 betrug die Zuzahlung der Patienten über zwei Milliarden Euro (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 1998).
- Außervertragliche Leistungen müssen durch den Patienten beurteilt werden.
- Viele Zahnerkrankungen kann der Patient bei entsprechender Aufklärung und durch geeignete Maßnahmen selbst verhindern.
- Die Ursachen von Karies und Parodontitis sind hinreichend bekannt. Zahnärztliche Leistungen sind deshalb nachvollziehbaren Diagnosen zuzuordnen.
- Im Bereich der Zahnmedizin bestehen einige hinreichend sichere oder zumindest ernstzunehmende Hinweise auf Fehl- und Überversorgung.

Dass mangelnde Information und damit mangelnde Patientensouveränität eine angebotsinduzierte Nachfrage mit sich bringt, ist ein weiterer Grund für eine unabhängige und neutrale Beratung.

Schon vor Einführung des § 65b SGB V hatten verschiedene Organisationen den Bedarf zur Verbraucher- und Patientenberatung erkannt und Beratungsstellen eingerichtet. Neben zahlreichen Selbsthilfeorganisationen und Vereinen sind hier vor allem die Patientenberatungsstellen der Verbraucherzentralen in Hamburg, Berlin, Rostock und Düsseldorf und die Beratungsstellen der gesetzlichen Krankenkassen zu

nennen. Allerdings gehören zum Angebot dieser Beratungsstellen zahnärztliche Themen nicht oder nur eingeschränkt. Ihre wichtigste Aufgabe sehen diese Institutionen vor allem in der rechtlichen Unterstützung von Verbrauchern, Versicherten und Patienten (Nink 2001). Diese Reduzierung erscheint nicht ganz verständlich, macht doch der Kostenfaktor Zahnmedizin knapp 10% der Gesamtausgaben im Gesundheitssystem aus, und die Gruppe der Zahnärzte stellt immerhin 20% der gesamten Ärzteschaft.

Daher war es richtig, dass sich zunächst die Zahnärzteschaft in Eigenregie dem wachsenden Informationsbedarf von Verbrauchern und Patienten annahm und in den einzelnen Bundesländern entsprechende Beratungsstellen, die in der Regel bei den Zahnärztekammern angesiedelt sind, einrichtete (Prchala 1998).

Unabhängig und neutral – synonyme Begriffe?

Sind jedoch Beratungsstellen, die den Krankenkassen oder den Zahnärztekammern angegliedert sind, unabhängig und neutral, wie es § 65b SGB V fordert? Sicher, Unabhängigkeit im strengen Sinne gibt es nicht. Eine gewisse Abhängigkeit wird immer bestehen. Wie ist somit die gesetzlich verlangte „Unabhängigkeit“ zu verstehen? Wie kann sie erfüllt werden?

Diese Fragen lassen sich mit dem dreiseitigen Sozialpakt im Gesundheitswesen zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern beantworten: Eine Einrichtung der Patientenberatung soll unabhängig von den Leistungserbringern und Kostenträgern sein. Sie darf keiner Seite zugerechnet werden können, sie muss von beiden Seiten gleich weit entfernt oder „äquidistant“ sein (Abb. 1).

Nach dem Gebot der Äquidistanz sind Beratungsstellen, die zu den Leistungserbringern, d.h. der Zahnärzteschaft, oder den Kostenträgern,

Abb. 1: Gebot der „Äquidistanz“

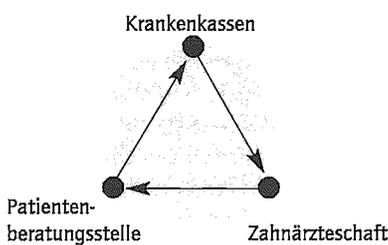


Abb. 2: Struktur der "Arbeitsgemeinschaft zahnmedizinische Verbraucher- und Patientenberatung für den Rhein-Neckar-Kreis"

