

Offizielles Organ des Bundesverbandes
der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

38. Jahrgang / August 2008 www.bzoeg.de

Zahngesundheit
in Niedersachsen

Berichte vom
58. Bundeskongress

15 Jahre
Gruppenprophylaxe
im Land Brandenburg



Positionspapier
2008

2.08

- 3 Editorial
- Aktuelles**
- 4 Positionspapier des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 2008
- 16 15 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg
- 18 Ehrenzeichen des BZÖG in Silber und Bronze
- Kongressbeitrag**
- 10 Land Niedersachsen – ein Überblick zur Zahngesundheit
- 12 Zum Stand der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland
- 14 Förderschulprogramme im Landkreis Northeim

Titelbild:
Copyright
BZÖG, Archiv

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.08
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. 0211/899 26 41, Fax 0211/892 90 79
Michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende: Dr. Claudia Sauerland
Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna
Tel. 02303/27 26 53, Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
Geschäftsführung: Dr. Cornelia Wempe
Erikastraße 73, 20251 Hamburg
Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 80 12 567
Cornelia.Wempe@t-online.de

Redaktion:

Dr. Grit Hantzsche
Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/51 58 22, Fax 03501/51 58 96
Hantzsche-Pirna@t-online.de

Anzeigenverwaltung:

Schatzmeister: Bernd Schröder
Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/905-8579, Fax -8572
b.schroeder@stadt-duisburg.de
Bankverbindung: Foerde Sparkasse
KTO 192 05 558, BLZ 210 501 70

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch
Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50
niekusch@agz-rnk.de

Zeitungsbeirat:

Dr. Gudrun Rojas
Dr. Christoph Hollinger
Dr. Gereon Schäfer

Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH
Reisstraße 42, 01257 Dresden

Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint dreimal im Jahr.
Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.
Einzelheft: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.
Bestellungen werden von der Geschäftsführung entgegengenommen. Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

Nachdruck,

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

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

EDITORIAL



Dr. Michael Schäfer
MPH



Dr. Claudia Sauerland

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Zeiten ändern sich, das Gute bleibt?
Stillstand ist Rückschritt?

Nicht solche Plattitüden, sondern die erklärte Absicht, sich auch zukünftig für die Mundgesundheit der Bevölkerung stark zu machen, sind der Auslöser für die ersten Überlegungen gewesen, dass ein neues und aktuelles Positionspapier des BZÖG aufgelegt werden muss.

In der täglichen Arbeit unterliegen wir immer wieder Rechtfertigungszwängen. Im Nachbarkreis wird angeblich alles ganz anders gehandhabt und in der Großstadt ebenfalls. Woran sollen wir unsere Arbeit orientieren? Welche Aufgaben nehmen wir wahr? Selbstverständlich haben wir auf der einen Seite unsere gesetzlichen Grundlagen. Diese können mit erheblichem Spielraum interpretiert werden. Die vorhandene Personaldecke beeinflusst das Handeln maßgeblich. Auf der anderen Seite sind wir in vielen Bereichen bereits dem Qualitätsmanagement verpflichtet und müssen Standards bei unserer Aufgabenwahrnehmung setzen.

Deshalb möchte der Vorstand Hilfestellung geben und der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Position beziehen.

Unterstützt von allen Landesstellenleiterinnen und -leitern sowie ihren Stellvertreterinnen und Stellvertretern hat der Vorstand ein neues Positionspapier erarbeitet. Auf diese Weise konnten Überlegungen aus fast allen Bundesländern Berücksichtigung finden und die unterschiedlichen Aspekte bei der Aufgabenwahrnehmung in das neue Positionspapier einfließen.

Selbstverständlich steht die zahnärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch einen öffentlichen Zahnärztlichen Dienst im Mittelpunkt der Ausführungen. Dem demographischen Wandel können aber auch wir uns nicht entziehen. Bereits in zahlreichen Diensten werden deshalb neue Aufgabenfelder besetzt. Neben Prävention und Gesundheitserziehung nimmt die Gesundheitsförderung einen immer breiteren Raum bei unseren Tätigkeiten ein.

Doch lesen Sie selbst, das Papier ist zentrales Element der vorliegenden Ausgabe.

Dr. Claudia Sauerland
Dr. Michael Schäfer



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Positionspapier des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 2008

Einleitung / Ausgangssituation

Eine zahnärztliche Betreuung der Bevölkerung durch einen Zahnärztlichen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ZÄD) ist unverzichtbar. Trotz „caries decline“ (= Rückgang des Kariesbefalls) weist in Abhängigkeit vom sozialen Status etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen immer noch schwere Schäden im Gebiss mit Folgen für ihre gesamte gesundheitliche Entwicklung auf. Weitere Teile der jugendlichen Bevölkerung zeigen vermeidbare Risikofaktoren und/oder frühe Anzeichen zukünftiger Schäden.

Die erwachsene Bevölkerung ist durch Änderungen bei der Zuschussregelung für Zahnersatz bei zunehmender Liberalisierung auf dem Gesundheitsmarkt verunsichert und benötigt in vielen Fällen Hilfestellung im Dickicht von Kostenvorschlägen, möglichen Therapien oder Versorgungsalternativen.

In einer älter werdenden Gesellschaft sind vermehrt pflegebedürftige Menschen, die in Heimen leben, zahnärztlich zu betreuen und zu versorgen. Bestehende Lücken sind zu füllen, eine Koordination notwendiger Maßnahmen anzustreben.

Leistungsspektrum

Die Zahnärztlichen Dienste erfüllen durch ihre Arbeit formal wie inhaltlich ihre Pflichten aus den Gesundheitsdienstgesetzen und dem Sozialgesetzbuch V. Hierzu gehören:

1. Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung - Gruppenprophylaxe

Die Zahnärztlichen Dienste nehmen eigenständige Aufgaben in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensverhältnisse sowie der Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen wahr.

Dies geschieht durch themen- und zielgruppenorientierte Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung, in der Verhütung von Gesundheitsgefahren und Erkrankungen und in einer möglichst frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsschäden.

Den gesundheitsfördernden und gesundheitserzieherischen Maßnahmen, die den Schwerpunkt der Tätigkeit der Dienste ausmachen, liegt das Konzept der Salutogenese (Erhalt der Gesundheit) zu Grunde. Hiernach zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit nachhaltig zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Dieser Orientierung wird in heutigen Konzepten der Vorrang vor professioneller Fürsorge und Betreuung (Verhinderung von Krankheit = pathogenetischer Ansatz) gegeben – ohne dass hierauf vollständig verzichtet werden könnte.

Die Chancen für eine gute Mundgesundheit sind nicht gleich verteilt. Kinder und Jugendliche, die sich in schwierigen Lebensumständen befinden, tragen die Hauptlast der Munderkrankungen. Die Bemühungen der Zahnärztlichen Dienste zielen darauf ab, diese Ungleichheit durch weitestgehende Flächendeckung der Maßnahmen zu verringern und somit Sozialkompensation zu leisten, insbesondere dort, wo durch andere Stellen keine Hilfe angeboten werden kann (Grundsatz der Subsidiarität). Dazu werden die Möglichkeiten des breiten Zugangs zu pädagogischen Einrichtungen genutzt, der eine „aufsuchende“ Betreuung zulässt, sodass auch Kinder und Jugendliche, die nicht rechtzeitig in die Zahnarztpraxen mit ihrer „Komm-Struktur“ gelangen, davon profitieren.

Zahnschäden sind in vielen Fällen vermeidbar, schwere Ausprägungen folgen heute einem sozialen Gradienten. Der Zahnärztliche Dienst nimmt sich deshalb vorrangig der Kinder und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten an und führt für diese Zielgruppe besondere Maßnahmen durch.

Die Leistungen werden zielgruppenorientiert und adressatengerecht, d.h. altersentsprechend vor allem bei Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (Eltern und Sorgeberechtigte) und bei den diese beratenden Berufs- und Multiplikatorengruppen erbracht. Zu diesen Gruppen gehören Hebammen und Geburtshelfer, Erzie-

her/innen, Kinderpfleger/innen, Lehrer/innen, Altenpfleger/innen sowie Schülerinnen und Schüler in entsprechenden Lehrberufen.

In einigen Fällen halten ZÄD unter Nutzung vor allem präventiver Potenziale Angebote für Senioren und deren Betreuer/innen vor. Ältere Menschen sind derzeit die Hauptnutzergruppe des Gesundheitssystems in Deutschland; sie bedürfen einer stärkeren gesundheitlichen Betreuung und mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Gesundheitsversorgung der über 80-Jährigen dar. Dieser Personenkreis ist die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in der Bundesrepublik. Fehlende Zähne oder schlecht sitzende Prothesen bewirken eine Reduktion der Nahrungsmenge sowie die Bevorzugung leicht kaubarer, aber nicht bedarfsgerechter Nahrung. Bei körperlichen Funktionseinbußen können Mundhygiene und die Handhabung des Zahnersatzes eingeschränkt sein. Entwicklung und Implementierung von zukünftigen Schulungsmaßnahmen sowohl für Senioren als auch der sie betreuenden Personen zur bedarfsgerechten Mundhygiene und Ernährung im Alter unter Berücksichtigung von Einschränkungen und Krankheiten stellen die Schwerpunkte in der Arbeit der ZÄD dar.

Die ZÄD bieten damit gesundheitsfördernde, gesundheitserzieherische und prophylaktische Maßnahmen im Sinne von primär-primärer, primärer, sekundärer und tertiärer Prävention an und führen diese durch.

Die Begriffe Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung werden häufig einheitlich verwendet. Sie besitzen jedoch unterschiedliche Konzeptionen, aus denen sich unterschiedliche Handlungsansätze ergeben.

a) Prävention

Prävention ist krankheitsorientiert. Maßnahmen der Prävention zielen auf eine Verringerung von Belastungen und Gefährdungen oder die Verhütung von Krankheiten ab. Sie wenden sich somit immer den Risiken der Krankheitsentstehung zu. Präventionsmaßnahmen richten sich an Risikogruppen mit

erwartbaren, bereits erkennbaren oder schon vorhandenen Störungen und Krankheiten. Je nach Zeitpunkt der Maßnahme wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden.

Durch Primärprävention soll das Eintreten von Krankheiten vermieden werden. Die Maßnahmen richten sich entweder mit allgemeinen Aufklärungskampagnen an die breite Bevölkerung oder aber speziell an Menschen, bei denen ein Erkrankungsrisiko besteht (z. B. Raucher, Menschen mit hohem Blutdruck). Von Primär-Primärprävention wird gesprochen, wenn gezielt Schwangere und junge Mütter angesprochen werden, um eine Erkrankung des Neugeborenen zu verhindern.

Sekundärprävention will die Ausweitung des Krankheitsbildes eingrenzen und den Verlauf der Krankheit verkürzen. Die Maßnahmen richten sich an Menschen, die bereits krank sind und bei denen eine Verschlimmerung ihrer Krankheit vermieden bzw. der Krankheitsverlauf abgebrochen werden kann (z. B. Elternmitteilungen mit der Information über die Erkrankung der Zähne ihres Kindes).

Tertiärprävention umfasst Maßnahmen, die eine möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis verfolgen (Versorgung von Kindern, wenn deren Sorgeberechtigte sie keiner Behandlung zuführen).

b) Gesundheitserziehung

Gesundheitserziehung beschreibt wissenschaftlich begründete Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen, die das Verhalten des Menschen in Richtung Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit beeinflussen. Der Mensch soll in seiner Verantwortung für die eigene Gesundheit gefestigt und befähigt werden. Eine entscheidende Funktion fällt bei der Gesundheitserziehung den Experten aus dem medizinischen Bereich zu.

Ziel der Gesundheitserziehung ist, Gesundheitswissen so zu vermitteln, dass es in die Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppe integriert werden kann. Individuelle Fähigkeiten zur Bewältigung krankheitsbezogener Problemlagen sollen gestärkt werden. Die Menschen sollen sich aktiv und produktiv mit den an sie gerichteten Anforderungen auseinandersetzen.

c) Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung beeinflusst die Lebensbedingungen von Menschen und konzentriert sich auf soziale Rahmenbedingun-

gen, unter denen Kompetenzen für Gesundheit gelernt werden. Gesundheitsförderung soll Menschen ermöglichen, aus eigenem Antrieb eine Entscheidung für ein gesundes Leben zu treffen.

