

### 3 Editorial

#### Aktuelles Thema

- 4 Die Mundgesundheit wird besser  
- die Gruppenprophylaxe braucht  
bedarfsorientierte Kontinuität  
Bericht über die 34. Arbeitstagung  
des BZÖG
- 4 Dr. M. Spielmann MdB
- 5 Dr. S. Steppuhn
- 5 Aus der Sicht des BZÖG
- 7 Aus der Sicht der Spitzenverbände  
der Krankenkassen
- 10 Erfolge und notwendiger Wandel  
von Präventionskonzepten  
Aus der Sicht der BZÄK
- 11 Aus der Sicht des  
Bundesministeriums für Gesundheit
- 13 Für die Deutsche Gesellschaft für  
Kinderzahnheilkunde und  
Primärprophylaxe

#### Fortbildung

- 15 Zweifelhafte Keim-Theorie

#### Berichte aus den Ländern

- 16 Drei Projektstage zur Zahngesund-  
heit in einer Erfurter  
Hauptschulklasse (Stufe 9)

#### Leserservice

- 17 „Gesundheitswegweiser“ in  
Neuaufgabe
- 19 Plakate zum nursing-bottle-  
syndrom

#### Aktuelles

- 17 Studie zur Gesundheit von Kindern  
und Jugendlichen durch das  
Robert-Koch-Institut

#### Buchbesprechung

- 18 Kinderzahnmedizin
- 18 Lexikon der Zahnmedizin und  
Zahntechnik
- 18 Evidence-Based Dentistry
- 18 Kinder- und Jugendpsychologie in  
der zahnärztlichen Praxis

- 20 Veranstaltungshinweise

- 20 Impressum

# Anzeige



Dr. G. Rojas

Der Stellenwert der Prävention ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen und zu einem festen Bestandteil der Gesundheitspolitik geworden, führt sie doch zur Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung von Lebensqualität und damit zu einem höheren gesundheitlichen Nutzen und Einsparungen im Gesundheitssystem.

Das wurde auch mit der Neufassung des § 20 SGB V und der Aufnahme von Leistungen der primären Prävention in den Leistungskatalog der Krankenkassen deutlich. Neu ist hierbei auch die konkrete Zielrichtung, denn diese Leistungen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Die Gesundheitsministerkonferenz hat hierzu beschlossen, dass Leistungen der Primärprävention verstärkt in Kindertagesstätten und Schulen angeboten und durchgeführt werden.

Den Schwerpunkt dieser Ausgabe bildet die Berichterstattung über die diesjährige Arbeitstagung zur Thematik: „Die Mundgesundheit wird besser – die Gruppenprophylaxe braucht bedarfsorientierte Kontinuität“.

Die Notwendigkeit einer kontinuierlichen gruppenprophylaktischen Betreuung der Kinder und Jugendlichen haben die Tagungsteilnehmern in Referaten und Diskussionen betont. Hervorgehoben wurde auch, dass die positive Entwicklung der Mundgesundheit differenziert zu betrachten ist. Mit dem Rückgang der Kariesprävalenz wird die Konzentration der Karies auf Risikogruppen deutlich. Sie zu erreichen und intensiver zu betreuen, sowie gleichzeitig den flächendeckenden Ausbau der Gruppenprophylaxe umzusetzen, erfordert spezifische Interventionsprogramme die diesen Aspekten Rechnung tragen und sich an regionalen Besonderheiten orientieren.

Die Referate spiegeln die verschiedenen Positionen wider. Anregung und Bestätigung für die Arbeit vor Ort sollen damit für Sie liebe Leserinnen und Leser, verbunden sein.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat unlängst dafür plädiert, dass alle Akteure der Prävention sich an einem gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses zu Gesundheitszielen beteiligen. Die Öffentlichkeit kann so mit der begrenzten Bedeutung der rein kurativen Medizin für die Gesundheit und den Potenzialen und Verantwortlichkeiten von Prävention vertraut gemacht werden. Ein Anliegen, das der Öffentliche Gesundheitsdienst weiter verfolgen sollte.

Dr. Gudrun Rojas

# Die Mundgesundheit wird besser – die Gruppenprophylaxe braucht bedarfsorientierte Kontinuität

## Bericht über die 34. Arbeitstagung des BZÖG

Am 03. März fand in Potsdam die diesjährige Arbeitstagung unseres Verbandes statt, über die wir in der vorliegenden Ausgabe unserer Zeitschrift berichten.

Die Referenten erläuterten aus unterschiedlichen Blickwinkeln, dass Kontinuität bei der Durchführung langfristiger Präventionsprogramme zur Förderung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen nach wie vor ein wichtiges Erfordernis ist. Wie die Gruppenprophylaxe in Zeiten des sich wandelnden Kariesgeschehens an den Bedarf angepasst werden soll, wurde dargestellt.

Teilnehmer aus Politik, Gesundheitsministerien, Krankenkassen, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren Organisationen diskutierten hierüber im Anschluss. Besonders rege war der Austausch zur Umsetzung der aktuellen Fluoridierungsempfehlungen, der offensichtlich werden lies, wie notwendig die Konsensfindung ist.

Zahlreiche Medienvertreter folgten der Einladung zum Pressegespräch. Herr Dr. Oesterreich für die Bundeszahnärztekammer, Herr Wiethardt für die Spitzenverbände der Krankenkassen und Frau Dr. Rojas für den BZÖG informierten über die Erfolge und Herausforderungen in der Gruppenprophylaxe und stellten sich den Fragen der interessierten Journalisten.

Mit den Grußworten der Bundestagsabgeordneten Frau Dr. Spielmann und der Vertreterin des Brandenburgischen Gesundheitsministeriums Frau Dr. Steppuhn möchten wir die Berichterstattung beginnen.

## Dr. M. Spielmann MdB

Sehr geehrte Damen und Herren, es freut mich sehr, Sie zu dieser Tagung hier in Potsdam begrüßen zu dürfen. Das ist das erste Mal, dass eine Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den neuen Bundesländern stattfindet und ich sehe darin ein Signal für den Gedankenaustausch innerhalb des ÖGD innerhalb Deutschlands.

Die Tagung steht unter dem Thema: „Die Mundgesundheit wird besser – die Gruppenprophylaxe braucht bedarfsorientierte Kontinuität.“ Man sieht, es gibt Anlass, optimistisch zu sein. Denn in den letzten Jahren hat sich die Mundgesundheit der Bevölkerung in unserem Lande insgesamt sehr stark verbessert.

So haben beispielsweise die heute 12-jährigen zwei Drittel weniger kariöse Zähne als noch vor 10 Jahren. Damit steht Deutschland auch im internationalen Vergleich gut da. Die Verbesserung der Mundgesundheit ist im Wesentlichen auf die gute Prophylaxearbeit zurückzuführen. Mit der Erweiterung des §21 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hat die rot-grüne Regierung die Gruppenprophylaxe gestärkt und ihre Bedeutung unterstrichen. Die Erweiterung beinhaltet den Anspruch, dass möglichst flächendeckend gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden. Außerdem werden in Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das Kariesrisiko der Schüler insgesamt überproportional hoch ist, gruppenprophylaktische Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Mir ist bewusst, dass der Bundesverband der Zahnärzte des ÖGD weitreichendere Änderungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 vorgeschlagen hat. Aber: Politik bedeutet auch, zwischen den unterschiedlichen Interessengruppen einen Konsens zu finden. Insgesamt gesehen, ist uns mit dieser Reform eine Stärkung der Prävention gelungen. Denn: Vorbeugen ist besser als heilen. Mehr als in anderen Bereichen gilt dies in der zahnmedizinischen Versorgung. Nirgendwo sind die Ursachen der wichtigsten Erkrankungen so bekannt wie hier. Und nirgendwo sonst



sind Prophylaxe und Prävention so erfolgreich.

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung machen aber auch deut-

lich, dass die Mundgesundheit von der sozialen Lage bestimmt wird. Es kristallisieren sich Risikogruppen heraus. Unser Ziel muss es sein, gerade diese Kinder und Jugendlichen durch die aufsuchende Betreuung zu erreichen. Hier hat der ÖGD eine ganz wichtige Aufgabe. Ich möchte es an dieser Stelle ganz deutlich machen: es geht bei der aufsuchenden Betreuung und bei der Anleitung zur richtigen Zahnpflege nicht nur darum, die Karies zu bekämpfen. Gute Zähne sind nicht nur der schönste Schmuck, wie auf Plakaten zu lesen ist. Gute Zähne gelten als Eintrittskarte in vielen Bereichen.

An Redewendung wie beispielsweise : Zähne zeigen! wird das deutlich. Es sollte sich keiner diesbezüglich genieren müssen. Wir müssen dafür sorgen, dass jeder dies tun kann. Wir müssen diejenigen unterstützen und uns um sie kümmern, die vom Elternhaus keine oder wenig Anleitung zum Zähneputzen bekommen und die von den Eltern nicht zum Zahnarzt geschickt werden. Mit der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit leisten wir also einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit.

Gerade im Bereich der Gruppenprophylaxe liegt dabei ein wichtiges Potenzial. Deshalb müssen wir uns darüber unterhalten, wie wir diese Maßnahmen noch weiter verbessern können, ob die Rahmenbedingungen stimmen und wie wir am besten bestimmte Risikogruppen erreichen können. Dazu sind wir hier zusammen gekommen und ich hoffe, dass wir hier und heute in einen fruchtbaren Dialog treten.

Dr. Margrit Spielmann MdB  
Unter den Linden 50  
11011 Berlin

## Dr. S. Steppuhn

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Vertreterin des Brandenburgischen Gesundheitsministeriums freue ich mich ganz besonders darüber, dass der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes seine diesjährige Arbeitstagung in der Landeshauptstadt Potsdam durchführt.

Ihr Tagungsthema „Die Mundgesundheit wird besser – die Gruppenprophylaxe braucht bedarfsorientierte Kontinuität“ ist auch ein wichtiges Anliegen brandenburgischer Gesundheitspolitik.

1993 haben wir mit dem Aufbau einer flächendeckenden gruppenprophylaktischen Betreuung für Kinder in Kindergärten und Schulen in unserem Land begonnen. Grundlage war und ist seit 1993 die Rahmenvereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe, die die Landesverbände der Krankenkassen, die kommunalen Spitzenverbände, die Landeszahnärztekammer und das Gesundheitsministerium abgeschlossen haben. Darin geregelt sind Organisation, Finanzierung und Verantwortlichkeiten sowie fachliche Vorgaben. Die Verantwortung für die Organisation und Durchführung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen einschließlich Dokumentation wurde den Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst am ehesten in der Lage ist, alle Kinder unabhängig von ihrer sozialen Lage auch wirklich zu erreichen, nämlich in Kindereinrichtungen und Schulen.

Die Krankenkassen tragen die Kosten für die notwendigen Sachmittel, die von einer Koordinierungsstelle bereitgestellt werden. Weiterhin erfolgt für das Personal der Gesundheitsämter, das die Prophylaxemaßnahmen durchführt, eine anteilige Personalkostenförderung. Ein Beirat, für den die Landeszahnärztekammer Zahnärztinnen/-Zahnärzte benennt, berät die Partner der Rahmenvereinbarung in fachlichen Fragen und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe in unserem Land.