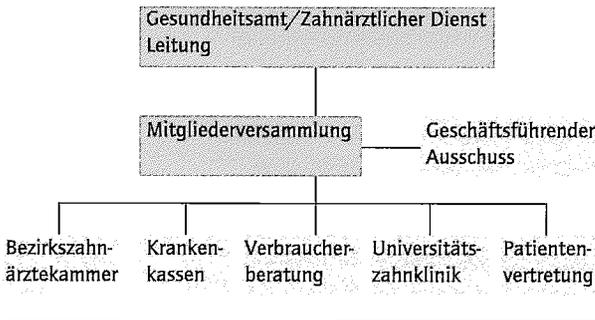


Abb. 4 Die Altersverteilung der Ratsuchenden

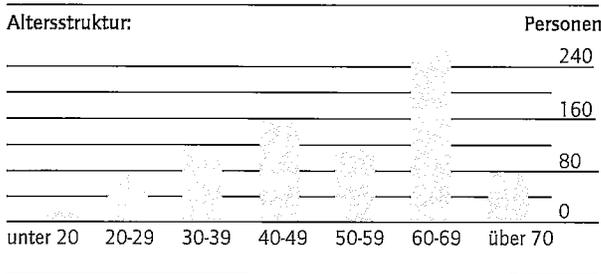
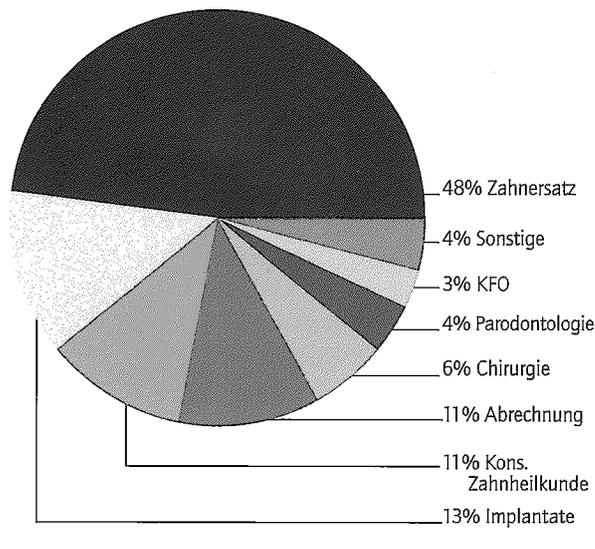


Abb. 5 Prozentuale Verteilung der Beratungsthemen



d.h. den gesetzlichen Krankenkassen gehören, nicht unabhängig.

Unabhängigkeit und Kooperation - Struktur der Arbeitsgemeinschaft

Unumstritten ist, dass Beratung zu zahnärztlichen Therapien oder eine zweite Meinung zu einem zahnärztlichen Behandlungsvorschlag nur durch Zahnärzte erfolgen kann und darf. Rechtsberatungen, Fragen zur Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkasse oder Fragen zu Einrichtungen im Gesundheitswesen können auch durch andere beantwortet werden. Daher ist es sinnvoll, die weiteren

Akteure im Gesundheitsbereich, z. B. die Krankenkassen, die Zahnärztekammer und Verbraucher-Zentralen mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen in die Beratung zu integrieren. Der wichtige Aspekt der Unabhängigkeit muss aber gewahrt bleiben!

Das auf Basis des § 65b SGB V geschaffene Modellprojekt „Arbeitsgemeinschaft zahnmedizinische Verbraucher- und Patientenberatung für den Rhein-Neckar-Kreis“ versucht, diese Vorgaben zu erfüllen. Der zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes übernimmt die Leitung der Beratungsstelle und führt die Erstberatung durch. Da das Gesundheitsamt weder zur Gruppe der Leistungserbringer noch zur Gruppe der Kostenträger gehört, ist die gesetzlich geforderte Unabhängigkeit gewährleistet. Gleichzeitig sind aber auch die regionale Bezirkszahnärztekammer, die örtliche Verbraucherberatung, die Krankenkassen und die Universitätszahnklinik beteiligt (Abb. 2).

Diese Struktur sichert die kompetente Beratung und fördert die Vernetzung. Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch soll außerdem die Beratungsqualität sicherstellen. In Zeiten knapper Kassen nicht unwichtig: Durch die Nutzung vorhandener Strukturen werden unnötige Kosten durch Parallelentwicklungen vermieden!

Das Leistungsspektrum

Die Beratungsstelle bietet ein komplettes Beratungsangebot. Das Spektrum reicht von Informationen zu Therapien über die Beratung zu Abrechnungsfragen, zu Rechtsfragen bis hin zur Zweitmeinung. Auch der wichtige Aspekt der Gesundheitsförderung – einer Kernaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes - wird berücksichtigt.

Seit über einem Jahr ist die Beratungsstelle für eine Million Bürger des Rhein-Neckar-Kreises, der Stadt Mannheim und Teilen des Neckar-Odenwald-Kreises erfolgreich tätig. Bereits nach einem Jahr waren über achthundert Beratungsfälle – ohne Telefonberatung – dokumentiert.

Erste Ergebnisse aus den Beratungen

Die während der Beratungsgespräche auf standardisierten Fragebögen erfassten Daten geben Aufschluss zur Akzeptanz der Beratung sowie über die Verteilung der Beratungsthemen.

Es zeigt sich, dass der Anteil der Frauen rund 70 Prozent beträgt. Mehr als die Hälfte der Ratsuchenden sind zwischen 40 und 70 Jahre alt (Abb. 4).

Zwei Zahlen, die zum Beispiel beim Einsatz des Internets für Beratungszwecke beachtet werden müssen. Denn gerade Frauen und die Altersgruppe über 50 nützen das Internet noch relativ selten.

Die Beratungsliste wird angeführt von Beratungen zum Zahnersatz. Mit weitem Abstand folgen die Versorgung mit Implantaten, die konservierende Zahnheilkunde und Fragen zur Abrechnung. Eine zurzeit nur geringe Rolle spielt die Rechtsberatung durch den Anwalt der Verbraucherberatung (Abb. 5).

Über 800 persönlichen Beratungsgesprächen standen rund 200 Telefonberatungen gegenüber. Während eine persönliche Beratung einschließlich einer gründlichen zahnärztlichen Untersuchung durchschnittlich 50 Minuten dauerte, lag dieser Zeitbedarf bei der Telefonberatung bei etwa 20 Minuten.

Und noch ein letzter Vergleich: Während der Anteil der in einer privaten Krankenkasse versicherten Personen bei etwa 11 Prozent liegt, war diese Personengruppe mit 16 Prozent der Ratsuchenden in der Beratungsstelle überproportional vertreten.