Zielgruppen von gesundheitsfördernden Maßnahmen sind nicht nur Risikogruppen, sondern alle Gruppen der Bevölkerung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen da an, wo Krankheit noch nicht eingetreten ist. Gesundheitsförderung nutzt bürgerschaftliches Engagement. Initiativen, freie Organisationen, Selbsthilfegruppen, benachteiligte Bevölkerungsgruppen sollen ebenso angesprochen werden wie Bürgerinnen und Bürger mit ihren individuellen Problemen, Ansprüchen und Fähigkeiten.

d) Zusammenfassung

Gesundheitserziehung und Prävention verfolgen das Ziel, die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Gesundheit zu fördern. Dies geschieht mit dem Blick auf eine mögliche Krankheit oder ein bestehendes Krankheitsrisiko. Prävention spricht den Menschen grundsätzlich als Individuum an und erwartet immer persönliche Bemühungen, um einem Krankheitsrisiko vorzubeugen. Die Kompetenz für den Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Körperlichkeit wird dabei von den Akteuren des Versorgungssektors beansprucht. Zudem konzentrieren sich Gesundheitserziehung und Prävention auf Krankheiten, die im öffentlichen Erscheinungsbild als solche wahrgenommen werden.

Ergänzend dazu wird darin ein Instrument gesehen, um Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. In diesem Fall ist der Begriff Risikoprävention durchaus gebräuchlich. Diese Aussage ist auch für die Karies zutreffend. Immer noch versäumen Kinder und Jugendliche jedes Jahr zahlreiche Stunden in Kindergarten und Schule, weil sie Zahnschmerzen haben und wegen akuter Beschwerden zur Behandlung müssen.

Durch Gesundheitsförderung werden konkrete Fähigkeiten wie z. B. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit und Bildung der Menschen gestärkt. Die Lebensbedingungen wie Einkommen, Information, Verhaltensspielräume, Einbindung in soziale Netzwerke oder soziale Unterstützung werden bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung einbezogen. Auf diese Weise eignen sich Interventionen der Gesundheitsförderung dazu, die Lebenswelt der Menschen insgesamt gesundheitsförderlich zu beeinflussen. Menschen werden befähigt, sich mit den alltäglichen Problemen kompetent auseinander zu setzen und Belastungen besser zu verarbeiten.

Interventionen der Gesundheitsförderung müssen multidisziplinär umgesetzt werden. Das Wissen zu Zahn- und Mundgesundheit ist von den Zahnärzten breitflächig einzubringen. Sie müssen die Zusammenhänge zwischen sozialen, wirtschaftlichen, Erziehungs- oder Umweltthemen und der Mundgesundheit darstellen und eine zielgruppenspezifische Aufbereitung der Thematik vornehmen; damit der Einzelne für sich die Entscheidung zu Gunsten der gesunden Zähne treffen kann.

Mundgesundheitsthemen können in etablierte Programme anderer Professionen eingefügt werden. Die Umsetzung selbst muss nicht ausschließlich durch Zahnärzte erfolgen. Gut ausgebildetes Prophylaxepersonal kann in der Gruppenprophylaxe ebenfalls sehr erfolgreich sein.

Hilfreich ist, wenn eine Sensibilisierung für die Thematik der Zahn- und Mundgesundheit bereits während der Ausbildung z. B. von Hebammen, Erzieherinnen oder Kinderpflegerinnen sowie Altenpflegerinnen durch Zahnärzte des ÖGD stattfindet.

Kernpunkt zahnärztlicher Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch den Zahnärztlichen Dienst auf Basis der ÖGD-Gesetze der Länder sowie der Schul- und Kindertagesstättengesetze sowie des § 21 Sozialgesetzbuch V und der damit verknüpften Vereinbarungen auf Länderebene ist die sozialkompensatorische, aufsuchende Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Neben der Erarbeitung, Organisation und Durchführung spezifischer Gesundheitsförderungsprogramme liegen im Rahmen flächendeckender primärer, sekundärer und tertiärer Prävention Arbeitsschwerpunkte auf Basisprophylaxe (in Gruppen) und Intensivprophylaxe (in Gruppen) sowie in manchen Diensten der Individualprophylaxe.

Zu den Prophylaxeangeboten gehört die am Erkrankungsrisiko der Kinder orientierte Fluoridierung der Zähne.

e) Basisprophylaxe

Zahnärztinnen, Zahnärzte und Prophylaxefachkräfte sind in Kindergärten und Schulen im Rahmen der Basisprophylaxe tätig, um den Kindern beim Aufbau einer positiven Haltung zum Thema „Zahn- und Mundgesundheit“ zu helfen. Bei dieser Tätigkeit müssen sie neben ihrem gesetzlichen Auftrag sowohl den Forderungen neuer Lern- und Unterrichtskonzepte als auch den Schulrichtlinien der Länder entsprechen.

Inhaltlich gehören hierzu vorrangig Themen rund um das Erlernen und Trainieren von Mundhygienetechniken, die Ursachen

von Munderkrankungen und die Ernährungslenkung. Hier wiederum stehen im Mittelpunkt die Kariogenität von Speisen und vor allem Getränken, die Problematik der versteckten Zucker, von Säureerosionen und nicht zuletzt von schädlichen Habits. Saugflaschen aus Plastik und moderne Ventilverschlüsse auf Flaschen mit Erfrischungsgetränken stellen immer wieder neue Herausforderungen in Punkto Aufklärung und Erziehung dar.

Moderne Unterrichtsformen und Unterrichtskonzepte fordern eine Öffnung des Unterrichts nach außen und nach innen, d. h. sie verlangen ein Aufsuchen und Kenntnis der außerschulischen Wirklichkeit sowie ein Hereinholen, ein Einbeziehen dieser Wirklichkeit in den Unterricht.

Gesundheitsförderung und -erziehung sollten unter Berücksichtigung kognitiver (z. B. Wissen, Kenntnisse, Denken, Verstehen), affektiv-emotionaler (z. B. Neugier, Phantasie, Interessen, Einstellungen, Haltungen, Werte, Gefühle) und pragmatisch-psychomotorischer Lernziele (z. B. Handfertigkeit, motorische Fertigkeiten) umgesetzt werden.

Es sind Prinzipien zu berücksichtigen, die in der gegenwärtigen wissenschaftlichen Didaktikdiskussion als wichtig für ein erfolgreiches Lernen angesehen werden. Dazu gehören ein Lernen mit allen Sinnen sowie ein fächerübergreifendes, handlungsorientiertes sowie lebensweltbezogenes Lernen.

Lernprozesse müssen in einer für die Kinder angstfreien und emotionalen Sicherheit vermittelnden Atmosphäre stattfinden, weil diese für die Anbahnung bzw. Festigung eines positiven Verhältnisses zum Lebensbereich „Zahn- und Mundgesundheit“ wichtige Voraussetzung ist.

f) Intensivprophylaxe

Diese Prinzipien sind selbstverständlich für die Intensivprophylaxe ebenfalls umzusetzen. Abhängig vom Risiko der Kinder an Karies zu erkranken werden Einrichtungen, in denen eine große Zahl dieser Kinder anzutreffen ist, mit höherer Frequenz besucht. Außerdem gehört in der Regel mehrmals im Jahr eine Fluoridierung der Zähne – als niederschwelliges Angebot vor Ort in der Einrichtung aufgetragen – zu den Maßnahmen der Intensivprophylaxe. Mit Einverständnis der Sorgeberechtigten und nach umfangreicher Fluoridanamnese wird Lack, Fluid oder Gelee auf die Zähne aufgetragen. Dies geschieht in Verantwortung der Zahnärzte häufig durch entsprechend ausgebildetes Prophylaxepersonal.

g) Individualprophylaxe

Einige Dienste betreuen im Rahmen nachgehender Gesundheitsfürsorge Kinder, deren Eltern nicht willens oder nicht in der Lage sind, im notwendigen Umfang für die Zahngesundheit ihrer Kinder Sorge zu tragen, individualprophylaktisch. Zur Individualprophylaxe gehört ggf. die konservierende Behandlung dieser Kinder.

h) Konsiliardienste

Die Zahnheilkunde als Teildisziplin der Humanmedizin nimmt ihre Aufgaben im Kontext der Gesamtaufgaben der unteren Gesundheitsbehörden wahr.

Durch die Einbindung der ZÄD z. B. in logopädisch-spracheiltherapeutische Betreuung sowie die allgemeinmedizinische Schwangeren- und Mütterbetreuung werden unverzichtbare Konsiliardienste geleistet.

2. Untersuchung und Befundung

a) Einrichtungen und Vorgehensweise

Die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen dient einerseits der Erhebung bevölkerungsrelevanter Daten für die Gesundheitsberichterstattung bzw. zu Bedarfsanalysen für zielgruppenorientiertes Vorgehen und effektiven Ressourceneinsatz im Rahmen der Gruppenprophylaxe und zur Evaluation der Maßnahmen. Andererseits dient sie als Vorsorgemaßnahme, der individuellen Feststellung von zahnärztlichem (Be-) Handlungsbedarf (z. B. Versiegelungen, Kariestherapie, kieferorthopädische Behandlung, parodontale Probleme) und der Mitteilung dieses Handlungsbedarfes an die Sorgeberechtigten zum frühzeitigen Therapiebeginn. Der Brief an die Eltern sollte zudem Informationen über Prophylaxebedarf und/oder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko enthalten. Die Untersuchung hilft beim Angstabbau und schafft eine Grundlage für eine nachgehende sozialkompensatorische Fürsorge. Die Chance zur Motivation der Kinder, Jugendlichen und deren Bezugspersonen zu zahngesundheitsförderndem Verhalten muss dabei genutzt werden.

In Tageseinrichtungen für Kinder besteht darüber hinaus grundsätzlich die Möglichkeit einer Teilnahme der Eltern an der Untersuchung.

Die Schaffung qualitätsfördernder Rahmenbedingungen und die Beachtung der im Weiteren dargelegten Systematik sind notwendig. Die Ausführungen orientieren sich eng an den Empfehlungen der World Health

Organisation (WHO), publiziert in den Basic Methods for Oral Health Surveys in der aktuellen Version von 1997, ergänzt durch sinnvolle, leicht umzusetzende Zusätze.

Als allgemeiner Grundsatz zum Vorgehen ist anzustreben, dass alle Kinder auf die gleiche Art befundet werden.

Die zahnärztliche Untersuchung der Kinder und Jugendlichen wird – wo immer möglich und in Abhängigkeit vom Alter der untersuchten Kinder - neben datenschutzrechtlichen Gründen aus psychologisch-pädagogischen Überlegungen in der Form einer Einzeluntersuchung durchgeführt. Das Kind kann sich besser auf den Sachverhalt konzentrieren, ist bei entsprechender Veranlagung weniger aggressiv und unterliegt nicht dem Gruppenzwang. Nach einer Einführung vor der ganzen Klasse ist bei der Einzeluntersuchung der Kinder eine persönliche, an den individuellen Besonderheiten orientierte Betreuung jedes Mädchens und Jungen möglich. Die Einführung kann idealer Weise für einen Prophylaxeimpuls genutzt werden.

Arbeitsbedingungen unter ergonomischen Gesichtspunkten sind zu schaffen. Auf eine arbeitsstättenverordnungsgerechte Ausleuchtung ist zu achten.

Die Mundhöhle ist maximal auszuleuchten. Die Einstellung der Untersuchungsleuchte erfolgt möglichst immer so, dass eine Durchleuchtung der approximalen Flächen der Frontzähne mittels Spiegel von oral möglich ist.

Eine routinemäßige Trocknung aller Zähne und Zahnflächen wäre für diese zahnärztliche Untersuchung zu aufwändig. Ist der Zahn nicht ausreichend beurteilbar, sollte vor der Klassifizierung eine Trocknung mit Hilfsmitteln erfolgen.

Es ist insbesondere in Zweifelsfällen und bei älteren Schülern routinemäßig anamnestisch nach Beschwerden und Schmerzen zu fragen, da hiermit das Auffinden von schwer diagnostizierbarer Karies und hidden caries erleichtert wird.

Die Untersuchung ist durchzuführen mit:

- zahnärztlicher Sonde
- nicht vergrößerndem Mundspiegel
- Untersuchungsleuchte
- Hilfsmittel wie Watterollen, -stäbchen
- ev. einer Lampe zum Durchleuchten der Approximalräume im Seitenzahnggebiet

Der Empfehlung der WHO folgend sollten abgerundete, nicht scharfe Sonden verwendet werden. Die Sonde ist aufgrund der Möglichkeit, initial vorgeschädigte Schmelzbereiche zu beschädigen, sehr vorsichtig und keinesfalls hebelnd oder stärker

drückend zu handhaben. Dennoch kann auf ihre Benutzung nicht verzichtet werden, da die alleinige visuelle Untersuchung aufgrund von gelegentlich vorliegenden Belägen und der fehlenden Lufttrocknung manchmal nicht ausreicht. Besonderes Augenmerk ist auf die Grübchen und Fissuren der bleibenden Molaren zu richten.

Die Untersuchungen werden in der Regel aufsuchend durchgeführt, weil so eine Ansprache aller Kinder und der Eltern möglich ist. Ziel ist es deshalb, einrichtungsbezogenen Kinder und Jugendliche - unabhängig von der sozialen Lage - regelmäßig zu betreuen und zu untersuchen. Auf diese Weise kann der Erfolg der Prophylaxe überprüft und auf das Auftreten von Problemen in angemessener Zeit reagiert werden. Diese Vorgehensweise sollte in Abhängigkeit von der epidemiologischen Situation regelmäßig überprüft werden.