Eine standardisierte einheitliche Befunderhebung und Datenerfassung, geregelt im Brandenburgischen Gesund-

heitsdienstgesetz sowie in der Richtlinie „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“, ist Grundlage für Bedarfsermittlungen und Gesundheitsplanung und damit für eine bedarfsorientierte zahnmedizinische präventive Betreuung in den Landkreisen und kreisfreien Städten.

Ein beispielhaftes Ergebnis aus der Gesundheitsberichterstattung zeigt, dass in Brandenburg durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxe der Anteil der Kinder der ersten Klassen mit kariesfreien Gebissen 1999/2000 im Vergleich zu 1992/1993 knapp verdoppelt werden (20 % auf 37 %) konnte.

Ich wünsche Ihnen für Ihre Arbeitstagung interessante Fachgespräche und für Ihre weitere Arbeit auf dem Gebiet der Gruppenprophylaxe viel Erfolg.

Dr. Siegrun Steppuhn  
Leiterin der Abteilung  
Gesundheit  
Ministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Frauen  
Land Brandenburg

## Aus der Sicht des BZÖG

Dr. K.-G. Dürr



In den letzten Jahren kann bei Kindern und Jugendlichen eindeutig ein Trend zu einer besseren Mundgesundheit festgestellt werden. Diese Verbesserungen verlaufen nicht linear statisch, sondern spiegeln den dynamischen Prozess von Gesundheitserziehung, Veränderungen von Sozial- und Bevölkerungsstrukturen und präventiven Programmen wider – Erfolge, die für eine lebenslange orale Mundgesundheit wichtige Voraussetzungen darstellen.

### Zur Entwicklung

Bereits Ende der 80er Jahre war es möglich, einzelne IP-Leistungen abzurechnen. Maßnahmen der Jugendzahnpflege wurden bereits in der ehemaligen DDR und mit unterschiedlicher Intensität und anderer Herangehensweise in den alten Bundesländern durchgeführt. Tägliches Zähneputzen im Kindergarten, sowie die Anwendung von Fluoridpräparaten waren schon immer Bestandteil einer konsequenten Jugendzahnpflege.

Mit Einführung des § 21 SGB V hat der Gesetzgeber 1989 auf der Bundesebene einen rechtlichen Rahmen geschaffen, der Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen beschrieb. Er hat mit diesem Gesetz all diejenigen beteiligt, die eine Aufgabe in der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit haben. Dieser Paragraf wurde zunächst 1993 und letztmalig 1999 auf die Notwendigkeiten und Entwicklungen hin aktualisiert.

Dies muss auf Länder- und kommunaler Ebene mit unterschiedlicher Intention umgesetzt werden. Wichtig sind für den ÖGD und die Gruppenprophylaxe Verbindlichkeit und Planungssicherheit. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist dem Allgemeinwohl verpflichtet – dazu braucht er funktionsfähige Strukturen. Ich denke, wir können uns im Bereich des ÖGD weiteres Sparen gar nicht mehr leisten.

Meine Erwartung an die Politik und die für weitere Entscheidungen

verantwortlichen Träger ist es daher, die Gesundheitsämter adäquat ihrer Aufgaben verbindlich personell und sächlich auszustatten.

12-jährige haben heute einen durchschnittlichen DMF-T Wert deutlich unter 2,0. Bedenken wir, dass der erste Jahrgang, der vollständig von diesem Paragraphen Gruppenprophylaxe profitierte, heute gerade erst 14 Jahre alt ist, so zeigt dies, wie erfolgreich gearbeitet wurde.

Die Krankenkassen haben, diesem Gesetz folgend, in den Ländern und in den Arbeitsgemeinschaften Finanzmittel eingebracht. Dabei haben sich einzelne Regionen strukturell und finanziell sehr gut entwickelt. In einigen AG's ist aber nach wie vor die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen verstärkt nötig. Dort wo klare zielorientierte Konzepte vorliegen, sollten auch ausreichende Mittel zur Verfügung stehen. Nicht zu begrüßen hingegen sind Aktionen, die im Sinne spektakulärer Einmalaktionen durchgeführt werden. Die hierfür aufgewendeten teilweise fünf- bis sechsstelligen Beträge sind für langfristig angelegte Betreuungsformen besser geeignet. Für die gruppenprophylaktische Arbeit mit den Kindern sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, sowohl aus dem ÖGD als auch aus der Praxis mit ihren Mitarbeiterinnen, vor Ort. Die Strukturen sind so vielfältig wie die föderalen Strukturen unseres Landes dies zulassen. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere dort sehr gute Arbeit geleistet, wo der ÖGD eine federführende koordinierende Rolle in diesem Bereich übernommen hat und in die jugendzahnärztlichen Aufgaben, also regelmäßige zahnärztliche Vor-Ort-Untersuchungen, mit in die inhaltliche Konzeption eingebunden ist.

Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung zeigen, wo bedarfsorientierte Weiterentwicklungen auf der kommunalen Ebene notwendig sind. Der ÖGD hat hier eine Schlüsselrolle, da er auf Grund der epidemiologischen Kenntnis die Kindergärten und Schulen mit dem höchsten Anteil von kariesaktiven Kindern identifizieren kann, die beste Zugangsmöglichkeit zu diesen Einrichtungen hat und altersgerechte und zielorientierte Konzepte zur bedarfsorientierten Verbesserung der Situation vor Ort anbieten kann.

## Untersuchungen

Betrachtet man die Daten der Schulanfänger aus der DAJ-Studie von 1997, so ist sicherlich erfreulich, dass mindestens 30 – 50 % der Kinder naturgesunde Gebisse haben, dies besagt aber auch, dass gut die andere Hälfte dieses Ziel noch nicht erreicht haben. In dieser Gruppe sind sowohl primärprophylaktische Maßnahmen notwendig, als auch die Kariesbehandlung.

Dies wird bestätigt durch die Aussage von Schneller und Butz (2000): „Nur wenn die Zähne (auch die Milchzähne) saniert werden, besteht eine reelle Chance, die schädliche Mikrobiologie umzustellen“. Daraus leitet sich aus meiner Sicht folgende sinnvolle Vorgehensweise ab: Untersuchung – Verweisung – Therapie (Sanierung) - Prophylaxe

Und ein weiterer sehr wichtiger Effekt wird durch die Regelmäßigkeit der jährlichen Untersuchung ausgelöst. Die Bereitschaft zum Zahnarztbesuch wird bei Kindern und deren Eltern erhöht und auch Lehrer und Erzieher lassen sich besser in die Multiplikatorenfunktion einbinden. Kontinuität steigert somit die Compliance.

## Primärprophylaktische Maßnahmen

Nach Prof. Saxer braucht ein angehende Schweizer Dentalhygienikerin 3 Monate, bis sie ihr eigenes Gebiss optimal reinigen kann (Saxer 2000). Wenn also hochmotivierte Erwachsene diese lange Zeit zum eigenen Erlernen benötigen, dann können wir bei Kindern nicht alleine auf Mundhygiene und weitere prophylaktische Begleitmaßnahmen bauen. Effektive Kariesprophylaxe macht daher den zusätzlich Einsatz der Fluoride notwendig. Ihr Einsatz im Rahmen der Gruppenprophylaxe ist unlängst in den aktuellen Empfehlungen (Stellungnahme der DGZMK und „Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe“ der Spitzenverbände der Krankenkassen) als zweckmäßig und erforderlich bestätigt worden.

In der Gruppenprophylaxe hat neben der Fluoridanwendung durch Zahnpasten, die lokale Applikation in Form von Gelees, Lacken o.ä. eine wichtige Bedeutung. Diese Anwendungen sind in den letzten Jahren gestiegen und stellen die zentrale Säule dar, um zum einen

das oben angesprochene Hygiene-defizit der Kinder zu kompensieren und andererseits kariesaktive Kinder in Schwerpunkteinrichtungen effizient zu betreuen.

## Der bevölkerungsorientierte Ansatz des ÖGD in der Gesundheitsförderung

Schulen und Kindereinrichtungen sind öffentliche Einrichtungen. Daher ist die Gesundheit, am „Arbeitsplatz“ Schule und Kindergarten, Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

- Der ÖGD ist der einzige Partner der dem Allgemeinwohl verpflichtet ist und interessenneutral arbeitet.
- Aufgrund seiner aufsuchenden Betreuung erreicht er nahezu alle Kinder regelmäßig und flächendeckend und gewährt damit eine hohe Kontinuität der Betreuung.
- Die im Rahmen der Reihenuntersuchung gewonnenen epidemiologischen Daten bilden die Basis für die Gesundheitsplanung und die kommunale GBE sowie Steuerungselement für die Gesundheitspolitik
- Die Zahnärzte/innen arbeiten zielgruppenspezifisch mit bedarfsorientierten Betreuungsprogrammen.
- Außerdem erfüllt der ÖGD wesentliche Planungs-, Koordinierungs- und Steuerungsfunktionen

## Zusammenfassung

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bedürfen einer verlässlichen Umsetzung auf Länder- und kommunaler Ebene
- Die Gruppenprophylaxe ist eine Aufgabe des ÖGD und stellt die optimale Form dar, um alle Kinder und Jugendlichen regelmäßig mit präventiven Betreuungsprogrammen zu erreichen und sie anschließend für die IP als compliant zu gewinnen
- Die Zahnärztinnen/-ärzte erkennen durch die regelmäßige Untersuchung den frühzeitigen Behandlungsbedarf
- Lokale Fluoride sind Bestandteil einer effizienten Gruppenprophylaxe
- Der ÖGD erfüllt und gewährleistet Kontinuität und zielgruppenorientierte Weiterentwicklung der präventiven Betreuung.

Dr. Klaus-Günther Dürr

## Aus der Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen

A. Wienefoeth

Das heutige Thema ist Programm und Verpflichtung für alle, die sich für eine Verbesserung der Zahngesundheit für Kinder und Jugendliche verantwortlich fühlen.

Bevor die Gruppenprophylaxe für Kinder bis zum 12. Lebensjahr im Jahre 1989 eingeführt worden ist, hat es in den alten Bundesländern jahrelange Diskussionen über Verfahren zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen gegeben. In zahlreichen Publikationen wurden Maßnahmen gefordert, welche Eltern und Erzieher in die Lage versetzen sollten, den Kindern körpergerechtes und gesundheitsbewusstes Verhalten sachgerecht zu vermitteln, um ihnen dieses anzutrainieren. Die weitere Entwicklung der Zahngesundheit in die falsche Richtung konnte glücklicherweise oder Dank

auch der „Gruppenprophylaxe“ gestoppt werden, obwohl auch heute noch das kleine Pausenbrot in Form von Süßigkeiten nicht in allen Kindergärten und Schulen auszu-schließen ist.

Zwischen dem Erkennen von Problemen und Maßnahmen zur Problembeseitigung können bekanntlich Jahre vergehen. Dies gilt offensichtlich auch für die Verbesserung der Zahngesundheit. Die einschlägigen Indizes zur Messung der Zahngesundheit belegen diese Feststellung. Bezüglich der Verteilung des Kariesbefalles stellte die DMS III Studie in 1999 allerdings fest, dass sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern ca. 20 % der Jugendlichen etwa 50 % aller DMF – Zähne haben.