Erste Erkenntnisse

Erste Erkenntnisse aus der Beratungstätigkeit im Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis sind:

- Das unabhängige Beratungsangebot trifft auf eine rege Nachfrage in der Bevölkerung.
- Die Mehrzahl der Ratsuchenden möchte persönlich in der Beratungsstelle, am besten durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt, beraten werden.
- Die Telefonberatung spielt nur eine untergeordnete Rolle, da zur fachlich kompetenten Beantwortung der meisten Fragestellungen eine zahnärztliche Untersuchung unerlässlich ist. Nur nach einer gründlichen Inspektion der Zähne und der umliegenden Gewebe kann eine fundierte Zahnersatzplanung erfolgen.
- Der zur gründlichen Beratung einzuplanende Zeitbedarf sollte nicht unterschätzt werden. Etwa 50 Minuten werden für eine persönliche

Beratung einschließlich Untersuchung benötigt.

- 16% der ratsuchenden Personen waren nicht Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse, wurden aber dennoch kostenlos durch das Beratungsteam beraten. Da die Finanzierung der Beratungsstelle zurzeit ausschließlich aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkasse erfolgt, ist dieser Zustand auf Dauer nicht tragbar. Zur Lösung dieser Problematik sollte eine Mitfinanzierung der Beratungsstelle durch die private Krankenversicherung geregelt werden.

Nach den in der Beratungsstelle ermittelten Daten ist der typische Beratungspatient weiblich, 60 Jahre alt, wünscht Beratung zu Zahnersatz und möchte am liebsten einen „guten Zahnarzt“ genannt bekommen.

Die hohe Zahl der Ratsuchenden spiegelt das wachsende Beratungsbedürfnis der Patienten wider. Die Heidelberger Patientenberatungsstelle zeigt, wie mit Kooperation aller an der Zahngesundheit beteiligten Stellen eine unabhängige und neutrale Beratung erfolgen kann.

Schlussfolgerungen

Aktuelle Umfragen zeigen, dass die Bürger selbst eine aktive Rolle bei der Beeinflussung ihrer Gesundheit übernehmen möchten. Einer Studie für „DeutschlandMed“ ist zu entnehmen, dass Informationen über die Eigenverantwortung der Patienten und über Gesundheitsförderung als besonders wichtig eingestuft werden (Studie für DeutschlandMed, siehe I+G Gesundheitsforschung 1999). Laut einer Umfrage der Zeitschrift „Focus“ wünschen sich mehr als zwei Drittel der Bürger Informationen darüber, wie viele Fälle ein Arzt beispielsweise operiert hat und welche Komplikationsraten bei ihm zu erwarten sind (Focus 1997). Erste Ansätze, z.B. die Veröffentlichung vergleichender Untersuchungen der Krankenhausqualität (Focus, Stiftung Warentest) treffen auf hohes Interesse bei der Bevölkerung.

Im Interesse des Verbraucherschutzes ist es notwendig, flächendeckend zahnärztliche Patientenberatungsstellen, die Unabhängigkeit und Neutralität gewährleisten, einzurichten. Der öffentliche Gesundheitsdienst könnte hierbei die Federführung über-

nehmen und die gesetzlich geforderte Unabhängigkeit sicherstellen. Durch Kooperation und Vernetzung mit anderen, an der zahnmedizinischen Betreuung mittel- oder unmittelbar beteiligten Institutionen ist gewährleistet, dass über die Beratungsstelle gewonnene Erkenntnisse über Patientenbedürfnisse und -interessen in das Gesundheitssystem zurückgemeldet werden. Dies kann zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität in den verschiedenen Institutionen führen.

Um sämtliche Beratungsstellen auf einen einheitlichen Beratungsstandard zu bringen, wäre auf Bundesebene eine Dachorganisation zur Vernetzung der einzelnen Beratungsstellen sinnvoll. Außerdem sollte diese Stelle für die Weiterentwicklung von Beratungsstandards zuständig sein. Durch kontinuierliche Auswertung der Beratungsergebnisse kann eine Umsetzung in Empfehlungen gewährleistet werden.

Natürlich ist nicht völlig auszuschließen, dass der eine oder andere in einer unabhängigen zahnmedizinischen Patienten- und Verbraucherberatung eine Konkurrenz sieht. Der weitaus größere Teil erkennt aber die Chance, die ein gut und kompetent aufgeklärter Verbraucher und Patient bietet, wenn er nicht nur passiv Gesundheitsdienstleistungen konsumiert, sondern vielmehr aktiv im therapeutischen Prozess mitarbeitet.

„Der mündige Patient fragt, nervt aber nicht.“

Kontaktadresse:
 Dr. Uwe Niekusch
 Arbeitsgemeinschaft
 Zahngesundheit
 Zahnmedizinische Verbraucher- u.
 Patientenberatung
 c/o Gesundheitsamt
 Rhein-Neckar-Kreis
 Kurfürstenanlage 38 – 40
 D-69115 Heidelberg
 info@ag-zahngesundheit-hd.de

- Literatur bei der Redaktion -

Die Betreuung von Kindern unter drei Jahren im Rahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe

Teil 1: Zahngesundheitliche Beratung von Eltern in Mutter-Kind-Gruppen

Dr. D. Pommer

- Gekürzte Fassung -

Einführung

Für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe sind die Rahmenbedingungen in §21 Verhütung von Zahnerkrankungen, Gruppenprophylaxe, im Sozialgesetzbuch V festgelegt. Demnach sollen die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden. Die Kinder werden daher in der Regel ab dem dritten Geburtstag gruppenprophylaktisch betreut [13]. Repräsentative Daten zur Zahngesundheit der 3-5-Jährigen liegen in Deutschland nicht vor. Mit dem Eintritt in das Schulalter verfügten jedoch im Jahr 1997 im Durchschnitt nur noch 42% der Kinder über ein naturgesund Gebiss. Die mittleren dmft-Werte in den Bundesländern lagen zwischen 1,9 in Schleswig-Holstein und 3,2 in Sachsen-Anhalt [15].