Wegen der zunehmenden Polarisierung des Kariesbefalls und der speziellen Problematik der „Kindeswohlgefährdung“ ist zukünftig weiterhin erhöhtes Augenmerk auf die Kinder und Jugendlichen zu legen, die wegen ihres Restantenstatus oder eines erhöhten Erkrankungsrisikos besonders betreuungsbedürftig sind. Zielsetzung ist es, die Problemlage so früh wie möglich zu erkennen.

Trotz teilweise sinkender Kinderzahl haben die vorrangig zu betreuenden Einrichtungen nicht abgenommen, ebenso wenig die Anzahl der Gruppen, Klassen und Kinder in Brennpunkteinrichtungen. Außerdem hat sich die Altersstruktur in den Tageseinrichtungen für Kinder entscheidend geändert. Der Anteil von unter Dreijährigen hat sich seit dem Jahr 2000 fast verdoppelt. Dies bedeutet, dass neue Ansprachemuster und Strategien entwickelt werden müssen, um diese Kleinkinder zu erreichen.

Menschen mit Migrationshintergrund und bildungsschwache Bevölkerungsgruppen finden einen schlechteren Zugang zu unserem Gesundheitssystem und bedürfen deshalb besonderer Unterstützung. Werden mit Hilfe der ZÄD erste Barrieren gegenüber dem Versorgungssystem überwunden, dürfen neben psychologischen und kulturellen Hürden nicht noch finanzielle aufgebaut werden. Für risikobelastete und finanzschwache Familien und deren Kinder muss eine zuzahlungsfreie Versorgung gewährleistet sein. Vor diesem Hintergrund werden die Bedeutung von präventiven Maßnahmen und die Vermeidung von Schäden besonders deutlich.

b) Hygiene und Arbeitsschutz

Die Durchführungen von Maßnahmen zur Hygiene im Rahmen der zahnärztlichen

Untersuchung von Kindern und Jugendlichen in pädagogischen Einrichtungen und aller anderen zahnmedizinischen Tätigkeiten der Dienste ist gemäß der gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien (Abbildung) einzuhalten.

Weiterhin sind das Erstellen eines Hygieneplans und eine aktuelle Desinfektionsmittelliste erforderlich.

Das Medizinproduktegesetz verpflichtet außerdem zum Qualitätsmanagement.

3. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Die zahnärztliche Untersuchung ist Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung (epidemiologische Betrachtungen, Trendaussagen usw.). Daraus ergibt sich die Überprüfung und Weiterentwicklung von Prophylaxestrategien (Bedarfsanalysen für zielgruppenorientiertes Vorgehen und effektiven Ressourceneinsatz). Nicht zuletzt deshalb muss die zahnärztliche Untersuchung auf Karies nach international anerkannten Grundsätzen (WHO) standardisiert EDV-gestützt und nach Möglichkeit von kalibrierten Untersucherinnen und Untersuchern durchgeführt werden.

Alle Befunde sind für jedes Kind in einem Zahnschema zu erfassen. Falls erforderlich muss neben einem zahnbezogenen Untersu-

chungsergebnis eine auf die Zahnfläche bezogene Befundung möglich sein.

Außer Aussagen zum dmf-t und DMF-T ist z. B. eine Ermittlung des SIC-Wertes anzustreben.

Neben der Karies und ihren Vorstufen sind Füllungen, Versiegelungen sowie kieferorthopädische und parodontale Befunde zu erfassen.

Durch die Durchführung aller Maßnahmen nach aktuellen anerkannten Standards und Grundsätzen sowie wissenschaftlich fundiert in Struktur, Prozess und Ergebnis sind die Leistungen gleichermaßen effektiv und effizient. Die Qualität der Arbeit sollte im Prozess des Qualitätsmanagements ständig überprüft und falls erforderlich, verbessert werden.

Die seit langen Jahren bestehende Mitarbeit der ZÄD in lokalen Arbeitskreisen zusammen mit Krankenkassen, Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hat die seit einiger Zeit eingeforderten Kommunalen Gesundheitskonferenzen, Runden Tische u. ä. de facto bereits vorweggenommen. Eine landes-, bundes- und WHO-kompatible, EDV-gestützte Berichterstattung zur Evaluation, Erfolgskontrolle, Wirkungsanalyse sowie zum Erstellen und zur Unterstützung (lokaler) Oral Health Surveys ist derzeit nicht in Sicht. Die Ausarbeitung entsprechender Programme ist daher

Gesetzliche Grundlagen (in der jeweils geltenden Fassung) sind:

- das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG)
- das Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz, MPG)
- die Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte- Betreiberverordnung, MPBetreibV)
- Technische Regeln für das Arbeiten mit biologischen Arbeitsstoffen 250 (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250))
- Berufsgenossenschaftliche Regeln für Sicherheit und Gesundheit (BGR 250)
- Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung, BioStoffV)
- Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen (Gefahrstoffverordnung - GefStoffV)
- Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte)
- Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene (Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut)
- Anforderungen an die Hygiene an die Reinigung und Desinfektion von Flächen (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut)
- Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes der Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA)

wünschenswert. Die jährlich durchgeführte Dokumentation zur Gruppenprophylaxe durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) ist bislang eine Zustandsbeschreibung; könnte jedoch unter konsequenter Fortentwicklung diese Aufgabe erfüllen und sollte für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe angestrebt werden.

Die Datenanalyse muss dazu dienen, Mundgesundheitsrisiken der Bevölkerung aufzuzeigen. Es ist ratsam, überregionale Mundgesundheitsdaten zu ermitteln und für Vergleichs- und Planungszwecke zu nutzen, Gesundheitsberichte anderer Institutionen sind mit den gewonnenen Erkenntnissen zu ergänzen.

Durch die Datenanalyse können Trends und Verhaltensweisen aufgespürt werden, aus denen Mundgesundheitsprobleme entstehen können. Missstände, die die ungünstige Entwicklung der Mundgesundheit verursachen, sind zu benennen und die Dienste sollten für deren Beseitigung eintreten.

4. Öffentlichkeitsarbeit

Wünschenswert ist, dass Kindern eine bejahende Einstellung zur Mundgesundheit und zur Pflege ihrer Zähne vermittelt wird. Die Grundlagen dazu werden durch die Gruppenprophylaxe in vielfältigen Formen gelegt. Die erworbenen Handfertigkeiten, Kenntnisse und Einstellungen motivieren die Kinder zu einem verantwortungsbewussten Handeln in ihrer außerschulischen Lebenswirklichkeit.

Deshalb suchen und nutzen die Zahnärztlichen Dienste bestehende Gremien, wie z. B. den Arbeitskreis Zahngesundheit oder Elternbeiräte, um durch die Einbindung vieler Verantwortlicher und durch Koordination der Arbeit Synergieeffekte zu erzielen.

Durch Vernetzung und sektorübergreifende Zusammenarbeit sind Kontinuität und Nachhaltigkeit präventiver Maßnahmen anzustreben. Dazu sind Modelle guter Praxis zu etablieren und vor allen Dingen in der Öffentlichkeit zu verbreiten.

Gemeinsam mit öffentlichen oder privaten Organisationen, Schulen, Medien etc. sind Strategien gegen die erkannten Mundgesundheitsprobleme zu entwickeln und / oder Unterstützung einzufordern sowie Partnerschaften zu gründen.

Es sind Kontakte zu knüpfen zu den Interessenvertretungen der Bevölkerungsgruppen, die unter besonderen Mundgesundheitsproblemen leiden, um die Unterstützung dieser Interessenvertreter für lokale Gesundheitsprogramme zu gewinnen. Diese Pro-

gramme sollten den Zugang zu umfassender Mundgesundheit für alle Kulturkreise ermöglichen.

Die ZÄD müssen zu einer wichtigen Informations- und Wissensquelle für Lobbyisten und Politiker werden und die Entscheidungsträger in der Kommune für sich gewinnen.

Zu den Aufgaben der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört die Beratung der Bürgerinnen und Bürger in Fragen rund um die Mundgesundheit. Hierdurch werden sie befähigt, als mündige Patientinnen und Patienten zu agieren.

Eine umfassende fachliche Qualifizierung und durch Weiterbildung stets aktualisiertes Wissen sind Voraussetzung für eine gute und rechtlich nicht zu beanstandende (Patienten-) Beratung. Hinzu kommen für die Beratungstätigkeit notwendiges Einfühlungsvermögen und Geduld.

Fragen der Bürgerinnen und Bürger zu zahnärztlichen Behandlungen (Art und Umfang der Versorgung, mögliche Alternativen) sowie dem Kostenumfang (Kostenvorschläge, Krankenkassenleistungen) bilden den inhaltlichen Schwerpunkt der Beratungen.

Der Aufbau von Patientenberatungsstellen als Anlaufstation für alle Bürgerinnen und Bürger, die Fragen und Probleme rund um Zähne und Zahnbehandlungen haben, fördert nicht nur das Image der ZÄD, sondern festigt ihre Position in der Kommune.

5. Gutachterliche Stellungnahmen

Die Zahnärztlichen Dienste erstellen als Teil der Unteren Gesundheitsbehörde Gutachten, gutachterliche Stellungnahmen sowie amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse.

Das amtszahnärztliche Gutachten ist eine sachverständige Beratung auf der Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen für den öffentlichen Dienst und die Verwaltung. Letztere sind bei komplexen zahnmedizinischen Zusammenhängen auf fundiertes und differenziertes zahnmedizinisches Wissen angewiesen. Als notwendige und geforderte Hilfe wird unter (zahn-)medizinischen Gesichtspunkten in für medizinische Laien verständlicher Darstellung die spezifische Fragestellung der Auftraggeber beantwortet und entscheidende Unterstützung bei der Entscheidungsfindung geleistet.

Methoden- und Materialvielfalt bei der durchgeführten Behandlung erfordern stets eine aktuelle Einarbeitung in den gefragten Themenkomplex. Hierbei müssen rechtliche Aspekte (z. B. BVO) und Haftungsfragen berücksichtigt werden.

In den gutachterlichen Stellungnahmen für die Sozialämter werden in erster Linie Fragen nach Notwendigkeit, Art und Umfang von prothetischen, parodontologischen oder kieferorthopädischen Maßnahmen beantwortet und gemäß der verschiedenen Behandlungsrichtlinien bei gebotener Wirtschaftlichkeit beurteilt. Es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle um Personen, bei denen das Asylbewerberleistungsgesetz zur Anwendung kommt.

Im Umgang mit den Bürgerinnen und Bürgern ist die Arbeit verbindlich, mit der gebotenen Freundlichkeit und Höflichkeit, im Verwaltungshandeln unbürokratisch und flexibel, dabei kompetent und gesetzeskonform zu leisten.

Im Bereich der gutachterlichen Stellungnahmen bestimmen außerdem die Grundsätze der Neutralität, Objektivität und die Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes das Handeln.

6. Hygieneüberprüfung und -überwachung von Zahnarztpraxen

In verschiedenen Bundesländern gehört diese Tätigkeit ebenfalls zum Aufgabenspektrum Zahnärztlicher Dienste. Gemeinsam mit Gesundheitsaufsehern und Hygienefachkräften wird gemäß der o. a. gesetzlichen Grundlagen die Praxis begangen, überprüft und vorrangig in allen Belangen der Hygiene beraten. In Einzelfällen muss der Praxisbetrieb nach Anweisung eingestellt werden.

Erforderliche Strukturen

Für eine effektive und effiziente Aufgabenerfüllung ist eine entsprechende personelle, technische und sachliche Ausstattung der Zahnärztlichen Dienste erforderlich. Nur gut ausgebildetes Personal kann allen Anforderungen kompetent gerecht werden.

Als unverzichtbare Parameter für eine hinreichende Arbeitsqualität sind anzusehen:

Die Zahnärztlichen Dienste sollten durch Fachzahnärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Kinderstomatologie oder durch Zahnärzte mit einem akademischen Aufbaustudium i. S. des Magister sanitatis (M.san.) bzw. Master of Public Health (MPH) geleitet werden.

Zahnmedizinisch qualifiziertes und fortgebildetes Personal mit pädagogisch-didaktischen, sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Kenntnissen (z. B. Gruppenprophylaxehelferinnen) auf der einen Seite und Assistenzpersonal mit Kenntnissen in fachspezifischer EDV und aktuellen Hygieneanforderungen (z. B. Zahnmedizinische Fachange-

stelle) ist einzusetzen. Im Sinne der Qualitätssicherung sind Konzepte zur Weiterbildung dieser Berufsgruppen länderübergreifend einheitlich zu entwickeln.

Eine Verwaltungskraft sollte zur Unterstützung der Organisation eingesetzt werden.

Die Einbindung der ZÄD in die Gesamtstruktur der Gesundheitsämter zur effektiven Nutzung von Synergieeffekten muss erhalten bleiben.