Für die Gesamtheit der Kinder und Jugendlichen ist die Entwicklung bisher erfreulich verlaufen, wie wir alle wissen. Hierbei sollten wir es aber nicht belassen. Nach dem Motto Stillstand ist Rückschritt haben die Spitzenverbände in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst die gesetzlichen Neuregelungen in der Gruppenprophylaxe zum

1.1.2000 zum Anlass genommen, um das im Jahr 1995 vorgestellte Konzept zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe aktuell weiterzuentwickeln. Das Konzept unter dem Kurz-Titel „Gruppenprophylaxe 2000“ wurde im November des letzten Jahres veröffentlicht. Zum bisherigen Umfang der gruppenprophylaktischen Maßnahmen stellen die Spitzenverbände fest, dass für die Anspruchsberechtigten unter 12 Jahren die erforderlichen Maßnahmen noch nicht flächendeckend verwirklicht worden sind. Die Maßnahmen werden nicht in allen Regionen unseres Landes durchgeführt und in einzelnen Regionen auch nicht in der erforderlichen Häufigkeit. Die Spitzenverbände halten in der Basisprophylaxe zwei jährliche Prophylaxe-Impulse und in der Intensivprophylaxe zusätzlich bis zu vier jährliche Prophylaxe-Impulse für erforderlich. Der weitere Ausbau der Gruppenprophylaxe ist daher sowohl in der Fläche als auch den Inhalten nach anzustreben.

Die weiterhin bestehende Polarisierung des Kariesbefalles auf eine



Zahnärztlicher  
Gesundheitsdienst  
2/01

# Anzeige

geringe Anzahl von Jugendlichen, 21,5 % der Jugendlichen haben 61,2 % aller DMF - Zähne und 7,9 % haben 29,6 % aller erkrankten Zähne, wie in der DMS III Studie 1999 festgestellt worden ist, verlangt die personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen gezielt für diese Risikogruppe einzusetzen.

Hierbei soll nicht verkannt werden, dass auch bei Jugendlichen mit niedriger Schulbildung in der bisherigen Entwicklung eine große Verbesserung des Mundgesundheitszustandes zu verzeichnen ist.

Wir sollten uns aber weiterhin um eine Verstärkung der intensivprophylaktischen Maßnahmen für die Risikogruppen bemühen und die Basisprophylaxe auf möglichst alle Regionen innerhalb Deutschlands ausweiten. Alle sozialen Schichten sollen in die Gruppenprophylaxe einbezogen werden. Die erforderliche Kontinuität der Maßnahmen ist personenunabhängig für alle betreffenden Geburtsjahrgänge sicherzustellen.

Dabei verweisen die Spitzenverbände in ihrem Konzept noch einmal auf die besonderen Voraussetzungen in der Gruppenprophylaxe, die es ermöglichen sollen, Kinder und Jugendlichen in Kindergärten, Grundschulen und Schulen gezielt anzusprechen. Wir sprechen von dem „aufsuchenden Konzept“ als grundlegendem Strukturmerkmal in der Gruppenprophylaxe. Die wesentlichen Elemente sind Ihnen bekannt und in unserer Broschüre im Einzelnen beschrieben worden. Eine wichtige Frage ist immer die nach der Finanzierung von Maßnahmen. Wie können zusätzliche finanzielle Anreize in den Ländern für die Gruppenprophylaxe geschaffen werden?

Als Spitzenverbände können wir zwar Konzepte entwickeln und Ihre Umsetzung fordern, die Finanzhoheit über Ausgaben und Einnahmen liegt aber bei den selbständig agierenden Krankenkassen in den Ländern. Die beteiligten Institutionen müssen dort davon überzeugt werden, dass Gelder in der Gruppenprophylaxe effizient angelegt sind.

Die Ausgaben für Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen einschließlich der Fissurenversiegelungen haben sich in den Jahren

1995 bis 1999 von rd. 532 Mio. DM auf rd. 731 Mio. DM erhöht. Von den Mehrausgaben in diesen 5 Jahren in Höhe von rd. DM 199 Mio. entfallen auf die Gruppenprophylaxe lediglich rd. 15 Mio. DM. Die Differenz zwischen den Ausgaben für die Gruppenprophylaxe einerseits und den Ausgaben für die Individualprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen einschließlich Fissurenversiegelungen andererseits bleibt daher nach wie vor hoch. Mit der Einführung der Früherkennungsuntersuchungen im Jahre 1999 hat sich die Differenz noch erhöht. Die Spitzenverbände haben sich bisher immer dafür ausgesprochen, dass gruppenprophylaktische Maßnahmen Vorrang vor individualprophylaktischen Maßnahmen haben. Gleichwohl ist es den Spitzenverbänden aufgrund der mangelnden gesetzlichen Voraussetzungen bisher nicht gelungen, Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die gruppenprophylaktischen Maßnahmen auch tatsächlich von der Mehrzahl der Zahnärzte als vorrangig behandelt werden. Diese Aussage bitte ich nicht dahingehend misszuverstehen, dass die Spitzenverbände die individualprophylaktischen Maßnahmen in ihrer Wirkung gering einschätzen. Es muss nur immer wieder daraufhingewiesen werden, dass die Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe im Vergleich zu den individualprophylaktischen Maßnahmen als sehr effizient angesehen werden müssen und diese daher als vorrangig zu behandeln sind. Insgesamt wird für die Gruppenprophylaxe erheblich weniger pro Kind als für die Individualprophylaxe ausgegeben.

1997 wurden beispielsweise für die Gruppenprophylaxe 7,00 DM pro Kind durchschnittlich aufgewendet. Die Ausgaben für die Individualprophylaxe ( IP 1 – IP 5) betragen im gleichen Jahr rd. DM 43,00 pro Kind.

Für die Intensivbetreuung der neu hinzugekommenen Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen hat der Gesetzgeber ab dem 01.01.2000 weitere Ausgaben in Höhe von 10 Mio. DM jährlich veranschlagt. Auch diese gesetzliche Vorgabe kann unter dem Gesichtspunkt diskutiert werden, ob Ausgabensteigerungen nicht den Grundsatz der Beitragsstabilität verletzen.

Ausgabensteigerungen aufgrund gesetzlich vorgeschriebener Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragsstabilität. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Gruppenprophylaxe sind auch nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung und damit nicht budgetrelevant. Trotzdem ist darüber nachzudenken, in welchem Maße bisherige Ausgaben in der Gruppenprophylaxe zu Gunsten intensivprophylaktischer Maßnahmen umgeschichtet werden können. Die Beantwortung dieser Frage sollte davon abhängen, wie der Gesundheitszustand sich regional in den vergangenen Jahren verbessert hat. Bei einem hohen Stand der Zahngesundheit, gemessen am DMF – T Wert, wird der Grenznutzen jeder zusätzlichen Ausgabe für die Verbesserung der Basisprophylaxe in Regionen mit guter Zahngesundheit abnehmen. Die Effizienz wird bei weiterem Mitteleinsatz sinken, wenn nicht nach Maßnahmen der Basis- und Intensivprophylaxe unterschieden wird.

Die Spitzenverbände begrüßen es daher, wenn in Zukunft die begrenzten Finanzmittel insbesondere den Kindern und Jugendlichen zugute kommen, deren Erkrankungsrisiko im Vergleich zu den anderen hoch ist. Ein flächendeckendes Niveau basisprophylaktischer Leistungen sollte aber im Interesse der jüngeren Jahrgänge, die nachwachsen, erhalten bleiben.

Im Detail haben die Spitzenverbände für die Durchführung der Gruppenprophylaxe konkret folgende Ratschläge in ihrem Konzept abgegeben, die kurz erläutert werden:

- Die Zusammenarbeit mit Eltern, pädagogischem Personal und anderen Berufsgruppen sollte innerhalb der Gruppenprophylaxe gesucht und Gesundheitsförderung betrieben werden.
- Für die Basisprophylaxe werden eine jährliche Reihenuntersuchung und zweimal jährlich Sitzungen zur Gesundheitserziehung und zur Fluoridlackanwendung empfohlen.
- In der Intensivprophylaxe sollten die gleichen Inhalte zusätzlich bis zu viermal jährlich verwirklicht werden.
- Programme im frühkindlichen Bereich sollen die Gruppenpro-

phylaxe vervollständigen.

- Die moderne „Trias der Gruppenprophylaxe“ verbindet biomedizinische Prävention, Gesundheits-erziehung („Verhaltensprävention“) und Gesundheitsförderung („Verhältnisprävention“). Als Maßnahme der biomedizinischen Prävention ist die Fluoridanwendung von unstrittiger Wirksamkeit, um Karies vorzubeugen. Das gilt auch für das Milchgebiss. Der Gesundheitseffekt ist bei dieser Maßnahme unabhängig von der sozialen Stellung und der persönlichen Motivation der Eltern und Kinder. Die Einverständniserklärung der Eltern für diese Maßnahme sollte eingeholt werden. Die Fluoridanwendung hat aber den Nachteil, dass sie passiv angewandt wird, also nicht aktives Handeln der Betroffenen voraussetzt, Daher sind weitere Maßnahmen unerlässlich.
- Mundgesundheits-erziehung ist unabdingbar, um bei den Beteiligten Akzeptanz zu gewinnen und sie zu veranlassen, an präventiven Programmen teilzunehmen. Mundgesundheits-erziehung verbessert regelmäßig Wissen und Einstellungen der Schüler, kaum jedoch die tatsächliche Mundhygiene. Daher beeinflusst Mundgesundheits-erziehung allein auch nicht die Kariesrate. Dies zeigt sich insbesondere bei Kindern mit hohem Kariesrisiko, die meist sozial benachteiligt sind. Deshalb sollten in dieser Gruppe zum einen die biomedizinischen Maßnahmen vollständig verwirklicht werden. Zum anderen ist es erforderlich, den Kindern und Jugendlichen gesundheitsbewusstes Verhalten zu erleichtern, indem gemeinsam mit allen Beteiligten ihr Umfeld aktiv verändert und gesundheitsförderlich gestaltet wird. Die Förderung der Mundgesundheit sollte fester Bestandteil des Konzepts „gesundheitsfördernde Schule“ werden. Außerdem sollten die Erziehungsmaßnahmen auch praktische Übungen zur Einhaltung der Mundhygiene beinhalten.
- Für das Kleinkindalter gilt, dass die Beteiligten der Gruppenprophylaxe sich stärker der Prävention der Zucker-Saugerflaschenkaries widmen. Verhindert werden sollte insbesondere die

nächtliche Saugerflaschengabe. Den Eltern sollten Alternativen aufgezeigt werden.

- Besondere Präventionsziele bei den 12- bis 16-Jährigen sind die Vermeidung approximaler Kariesläsionen und der Gingivitis im Jugendlichenalter.
- Zur Identifizierung besonders betreungsbedürftiger Schulen und Behinderteneinrichtungen kommen die folgenden Methoden in Frage:
  - Einstufung nach der kommunalen Sozialstatistik
  - Einstufung nach der Art der Einrichtung
  - Einstufung anhand von DMF-T-Mittelwerten oder dem Prozentsatz kariesfreier Kinder.
- Die Notwendigkeit in der Gruppenprophylaxe auch bestehende Kiefererkrankungen oder in seltenen Fällen auch parodontale Krankheitsbilder rechtzeitig zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen, soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben.