Parallel zu den landesweiten Untersuchungen der DAJ führten in Baden-Württemberg die Stadt- und Landkreise repräsentative Erhebungen auf Kreisebene durch. Zielgruppen der Erhebung waren unter anderem auch Kinder im Alter von 6 Jahren. Stichprobeneinheiten für die 6-jährigen Kinder waren Grundschulen und andere Schulen mit 1. und 4. Klassen. Die Festlegung der Schulen erfolgte durch das Statistische Landesamt per Zufallsauswahl aus der Schuldatei des Kultusministeriums. Bei den kreisrepräsentativen Stichproben wurden die Daten jeweils vom Zahnarzt des zuständigen Gesundheitsamtes erhoben. Die Untersucher nahmen vor Studienbeginn an einer Kalibrierungsübung mit 15 Probanden teil. Der Kappa-Koeffizient wurde bei der Kalibrierung 1997 nicht ermittelt. Die statistische Auswertung der anonym dokumentierten Befunde erfolgte zentral durch

Abb. 1: Verteilung der Antworten in Prozent auf Frage 1: „Die Information von Eltern über die Verhütung von Zahnerkrankungen halten Sie für sehr ... nicht wichtig?"; n=105

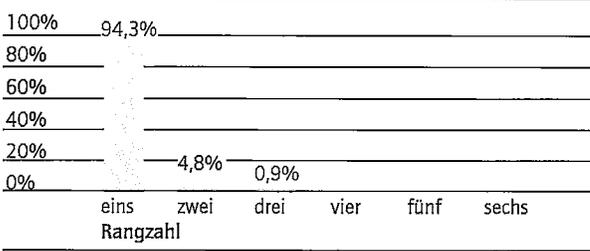


Abb. 2: Verteilung der Antworten in Prozent auf Frage 4: „Ihr Wissen über die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kleinkindern konnten Sie umfassend ... gar nicht erweitern?"; n=104

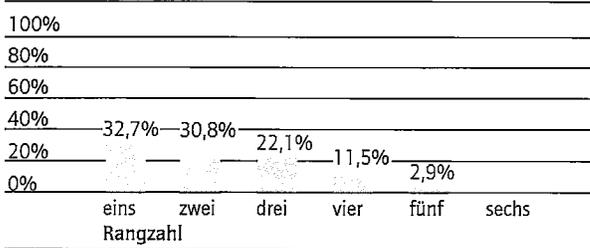
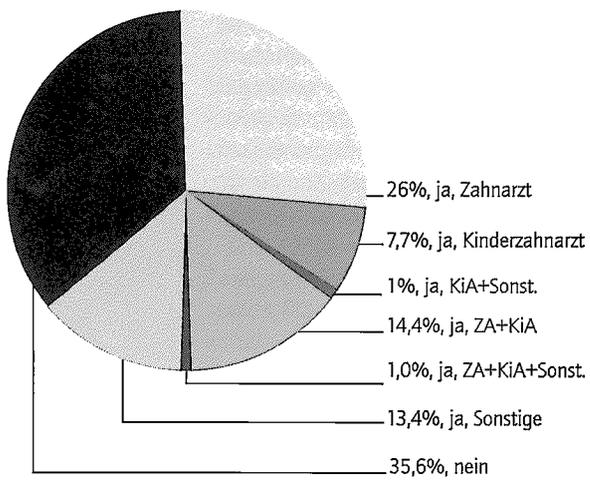


Abb. 3: Verteilung der Antworten in Prozent auf Frage 7: „Über die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kleinkindern wurden Sie bereits informiert?"; n=107



das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg [12]. Hiernach verfügten im Landkreis Tuttlingen 54,2% der 6-jährigen Kinder über ein naturgesundes Milchgebiss. Der mittlere dmft-Wert lag bei 1,9. Primärpräventive Maßnahmen mit dem Ziel, die Gesundheit des Einzelnen oder von Gruppen zu erhalten, bevor es zum Auftreten von Erkrankungen gekommen ist, sind bei diesen Kindern nicht mehr möglich. Möglicherweise beginnt die prophylaktische Betreuung im Kindergartenalter zu spät, um das Auftreten von Karies zu verhindern. Des Weiteren war in dieser Altersgruppe der Sanierungsgrad als Indikator für die Prozessqualität im Bereich der sekundären Prävention mit 55,8% im Milchgebiss

nicht zufrieden stellend. Offensichtlich bestehen in der Altersgruppe der bis sechs Jahre alten Kinder Defizite im Bereich der primären und sekundären Prävention.

Aktuelle Konzepte für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe empfehlen daher die präventive Betreuung dieser Altersgruppe, wobei insbesondere die bis drei Jahre alten Kinder berücksichtigt werden sollen [1, 2, 7]. Empfohlen werden dabei Präventionsmaßnahmen in Stillgruppen, Kinderkrippen und Kindertagesstätten sowie die entsprechende Information von Hebammen, Kinder- und Frauenärzten.