Wissenschaftliche Kooperation

Die Zahnärztlichen Dienste verfügen über wissenschaftlich und / oder fachzahnärztlich weitergebildetes Personal. Auf eine fruchtbare Kooperation u. a. mit lokal ansässigen Universitäten, (zahn-)medizinischen Fort- und Weiterbildungsinstituten, den Landesinstituten für ÖGD, den Landes(zahn-)ärzte-

kammern und der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf kann zurückgeblückt werden.

Diese Zusammenarbeit zu institutionalisieren, zu intensivieren und kontinuierlich wissenschaftlich zu begleiten, ist Aufgabe des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG).

Die Zahnärztlichen Dienste beteiligen sich an den epidemiologischen Begleituntersuchungen der DAJ. Diese Studien werden gem. § 21 SGB V von der DAJ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Abstand von vier bis fünf Jahren durchgeführt. Die Mitarbeit aller Bundesländer ist anzustreben, um bundesweit Aussagen über die Zahngesundheit von Kindern in bestimmten Altersgruppen treffen zu können und die Erfolge der zahnmedizinischen

Gruppenprophylaxe zu überprüfen und zu dokumentieren.

Die Identifikation und Verbreitung von Modellen guter Praxis sollte Aufgabe der ZÄD werden. Darüber hinaus können durch die Evaluation der bisherigen Programme wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsprojektes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten", dem der BZÖG seit dem Jahr 2005 angehört, leisten hierzu einen derzeit unverzichtbaren Beitrag.

August 2008

Vorstand und Landesstellenleiter/innen des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

58. Wissenschaftlicher Kongress

Der 58. Wissenschaftliche Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fand vom 29. bis 31. Mai 2008 im niedersächsischen Braunschweig, der „Stadt der Wissenschaften 2007“ statt.

Das Thema des Kongresses lautete „Öffentliche Gesundheit im sozialen Spannungsfeld“. Mit diesem Motto sollte unterstrichen werden, dass der ÖGD nicht nur Ansprechpartner sondern gleichzeitig Anwalt für die gesundheitlichen Belange der Menschen vor Ort ist. Es ist bekannt, welchen Einfluss die soziale Lage auf die gesundheitliche Situation und die Lebenserwartung der Menschen hat. Um die Gesundheitschancen benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu verbessern, ist das Engagement und die Zusammenarbeit mit vielen anderen Institutionen notwendig. Gerade dies verdeutlichte die Bischöfin der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannover, Dr. Margot Käßmann, in ihrem Festvortrag.

Dem wissenschaftlichen Referenten des BZÖG, Herrn Dr. Uwe Niekusch, war es wieder gelungen, Vortragende für ein interessantes zahnärztliches Themenspektrum zu gewinnen. Besonders die Erfahrungen mit funktionierenden Prophylaxekonzepten, angefangen von der Gesundheitsfrühförderung in der Schwangerschaft über die auf pädagogischen Prinzipien beruhende Gruppenprophylaxe in der Grundschule und Intensivprogrammen in niedersächsischen

Förderschulen bis zu Trainingsprogrammen für Pflegekräfte in Altenpflegeheimen, um nur einige zu nennen, wurden vom Auditorium dankend angenommen. In diesem und den nächsten Ausgaben des „Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes“ werden in gewohnter Weise eine Reihe von Kongressbeiträgen abgedruckt. Die Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte bedanken sich beim Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Förderung der Veröffentlichung von Kongressberichten.

Delegiertenversammlung des BZÖG

Traditionell wird auf dem Bundeskongress auch die jährliche Mitglieder- und Delegiertenversammlung des BZÖG abgehalten. Dabei widerspiegeln die Berichte der Vorstandsmitglieder, besonders der beiden Vorsitzenden, stets die zahlreichen wahrgenommenen Termine und Veranstaltungen, auf denen sie den BZÖG vertreten. Nur durch die Präsenz bei gesellschaft-



lichen und politischen Gremien bzw. Standesvertretungen wird der BZÖG, und damit die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, wahrgenommen, gehört und gefragt.

Im Anschluss würdigte Herr Dr. Schäfer die besonderen Verdienste des langjährigen Schatzmeisters des BZÖG, Herrn Bernd Schröder. Seit nunmehr zehn Jahren wirkt Herr Schröder in dieser verantwortungsvollen Funktion und verwaltet die Kasse des BZÖG in seiner beharrlichen Art und Weise, so dass es um die Finanzen des Bundesverbandes stets gut bestellt war und sein wird. Die Versammlungsteilnehmer schlossen sich dem Dank an den Schatzmeister an.

Turnusgemäß fand auf der diesjährigen Versammlung die Neuwahl des Bundesvorstandes statt. Die Vorstandsmitglieder stellten sich komplett zur Wiederwahl. Einstimmig wurden die Amtsinhaber in ihren Funktionen bestätigt. Im Namen des alten neuen Vorstands bedankte sich der erste Vorsitzende, Herr Dr. Michael Schäfer, für das Vertrauen und versprach im Namen der Gewählten, die Aktivitäten in gewohnter Weise kontinuierlich fort zu setzen. gha



Foto oben:
Tagungsort
Braunschweig

Foto links:
Dr. Schäfer,
Bernd Schröder

Andrea Barth



Land Niedersachsen – ein Überblick zur Zahngesundheit

Der 58. wissenschaftliche Kongress der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fand in diesem Jahr im niedersächsischen Braunschweig statt. Um den Besuchern einen Überblick über die Jugendzahnpflege in diesem Bundesland zu geben, wurden Daten-Zahlen-Fakten, Herausforderungen und Visionen vorgestellt. Mit etwa 47 600 qkm ist Niedersachsen flächenmäßig das zweitgrößte, mit ca. 8 Millionen Einwohnern der Bevölkerungszahl nach das viertgrößte Bundesland in Deutschland.

Im Öffentlichen Gesundheitsdienst sind 50 Zahnärzte/-innen tätig, 14 davon in Vollzeit, 36 in Teilzeit. Darüber hinaus arbeiten 338 niedergelassene Zahnärzte/-innen in der Jugendzahnpflege auf Honorarbasis. In allen Kommunen gibt es Arbeitskreise, die Vorgaben der gesetzlichen Grundlagen des SGB V § 21, der Landesrahmenempfehlung von 1993 und des Niedersächsisches Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) von 2006 umsetzen. 179 Prophylaxefachkräfte motivieren mit ihren Maßnahmen der Gruppenprophylaxe die Kinder zu gesundheitsförderlicher Lebensweise; im Schuljahr 2006/07 erhielten 844.500 Kinder diese Impulse. Mit zahnärztlichen Untersuchungen wurden in diesem Zeitraum ca. 401.500 Kinder in Kitas und Schulen erreicht, das entspricht 51,9 % der Kinder.

Die Landesarbeitsgemeinschaft (LAGJ) übernimmt in Niedersachsen vielfältige Aufgaben. Sie berät und unterstützt die Arbeitsgemeinschaften in den Kommunen bei der Umsetzung der Gruppenprophylaxe; sie versteht sich auch als Vermittlungsstelle zwischen den Kooperationspartnern (Abb.1). Eine Dokumentation der Gruppenprophylaxe und der zahnärztlichen Untersuchungen wird erstellt; sie organisiert die regelmäßig durchgeführte DAJ-Studie. Im Sinne der Qualitätssicherung findet jährlich eine zweitägige Fortbildung für die Prophylaxefach-

kräfte statt. In Zusammenarbeit mit den Arbeitsgemeinschaften vor Ort führt die LAGJ Fortbildungen für Erzieher/innen und Lehrkräfte in Grundschulen durch. In Zusammenarbeit mit der Landesstelle Niedersachsen des BZÖG werden jährlich zwei Fortbildungstage für Zahnärzte des ÖGD durchgeführt. Die Arbeit der zahnärztlichen Behindertenhilfe der ZKN wird aktiv von der LAGJ unterstützt. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit präsentiert sie sich mit ihrem Info-Stand und dem Kariestunnel auf zahlreichen Veranstaltungen. Im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt die Abrechnung mit den kommunalen Leistungserbringern. Ein zentraler Einkauf von Mundhygieneartikeln für Arbeitskreise in den Kommunen wird seit 2005 durch die LAGJ getätigt.

Die Daten zur Zahngesundheit in Niedersachsen (DAJ-Studie 2004) wurden von kalibrierten Zahnärzten/-innen des ÖGD erhoben. Die Studie zeigte in diesem Bundesland einen weiteren Rückgang der Karies im Milchgebiss. Bei den 12-Jährigen sank in Niedersachsen der DMF-T von 3,1 im Jahr 1991 auf 0,91 in 2004, d.h. um mehr als 70 %. Betrachtet man die Ergebnisse bei den 15-Jährigen, so zeigt sich, dass in dieser Altersgruppe der Kariesbefall ansteigt; die Höhe des DMF-T ist vom Schultyp abhängig (Abb. 2). Dies unterstreicht den Zusammen-

Abb. 1:
LAGJ

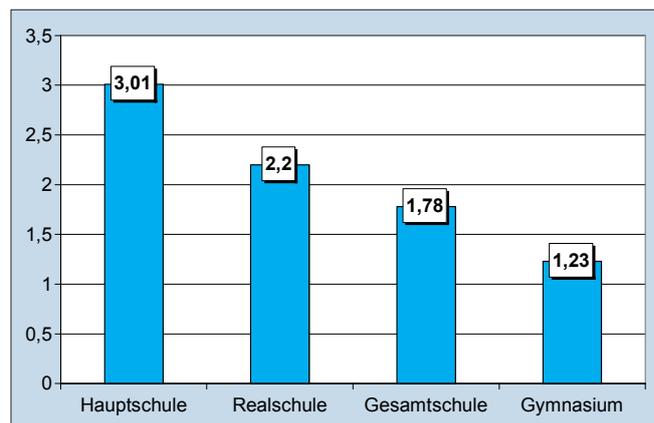


Abbildung 2:
DMF-T bei 15-Jährigen
nach Schultyp in
Niedersachsen 2004
(DAJ-Studie)

hang zwischen Bildung und Kariesbefall. Auch in den anderen Altersgruppen ist die Karies nicht gleichmäßig verteilt. Bestimmte Gruppen wie z. B. Kinder aus sozial schwachen Familien oder Kinder mit Migrationshintergrund tragen einen Großteil der Kranklast. Diese Korrelation zwischen Sozialstatus und Gesundheit zeigt auch die KIGGS-Studie (2007) des Robert-Koch-Instituts.

Startete schon 1986 in Ottawa die WHO einen Aufruf zum Handeln mit dem Ziel - GESUNDHEIT FÜR ALLE - ist die Realität eine andere! Bildung, Berufsstatus und Einkommen sind zentrale Determinanten der Gesundheit. Und gerade diese Realität ist die zentrale Herausforderung für den ÖGD, die heißt: GLEICHE CHANCEN AUF GESUNDHEIT FÜR ALLE KINDER. Mit den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollen die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden, damit sich die Kinder und deren Eltern selbstbestimmt für ein gesundheitsförderliches Verhalten entscheiden. Die Prophylaxe hat das Ziel der Verhaltensänderung; sie vermittelt gesundheitsförderliche Lebensweisen, um das Erkrankungsrisiko zu senken. Durch vielfältige Projekte wird dazu beigetragen, die Lebenswelt der Menschen so zu gestalten, dass gesundheitsförderliches Verhalten leichter fällt. Diese große Aufgabe braucht Kooperationspartner und Netzwerke. Deshalb arbeiten wir in Niedersachsen integriert und vernetzt auf Landesebene mit Ministerien, den gesetzlichen Krankenkassen, dem Niedersächsischen Landkreis- und Städte- tag, der Zahnärztekammer, der Ärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, der Landesvereinigung für Gesundheit, dem niedersächsischen Landesgesundheitsamt, dem Ethno-Medizinischen Zentrum, den Universitäten, Fachhochschulen, Fachgesellschaften u.v.m. Es werden gemeinsam Anstrengungen unternommen, die auf Abbau der gesundheitlichen Ungleichheiten ausgerichtet sind. Das Ethno-Medizinische Zentrum ist beispielsweise Ansprechpartner für interkulturelle Fragen, die im Rahmen unserer Prävention auftreten. Die Landesvereinigung für Gesundheit arbeitet aktuell an einer Überarbeitung des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder“, der einen zahnärztlichen Teil erhalten wird; daran arbeiten LAGJ und BZÖG mit. Ein weiterer Kooperationspartner ist die Zahnärztekammer Niedersachsen. Die Landesstelle des BZÖG und die LAGJ sind seit Jahren im Jugendzahnpflegeausschuss der ZKN vertreten. Die Zusammenarbeit



Abb. 3: integriert und vernetzt

mit den Jugendzahnpflegereferenten der ZKN wird ausgebaut, um gemeinsam vor Ort Prävention zu gestalten. In der Öffentlichkeitsarbeit arbeiten ZKN, BZÖG und LAGJ schon längere Zeit zusammen, so z. B. zum Tag der Zahngesundheit.