In einem Aufsatz von Herrn Saekel und Herrn Dr. Brodmann, der in der Zeitschrift „Die BKK“ Ausgabe 2/2001 veröffentlicht worden ist, wird festgestellt, dass die GKV – Ausgaben für die 12-jährigen im Jahre 1997 250,00 DM durchschnittlich je Kind betragen. Ein Betrag von rd. 50,00 DM entfällt auf gruppen- (DM 7,00 ) und individualprophylaktischen Maßnahmen (DM 43,00 ), weitere Ausgaben von 20,00 DM sollen auf notwendige allgemein-zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen entfallen. Der weitaus größere Restbetrag in Höhe von 180,00 DM je 12-jährigen im Jahre 1997 soll auf kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen entfallen. Dies ist verständlich, denn die GKV – Ausgaben für die kieferorthopädische Behandlung konzentrieren sich auf Kinder und Jugendlichen. Sie betragen im Jahre 1997 rd. 4000,00 DM je Behandlungsfall.

Bei den aktuell geführten Diskussionen mit den Kieferorthopäden geht es insbesondere um Verfahren zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der Kieferanomalien sowie um die Einführung eines neuen kieferorthopädischen Indikationssystems in den KFO Richtlinien.

Schädliche Gewohnheiten (die so genannten Habits) sollen bei den Kleinkindern festgestellt werden, um spätere Manifestationen dieser schädlichen Gewohnheiten im bleibenden Gebiss entgegenwirken zu können. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erwarten auf diesem Gebiet weitere wissenschaftliche Erkenntnisse, die es erlauben, diagnostische und therapeutische Verfahren für bestimmte Indikationen effizient in der Frühbehandlung einsetzen zu können. Die neuen Leistungen in der kieferorthopädischen Frühbehandlung sollen mit der Überarbeitung der Gebührenordnung (Bema-Z) verabschiedet werden. Außerdem soll sich die Feststellung der kieferorthopädischen Behandlungsbedürftigkeit an objektiven Kriterien, d.h. am Grad der Kiefer- und Zahnfehlstellungen orientieren und nicht mehr der subjektiven Beurteilung durch die Beteiligten (Eltern und Zahnärzte, bzw. Kieferorthopäden) unterliegen. In den bestehenden KFO – Richtlinien wird ein neues „Kieferorthopädisches Indikationssystem“ (KIG ) verabschiedet werden, das dieser Forderung Rechnung tragen wird.

Ein weiteres Augenmerk ist bei den Jugendlichen auch auf den Beginn parodontaler Erkrankungen zu richten. Nach der DMS-III-Studie aus dem Jahr 1999 sind bei 36,1 % der untersuchten 12-jährigen Jugendlichen gingivale Entzündungen festzustellen. Auch dieses Krankheitsbild gilt es rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Abschließend möchte ich meine Sorge zum Ausdruck bringen, dass die Krankenkassen alle diese sinnvollen präventiven Maßnahmen mit den bisherigen Mitteln nicht ausreichend finanzieren können, denn mit dem verstärkten Einsatz präventiver Maßnahmen verlängert sich auch der Zeitraum, in denen die natürlichen Zähne zu pflegen und mit professioneller Hilfe zu versorgen sind. Dabei zählen natürlich auch die zahnärztlichen Maßnahmen in der tertiären Prävention, die ja während eines durchschnittlichen Lebensalter nicht entfallen und die gilt es ebenfalls weiterhin zu finanzieren.

Die weitere Diskussion um beste Lösungen für die Versicherten wird zeigen, welcher Weg beschritten wird.

Antonius Wienefoeth  
AOK-Bundesverband  
Geschäftsbereich  
Gesundheit  
Kortrijker Straße 1  
53177 Bonn



## Erfolge und notwendiger Wandel von Präventionskonzepten

### Aus der Sicht der BZÄK

Dr. D. Oesterreich

Die zunehmende Verfügbarkeit von Fluoriden, eine verbesserte zahnärztliche Versorgung und das zunehmende Mundgesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung haben in den industrialisierten Ländern Westeuropas seit den 70iger Jahren zu einem kontinuierlichen Rückgang der Karies (caries decline) geführt. Das orale Gesundheitsniveau, quantifiziert über den DMFT-Index (Decayed, Missing, Filled Teeth), ist dabei nicht konstant zu erhöhen. Es kann zu einem Verharren auf dem Niveau des Erreichten oder sogar zu einer Umkehr des rückläufigen Trends kommen.

Unter Berücksichtigung sowohl epidemiologischer Ergebnisse als auch des gesundheitspolitischen Wandels bedürfen orale Präventionskonzepte einer kontinuierlichen Anpassung an die gesellschaftlichen Verhältnisse und die Bedarfe der Bevölkerung. Die Betreuung von Gruppen und Individuen mit einem erhöhten oralen Erkrankungsrisiko ist ein Schwerpunkt der präventiven Zahnheilkunde. Hier lässt sich beispielhaft eine Brücke zwischen Gruppen- (GP) und Individualprophylaxe (IP) bilden.

#### Orale Prophylaxebedarfe und Prophylaxeebenen in der Zahnmedizin

Innerhalb ihres Gesamtkonzeptes „Prophylaxe ein Leben lang“ hat die BZÄK im Juni 2000 einen Leitfaden zur Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe herausgegeben. Im Lebensbogen eines Menschen stellen sich die altersbezogenen oralen Prophylaxebedarfe demnach wie folgt dar:

- Kindheit: Fissurenkaries, Zahnstellungs- und Bisslagefehler, Zahntraumata

- Jugend: Approximalkaries, Gingivitis, juvenile Parodontitis
  - Erwachsenenphase: Sekundärkaries, Gingivitis, Parodontitis
  - Altersphase: Wurzelkaries, Mundschleimhautveränderungen, Folgen von Zahnverlust
- Innerhalb der Prophylaxeebenen in der Zahnmedizin, Bevölkerungsprophylaxe, Gruppenprophylaxe (GP) und Individualprophylaxe (IP) umfasst die Gruppenprophylaxe die Gesundheitserziehung, die Fluoridierung und die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung.

#### Gruppenprophylaxe: Flächendeckende Basis- und risikogruppenorientierte Prophylaxe

Für die Altersgruppe der 12 – 16-jährigen wird die Anzahl der Jugendlichen mit einem überdurchschnittlichen Kariesrisiko in Deutschland auf ca. 800.000 geschätzt. Um diesen Bedarf an intensivprophylaktischen Maßnahmen innerhalb der GP zu decken, stellen die Gesetzlichen Krankenkassen zusätzlich 10 Mio. DM jährlich zur Verfügung (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe vom 20.11.2000). Dieser Betrag erscheint für Maßnahmen der Intensivprophylaxe zu gering. Um die Jugendlichen mit einem erhöhten Kariesrisiko zu erreichen, ist weiterhin eine individualprophylaktische Betreuung notwendig.

#### Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko

Neben der Erhöhung von Prophylaxeimpulsen in der GP, sowie einer auf die Kinder zugehenden präventiven Betreuung, sollten Kinder aus der GP in die Zahnarztpraxis zur Sanierung vorhandener Zahnschäden und zur IP verwiesen werden. Es sollten weiterhin keimzahlreduzierende Lacke und Gele zur Anwendung kommen.

Um einen dauerhaften Prophylaxeerfolg sicher zu stellen, müssen GP und IP bedarfsgerecht aufeinander abgestimmt sein. Die GP soll dabei als Basisprophylaxe und Motivationsimpuls zur IP und ggf. zur Behandlung dienen. Aus dieser Verzahnung resultiert ein synergistischer Effekt im Sinne einer Intensivprophylaxe.

#### Gruppenprophylaxe-Individualprophylaxe-Fluoride

Der Nutzen der Fluoridanwendung für die GP ist seit Jahren wissenschaftlich belegt. Seit Mitte der 90iger Jahre hat sich das Spektrum alternativer Fluoridquellen in Deutschland erweitert. Die BZÄK empfiehlt, die DGZMK – Richtlinien aus dem Jahr 2000 zu beachten. Voraussetzung ist dabei immer der verantwortungsvolle Umgang mit F-haltigen Präparaten (Tabletten, Lacke, Gelées), denn es handelt sich um Medikamente. Hierbei ist eine individuelle Fluoridanamnese seitens des Zahnarztes notwendig. Bei niedrigem Kariesrisiko ist eine Basisprophylaxe (fluoridiertes Kochsalz in der Bevölkerungsprophylaxe, fluoridhaltige Zahnpasten in der GP) ausreichend. Bei erhöhtem Kariesrisiko ist eine zusätzliche Applikation in IP und Intensivprophylaxe indiziert.

#### Fissurenversiegelung

Der Stellenwert der IP lässt sich an den Erfolgen der Fissurenversiegelung ablesen. So wiesen in der DMS-III-Studie im Jahre 1997 rund die Hälfte aller Jugendlichen mindestens eine Fissurenversiegelung in ihrem Munde auf. Ihr DMFT-Wert lag bei 1,3. Im Gegensatz zu denjenigen Jugendlichen, die keine Versiegelung an ihren Zähnen hatten. Hier lag der DMFT-Wert bei 2,2. Die Kariesprävalenz lässt sich v.a. in Risikogruppen in Kombination mit der Fluoridierung signifikant senken.

Grundsätzlich sollte jeder junge Patient 1 – 2 jährlich einen Zahnarzt aufsuchen. Nur dort ist eine professionelle Anamnese, Diagnostik und Therapie im Sinne einer umfassenden Prophylaxe möglich.

#### Perspektiven aus Sicht der Bundeszahnärztekammer

- Ausbau der GP; Begrüßung des aktualisierten Konzeptes zur GP der Spitzenverbände der GKV; Leitfaden zur Gruppenprophylaxe der BZÄK
- Ressourcenverteilung innerhalb der GP; Risikogruppen orientierte Intensivprophylaxe; Ausbau einer bedarfsorientierten IP
- Keine Budgetierung von Prophylaxeleistungen
- Beteiligung an der Finanzierung der GP durch die PKV

- Kooperation mit allen Akteuren im System der GP
- GP sollte eingebettet sein in generelle Erziehung zur gesunden Lebensweise
- GP soll zur notwendigen Eigenverantwortung für die Mundgesundheit führen; oral-health-self-care
- Evaluation der GP-Maßnahmen; epidemiologische Untersuchungen; regelmäßige Anpassung des Konzeptes an gesellschaftliche und wissenschaftliche Veränderungen

Dr. Dietmar Oesterreich  
Vizepräsident der  
Bundeszahnärztekammer  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin

## Aus der Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit

Dr. T. Neumann

### Vorrang für Prävention, bedarfsgerechte Behandlung und Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) wurden die Weichen für eine präventionsorientierte Zahnheilkunde gestellt. Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz zur GKV-Gesundheitsreform 2000 am 16. Dezember 1999. Es ist zum 1. Januar 2000 in Kraft getreten.

### Neuregelungen

Der Stellenwert der Prävention sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung werden verbessert insbesondere durch:

- die Erweiterung der Gruppenprophylaxe für besondere Risikogruppen auch über das 12. Lebensjahr hinaus (§ 21 SGB V),
- die Modernisierung des GKV-Leistungskataloges, der dem Leitbild einer präventionsorientierten Zahnheilkunde entsprechend umzugestaltet ist (§ 92 Abs. 1a SGB V),
- die Neuregelung der Bewertungsrelationen, die für eine gleichgewichtige Bewertung zwischen Vergütungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie und zahnerhaltenden und präventiven Leistungen sorgen soll (§ 87 Abs. 2d SGB V),
- die Verpflichtung des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen zur Bestimmung von Richtlinien zur Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 136 b SGB V).