Die vorliegende Arbeit beschreibt ein Konzept, wie die gruppenprophylaktische Betreuung in der Altersgruppe der bis drei Jahre alten Kinder sichergestellt werden kann. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen zweier Projekte. Im ersten Projekt wurde die präventive Betreuung von Mutter-Kind-Gruppen aufgebaut. Das zweite Projekt hatte die Schulung von Hebammen und Kinderkrankenschwestern als Multiplikatoren für die Zahngesundheits-erziehung zum Ziel.

Zahngesundheitliche Beratung von Eltern in Mutter-Kind-Gruppen

Material und Methode

Im Landkreis Tuttlingen bestehen 54 Mutter-Kind-Gruppen. In den Gruppen treffen sich Eltern mit Kindern im Alter unter drei Jahren einmal wöchentlich. Von Mai bis August 1999 wurden im Rahmen eines Pilotprojektes zunächst in 6 Mutter-Kind-Gruppen Prophylaxeunterweisungen durchgeführt. Die Maßnahme erfolgte gemeinsam mit einer Fachfrau für Kinderernährung des Amtes für Landwirtschaft. Diese war verantwortlich für den Bereich der kindlichen Ernährung. Folgende Inhalte wurden den Eltern vermittelt:

- Mundhygiene: Zahnputztechnik und Hilfsmittel
- Ernährung: Kariogene Lebensmittel und nursing-bottle-Syndrom
- Fluoride: Methoden, Überfluoridierung
- Therapie: Zahnarztbesuch (ab wann) und Milchzahnsanierung

Für die Evaluation der Veranstaltung wurde während der Pilotphase im Anschluss an jede Veranstaltung ein Fragebogen an die Teilnehmer ausgegeben. Das Ausfüllen des Fragebogens war freiwillig. Die Überprüfung

des Fragebogens zum Ende der Pilotphase ergab keine Hinweise auf Verständnisprobleme. Der Fragebogen wurde daher unverändert beibehalten. Im Anschluss an die Pilotphase wurden von September 1999 bis August 2000 15 weitere Veranstaltungen durchgeführt. Der Fragebogen wurde dabei nur noch in jeder zweiten Veranstaltung ausgegeben.

Frage eins des Fragebogens zielte darauf ab, welchen Stellenwert die Teilnehmer der Kariesprophylaxe beimessen. Als Aspekte der Ergebnisqualität wurden mit den Fragen zwei bis fünf die Zufriedenheit mit den Veranstaltungen sowie der Nutzen der Veranstaltung für die Teilnehmer ermittelt. Bei den Fragen eins bis fünf gaben die Befragten ihre Bewertung anhand einer Ordinalskala mit Rangzahlen von 1-6 ab, wobei die Rangzahl 1 für die jeweils beste und die Rangzahl 6 für die schlechteste Bewertung standen. Mit den offenen Fragen sechs und acht konnten die Teilnehmer Anregungen und Kritik unabhängig von einer vorgegebenen Auswahlliste frei äußern. Die Antworten wurden dabei zunächst wörtlich übernommen. Inhaltlich gleiche Aussagen wurden danach für die weitere Auswertung in Gruppen zusammengefasst. Bei der Kombination von offener und geschlossener Fragetechnik in Frage sieben gaben die Teilnehmer an, ob und von wem sie bereits über die Thematik informiert worden sind. Als Prozessindikator gab diese Frage Hinweise, ob das bestehende Beratungsangebot entsprechend genutzt wird. Bei Frage sieben waren Mehrfachantworten möglich.

Die Auswertung und Darstellung der Daten erfolgte mit dem Programm MS Excel Version 97. Für die statistische Analyse wurde der Chi²-Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% eingesetzt.

Ergebnisse

Im Zeitraum Mai 1999 bis August 2000 wurden im Rahmen von 21 Veranstaltungen 22 Mutter-Kind-Gruppen aufgesucht. Die Anzahl der Teilnehmer belief sich auf 215. Alle Teilnehmer waren weiblich. Bei 12 Veranstaltungen wurde an 110 Teilnehmer der Fragebogen verteilt, der von allen Befragten zurückgegeben wurde. Teilweise waren nicht alle Fragen vollständig beantwortet.

In Abbildung 1 ist dargestellt, dass 99,1% der Befragten die Information von Eltern über die Verhütung von Zahnerkrankungen mit den Rangzahlen eins und zwei, also als sehr wichtig bis wichtig, bewerteten.

Die durchgeführten Veranstaltungen bewerteten 89,5% der Teilnehmer als sehr gut bis gut geeignet, um dieses Wissen zu vermitteln, wobei 99,1% fanden, dass die Inhalte sehr gut bis gut verständlich vermittelt wurden.

Wie Abbildung 2 zeigt, gaben 63,5% der Teilnehmer auf die Frage, inwieweit sie ihr Wissen über die Verhütung von Zahnerkrankungen erweitern konnten, an, ihr Wissen umfassend erweitert zu haben (Rangzahlen eins und zwei). 33,6% konnten ihr Wissen teilweise (Rangzahlen drei und vier), 2,9% nicht erweitern (Rangzahlen fünf und sechs).