Kooperation findet nicht nur auf Landesebene statt, sondern auch in den Kommunen. Gerade dort ist es wichtig, Parallelstrukturen zu vermeiden; sie kosten unnötig Ressourcen. Außerdem wird die Zielgruppe überfordert, wenn fast täglich neue Angebote gemacht werden. Der ÖGD sollte Partner der Einrichtungen in Gesundheitsfragen sein. Unsere Projekte sollten mit den Fachdiensten Jugend und Soziales abgestimmt sein, das Einklinken in deren Maßnahmen ist sinnvoll. Die Zusammenarbeit mit der Kreisstelle der ZKN bietet viele Möglichkeiten. Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist unerlässlich; das Thema Zahngesundheit muss Eltern und Kinder auch über Dritte erreichen. Im Programm „Soziale Stadt“ ist das Thema Gesundheitsförderung seit kurzem verankert; die Zusammenarbeit mit den Quartiermanagern ist für beide Seiten notwendig. Um auch Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, kann das Integrationsbüro ein wichtiger Kooperationspartner sein. Das Thema Ernährung wird häufig von Verbraucherzentralen oder Krankenkassen angeboten; dies sollte man sich zu nutze

machen. Universitäten und Fachhochschulen suchen häufig Themen für Doktorarbeiten oder Praktikantenstellen. Die Zusammenarbeit hilft hier allen Beteiligten. Da die eigenen finanziellen Mittel meist knapp sind, ist auch Sponsoring durch Banken, Stadtwerke, etc. eine Option. Vieles davon wird in Niedersachsen bereits umgesetzt, wie einige Projektbeispiele deutlich machen.

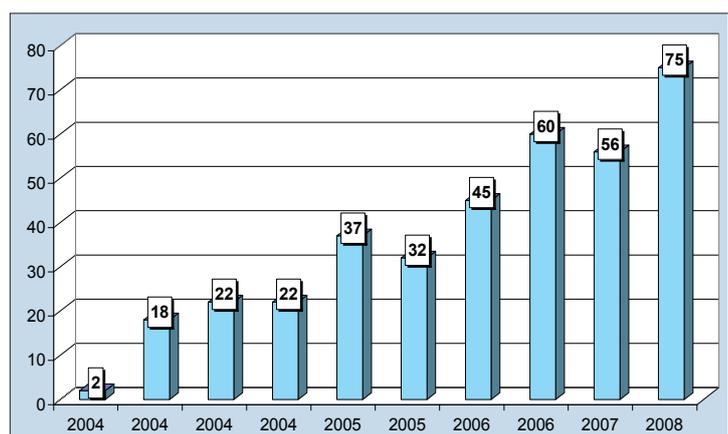
So zeigte die Datenlage in der Stadt Braunschweig Handlungsbedarf im Hinblick auf Wissensvermittlung zur Zahngesundheit und Ernährung in Familien mit Migrationshintergrund. In Kooperation mit dem Integrationsbüro werden im Rahmen von Unterrichtseinheiten neben Sprache auch Kompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten vermittelt. In einem Praxisteil werden gemeinsam gesunde Zwischenmahlzeiten für Kinder (Abb. 3) zubereitet, sowie mittels einer Ausstellung der Zuckergehalt in Nahrungsmitteln und Getränken gezeigt. Die Teilnahme am Stadtteilstfest eines Gebietes der „sozialen Stadt“ wird organisiert.

Im Landkreis Wolfenbüttel wird bedarfsorientiert in Grundschulen ein gesundes Frühstück gemeinsam mit den Kindern zubereitet. Hintergrund dafür ist, dass viele Kinder ohne Frühstück und ohne Pausenbrot zur Schule kommen. Ein Quiz und die gemeinsame Zahnputzübung runden das Projekt ab.

In Göttingen wird in drei Förderschulen seit dem Jahr 2000 regelmäßig Fluoridgelee eingebürstet. Durch den Zahnarzt und die Prophylaxefachkräfte in den Schulklassen eingeführt, wird das Einbürsten von engagierten Lehrkräften mit 382 Kindern in 45 Klassen weitergeführt. Im Rahmen dieser Prophylaxemaßnahmen sank der DMFT-Wert bei den 12-Jährigen um 30 %.

Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung wird in Belm-Powe im Landkreis Osnabrück durchgeführt. Der Ortsteil ist Sanierungsgebiet des Projektes „Soziale

Abbildung 4: Teilnehmer an der Sprechstunde in der mobilen Dentaleinheit



Stadt“ und hat einen Anteil von 70 % der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In Kooperation mit den Quartiermanagern werden Angebote in den verschiedenen Settings, wie Kita und Schule, Kinder- und Jugendtreff gemacht. Die Teilnahme am jährlichen Begegnungsfest ist schon Tradition. Das Angebot einer zahnärztlichen Sprechstunde in einer mobilen Dentaleinheit wird immer mehr in Anspruch genommen (Abb.4). Um Zugang zu den Familien zu bekommen und die Information zur Zahngesundheit und Ernährung dorthin zu tragen, wurden Frauen mit Migrationshintergrund zu Zahnputztrainerinnen ausgebildet. Um zu gewährleisten, dass die Familien mit Mundhygieneartikeln ausgestattet sind, werden viermal pro Jahr in der Belmer Tafel Zahnbürsten und Zahnpasta verteilt. Die neuen Zahlen zur Zahngesundheit deuten

an, dass die Maßnahmen langsam Wirkung zeigen.

Und welche Erwartungen und Ziele gibt es für die nächsten Jahre in Niedersachsen? Die Arbeitskreise in den Städten und Landkreisen sollen ihre Tätigkeit ausbauen. Gesundheit und Gesundheitsförderung sollen als Standortfaktoren für die Kommune dargestellt werden, um die Unterstützung von Politik und gesellschaftlichen Gruppen zu erhalten. Die Zusammenarbeit mit weiteren Partnern soll ausgebaut werden; Netzwerke mit anderen Organisationen und Ehrenamtlichen sind notwendig. Kooperationen statt Parallelstrukturen sind anzustreben. Eine Umverteilung von vorhandenen Ressourcen muss angedacht werden, neue Ressourcen sind zu erschließen. Ziel ist es, die Basisprophylaxe weiterzuführen, um den „Tiger Karies hinter Gittern zu halten“

(Marthaler). Aber auch eine Bedarfsorientierung der Maßnahmen mit zielgruppenspezifischen Programmen ist notwendig. Insgesamt ist die Gesundheitsförderung auszubauen, um gesundheitsförderliches Verhalten zu erreichen. Die Verhältnisprävention zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse sollte verstärkt werden. Alle Partner, die sich in Niedersachsen für die Zahngesundheit engagieren, sind Realisten genug, um zielgerichtet die wichtigen Handlungsfelder zu beackern, aber sie haben auch die Vision, dass alle Kinder die gleiche Chance haben, gesund aufzuwachsen.

Dr. Andrea Barth

LAGJ Niedersachsen

Dr. Brigitte Brunner-Strepp

BZÖG - Landesstelle Niedersachsen

U. Prümel-Philippson

Zum Stand der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Ein (Kurz-)Bericht zum Stand der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland muss sich im Wesentlichen auf fünf Gegenstandsbereiche konzentrieren:

1. Was wurde fachlich-konzeptionell erreicht?
2. Was kommt bei den Bürgerinnen und Bürgern tatsächlich an?
3. Welche Strukturen sind (dauerhaft) verfestigt?
4. Ist die Finanzierung gesichert?
5. Was bleibt an offenen Fragen und Problemen?

Zu 1: Was wurde fachlich-konzeptionell erreicht?

Im Verlauf der letzten zehn Jahre konnte sich in Deutschland ein Kanon von „Kern-Themen“ der Prävention und Gesundheitsförderung durchsetzen. Diese sind: Bewegung, Ernährung, Sucht, Stress/Entspannung, Mundgesundheit und Impfschutz.

Dass diese Themen zugleich unter der Perspektive der Verhaltens- und der Verhältnisprävention behandelt werden müs-

sen und ihre Befassung sowohl zielorientiert wie zielgruppenspezifisch zu erfolgen hat, ist inzwischen Konsens unter allen verantwortlich Beteiligten.

Gleichermaßen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Qualitätssicherung und Evaluation ein für den Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ zwar noch schwieriges Geschäft, aber letztlich unverzichtbar ist.

Ebenfalls unstrittig ist, dass sich dieser Arbeitsbereich der Öffentlichkeit transparenter darstellen muss und durch klugen Einsatz von mehr und verbesserter Kooperation und Koordination auch hier effektiveres und effizienteres Arbeiten möglich ist.

Erreicht werden konnte auch, dass dem Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ in den letzten beiden Legislaturperioden mehr politische Aufmerksamkeit zuteil werden konnte als davor.

Zu 2: Was kommt bei den Bürgerinnen und Bürgern tatsächlich an?

Eine zugleich umfassende wie differenzierte datengestützte Antwort auf diese Frage kann – mangels Daten – leider nicht

gegeben werden: eine flächendeckende Erfassung dieser Dimension von „Versorgungsqualität“ steht in Deutschland bisher noch aus.

Festgestellt werden kann jedoch – aufgrund der Daten entsprechender Dokumentationsroutinen der Gesetzlichen Krankenversicherung -, dass hier in erster Linie die gesetzlichen Leistungen gemäß §§ 20, 20a-d, 21 und 22 SGB V aufgeführt werden müssen.

Des Weiteren ist auf länger- oder langfristige laufende kommunale, Landes- und Bundesprogramme sowie auf nationale Kampagnen zu verweisen: so z.B. auf die Aktivitäten des Gesunde Städte-Netzwerkes, des Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser, des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“, des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit, des Modellverbands gemäß § 65b SGB V zur unabhängigen Patientenberatung wie – in diesen Tagen – der geplanten Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans „Ernährung und Bewegung“.

Darüber hinaus sind die zahlreichen Präventions-Kampagnen und –Initiativen weiterer Akteure auf Bundes- und Landesebene zu nennen: so z. B. solche der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der gesetzlichen Krankenkassen, der Bertelsmann- und der Burda-Stiftung sowie der Plattform Ernährung und Bewegung (PEB) des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz.

Zu 3. Welche Strukturen sind (dauerhaft) verfestigt?

Als verfestigt gelten können natürlich zunächst alle Leistungen, die (s. o.) im Sozialgesetzbuch V fixiert sind. (Dass sich dies unter bestimmten politischen Konstellationen sehr schnell wieder ändern kann, hat der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vor allem in 1996 schmerzhaft erfahren müssen, als unter Gesundheitsminister Horst Seehofer der § 20 SGB V quasi wieder abgeschafft wurde.)

Auch gewisse Strukturen nationaler Kooperation und der Koordination können inzwischen als „routinisiert“ gelten: etwa die Konferenz der Gesundheitsminister der Länder, die Institution der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (hier insbesondere: Arbeitsgruppe „Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin und Gesundheitsberichterstattung“), der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ und der Kooperationsverbund „Soziale Benachteiligung“.

Die Aufgaben der „Information und Aufklärung“ durch die dem BMG nachgeordnete Behörde „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BZgA) sowie der „Gesundheitsberichterstattung“ seitens der nachgeordneten Behörde „Robert-Koch-Institut“ (RKI) können ebenfalls als verfestigt gelten.

Zu 4. Ist die Finanzierung gesichert?

Wie unter 3. ersichtlich, sind bestimmte Leistungen im Arbeitsbereich Prävention und Gesundheitsförderung durch das SGB V, aber auch durch Regelungen in den Ländern gesichert.

Strukturen wie die o. a. nachgeordneten Behörden auf Bundes- wie auf Landesebene können ebenfalls als gesichert gelten.

Nur eingeschränkt gilt dies dagegen für alle Aktionen, Programme und Kampagnen: hier ist die Finanzierung üblicherweise nur sichergestellt für eine bestimmte Laufzeit – in der Regel zwischen ein bis drei Jahren, beim in der Entstehung befindlichen Nationalen Aktionsplan Ernährung und Bewegung voraussichtlich für 12 Jahre.

Zu 5. Was bleibt an offenen Fragen und Problemen?

Die lange geforderte, und auch für diese Legislaturperiode wieder auf die Agenda gesetzte Verabschiedung eines Präventionsgesetzes durch den Deutschen Bundestag ist nicht nur erneut ins Stocken geraten, sondern wird zunehmend unwahrscheinlicher. Damit fehlen weiterhin verbindliche und neue Regelungen zur begrifflichen Klarheit, zu Verantwortlichkeiten, zur Zielorientierung, zur Qualitätssicherung und zur Finanzierung des Bereichs „Primärprävention und Gesundheitsförderung“.