### Leitbild einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Zahnheilkunde

Mit der Gesundheitsreform 2000 wird das Leitbild einer präventionsorientierten Zahnheilkunde gesetzlich im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Damit soll

eine Zahnheilkunde, die ursachengerecht vorgeht und zahnschutzschonend ist, implementiert werden. Sie baut auf einem biologischen Verständnis der Zahnheilkunde auf und ist von vornherein präventionsorientiert. Deutschland setzt damit Maßstäbe für vorbeugungsorientierte gesetzliche Rahmenregelungen in der sozialen Krankenversicherung.

### Gruppenprophylaxe

In keinem Bereich des Gesundheitswesens gibt es so zahlreiche Belege über nachhaltige Erfolge bei der Verbesserung der Gesundheit wie in der Zahnmedizin. Es gibt aber noch Bereiche, in denen Verbesserungen nötig sind. So besteht zum Beispiel eine gruppenprophylaktische Versorgungslücke bei besonders kariesgefährdeten Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 16 Jahren. Deshalb sehen die gesetzlichen Neuregelungen vor, die bewährte Gruppenprophylaxe für diese Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr auszuweiten.

Mit der Regelung in § 21 Abs. 1 Satz 3 wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen – trotz fehlender flächendeckender Betreuung – bis zum 12. Lebensjahr in den letzten 10 Jahren wesentlich verbessert hat und der verbliebene Teil der Kariesbelastung sich im wesentlichen auf Gruppen von Jugendlichen konzentriert, die bestimmte Schultypen oder Schulen in sozialen Brennpunkten besuchen oder in Behinderteneinrichtungen sowie beschützenden Werkstätten untergebracht sind. Da im Alter von 12 bis 15 Jahren die individuelle Kariesgefährdung bzw. -aktivität einen Höhepunkt erreicht und deshalb diese Jahrgänge zusätzlich besonders gefährdet sind, soll mit der Vorschrift bewirkt werden, dass jene Bevölkerungsgruppen, die aufgrund der dargestellten Zusammenhänge mehrfach von einem erhöhten Kariesrisiko betroffen sind, über das 12. Lebensjahr hinaus bedarfs- und risikogerecht gruppenprophylaktisch betreut werden.

Epidemiologische Untersuchungen ergeben, dass das Kariesrisiko von Jugendlichen in bestimmten Schulen überproportional hoch ist, d. h. deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt. Andererseits zeigt die Erfahrung, dass Jugendliche mit schicht-



spezifisch erhöhtem Kariesrisiko in der Regel nicht aus Vorsorgegründen die zahnärztliche Praxis aufsuchen, so dass die Möglichkeit individualprophylaktischer Betreuung für diese Jugendlichen kaum zum Tragen kommt. Durch eine aufsuchende gruppenprophylaktische Betreuung kann diese Personengruppe in der Schule erreicht und risikogerecht betreut werden. Gleiches gilt auch für Jugendliche in Behinderteneinrichtungen und in Sonderschulen. Hier sind oft unterschiedliche Jahrgänge in einer Klasse zusammengefasst, so dass die Altersgrenze von 12 Jahren häufig überschritten wird. In diesen Fällen können die älteren Jugendlichen nicht von der gruppenprophylaktischen Betreuung ausgeschlossen werden. Die Einbeziehung älterer Jugendlicher in Behinderteneinrichtungen und beschützenden Werkstätten sowie in Sonderschulen stellt im übrigen nur eine gesetzliche Klarstellung dar, da dieser Personenkreis bereits aufgrund einer diesbezüglichen Interpretation des § 21 des Bundesministeriums für Arbeit über das 12. Lebensjahr hinaus gruppenprophylaktisch betreut werden konnte.

Die Gruppenprophylaxe ist außerdem noch nicht flächendeckend umgesetzt worden. Gegenwärtig wird höchstens die Hälfte der Kinder gruppenprophylaktisch betreut; die Kassen geben auch nur einen Teil der seinerzeit vom Gesetzgeber kalkulierten Kosten für die Gruppenprophylaxe aus. Deshalb werden die Krankenkassen verpflichtet, auf flächendeckende gruppenprophylaktische Maßnahmen hinzuwirken. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass für die 1989 eingeführte Gruppenprophylaxe auch zwölf Jahre danach erst ein Bruchteil der seinerzeit vom Gesetzgeber kalkulierten jährlichen Finanzmittel von den Krankenkassen aufgewendet wird.

### **Verzahnung von Gruppen- und Individualprophylaxe**

Durch die zielgerichtete Ausweitung der Gruppenprophylaxe soll das in Deutschland bewährte und weiter zu vervollständigende System aus einer Kombination breitenwirksamer Gruppenprophylaxe und ergänzender Individualprophylaxe nicht beeinträchtigt, sondern gestärkt werden. Auch der Individual-

prophylaxe kommt hier Bedeutung zu, denn neben der Ausdehnung der gruppenprophylaktischen Betreuung für über zwölfjährige Risikogruppen muss verstärkt auf die Notwendigkeit der Versiegelung der Zwölf-Jahr-Molaren hingewiesen werden. Diese Jugendlichen sind deshalb im Rahmen der Gruppenprophylaxe anzuhalten, prophylaktische Maßnahmen vornehmen zu lassen. Aus meiner Sicht liegt in der Verzahnung von Gruppen- und Individualprophylaxe der Schlüssel für eine bedarfsorientierte Prävention und ein wesentliches Potenzial zur Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung.

### **Gesetzlich vorgeschriebene Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität**

Auch nach erfolgter Konkretisierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in § 71 Abs. 1 SGB V verletzen Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, zu denen neben den individualprophylaktischen Leistungen auch die Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V gehört, nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Das bedeutet, dass das Wachstum der GKV-Ausgaben für individual- und gruppenprophylaktische Leistungen nach den Vorschriften des Gesetzgebers auch im Jahr 2000 die maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen überschreiten darf.

### **Zusätzliche Mittel für die Gruppenprophylaxe**

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 sieht vor diesem Hintergrund keine Kürzung der finanziellen Mittel für prophylaktische Leistungen vor. Im Gegenteil, allein für die erfolgte Erweiterung der Gruppenprophylaxe auf besondere Risikogruppen über das 12. Lebensjahr hinaus (§ 21 SGB V) kalkuliert der Gesetzgeber in diesem Bereich finanzielle Mittel bis zur Höhe von insgesamt 10 Mio. DM ein.

### **Epidemiologische Entwicklung**

Die Regelung des § 21 SGB V zur Gruppenprophylaxe ist nunmehr zwölf Jahre alt, und die Ergebnisse können sich absolut sehen lassen. Die Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) und die Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zeigen einen deutlichen Rückgang der dmf-t/DMF-T-Werte bei den 6-, 9- und 12-jährigen in den letzten Jahren auf. Darüber hinaus zeigt ein Vergleich mit anderen Ländern, dass sich Deutschland damit in die Spitzengruppe der europäischen Länder katapultiert hat. Lag der DMF-T für die 12-jährigen im Jahr 1989 noch bei 3,9, so liegt er heute bundesweit bei 1,7 (IDZ98). Das von der WHO gesetzte Ziel (DMF-T unter 2) wurde somit eindeutig erreicht.

### **Polarisierung der Karies**

Ein Problem aus kariesepidemiologischer Sicht ist in dem Phänomen der Kariespolarisierung speziell in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zu sehen, da zurzeit (1997) rund 22% der 12-jährigen rund 61% aller DMF-Zähne auf sich vereinigen (vgl. IDZ, 1999). Hier sind weitere Präventionsanstrengungen im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe erforderlich, um zielgruppengerecht entsprechende Interventionsstrategien zu entwickeln. Insbesondere sind erhöhte Anstrengungen erforderlich, um die überproportional hohe Karieslast bei Kindern und Jugendlichen aus Familien der unteren Sozialschichten zu verringern.

Da Jugendliche mit höherem Kariesrisiko häufig aus schwierigen sozialen Verhältnissen stammen und erfahrungsgemäß selten bzw. nur im Schmerzfall den Zahnarzt aufsuchen, war der Gesetzgeber gut beraten, die gruppenprophylaktische Betreuung bei Jugendlichen mit besonders hohem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr auszudehnen. Dabei wird es zukünftig darauf ankommen, dieser Gruppe insbesondere jene Maßnahmen mit besonders hoher Effektivität zu Teil werden zu lassen. Ohne eine aufsuchende Intensivbetreuung ist hier eine bedarfsgerechte Versorgung nicht vorstellbar.

## Ausblick

In der zahnmedizinischen Versorgung geht es zukünftig darum, eine Umorientierung dahingehend zu erreichen, dass nach Möglichkeit der Anteil der Verhinderung bzw. Frühbehandlung von Schäden, also die Primär- und Sekundärprävention relativ gesehen zu Lasten der erforderlichen Reparatur von Schäden, also der Tertiärprävention, gestärkt wird.

Die Gruppenprophylaxe verfolgt insbesondere das Ziel der primären Prävention, schließt aber auch sekundär präventive Maßnahmen ein.

Zur Durchsetzung einer breitenwirksamen, flächendeckenden und risikoorientierten Gruppenprophylaxe wäre es sinnvoll, wenn die betreffenden Arbeitskreise bzw. Arbeitsgemeinschaften verstärkt konkrete Zielvorgaben definieren würden, deren Erfüllung anhand jährlicher Rechenschaftsberichte nachgewiesen werden sollte. Das vom Gesetzgeber für die Gruppenprophylaxe ursprünglich vorgesehene jährliche Ausgabevolumen sollte für diese Zwecke stärker als bisher ausgeschöpft werden.

Die Gruppenprophylaxe lässt bei Würdigung aller erreichten Erfolge in vielen Bundesländern noch deutliche Verbesserungspotenziale erkennen. Dieses Potenzial gilt es angesichts der großen Kosten-Nutzen-Vorteile gruppenprophylaktischer Maßnahmen dringend zu mobilisieren.

Mit dem Weiterentwicklungskonzept der Spitzenverbände der Krankenkassen liegen Empfehlungen zum bedarfsgerechten Ausbau der Gruppen- und Intensivprophylaxe vor, die von den Beteiligten vor Ort umgesetzt werden können.

RD Dr. Thomas Neumann  
Bundesministerium für  
Gesundheit  
Referat 227  
Am PropsthoF 78a  
53121 Bonn

# Für die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe

Dr. N. Krämer

Aufgrund des bedeutenden Kariesrückganges in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten haben sich die Bedingungen und Anforderungen an die Zahnheilkunde deutlich verändert. Zieht man aktuelle kariesepidemiologische Studien in unterschiedlichen Regionen Deutschlands heran, so wird deutlich, dass die Erwartungen der WHO bezüglich des Kariesbefalls in Industrieländern bereits erheblich unterschritten wurden [1,2]. Von dieser positiven Entwicklung der letzten Jahre profitierten nicht alle Kinder in gleicher Weise. Je nach Region, sozialer Struktur der Untersuchten oder Art der Bildungseinrichtung wurde deutlich, dass etwa 80% der Karies auf ca. 30% der Kinder fällt [1]. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass Kinder von Einwanderern eher der sog. Kariesrisikogruppe zu geordnet werden müssen [3]. Eine solche Schiefelage der Kariesverteilung scheint jedoch auch durchaus typisch für Regionen mit intensiven Prophylaxeprogrammen zu sein [4].