Abbildung 3 zeigt, dass 26,9% der Befragten von ihrem Zahnarzt und 7,7% von ihrem Kinderarzt bereits über die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kleinkindern informiert wurden. Mehrfachinformiert waren 14,4% von ihrem Zahnarzt+Kinderarzt und jeweils 1,0% von ihrem Kinderarzt+sonstigen Quellen sowie Zahnarzt+Kinderarzt+sonstigen Quellen. 13,4% erhielten ausschließlich Informationen aus sonstigen Quellen, wobei in erster Linie Zeitschriften und Bücher als Informationsmedium genannt wurden (78,6% dieser Gruppe). 14,3% dieser Gruppe bekamen Information im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit, 7,1% von Freunden und Bekannten. Die restlichen 35,6% der Befragten waren bisher nicht über die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kleinkindern informiert.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dietmar Pommer
Landratsamt Tuttlingen
Kreisgesundheitsamt
Freiburgstr. 42
78532 Tuttlingen

- Literatur bei der Redaktion -

Die Fortsetzung folgt in der nächsten Ausgabe

Die Originalarbeit wurde mit dem Wrigley-Prophylaxepreis 2002 dotiert und erscheint in gekürzter Fassung als Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion der Zeitschrift Oralprophylaxe

Tholuck-Medaille an Friedrich Römer



Die Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene e.V. ging in diesem Jahr an den langjährigen Geschäftsführer des VfZ und

Publizisten Friedrich Römer. Der 1. Vorsitzenden des Vereins, Mario J. Perinelli, überreicht sie ihm am 11. Oktober 2002 in Wildbad Kreuth. In seiner Laudatio hob er Römers Verdienste hervor.

Er war von 1963 bis 1999 für den gemeinnützigen Verein für Zahnhygiene e.V. als Geschäftsführer tätig. In dieser Eigenschaft hatte er unter anderem maßgeblichen Anteil am Aufbau eines medizinisch-pädagogisch abgesicherten Programms für eine effektive Zahngesundheitserziehung. Krönender Abschluss seines Lebenswerkes ist der von ihm initiierte „Tag der Zahngesundheit“, der 1991 erstmals stattfand.

1979 rief er die Fachzeitschrift „Oral-Prophylaxe“ ins Leben. Internationale Beachtung fanden neben zahlreichen Veröffentlichungen in zahnärztlichen und anderen Zeitschriften auch seine Vorträge über zahngesundheitliche Themen. Römer war auch mit der Vorbereitung und Durchführung zahnmedizinischer Fachtagungen zum Thema Zahngesundheitserziehung und Vorbeugung betraut mit dem Ziel einer systematischen Fortbildung für Zahnärzte. Er gründete den Ausschuss „Koordinierung der Zahngesundheitserziehung“ auf Bundesebene.

Der Preisträger war viele Jahre als Leiter der Pressestelle der LZK und der KZV Hessen tätig. Römer engagierte sich zudem auf anderen gesundheitsrelevanten Gebieten – etwa im AK zur Förderung der Gesundheitserziehung „Jugend und Gesundheit“ oder als Vorstandsmitglied des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes. Für seine Verdienste im Rahmen der Gesundheitsvorsorge erhielt Römer 1986 das Bundesverdienstkreuz am Bande.

Mit der Tholuck-Medaille wurde sein Engagement für die Zahngesundheitserziehung neuerlich geehrt.

Dr. Matthias Lehr

Qualitätspreis der Akademie für ÖGW in Düsseldorf

Im Rahmen der Akademie-Jahrestagung fand am 20. November 2002 im CVJM-Hotel in Düsseldorf die erstmalige Verleihung des Qualitätspreises der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen statt. Er ist zugleich der erste Preis, der speziell für die kommunalen Gesundheitsdienste ausgeschrieben wird. Der Gesamtpreis ist mit 5000 Euro dotiert.

Insgesamt wurden 22 Projekte eingereicht, die von der 12köpfigen Preisjury nach den Kriterien der Preisauslobung – vor allem nach den Punkten Innovation und Qualitätsgewinn – bewertet wurden. Das inhaltliche Spektrum der eingereichten Bewerbungen reichte von Projekten, die allgemein die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes betrafen bis hin zu zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderungsprojekten und Projekten, die die Entwicklung neuer Angebote im ÖGD zum Thema hatten.

Die Jury verteilte den Gesamtpreis auf drei Projekte. Das Projekt des Gesundheitsamts Bremen „Aufbau einer Steuerungsstelle Psychiatrie am Gesundheitsamt Bremen“ wurde wegen seines innovativen Charakters bei der Zusammenführung der Fach- und Ressourcensteuerung verbunden mit einer neuen Methode der internen und externen Qualitätssicherung prämiert;

Bei dem Projekt „Leitbilder, Ziele und Aufgaben, Produkte und Leistungen hessischer „Gesundheitsämter“, das vom Hessischen Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. eingereicht wurde, erschien der Jury die Ausweisung von Qualitätsindikatoren und Qualitätszielen über die Zusammenstellung eines Produktkataloges hinaus als preiswürdig.

Dritter Preisträger ist das vom Kreis Neuss eingereichte Projekt „Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung“. Dieses innovative Projekt stellt mit seiner inzwischen bestätigten Nachhaltigkeit einen fachlichen Qualitätsgewinn und eine bemerkenswerte Umsetzung des Gesundheitsförderungsgedanken im ÖGD unter Beweis.

AfÖG

Saubere Zähne machen Schule Neue Unterrichtsmaterialien vom Verein für Zahnhygiene e.V.

Mit den überarbeiteten und neu gestalteten Unterrichtsmaterialien vom Verein für Zahnhygiene e.V. (VfZ) wird die Gesundheit der Zähne zur spannenden Schulstunde.