In diesem Zusammenhang ist jedoch auch zutage getreten, dass der Bund bzgl. „Prävention und Gesundheitsförderung“ eigentlich nur wenig (im Prinzip nur etwas im Bereich der Sozialversicherung) regeln kann – in unserem föderalen System sind zukünftig vielmehr die Länder gefordert, ihrerseits markigen Worten zur Prävention auch Taten folgen zu lassen. Der allseits beklagte Abbau oder Nicht-Aufbau entsprechender Ressourcen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, aber auch z. B. die in der Regel bisher nur verhaltene Unterstützung der „Gesundheitsförderung“ seitens des Kultusbereichs stellen somit derzeit auf der Länderebene das Pendant zur kraftlosen Befassung mit der Prävention durch den Bund dar.

Gefährdet scheinen u. U. einige der bisherigen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Prävention und Gesundheitsförderung, wenn die Negativprognosen bzgl. des Gesundheitsfonds ab 01.01.2009 eintreten sollten – so könnten z.B. die in ihrem finanziellen Umfang im Gesetz bisher nicht festgelegten Leistungen der GKV zum § 21 SGB V durchaus einmal dem Rotstift zum Opfer fallen. Hier gilt es, noch rechtzeitig gegenzusteuern.

Eine weitere offene Frage ist die nach der Rolle der Ärzteschaft (nicht der Zahnärzteschaft!) im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung – sie ist und bleibt weiterhin unklar. In der Fachöffentlichkeit, und damit auch im Rahmen entsprechender Gesetzentwürfe, setzt sich zunehmend der Terminus der „nichtmedizinischen“ Primärprävention durch.

Wenngleich dies – ausgenommen des Impfschutzes – sicherlich angemessen formuliert ist, kann andererseits die Konsequenz keine „nicht-ärztliche“ Primär-

prävention und Gesundheitsförderung sein!

Ein klärendes Konzeptpapier der deutschen Ärzteschaft hierzu wäre wünschenswert.

Das Fazit aus zwei Legislaturperioden, in denen von der Politik die Rolle der Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt, ja diese sogar zur „4. Säule des Gesundheitswesens“ ausgebaut werden sollten, fällt insgesamt eher ernüchternd aus: auf dem Tisch liegt erstens ein Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren, der aufzeigt, dass tatsächlich alle diejenigen gesundheitlichen Probleme drohen oder bereits eingetreten sind, die im Prinzip ja bereits seit vielen Jahren vorausgesagt worden sind; vorgelegt wurde in diesen Tagen zweitens das Papier „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“, welches die entsprechenden Maßnahmen der Vergangenheit und Gegenwart, aber eigentlich keine echten Strategien für die Zukunft aufzeigt – und das den strukturellen Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe zu schaffen zwar ankündigt, vom ausbleibenden (Primär-)Präventionsgesetz jedoch (s. o.) sogleich auf den Boden der Tatsachen zurückgeführt wird; schließlich wird drittens im Sommer ein „Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“ verabschiedet werden, der eine Reihe von Projektmaßnahmen auf den Weg zu bringen verspricht, deren Nachhaltigkeit aber voraussichtlich nicht gewährleisten können wird („Anschubfinanzierung“).

Einiges ist mithin auf dem Weg – vieles ist aber noch zu tun...

Autor:

Dr. phil. Uwe Prümel-Philippsen
c/o Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)
Heilsbachstr. 30 · 53123 Bonn
Tel.: 02 28 / 987 27 – 11
E-Mail: pp@bvpraevention.de
Internet: www.bvpraevention.de

E.-K. Glubrecht

Förderschulprogramme im Landkreis Northeim

Im Landkreis Northeim gibt es acht Förder- einrichtungen. Für diesen Bericht wurden die bisherigen Ergebnisse von vier vergleichbaren Förderschulen im Landkreis näher unter- sucht. Dabei handelt es sich um die Erich- Kästner-Schule in Northeim, die Albert- Schweitzer-Schule in Uslar, die Leinetal- schule in Drüber und die Osterbergschule Bad Gandersheim. Diese Schulen sind Halb- tagsschulen, die einen Förderschulabschluss und bis auf die Leinetalschule Drüber, auch einen Hauptschulabschluss anbieten.

Für alle Schulen wurde ein mehrjähriges Betreuungskonzept entwickelt und der Ver- lauf der Betreuung in den Jahren 2004 bis 2008 soll im Folgenden dargestellt werden.

Das Betreuungskonzeptpaket umfasst:

- 1x jährlich zahnärztliche Untersuchung
- Unterrichtseinheiten durch ZMFs
- Regelmäßige Zahnputzübungen
- Kontaktpflege zu den Lehrern
- Kontaktpflege zu den Eltern
- zusätzliche Betreuung der Risikokinder
- Projekttag in der Schule
- Bereitstellung von Zahnpflegematerialien, ggf. auch elektrische Zahnbürsten

Die Umsetzung wurde unter Berücksichti- gung folgender Kriterien geplant:

- Alle Maßnahmen sollten so angelegt sein, dass mindestens alle zwei Monate ein Kontakt mit den Schulen stattfindet. Als Ausgangsbasis der Intensität der Kontakte diente die zahnärztliche Befundung. Eine genaue Einzelplanung sollte mit den Leh-

tern abgesprochen werden. Anhand der Reaktionen der Lehrer und Schüler und Eltern wurde die weitere Vorgehensweise abgestimmt.

- Die Betreuung der Förderschulen sollte im Rahmen der täglichen Arbeit umsetz- bar sein, d.h. sie durfte nicht zu zeitinten- siv sein.
- Die akute Behandlungsbedürftigkeit sollte zugunsten der Sanierung deutlich gesenkt werden.
- Das Bewusstsein für Zahngesundheit soll- te gestärkt werden.
- Risikokinder und individuelle Risikokin- der sollten herausgefiltert und in die Ein- zelbetreuung übernommen werden.
- Die Lehrerschaft und Schülerschaft sollte von der täglichen Zahnpflege in der Schu- le überzeugt werden.
- Das Ernährungsbewusstsein sollte gesteigert werden.

Ganz besonders wichtig war, dass eine Nachhaltigkeit des Betreuungskonzepts auf- grund des über mehrere Jahre angelegten Konzeptaufbaus gewährleistet sein sollte.

Die Ausgangsuntersuchung der Schulen zeigte deutlich, dass wenige Schüler gesunde Gebisse aufwiesen (siehe Abbildung 1).

Der altersgerechte Unterricht des zahnme- dizinischen Fachpersonals wurde ein- bis zweimal jährlich durchgeführt. Die vorhan- denen Unterrichtseinheiten reichten vom the- menbezogenen Spielen bis zu Lernstationen mit anspruchsvollem Inhalt.

An die Erziehungsberechtigten von
Resi Zahn
Risiko Straße 42
37170 Uslar

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte, aufgrund unserer letzten zahnärztlichen Untersuchung ihres Kindes Resi möchten wir Ihnen einige wichtige Hinweise geben.

Wir haben erfreut festgestellt, dass bei Ihrem Kind bereits eine zahnärztliche Behandlung begonnen wurde. Regelmäßige Kontrollen - auch nach abgeschlossener Behandlung sind für Ihr Kind besonders wichtig.

Bei Kindern, die wegen der Anzahl der erkrankten Zähne (auch behandelten Zähne!) ein Risikofall sind, sieht der Gesetzgeber eine intensive zahn- ärztliche Betreuung vor.

Deswegen möchten wir Ihnen auch dieses Jahr unsere Hilfe anbieten und zusätzliche Untersuchungen und Zahnputzübungen mit Ihrem Kind durchführen.

Bitte vereinbaren Sie einen persönlichen Termin mit uns.

Sollte Ihr Kind inzwischen eine zahnärztliche Behandlung beendet haben, benachrichtigen Sie uns.

Mit zahnfreundlichen Grüßen
Ihre Jugendzahnärztin

Abb. 2: Beispiel für einen Risikobrief

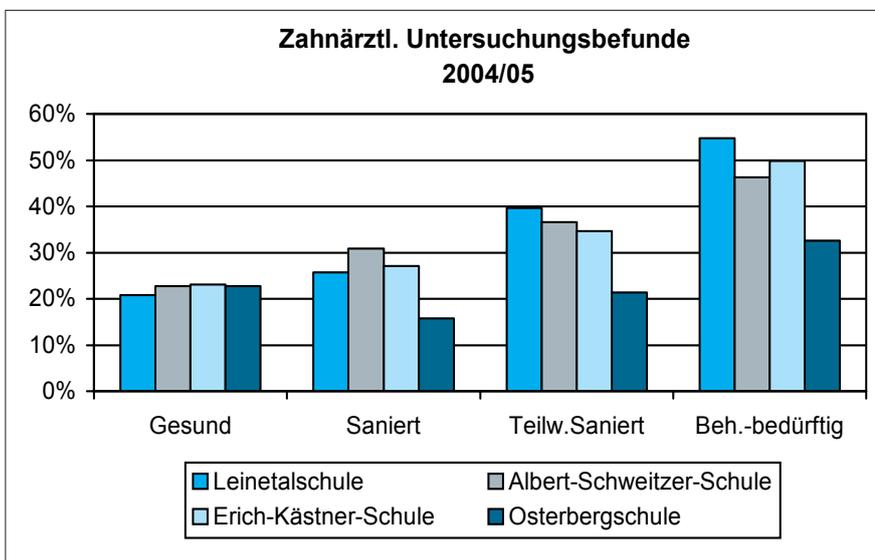
Entsprechend der Planung fanden zusätzli- che Besuche in der Schule statt, bei denen mit den Kindern die Zahn- und Mundhygie- ne eingeübt wurde. Je nach dem wie die Zeit es erlaubte, wurde mit zwei bis vier Klassen intensiv geübt.

Regelmäßig wurden Gespräche mit dem Lehrpersonal geführt. Ziel war hierbei, den Kontakt zu den Lehrern so zu gestalten, dass unsere Anwesenheit quasi als eine angenehme Selbstverständlichkeit empfunden wurde, die den eigenen Unterricht bereicherte. Dabei wurde auch das für jede Schule geplante Projekt terminlich abgestimmt. Gleichzeitig erfuhren unsere Mitarbeiterin- nen wertvolle Informationen über besonders gefährdete Kinder. Bei diesen sogenannten Risikokindern, die uns auch schon aufgrund der zahnärztlichen Untersuchung aufgefallen waren, sind Sonderprogramme notwendig.

Die zusätzliche Betreuung der Risikokin- der beinhaltete:

- Intensivbetreuung in der Schule
- R-Briefe (siehe Abb.2)

Abbildung 1



- Telefon / Email-Kontakte mit Eltern und Kindern
- Intensivbetreuung im Gesundheitsamt
- Rücksprache mit den behandelnden ZahnärztInnen

Über unser zahnärztliches PC-Programm haben wir die Möglichkeit die nach DAJ-Kriterien eingestuft Kinder schnell zu selektieren. Über einen Serienbrief mit individualisierbaren Textbausteinen können diese Familien sofort schriftlich kontaktiert werden. Die Briefe schicken wir grundsätzlich vier Wochen nach der zahnärztlichen Untersuchung an die Erziehungsberechtigten des Kindes. Sollte keine Reaktion erfolgen, versuchen wir die Eltern telefonisch oder auch noch einmal schriftlich zu erreichen.

Mit dem Risikobrief wird außerdem ein Prophylaxepass verschickt.

Erst nach vier bis fünf erfolglosen Kontaktversuchen schalten wir je nach Schweregrad der Erkrankung gem. § 8a Kinder- und Jugendhilfegesetz ggf. das Jugendamt ein.

Bisher konnten wir in Einzelfällen schon sehr viel bei den Risikokindern bewirken. Natürlich gibt es eine Gruppe von ca. 10 % Kinder, die trotz intensivster Bemühungen nur schwer zu erreichen ist.

Ein besonderes Angebot war sicherlich auch das Schulprojekt. Jede Schule durfte sich innerhalb der geplanten dreijährigen Betreuung Projektstage wünschen. Das Projekt war sehr personalintensiv, da wir in vier Klassenräumen verschiedene Angebote für die Projektstage aufgebaut hatten und jeder Raum mit ein bis zwei Personen betreut

wurde. In den Räumen waren folgende Themen vertreten:

- Zahngesunde Ernährung
- Säureerosionen als „Zahnfeind“
- Versiegelung
- Anfärben und Zahnreinigung

Jeweils eine Klasse wurde auf die vier Räume verteilt, so dass ca. vier bis max. sechs Schüler in einem Raum zu betreuen waren. Bei dem Thema: Anfärben und Zahnreinigung waren nach Rücksprache mit der LehrerIn unter Umständen auch nur zwei SchülerInnen anwesend.

Natürlich war das Thema Ernährung beliebt, denn die Schüler durften sich kleine gesunde Gemüsespieße herstellen und auch verzehren. Selbstverständlich gab es auch eine Zuckerausstellung und ein Ernährungsllexikon zum Mitnehmen.

Die Säureerosionen waren ein spannendes Thema. Erstaunlich war es für viele Schüler, wie sauer doch ihr Lieblingsgetränk war.