## Bedeutung der Fluoride

Als eine wichtige Ursache für den Kariesrückgang wird in der breiten Verfügbarkeit von Fluoriden gesehen. Der Wirkungsmechanismus der Fluoride wurde mittlerweile wissenschaftlich klar umschrieben. So sorgt primär die lokale Applikation von Fluoriden direkt auf die Zahnoberfläche für eine wirksame Kariesprävention. Fluoride verkürzen die Demineralisationszeit, fördern die Remineralisation von Zahnschmelz, können in den bakteriellen Stoffwechsel der Plaque eingreifen und die bakterielle Anheftung der Plaque an die Zahnoberfläche verhindern. Fluoride, welche während der Zahnentwicklung in den Zahnschmelz eingebaut werden (prä-ruptiv), reichen nicht aus, um lokal einen messbaren säurelöslichkeithemmenden Effekt zu erzielen.

Daher wird empfohlen, Fluoride häufiger in geringer Konzentration (z. B. Zahnpaste) lokal aufzubringen. Zusätzlich wird ggf. auch der Gebrauch von hochkonzentrierten Applikationsformen (Lacke, Gele, Lösungen) befürwortet. Die dabei gebildete, mehr oder weniger dicke CaF<sub>2</sub>-Schicht sorgt für einen wirksamen Schutz an der Schmelzoberfläche. Diese Deckschicht ist über längere Zeit als „Fluoridspeicher“ vorhanden und kann gerade bei kariösen Attacken Fluoride abgeben. Bei niedriger Kariesaktivität, also der Mehrzahl der Kinder, sind Fluoride auf diese Weise hoch effizient. Bei hoher Kariesaktivität werden zusätzliche antibakterielle Maßnahmen (z.B. Chlorhexidin) notwendig.

In der Diskussion der vergangenen Monate ging es hauptsächlich um die Frage, ob systemisch oder lokal fluoridiert werden sollte. Da jedoch auch die Fluoridsupplementierung in jeglicher Form effektiv nur lokal an der Zahnoberfläche wirkt, wird eine Gabe erst ab dem ersten Milchzahn notwendig (post-ruptiv). Die frühe systemische Gabe beispielsweise von Fluoridtabletten birgt zusätzlich einige Nachteile:

1. Die systemische Aufnahme von Fluoriden verlangt eine konsequente Mitarbeit von Eltern und Kinder.
2. Fluorotische Schmelzflecken sind nach systemischer Fluoridgabe häufiger als nach alleiniger lokaler Fluoridapplikation.

Demgegenüber werden Fluoridtabletten nach dem 6. Lebensmonat dann sinnvoll, wenn für die Kinder keine regelmäßigen Mundhygienemaßnahmen und auch keine Salzfluoridierung garantiert werden kann [5]. Dies bedarf jedoch des sensiblen individuellen Einblicks des Behandlers in die familiäre Situation der Kinder, was im Rahmen der Gruppenprophylaxe (GP) kaum bewerkstelligt werden kann.

Alternativ zur Tablettenfluoridierung wird auch Speisesalz als kollektiv-prophylaktische Maßnahme empfohlen. Folgende Vorteile werden ihr zugeschrieben:

1. Der direkte Kontakt mit der Zahnoberfläche ist mehrmals täglich über die Nahrung möglich.

2. Eine Fluoridüberdosierung ist kaum möglich, da der tägliche Salzkonsum von Kindern gegenüber der Erwachsenennahrung wesentlich reduziert ist.

Als effizienteste Methode zur Fluoridapplikation wird die Verwendung von Zahnpasten gesehen, weil gleichzeitig mit der lokalen Fluoridapplikation auch eine wirksame mechanische Plaqueminimierung angestrebt wird. Für Milchzähne ist diese Form der Applikation, die unproblematisch auch in der GP eingesetzt werden kann, die sinnvollste Chance, einen wirksamen Schutz gegenüber Karies aufzubauen [6,7].

Aus den wissenschaftlich gut dokumentierten Erkenntnissen um die Effekte der Fluoride im Rahmen der Prophylaxe und aufgrund der beschriebenen zunehmenden „Polarisierung“ der Karies haben sich auch die Anforderungen an eine moderne GP in den letzten Jahren verändert. So wird von allen politisch verantwortlichen Gruppen und Verbänden durchaus die Notwendigkeit gesehen, die Erfolge der letzten Jahre durch eine flächendeckende effiziente Basisprophylaxe zu sichern [8]. Dies reicht jedoch nicht aus, um auch für die sog. Kariesrisikogruppen eine ausreichende gruppenprophylaktischen Betreuung zu garantieren.

### Bedeutung der Kariesdiagnostik

Spezielles Gewicht kommt zunächst der Ermittlung dieser „Risikogruppen“ zu.

Für die GP bieten sich Methoden zur Kariesrisikoeinstufung an, die ein effektives Kosten-Nutzen-Verhältnis garantieren. Die Bestimmung und Festlegung von absoluten DMF-Werten ist problematisch, da diese möglicherweise schnell veralten und regional unterschiedlich sein können. Zusätzlich kann sowohl versteckte Fissuren- als auch Approximalkaries in Reihenuntersuchungen nur schwer erkannt werden (der tatsächliche Kariesbefall ist damit möglicherweise wesentlich höher). Alternativ empfahl die Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK (GKP) die Auswahl von sog. Brennpunktschulen entsprechend der aktuellen Sozialstatistik oder die Einstufung nach der Art der Einrichtung. Man kann dann davon ausgehen, dass beispielsweise

in Sonderschulen, Behinderteneinrichtungen oder Hauptschulen aufgrund der Erfahrungen das Kariesrisiko besonders hoch ist [8]. Beide Methoden der Zuführung von Kariesrisikokindern zu einer intensiveren Betreuung haben den Vorteil eines geringen finanziellen Aufwandes.

### Empfehlungen zur Gruppenprophylaxe heute

GP sollte möglichst frühzeitig eingesetzt werden. Zur Sicherung der Erfolge ist eine flächendeckende Basisprophylaxe mindestens bis zum 12. Lebensjahr anzustreben. Aufgrund der Polarisierung sollte Prävention je nach Risikoverteilung stattfinden. Dazu ist ein altersdifferenziertes Vorgehen und die Ausweitung der Intensivbetreuung auf weitere Altersgruppen notwendig. Der Einsatz von Fluoriden gehört grundsätzlich in die GP. Zur Fluoridierung haben sich in Deutschland das kontrollierte Zähneputzen mit fluoridhaltigen Zahnpasten und die Applikation von Fluoridgelee und Fluoridlack bewährt. Die Abgabe von Fluoridtabletten ist aufgrund der notwendigen Fluoridanamnese und dem o.g. Fluoroserisiko kein Instrument der GP. Die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Rahmen der Gemeinschaftsverpflegung wäre wünschenswert.

Folgende altersabhängigen Empfehlungen können für die Gruppenprophylaxe ausgesprochen werden:

1. Vorkindergartenalter (Verhinderung der frühkindlichen Karies)
  - Frühzeitige Information aller Kontaktpersonen (Erziehungsberechtigte) über die Problematik „Saugerflasche“, eine zuckerarme, „aktive“ Ernährung und die Anwendung, fluoridhaltige Kinderzahnpaste,
  - Zusammenarbeit mit Pädiatern, insbesondere bezüglich des Einbindens zahnmedizinischer Prophylaxe im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U3 - U7) und
  - keine Fluoridlackapplikation im Vorkindergartenalter
2. Kindergartenalter
  - Das tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Kinderzahnpaste (500 ppm) soll das Mundhygienetraining mit der Fluoridapplikation verbinden.

- Ernährungshinweise und das Gewöhnen an die zahnärztliche Praxis ergänzen die Projekte.
3. Schulalter bis 12. Lebensjahr
    - Mindestens 2-mal jährliche Prophylaxeübungen (fluoridierte Zahnpaste 1000 - 1500ppm) für alle Kinder sind anzustreben.
    - Als Fluoridierungsmaßnahmen kommt das 2- bis 6-mal jährliche Einbürsten mit Fluoridgelee oder 2-mal jährliche Lackapplikation in Frage. Nach Metaanalysen liegen die durchschnittlichen Werte für die Kariesreduktion bei 30 - 35 % (Lackapplikation) bzw. bei 22 % (Gelee).
  4. Intensivprophylaxe (unter Berücksichtigung der Altersgruppe bis zum 16. Lebensjahr)
    - 4- bis 6-mal jährlich sollten Prophylaxeimpulse im Rahmen der GP erfolgen (Motivation). Dabei ist die enge Kooperation mit den Zahnarztpraxen („aufsuchende präventive Betreuung“; synergistischer Effekt mit der Individualprophylaxe) anzustreben.
    - Prophylaktische Maßnahmen sollten von speziellen Hinweisen zur Prophylaxe („Flossing“) bis zu antimikrobiellen Maßnahmen reichen. In Zusammenarbeit mit Praxen kann eine adäquate Diagnostik und ein risikobezogenes Recall angestrebt werden.

In Abhängigkeit von den jeweiligen Gegebenheiten und Voraussetzungen sind die einzelnen Methoden flexibel anzuwenden

Gruppenprophylaxe im neuen Jahrtausend

Die Gruppenprophylaxe bleibt auch heute ein wichtiges Instrument, um die Erfolge der Vorbeugung auch in Zukunft zu garantieren. Sie sollte aber auch künftig Ihre Bedeutung als Möglichkeit zur Intensivbetreuung von Kariesrisikobetreuung verstärkt wahrnehmen können. In diesem Zusammenhang werden auch künftig die Fluoridierungsmaßnahmen eine wichtige Rolle spielen.

PD Dr. Norbert Krämer  
1. Vorsitzender der GKP  
Glückstraße 11  
91054 Erlangen

Literatur beim Verfasser

# Zweifelhafte Keim-Theorie

Dr. H. Strippel

Frühkindliche Karies ist ein schweres Gesundheitsproblem. Insbesondere, wenn aufgrund von nächtlichem Nuckelflaschengebrauch die oberen Frontzähne zerstört sind. Was kann vorbeugend getan werden? Der Ratschlag, mit der Gabe von „Beruhigungsflaschen“ nachts gar nicht erst anzufangen, also beim Baby keine Gewöhnung aufzubauen, ist sicherlich richtig. Die Empfehlung, die Milchzähne von Anfang an mit „einem Hauch“ fluoridierter Kinderzahnpaste zu bürsten, ebenfalls. Anderen Beratungsinhalten und Präventionsansätzen fehlt jedoch ein solides wissenschaftliches Fundament. Dazu gehört die Theorie, frühkindliche Karies sei als „Infektionskrankheit“ zu betrachten.