Die Materialien folgen dabei einem chronologischen Ablauf. Zunächst wird das Kindergartenalter angesprochen: Auf dem Cover lehnt lässig ein kleiner Rotschopf über einer blauen Zahnbürste – innen wird anschaulich vermittelt, worauf schon im Kindergarten zu achten ist – und hingewiesen werden muss. Praktisch: Damit auch die Kleinen aus fernen Ländern nichts verpassen, ist der Infobrief für Eltern gleich in mehreren Sprachen enthalten.

Die Ringbücher begleiten die Kinder dann weiter auf ihrem Weg durch Grundschule und Sekundarstufe I. Dabei sorgen bis zur 4. Klasse die Arbeitsmaterialien zur „Gebissgesundheit“ und von der 5. bis 10. Klasse die Anleitungen zur Gesunderhaltung des Gebisses dafür, dass der Unterricht in Sachen Zahnpflege alles andere als langweiliges Pauken ist. Spannende Hintergrundinformationen aus Medizin und Geschichte sind in dem Paket ebenso berücksichtigt wie witzige Cartoons und didaktisch ausgefeilte Methoden zum gemeinsamen Lernen.

Zu beziehen sind sie über den Verein für Zahnhygiene e.V., Feldbergstraße 40, 64293 Darmstadt, Fax: 06151-895 198 und über den Buchhandel zum Preis von EUR 7,90 für die Kindergartenmaterialien (ISBN 3-936818-02-9) und jeweils EUR 9,80 für die Grundschule (ISBN 3-936818-01-0) und Sekundarstufe I (ISBN 3-936818-00-2).

Für weitere Informationen:
Verein für Zahnhygiene e.V.
Dr. Matthias Lehr
Feldbergstraße 40
64293 Darmstadt
Tel.: (06151) 89 4 8 14
Fax: (06151) 89 51 98
e-mail: kontakt@zahnhygiene-ev.de

DAJ im Netz

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) präsentiert sich seit dem Jahreswechsel im Internet: Unter der Adresse www.daj.de dient der neue Auftritt als aktueller Informationsgeber und interaktives Diskussionsforum für Multiplikatoren und Eltern über Themen rund um die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe. Schwerpunkte des Auftritts sind die Kooperation zu den Mitgliedsorganisationen der DAJ und direkte Kontakt- und Informationsmöglichkeit über verschiedene Kommunikationswege sowie umfangreiche Serviceleistungen.

Auf den DAJ-Seiten findet der Nutzer

- in der Datenbank Medienangebote die Beschreibungen von Medien, die er sich nach eigenen Bedürfnissen, Art des Mediums, Thema und Zielgruppe zusammenstellen kann
- direkte Bestellmöglichkeit DAJ-eigener Medien
- Einblick in die jährliche bundesweite Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe
- eine Zusammenfassung des letzten Gutachtens zur Mundgesundheit (Epidemiologische Begleituntersuchungen)
- verschiedene Übersichten zu Mundhygieneartikeln, Fluoridierungsmitteln und Zahnpasten für Kinder
- Informationen zu dem in Abständen ausgeschriebenen Dr. Wahl-Preis zu einem Thema rund um die Jugendzahnpflege und
- Wissenswertes zum Themenkomplex Tag der Zahngesundheit, der alljährlich am 25. September stattfindet (Hintergründe, Anforderung von Info-Paketen, Bilder, Presseinformationen, DAJ-Angebot).

Aktuelle gesetzliche Grundlagen mit Begründungen, Grundsätzen und Empfehlungen zur Oralprophylaxe mit multikulturellem Ansatz sowie Fortbildungsangebote verschiedener in der Gruppenprophylaxe engagierter Organisationen runden das Angebot ab.

Kontakt:
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)
Dr. Christiane Goepel
Von-Sandt-Str. 9, 53225 Bonn
Tel.: 0228/694677
Fax 02 28/69 46 79

Jugendliche optimal in der Gruppenprophylaxe betreuen

Die Betreuung Jugendlicher in der Gruppenprophylaxe ist an besondere Rahmenbedingungen geknüpft. Wie Jugendliche optimal betreut werden können, zeigt der Tagungsbericht Gruppenprophylaxe für Jugendliche, den die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) jetzt herausgegeben hat.

Die Broschüre basiert auf den DAJ-Tagungen 2001. Sie hatten das Ziel, die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ansprache und Betreuung Jugendlicher in Einrichtungen mit überproportional hohem Kariesaufkommen zu erwerben und zu vertiefen.

„Die Jugend liebt heute den Luxus. Sie hat schlechte Manieren, verachtet die Autorität, hat keinen Respekt vor älteren Leuten und plaudert, wo sie arbeiten sollte“. Mit diesem Satz (von Sokrates), der wie ein abwertendes Urteil der Neuzeit klingt, rüttelt Prof. Dr. Karl Wiederhold in seinem Beitrag auf und zeigt die entwicklungs- und gesundheitspsychologischen Merkmale dieser Altersgruppe auf. Er führt in die Vor- und Nachteile verschiedener Unterrichtskonzepte und deren Störanfälligkeiten ein.