Das Thema Versiegelung war ein ganz besonderer Erfolg. Mit ausgesprochener Hingabe wurden die blauen Gipsmodellzähne mit Acryllack streng nach der von uns mitgelieferten Anleitung versiegelt. Der Lernerfolg, wie kompliziert die Anatomie eines Zahnes ist und wie sorgfältig er geputzt werden muss, stellte sich über diesen Versuch eigentlich schon automatisch ein.

Diese Vorübung war eine gute Voraussetzung für die anschließende Zahnreinigung mit Anfärben, die Anwendung der Zahnseide und die Kontrolle!

Der gesetzte Zeitrahmen wurde trotz der vielen Aktivitäten eingehalten, denn insgesamt verbrachten wir ca. 10 Vormittage in jeder Schule pro Jahr.

Zä. Untersuchung	= 2 Tage
Unterricht	= 2 Tage
Aktion Starterkid	= 1 Tag
Projekt	= 3 Tage
Zahnpflege	= 2 Tage
Gesamt	= 10 Tage

Eine Aktion des Arbeitskreises Zahngesundheit im Landkreis Northeim ist das Starterkid (Abbildung 3), das seit nunmehr drei Jahren erfolgreich durchgeführt wird. Jedes „Anfängerkind“, also Schulanfänger als auch Kindergartenanfänger, bekommt zum Schulbeginn eine Brotdose mit einem Zahnpflegefach, in dem Zahnbürste, Pasta und Zahnseide ist. In der Dose ist fluoridiertes Speisesalz und ein Vollkornbrot. Dazu gibt es in der Starter-kid-Tüte eine Flasche Wasser und einen Apfel oder eine Mohrrübe. Wenn wir die Starter-kids bringen, stellen wir den Schülern jeweils in der Klasse den Inhalt des Geschenks vor. Für die Eltern gibt es eine Informationsbroschüre.

Da es jedes Jahr auch in den Förderschulen Anfängerklassen gibt, haben wir diese Gruppe der Anfänger mit in die Aktion einbezogen.

Die Ergebnisse können noch nicht abschließend dargestellt werden, da zum einen noch Untersuchungen des laufenden Schuljahr ausstehen, und zum anderen muss noch eine Longitudinalstudie zeigen, ob sich der Aufwand wirklich gelohnt hat. In der Querschnittsstudie ist die Entwicklung der bisherigen Jahre dargestellt (Abbildung 4).

Abbildung 4

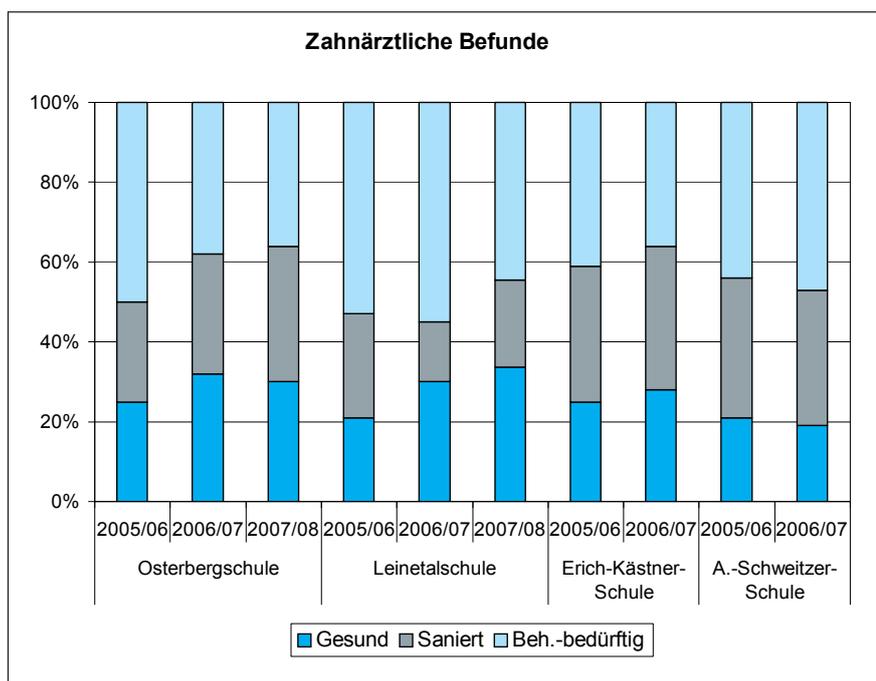


Abbildung 3 Starter-kid



Als Zwischenergebnis lassen sich in Kurzform folgende Teilergebnisse feststellen:

- Normalität des Besuchs zahnärztlichen Personals
- Freundschaftliche Verhältnisse
- Angstabbau
- Zahnpflegeverhalten verbessert
- Sanierungsgrad steigend
- Gesundheitsbewusstsein steigend
- Zeitfaktor im Level
- Risikogruppen nach wie vor teilweise schwierig

Erfreulich war für uns, dass es doch in der Behandlungswilligkeit Fortschritte gegeben hat und viele Kinder wenn auch noch nicht vollständig saniert, dann doch immerhin teilsaniert waren. Das freundschaftliche und vertrauliche Verhältnis von Lehrern und Schülern ist sehr positiv und wir hoffen, dass sich dies auch für die Zukunft beweist.

Grundsätzlich lässt sich das einfache Grundrezept der 5 „Ko`s“ auch hier wieder anwenden:

Kontinuität
 + **Kooperation**
 + **Kompetenz**
 + **Koordination**
 + **Kontrolle**
 = **Erfolg**

Eva-Kathrin Glubrecht, Zahnärztin
 Landkreis Northeim
 Gesundheits- und Veterinärwesen,
 Verbraucherschutz
 Fachdienst Zahnärztlicher Dienst

15 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg

Das Land Brandenburg kann in diesem Jahr auf eine 15-jährige Zusammenarbeit im Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe zurückblicken. Am 23. Juni 1993 wurde die Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe vom Gesundheitsministerium, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Landes Zahnärztekammer, dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindebund unterzeichnet.

Ziel ist die flächendeckende Umsetzung von Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, um die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern und eine langfristige Gesundheitsmotivation zu erreichen.

Mit einem Betreuungsgrad von 86 % werden inzwischen jährlich ca. 162.000 der 2- bis 12-jährigen Kinder in den Kitas und Schulen betreut. Die Teams der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter untersuchen die Kinder, verbinden damit altersgerechtes Zahnputztraining, Wissenswertes rund um die Zahn- und Mundgesundheit und Hinweise zur Ernährung. So sind Obst-

pausen und zuckerfreie Vormittage in mancher Kindertagesstätte inzwischen zu einer Selbstverständlichkeit geworden.

Um Kinder mit erhöhter Kariesanfälligkeit intensiver zu betreuen, werden schwerpunktmäßig in Kitas und Schulen zwei Prophylaxeimpulse und Fluoridierungsmaßnahmen umgesetzt sowie Projekte durchgeführt. Jedes Kind bekommt einen Prophylaxe-Pass, der den Eltern zeigt, dass Gruppenprophylaxe in der Kindereinrichtung und Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis erfolgen.

Diese landesweit durchgeführten Aktivitäten haben zu einer deutlichen Kariesreduktion und mehr Gesundheit für die Kinder geführt. Vor 15 Jahren hatten nur 15 % der Sechstklässler kariesfreie Zähne. Heute verlässt mehr als die Hälfte der Schüler die Grundschule mit einem kariesfreien Gebiss. Karies bleibt jedoch noch immer unter dem Einfluss sozialer Ungleichheit ein öffentliches Gesundheitsproblem.

Gesunde Zähne in einem gesunden Mund bedeuten, dass Kinder fröhlich lachen, gut

abbeißen sowie kauen können und das Sprechen spielend erlernen. Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder zu erreichen, ist ein wichtiges Anliegen und ein Beitrag zum Kinderschutz.

Die Partner der Gruppenprophylaxe gehören zum Bündnis „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ und haben sich auf das Mundgesundheitsziel „Kinder und Jugendliche haben gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten“ verständigt. Dieses Ziel untergliedert sich in folgende Teilziele, die bis 2010 erreicht werden sollen.

1. Kita-Kinder haben im Alter von 5 Jahren überwiegend 60 % kariesfreie Milchzähne. Milchzahnkaries wird frühzeitig erkannt und behandelt (Abb.1).
2. 12 Jahre alte SchülerInnen haben nur durchschnittlich an einem Zahn Karieserfahrung und ein funktionell intaktes Gebiss (Abb. 2).
3. 15-jährige Jugendliche haben höchstens zwei Zähne mit Karieserfahrung und ein saniertes, funktionell intaktes Gebiss (Abb. 3).

Nicht nur Gesundheitsämter, Zahnärzte, Krankenkassen und Ministerien sind aktive Partner sondern auch Eltern, Erzieher, Lehrer, Träger der Kindereinrichtungen, Kinderärzte, Hebammen, Gynäkologen sowie die Netzwerke „Gesunde Kinder“. Sie sind inzwischen mit dabei, wenn es darum geht, unsere Jüngsten vor der frühkindlichen Karies und ihren Auswirkungen zu schützen.

In Ergänzung zu den Prophylaxe-Pässen für Vorschul- und Schulkinder wurde der



Pass „Mutter & Kind“ entwickelt, den die Schwangeren von ihrem Gynäkologen erhalten. Gezielte Aufklärung über die Besonderheiten der Mundgesundheit in der Schwangerschaft und Hinweise, wie die Milchzähne, die gesund durchbrechen, so lange wie möglich gesund bleiben. 465 Mädchen und Jungen der untersuchten 10.000 Kinder im Alter von 2 Jahren hatten im letzten Jahr bereits behandlungsbedürftige Milchzähne. Ein Ergebnis, das verdeutlicht, hier ist besondere Aufmerksamkeit erforderlich.



Die Bilanz der Partner der Vereinbarung kann sich nach 15 Jahren Gruppenprophylaxe sehen lassen. Ein messbarer Gesundheitsgewinn für Kinder und Jugendlichen ist zu verzeichnen. Das Zitat des Schweizer Präventivzahnmediziners Prof. Dr. Marthaler „Die Karies ist wie ein Tiger hinter Gittern, wann immer man die Gitter nicht pflegt, bricht das Zahnraubtier wieder aus“ ist Ansporn, die gemeinsame Arbeit kontinuierlich fortzusetzen.

Dr. Gudrun Rojas

Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
14776 Brandenburg an der Havel
Gudrun.Rojas@stadt-brandenburg.de

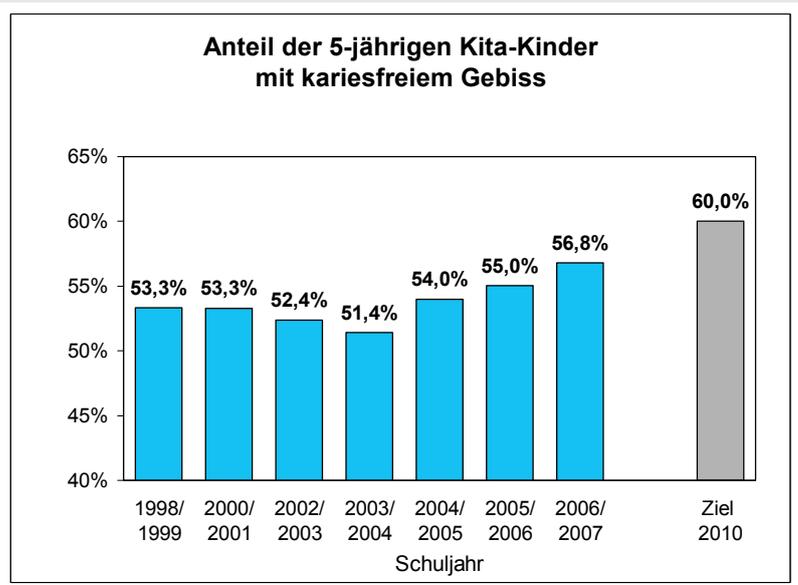
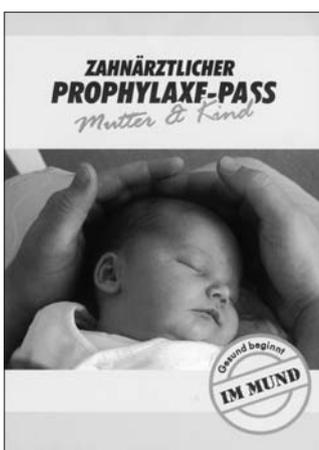