Die Idee ist dabei, die Mutter übertrage aus ihrer Mundhöhle spezifische, identifizierbare karieserzeugende Keime – Mutans-Streptokokken (MS) und Laktobazillen – auf das Kind beispielsweise dadurch, dass sie es küsst oder den Schnuller ableckt. Dadurch resultiere eine höhere Kariesgefährdung (z.B. Büttner 1995). Tatsächlich wird immer wieder ein statistischer Zusammenhang zwischen einer frühzeitigen Kolonisation der Zähne mit MS und dem Kariesauftreten bei Kleinkindern gefunden (z.B. Li und Caufield 1995).

## Dritte Variable

Bekanntlich sagt aber eine solche Korrelation nichts über eine direkte Ursache-Wirkungs-Beziehung aus. Ist ein weiterer Faktor im Spiel? Welcher Faktor ist bei der Kariesentstehung ausschlaggebend, wenn nicht die Bakterien? Ein Fallbeispiel führt auf die Spur. Bei einem eineiigen Zwillingsspärgchen hatte der eine Zwilling, der schon früh die Saugerflasche abgelehnt und nur noch aus der Tasse getrunken hatte, niedrige Keimzahlen im Speichel und keine Karies. Der andere Zwilling dagegen, der länger die mit Obstsaft gefüllte Saugerflasche angenommen hatte, wies ausgeprägten Kariesbefall und hohe Speichelkeimzahlen auf. Ansonsten war das Verhalten der Mutter (z.B. Löffelablecken etc.)

beiden Kindern gegenüber gleich. Das ist ein Hinweis darauf, dass nicht die Keimübertragung entscheidend ist, sondern die Ernährungsweise des Kindes, insbesondere die Gabe der Saugerflasche mit kariogenem Inhalt (Viergutz und Hetzer 1995). Eine „dritte Variable“ neben Bakterien und Karies, nämlich die Ernährung, ist ausschlaggebend für den statistischen Zusammenhang zwischen den beiden anderen Variablen.

## Mutans-Streptokokken normale Mundbewohner

Die Gültigkeit einer auf der „Keimtheorie“ aufbauenden Präventionsstrategie setzt voraus, dass die zugrunde liegende ätiologische Vorstellung, Karies werde durch die inkriminierten Keime verursacht, überhaupt zutrifft. Neuere Studien zeigen, dass MS nur in geringen Mengen im Zahnbelag enthalten sind. Die viel häufigeren „Non-Mutans-Streptokokken“ lassen ebenfalls kariöse Läsionen entstehen. Im übrigen existieren sehr unterschiedlich virulente MS-Stämme. Aus diesen Befunden wurde das Fazit gezogen, die Kariesätiologie könne nicht ausreichend mit einer spezifisch auf MS und Laktobazillen abhebende Plaquehypothese erklärt werden (Schiffner 1997).

Vergleichende Beobachtungen erschüttern die Keimtheorie weiter. Die in den Industrieländern gefundene Assoziation von hohen Mutans-Raten und hohem Kariesbefall kann auf dem afrikanischen Kontinent nicht festgestellt werden, obwohl Kinder dort einen gleich hohen Befall mit MS aufwiesen. MS sind bei Menschen aller Kontinente so weit verbreitet, dass sie als Bestandteil der normalen Mundhöhlenflora angesehen werden müssen (van Palenstein-Helderman 1996).

## Nachts keine Nuckelflasche

Die Anhänger der Keimübertragungstheorie leiten aus der Theorie ab, dass zur Kariesverhinderung beim Kind „Keimträger unter den Eltern“ mit kommerziell erhältlichen Speicheltests ermittelt werden sollen. Eine hohe Keimzahl im mütterlichen Speichel erhöhe das „Übertragungsrisiko“. Zahnsanierung und Chlorhexidin-„Kuren“ seien angezeigt, um die Zahl an Mutans-Streptokokken bei der Mutter zu

senken, die „Keimübertragung“ zu vermeiden und dadurch letztlich Karies beim Kind zu verhindern.

Es gibt jedoch keinen auch nur annähernd überzeugenden experimentellen Beweis für die Effektivität der Keimzahlsenkung als Präventionsmethode. Bisherige Studien waren vom Testdesign her völlig unzureichend. Vor diesem Hintergrund wäre es fahrlässig, Präventionsratschläge auf Speicheltests und Keimzahlsenkung zu beschränken. Schnell geriete dabei der Zucker als tatsächlicher kariesauslösender Faktor so weit aus dem Blick, dass nur noch von „leicht vergärbaren Kohlehydraten“ (Büttner 1995) gesprochen wird.

Zusammengefasst: Die „Übertragung von Karieskeimen“ ist kein geeigneter Erklärungsfaktor für die Kariesentstehung. Eine chemotherapeutische Keimzahlsenkung ist als Präventionsmethode nicht erwiesenermaßen Erfolg versprechend. Ratschläge an die Mütter wie „Nehmen Sie den Schnuller Ihres Kindes nicht in den Mund, um eine Keimübertragung und damit auch Karies zu verhindern“, entbehren demnach der wissenschaftlichen Grundlage. Es gibt keinen medizinischen Grund, Alltagsverhalten wie z.B. das Probieren des Baby-Breis einschränken zu wollen. Der wichtigste Rat bleibt: Keine süßen Getränke nachts per Nuckelflasche geben und dem Kind nicht die Flasche zur Selbstbedienung überlassen.

Dr. med. dent. Harald Strippel,  
M.Sc. in Dental Public Health  
Medizinischer Dienst der  
Spitzenverbände der  
Krankenkassen  
45116 Essen

Literatur bei der Redaktion

## Drei Projekttag zur Zahngesundheit in einer Erfurter Hauptschulklasse (Stufe 9)

Ein Erfahrungsbericht  
Dr. G. Reuscher

Nach Erweiterung der gruppenprophylaktisch zu betreuenden Altersklassen durch den Gesetzgeber wurde von uns ein Programm für die Durchführung von Projekttagen erarbeitet, mit einer Pädagogin abgestimmt und in einer Hauptschulklasse durchgeführt.

Im Mittelpunkt unserer Lernziele stand, den Jugendlichen durch praktisches Handeln die Verantwortung für die Gesundheit der eigenen Zähne bewusst zu machen (Kompetenzgewinn). Trotz sehr guter Vorbereitung hatten wir (eine Jugendzahnärztin, eine Helferin, eine Prophylaxehelferin) Bedenken, wie wohl die Jugendlichen die Angebote aufnehmen würden.

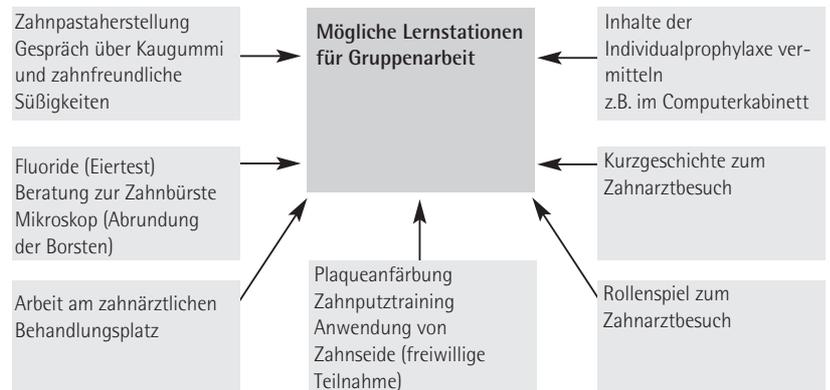
Da uns die Kinder vom Namen her unbekannt waren, wurde jeder aufgefordert, sich sein Namensschild anzustecken, damit entstand eine gute Atmosphäre im Umgang miteinander.

Am 1. Tag stand die Wissensvermittlung über die Gesunderhaltung der Zähne auf dem Programm.

Zur Einstimmung wurde im Klassenverband ein sehr informatives Video „Die Mundhygiene“ gezeigt. Anschließend erfolgte die Einteilung in 2 Gruppen (je 6 Schüler).

Die erste Gruppe konnte selbst Zahnpaste nach einem vorgegebenen Rezept herstellen und wurde über Kaugummikauen und zahnfreundliche Süßigkeiten informiert. Parallel dazu erarbeitete die 2. Gruppe im Computerkabinett unter fachlicher Anleitung die Inhalte der Individualprophylaxe. Dazu sollte jeder sein Bonusheft mitbringen. Als Einstieg wurden Bilder von Popstars an die Tafel geheftet und Fragen in den Raum gestellt: „Wieso haben Stars so strahlende Zähne? Welches Prophylaxeprogramm nehmen sie in Anspruch? Gibt es so etwas auch für Euch? Was kostet die Individualprophylaxe?“

### Bausteine für Inhalte der Gruppenprophylaxe (Stationslernen)



In der nächsten Runde gab es nach einer kurzen Pause in der ersten Gruppe Informationen über Fluoride mit selbständig durchgeführtem Eiertest und einer Beratung zur eigenen Zahnbürste und Zahnpasta. Auf einer selbst gefertigten Demonstrationsrolle mit Zahnbürsten wurden handelsübliche Bürsten gezeigt. Die Abrundung der Borsten wurde am Mikroskop kontrolliert.

Die zweite Gruppe wurde nochmals geteilt, wobei die erste Hälfte Gelegenheit zum Zahnputztraining mit der selbstbereiteten Zahnpasta hatte, nach Anfärben mit dem Broxoset. Zusätzlich erfolgte eine Anleitung und Übung zur Anwendung von Zahnseide.

Dieser Part war natürlich freiwillig, ohne die Freiwilligkeit bewusst zu machen und wurde von allen angenommen. Die zweite Hälfte konnte am zahnärztlichen Behandlungsplatz die Geräte des Zahnarztes kennen lernen und sich gegenseitig in den Mund schauen. Außerdem konnte an extrahierten Zähnen mit der Sonde „gefühl“ werden, wie zerklüftet die Fissuren sind, wie sich Karies zeigt, und als Höhepunkt konnte selbst in den extrahierten Zähnen „gebohrt“ werden. Damit konnten besonders die geschickten praxisorientierten Schüler gelockt werden, die dadurch sehr aufmerksam und interessiert teilnahmen.

Nachdem jede Gruppe alle Stationen absolviert hatte, war ein Vormittag angestrengten Lernens vergangen.

Pro Angebot wurde eine halbe Stunde je Gruppe eingeplant, so war ausreichend Zeit, mit den Schülern in Ruhe zu arbeiten.

Am 2. Tag hatte sich eine Dokto-

randin im Klinikum für Präventive Zahnheilkunde Erfurt (Außenstelle der Friedrich-Schiller-Universität Jena) bereiterklärt, den Jugendlichen einen anschaulichen Vortrag über Ernährung zu halten.

Das Interesse für dieses Thema konnte besonders dadurch geweckt werden, dass die Veranstaltung außerhalb der Schule in einem Hörsaal stattfand und eine weitere unbekannt Person ins Spiel kam, die aufgrund ihrer Jugend und ihrer lebensnahen Wortwahl ohne Probleme akzeptiert wurde. Für den weiteren Verlauf wurde von uns ein selbst-angefertigtes Frage-Antwort-Spiel mit je 2 Frage- und 2 Antwortkärtchen pro Schüler eingesetzt. Dafür wurden die Tische im Viereck aufgestellt, damit jeder jeden anschauen konnte und musste. Das schafft eine gute Atmosphäre, bei der sich keiner so leicht der Teilnahme entziehen kann und kaum Raum für Ablenkung vom Thema bleibt. Hierbei wurde das bisher Erlernete gefestigt. Die Schüler waren stolz über ihren Wissenszuwachs. Mit großer Begeisterung wurde das Spiel zum Schluss so gespielt wie die Fernsehsendung „Wer wird Millionär?“. Es zeigte sich, dass durch Spielen sich gerade die Schüler gut motivieren lassen, die sonst eher schwierig sind und „gerne aus der Reihe tanzen“. Am Ende des Tages hatten die Schüler Zeit, über die Anfertigung eines gesunden Frühstücks für den nächsten Tag zu beraten ohne Beteiligung der Erwachsenen. Als Anreiz zum Wettbewerb wurde auch hier in zwei Gruppen gearbeitet.