Dr. Martina Kröplin informiert über ein Projekt für Jugendliche für den Landkreis Eichsfeld. Aspekte der Hygiene und des Schmückens in der Pubertät rückt Dr. Rainer Seemann ins Blickfeld: Wie kann die Eitelkeit der Zielgruppe genutzt werden, und wo sind die (zahn-)medizinischen Grenzen von Zahnschmuck und Piercing im oralen Bereich? Auf den Aspekt des Selbstwertes, der Eitelkeit und der psychischen Entwicklung bei jungen Menschen mit geistiger Behinderung geht Ulrike Luxen in ihrem Beitrag sehr einfühlsam ein. Dr. Bettina Semmerling berichtet über eine Erhebung, die den Themenkomplex Gesundheit, Sauberkeit und Schönheit bei Jugendlichen aus sozial schwachen Umfeldern bearbeitet.

Neben den Informationen, Erfahrungen und Tipps aus verschiedenen Fachrichtungen enthält der Tagungsband einen Abriss der angebotenen Workshops. Sybille van Os-Fingberg zeigt mit Hilfe der AIDA-Formel Motivationsmöglichkeiten bei 12- bis

16-Jährigen auf („...und wir motivieren sie doch!“). Prof. Dr. Karl Wiederhold präsentiert Erfolg versprechende Unterrichtskonzepte, verbunden mit einem Bildarbeitsblatt „Wen würdest du auf keinen Fall küssen?“. In dem Beitrag Gruppenprophylaxe bei Behinderten geht Edeltraud Schondelmaier auf die Möglichkeiten und Grenzen der zahnmedizinischen Betreuung und Elisabeth Schwarz-Wagner auf die Mundmotorik als feinmotorisches System mit vielen Funktionen ein.

Die Broschüre ist zum Preis von 3,- EUR bei der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zu beziehen.

Kontakt:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)
Dr. Christiane Goepel
Von-Sandt-Str. 9,
53225 Bonn,
Tel.: 02 28 / 69 46 77,
Fax 02 28 / 69 46 79

Ausschreibung Dr. Wahl – Preis 2003

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) schreibt für das Jahr 2003 wieder den Dr. Wahl-Preis aus. Er wird in Erinnerung an den ersten Vorsitzenden der DAJ, Herrn Dr. Gotthold Wahl, und in Würdigung seiner bleibenden Verdienste um die Jugendzahnpflege vergeben. Das Thema lautet diesmal: „Stellenwert und Motivation zur Mundhygiene im Rahmen der Körperpflege von Jugendlichen“. Mit dem erfreulichen Kariesrückgang in den vergangenen Jahren platziert sich Deutschland international auf einem Spitzenplatz; diese Erfolgsgeschichte gilt es fortzusetzen und die zukünftigen Herausforderungen durch die Polarisierung des Kariesrisikos verstärkt anzugehen: Immer noch haben ca. 25 % der Kinder und Jugendlichen ca. 75 % der Karies auf sich vereint. In manchen Schulen und Behinderteneinrichtungen sind die Betroffenen verstärkt zu finden, so dass der Gesetzgeber vorgesehen hat,

für diese Gruppierungen „spezifische Programme“ zu entwickeln. Hier setzt die Ausschreibung des Dr. Wahl-Preises an: Sie soll zu Vorschlägen anregen, die geeignet sind, Jugendliche für eine verbesserte Mundhygiene anzusprechen und zu motivieren.

Angestrebt wird ein praktisches, aber theoretisch fundiertes Konzept in Form von verschiedenen Modulen, in dem aufgezeigt wird, mit welchen Inhalten, in welchen settings, in welcher Durchführung, mit welchen Medien/-Materialien diese Jugendlichen (ca. 13 bis 16 Jahre) zu erreichen sind.

Abgabeschluss ist der 30.05.2003. Als Preise für die besten Arbeiten ist ein Betrag von zusammen 3 000,- EUR ausgesetzt.

Kontakt und weitere Informationen:
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ)
Dr. Christiane Goepel
Von-Sandt-Straße 9, 53225 Bonn
Telefon: 0228 / 69 46 77
Telefax: 0228 / 69 46 79
info@daj.de

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, klausduerr@planet-interkom.de
2. Vorsitzende: Dr. Gudrun Rojas, Bergstraße 18, 14770 Brandenburg,
Tel. (dienstl.) 03381/585330, Fax 03381/585304, G.Rojas@t-online.de

Geschäftsführerin:

Dr. Claudia Sauerland, Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna
Tel. (dienstl.) 02303/272653, Sauerland-unna@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-
Rheinhausen, Tel. 02065/90585-79 Fax. -72, BSkiel@aol.com

Beisitzer: Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,
Tel. (dienstl.) 02306/100550, Fax 02331/4731341

Wissenschaftlicher Referent:

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

Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,
Tel. (dienstl.) 02306/100550, Fax 02331/4731341
christoph.hollinger@t-online.de

Beirat:

Dr. Michael Schäfer, MPH, Oberdorfstraße 31, 53343 Wachtberg
Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-Rheinhausen
Tel. 02065/9058579 Fax. 02065/9058572, BSkiel@aol.com
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: 4,25 EUR, Jahres-Abonnement 15,35 EUR, inklusive
Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.
Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.
Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluß.

Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur
vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.
Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.
Texte sollten nach Möglichkeit auf Diskette geliefert werden.
Bildmaterial oder Grafikkizzen bitte als Aufsichtsvorlage oder
Dia beilegen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Heraus-
gebers. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine
Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche
Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundes-
verbandes nicht zu entsprechen braucht.

Gestaltung:

www.GARDENERS.de

Druck:

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.