Abbildung 1

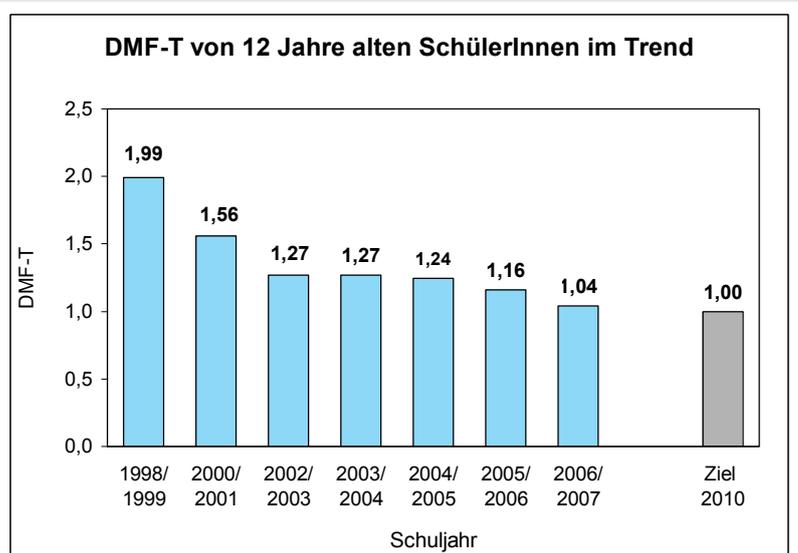


Abbildung 2

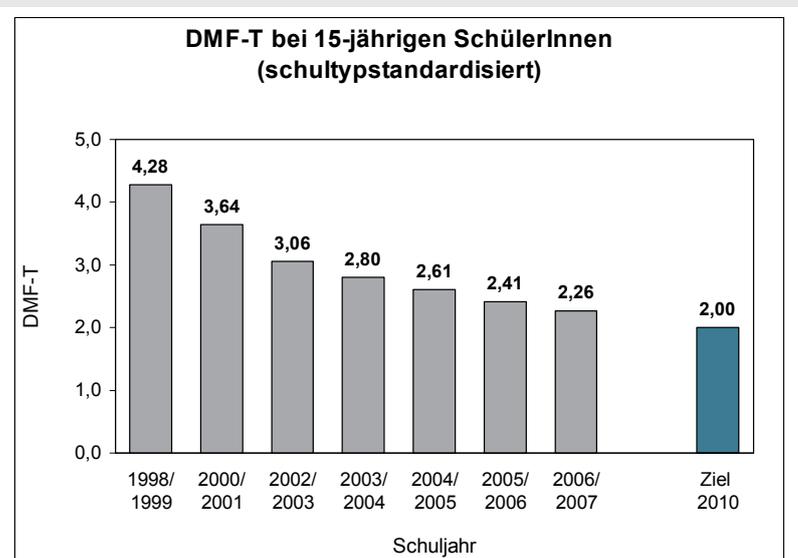


Abbildung 3

Silbernes Ehrenzeichen für Herrn Dr. Uwe Prümel-Philippsen

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ehrt Persönlichkeiten, die sich um das Öffentliche Gesundheitswesen und die Jugendzahnpflege auf Bundesebene verdient gemacht haben, mit dem Silbernen Ehrenzeichen.

In diesem Jahr ehrt der Verband einen Mann, dessen Wirken und Tun um die Mundgesundheit der Menschen in unserem Land vielen – nicht nur den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – nicht so präsent ist, aber vielen Menschen in der Gegenwart und in Zukunft weiterhin, so hoffe ich, von Nutzen sein wird.

Herrn Dr. Uwe Prümel-Philippsen.

Eine Preisverleihung ist ein komplexer Gabentausch. Heute begegnen sich in der gesundheitsbezogenen Prävention Pädagogik und Zahnmedizin resp. Medizin in einer würdigen und sich wechselnden ehrenden Weise. Es gab andere Zeiten. Prospektiv zielt eine Preisverleihung auf eine weitere Festigung der in den letzten Jahren gewachsenen guten Beziehung zwischen unseren Fächern und Gesellschaften.

Herr Dr. Uwe Prümel-Philippsen wurde im Sternzeichen des Schützen in der „Wiege des Ruhrgebietes“, in Oberhausen, geboren. Nach der Beendigung des Studiums der Anglistik, Philosophie und Pädagogik in Köln schlossen sich die Tätigkeiten einer Lehrkraft und eines Wissenschaftlichen Angestellten an, die schließlich im Jahr 1983 in der Promotion zum Dr. phil. an der Uni Essen mündeten.

Erste Hinweise auf die jetzige Tätigkeit zeigen die Posten in den Geschäftsführungen

der Deutschen Rheumaliga sowie der „Mobilen Ergotherapie Schleswig-Holstein“. Seit dem Jahr 1995 steht Herr Dr. Uwe Prümel-Philippsen als Geschäftsführer der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. in Bonn vor. Diese wiederum moderiert und lenkt seit 1992 den Arbeitsstab und den Aktionskreis zum „Tag der Zahngesundheit“ und aus dieser Aktivität entspringt ihre Arbeit, sich um die Jugendzahnpflege auf Bundesebene verdient gemacht zu haben. Herausragende Kennzeichen von Herrn Dr. Prümel-Philippsen sind die einerseits sehr unaufdringliche, dabei andererseits doch sehr effektive und effiziente Art, aus dem bunten Gremium des Arbeitsstabes und Aktionskreises genau das heraus zu locken, was angesagt ist, was Perspektiven eröffnet und eben auch einen interdisziplinären Brückenschlag ermöglicht.

Man muss dabei nicht erstaunt sein, mit welcher großer Souveränität Herr Dr. Prümel-Philippsen das kleine Fach der Zahnmedizin ins rechte Licht des deutschen Gesundheitssystems setzen kann (und an Tagen wie dem „Tag der Zahngesundheit“ bestimmt die Zahnmedizin einmal die Schlagzeilen im deutschen Gesundheitssystem), übt der Geehrte doch weitere Ämter wie in der „Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ und in dem „Ständigen Koordinierungsausschusses“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus. Er ist Mitglied im Verbandsrat der Bundesarbeitsge-



meinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e. V.“ und als Herausgeber, Autor, Referent, Gutachter und Berater tätig. In diesem Zusammenhang begleitete Dr. Prümel-Philippsen zu Beginn des Jahrtausends den BZÖG maßgeblich in seinem Bemühen um eine Qualitätsoffensive in den Zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter.

Das „Rad“ Tag der Zahngesundheit und damit einhergehend die Erhöhung der Aufmerksamkeitsschwelle für die zahngesundheitlichen Belange der Bevölkerung dreht sich nicht von alleine und kaum einer weiß dies besser als der Preisträger. War er es doch, der z. B. anlässlich des Tages der Zahngesundheit in Kassel 2001 medial breit gestreut äußerte, „Der Tag der Zahngesundheit ist Öffentlichkeitsarbeit für Mundgesundheit wie wir Sie uns wünschen würden, wenn es ihn nicht schon geben würde“, oder im Jahre 2006, als er verlauten ließ, dass „Aus der Idee für einen Tag der Zahngesundheit zu unserer großen Freude inzwischen eine richtige Volksbewegung geworden ist“. Nichts charakterisiert dabei die Öffentliche Gesundheit mehr als diesen Bevölkerungsbezug, und um jene hat sich der Preisträger seit nunmehr deutlich mehr als einem Jahrzehnt verdient gemacht.

Für den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Dr. Michael Schäfer MPH, 1. Bundesvorsitzender

Bronzenes Ehrenzeichen des BZÖG für Frau MR Dr. Martina Kröplin

Der Bundesverband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst verleiht für herausragende Leistungen auf dem Gebiet der Sozialmedizin und des Öffentlichen Gesundheitswesens auf Landesebene das Bronzene Ehrenzeichen. Die Landesstelle Thüringen des BZÖG ehrte damit am 14. Mai 2008 in Weimar Frau MR Dr. Martina Kröplin aus Heiligenstadt. Mit

Frau Dr. Kröplin schied zum Jahresende 2007 eine engagierte Jugendzahnärztin und Persönlichkeit aus dem Berufsleben, welche die Jugendzahnpflege in Thüringen nach der Wende wie keine andere geprägt hat.

Am ersten Tag des letzten Kriegsjahres in Ückermünde geboren und in den Nachkriegsjahren im Land Brandenburg aufge-

wachsen legte sie 1963 ihr Abitur ab. Sie studierte in Berlin und Olmütz Zahnmedizin und beendete das Studium 1969 mit der Approbation in Dresden. 1974 erlangte sie nach der Ausbildung in Wittenberge die Fachzahnarztanerkennung für das Fach Kinderstomatologie.

Nach dem Umzug nach Heiligenstadt 1976 arbeitete sie in der Schulambulanz

und wurde 1978 Weiterbildungsleiterin für das Fach Kinderstomatologie im Kreis Heiligenstadt. Ab 1983 arbeitete sie in der Bezirksfachkommission für Kinderstomatologie in Erfurt, ab 1989 als deren Leiterin. Die Promotion erlangte sie 1984 und im gleichen Jahr wurde sie Leitende Kinderstomatologin in der Poliklinik Heiligenstadt.

Im Oktober 1990 begann für Frau Dr. Kröplin ein zäher Kampf um die Erhaltung der Kinderstomatologie mit allen nur möglichen Institutionen. Sie wurde zur Ansprechpartnerin für alle Belange der Jugendzahnpflege im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen. Ohne ihre unermüdliche Arbeit gäbe es heute nicht die Voraussetzungen und gesetzlichen Grundlagen, die Basis der Tätigkeit in der Jugendzahnpflege im Öffentlichen Dienst in Thüringen sind.

Frau Dr. Kröplin war Gründungsmitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege und arbeitete von 1996 bis zu ihrem beruflichen Ausscheiden für den Thüringer Landkreistag im Vorstand der LAG mit. Im Thüringer Landesver-



band der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD war sie seit 1991 Leiterin der Arbeitsgruppe Jugendzahnpflege, von 1992 bis 1998 Thüringer Landesstellenleiterin des BZÖG. Auf Bundesebene arbeitete Frau Dr. Kröplin von 1998 bis 2000 im Vorstand des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst als

Geschäftsführerin. In diesen Funktionen erfolgten mehrere Publikationen. Frau Dr. Kröplin trat als Referentin bei vielen Gelegenheiten für die Jugendzahnpflege auf, zum Beispiel beim Thüringer Landkreistag, der DAJ, in Landesarbeitsgemeinschaften und Landes Zahnärztekammern, im Landesverwaltungsamt und bei Bundeskongressen des ÖGD.

Sie führte über viele Jahre im Auftrag des Thüringer Landesverwaltungsamtes die Statistik der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen der Zahnärztlichen Dienste sowie für die DAJ die Ergebnisse der epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in Thüringen zusammen.

Wir danken Frau Dr. Kröplin für Ihre herausragende Arbeit und wünschen Ihr alles Gute, viele schöne Stunden gemeinsam mit Ihrem Mann sowie der Tochter und deren Familie!

Für die Landesstelle Thüringen des BZÖG

DS Sabine Ulonska
Landesstellenleiterin



easy-soft GmbH Dresden
Computer · Software · Systementwicklung

NEU
Kieferorthopädische
Identifikationsgruppen (KIG)

Erfassung und Auswertung zahnmedizinischer Befunde im Öffentlichen Gesundheitsdienst mit *Octoware*[®]

Octoware[®] Gesundheit ist ein komplexes Datenbanksystem für Gesundheitsbehörden. Die Software wird in ca. 200 Gesundheitsämtern in 12 Bundesländern eingesetzt.

Charakteristika des *Octoware*[®] Moduls Zahnärztlicher Dienst sind

- effektive Erfassung zahnärztlicher Untersuchungsbefunde
- Zahnstatus, Flächenstatus, Sonderbefund, Anomalien etc.
- automatische Ermittlung des Kariesrisikos nach DAJ-Kriterien und Dentoprogramm
- gruppen- und personenbezogene Erfassung von Prophylaxemaßnahmen
- jährlich automatische Umsetzung der Schulklassen in die nächste Klassenstufe
- Nutzung der gleichen Schülerdatei wie im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Einsatzmöglichkeit auf Laptops mit Replikation zur zentralen Datenbank
- Altdatenübernahmemöglichkeit aus JZP und anderen Programmen
- Datenimportschnittstelle für Angaben der zu untersuchenden Kinder
- spezielle (anonyme) Datenexportschnittstellen für Landesbehörden
- MS-Excel- und MS-Word-Schnittstellen, u. a. für grafische Präsentationen

Unter *Octoware*[®] Zahnärztlicher Dienst sind umfangreiche Statistiken integriert, wie z. B.

- nach Altersgruppen, Schulen, Schulorten, Klassen, Klassenstufen, Kariesrisikoanteilen
- Zahnstatusauswertungen für Milchgebiss und bleibendes Gebiss, u. a. mit Grafiken
- Sanierungsgrad- und Füllungsgradanalysen
- Anomalien, Parodontopathien, Mundhygienestatus, Elternmitteilungen
- Fluoridierungs- und andere Prophylaxemaßnahmen



Salzburger Str. 9 · 01279 Dresden · Telefon: 0351 25506-0 · Telefax: 0351 25506-10
E-Mail: info@easy-soft.de · Internet: <http://www.easy-soft.de>