Der 3. Tag begann wieder mit dem Frage-Antwort-Spiel in anderen Spielvarianten, um die Aufmerk-

samkeit neu zu wecken. Anschließend wurde von den beiden Gruppen ein gesundes Frühstück bereitet, das dann auf zwei getrennten Tischen präsentiert wurde. Wir waren überrascht, dass die Jugendlichen wirklich an alles gedacht hatten. Es wurden leckere Obst- und Gemüsesalate bereitet, außerdem nett garnierte Brote und Brötchen mit Käse und Wurst. Sogar an Servietten hatte man gedacht. Jede Gruppe hatte die Möglichkeit, vorzustellen mit welchen Zutaten gearbeitet wurde, was die Schüler auch sehr gerne taten. Als Getränk hatten wir für die Schüler einen „Apple-Pepper-Drink“ gereicht (kalter Pfefferminztee mit Apfelsaft 1:3), der breite Zustimmung fand.

Nach Verzehr des Frühstücks trafen sich alle noch einmal zur Auswertung der drei Projektstage. Die Schüler wurden ermutigt, Kritik zu äußern und zu sagen, was am meisten Spass gemacht hatte. Unbeabsichtigt entstand dabei eine Gesprächsrunde, in der die Schüler durch Fragen ihr Wissen noch vertiefen konnten.

Beide Seiten trennten sich mit dem guten Gefühl, dass das Thema Zahngesundheit in fruchtbringender Atmosphäre fachübergreifend mit sehr guter Resonanz der Schüler „bearbeitet“ wurde. Durch die positive Erfahrung wurden wir ermutigt, das gleiche Programm demnächst einer 8. Klasse mit 20 Schülern anzubieten. Hier ist es natürlich erforderlich drei Gruppen zu bilden und das Programm um einen Baustein zu erweitern, der unter Leitung des Klassenlehrers bewältigt werden kann. Wir denken an das Schreiben einer Kurzgeschichte über Erlebnisse beim Zahnarzt oder Einüben eines Rollenspiels.

Mit dieser Veröffentlichung möchten wir gerne Mut machen, sich der schwierigen Aufgabe des Umgangs mit größeren Schülern zu stellen, die besonders in Risikoschulen unsere Unterstützung dringend brauchen und in der Regel auch gerne und dankbar annehmen.

Dr. Gudrun Reuscher  
Gesundheitsamt Erfurt  
Hermann-Brill-Straße 129  
99099 Erfurt

## „Gesundheitswegweiser“ in Neuauflage

Der Gesundheitswegweiser der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liegt als Neuauflage vor. Auf rund 600 Seiten werden ca. 200 überregional tätige Fachinstitutionen vorgestellt, die bundesweit Medien, Fortbildungen und Beratungen zur Gesundheitsvorsorge anbieten. Er dient als Nachschlagewerk für alle in der Gesundheitsförderung Tätige (Gesundheitserzieher und -förderer, Lehrer, Dozenten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsberufe).

Bei der Auswahl der Institutionen wurden folgende gesundheitsrelevante Themenbereiche besonders berücksichtigt: Aids, Allergien, Arbeit, Behinderte, Bewegung/Sport, Blut- und Plasmaspende, Drogen/Sucht, Ernährung, Gesundheit von Kindern/Jugendlichen, Herz- Kreislaufkrankungen, Infektionskrankheiten, Krebs, Organspende, Psychische Gesundheit, Rheuma, Selbsthilfe, Sexualaufklärung und Familienplanung, Umwelt, Wohnen, Zahngesundheit.

Das Nachschlagewerk lässt sich vielfältig nutzen, wie die Bezieher der ersten beiden Auflagen bestätigen. So ist es hilfreich bei der Beschaffung von Medien und Fachinformationen für die Beratungsarbeit, bei der Vorbereitung von Veranstaltungen, bei der Suche nach Kooperationspartnern für Aktionen und Projekte im Bereich der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, bei der Vermittlung überregionaler Beratungseinrichtungen.

Der „Gesundheitswegweiser“ ist zum Preis von DM 36,- (Inkl. Versandkosten, Zahlung per Rechnung) unter folgender Adresse zu beziehen: Fachverlag Peter Sabo, Postfach 1069, 55270 Schwabenheim, Fax: 06130-7971, e-mail: peter.sabo@t-online.de  
Quelle:  
<http://www.bzga.de/aktuell/presse.htm>

## Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch das Robert-Koch-Institut

Wie gesund sind unsere Kinder? So schlicht diese Frage auch klingt, sie lässt sich derzeit nicht zuverlässig beantworten. Bislang gibt es keine umfassende und über die Altersspanne von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr reichende Erhebung. Die vom RKI ausgearbeitete „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ – deren Pilotphase am 12. März 2001 begann – soll die großen Informationslücken schließen. „Die Erhebung wird erstmals in Deutschland und Europa vergleichbare umfassende Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen liefern“, betont Dr. Bärbel-Maria Bellach, Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. Das BMG hat gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung die Finanzierung der Studie sichergestellt. „Wie oft hattest Du in den letzten vier Wochen Schmerzen? Trägst Du meist einen Helm, wenn Du Fahrrad oder Mofa fährst? Wann warst Du das letzte Mal beim Arzt? Gegen welche Krankheiten ist Ihr Kind geimpft? Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?“ Das sind einige der über achtzig Fragen, die zunächst in der Pilotuntersuchung (Pretest) an 2000 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren beziehungsweise ihre Eltern gestellt werden. Aufbauend auf den Ergebnissen der Pilotphase soll die drei Jahre dauernde Hauptphase mit 20.000 Kindern und ihren Eltern an insgesamt 150 Studienorten im gesamten Bundesgebiet im August 2002 starten.

„Solche Gesundheitssurveys sind in den letzten Jahren zu einem der Schwerpunkte des RKI geworden. Sie liefern die Grundlage für eine aktuelle und maßnahmenorientierte GBE“, sagt Institutsleiter Professor Reinhard Kurth. Weitere Informationen sind in Kürze auf eigenen Internet-Seiten verfügbar:  
[www.kinder-jugend-gesundheit21.de](http://www.kinder-jugend-gesundheit21.de)

## Kinderzahnmedizin



Farbatlanten der Zahnmedizin  
Hubertus J.M. van Waes,  
Paul, W. Stöckli  
Hrsg. K.H. Rateitschak,  
H.F. Wolf Georg Thieme  
Verlag Stuttgart – New York  
2001  
ISBN 3-13-118101-X  
498,- DM

Aktuelles und umfassendes Wissen über Diagnostik und Therapie im Kinder- und Jugendlichenalter ist insbesondere für Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD eine *conditio sine qua non*. Beides zu vermitteln, dazu ist das vorliegende Werk bestens geeignet, dies insbesondere, da das Fach Kinderzahnheilkunde nicht fest im universitären Curriculum verankert ist.

So umfasst der Band, für einen Atlas erstaunlich detailliert, neben den herkömmlichen Aspekten der (kinder)zahnärztlichen Tätigkeit in der konservierenden Zahnheilkunde, der Chirurgie, der Endodontie und der Prophylaxe zudem weit reichende Ausführungen zu weiteren interessanten Themen. Zum Beispiel zur Gebissentwicklung und deren Überwachung einschließlich möglicher interzeptiver Maßnahmen oder zur Angst und Schmerzkontrolle bis hin zu machbaren prothetischen Maßnahmen. Zudem findet sich eine ausführliche Darstellung oraler Manifestationsformen kindlicher Pathologie, von Kinderkrankheiten bis hin zu Dysplasien. Beachtenswert ist auch die Abhandlung von Zahnfehlbildungen sowie derzeitige Prophylaxe- und Behandlungsmethoden, da diese in den letzten Jahren gehäuft gerade an den bleibenden Molaren anzutreffen sind.

Das „Werk“ – mit diesem Titel ist es am ehesten zu beschreiben – ist ebenso geeignet für Untersuchende sowie „überweisend Tätige“ und Praktiker. Auch bei diesem Exemplar der umfangreichen Titelreihe Farbatlanten der Zahnmedizin rechtfertigen die detaillierten Abbildungen in hervorragender Qualität, die vielfältigen Übersichten – kurz gesagt: die gesamte Aufmachung – allemal den nicht alltäglichen Preis.

Dr. C. Hollinger

## Lexikon der Zahnmedizin und Zahntechnik

Urban & Fischer Verlag  
München, 1999, ca. 900 Seiten,  
148,--DM,  
ISBN3-437-05060-5  
CD-ROM, 98,--DM,  
ISBN 3-437-05070-2,  
Kombiversion Buch und D  
198,--DM

Endlich gibt es wieder ein aktuelles zahnmedizinisches Nachschlagewerk. Die Neuerscheinung aus dem Urban & Fischer Verlag liefert mit 25.000 Stichwörtern und ca. 900 Abbildungen ein umfangreiches Lexikon zu allen Bereichen der Zahnmedizin. Darüber hinaus findet man auch Erklärungen zu zahlreichen medizinischen Begriffen. Viele Querverweise erleichtern nicht nur das Suchen, man erhält ebenso weiterführende Informationen, oft mit farbigen Abbildungen. Sehr einfach und angenehm ist das Arbeiten mit der CD-ROM-Version mit Notiz- und Lesezeichenfunktion. Ein Buch auf dem neuesten Stand des Wissens und ein unentbehrliches Nachschlagewerk für jeden Zahnmediziner.

Dr. K.-G. Dürr

## Evidence-Based Dentistry

W. Walther, W. Micheelis  
(Gesamtbearbeitung), IDZ-  
Materialienreihe Band 23,  
Deutscher Ärzte-Verlag,  
ISBN 3-934280-18-8,  
79,-- DM

Unsere Gesundheitssysteme stehen aus vielerlei Gründen vor neuen Herausforderungen. Auch in der Zahnheilkunde hat sich das Eigenverständnis in den letzten Jahren bereits verändert. Die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung und das IDZ haben im Rahmen eines interdisziplinären Symposiums erstmals die Problemstellungen und die Umsetzbarkeit einer Evidenz-basierten Medizin und speziell der Zahnheilkunde aufgegriffen. Das vorliegende Buch stellt eine Dokumentation des Symposiums dar und wurde im Hinblick auf den internationalen Austausch zusätzlich ins Englische übersetzt. Es vermittelt dem Leser wesentliche Grundlagen, die für das

Verständnis der EBM erforderlich sind. Es wird deutlich herausgearbeitet, dass wissenschaftliche Evidenz eine bestmögliche Patientenversorgung sicherstellt. Auf Grund des noch sehr jungen Themas in der Zahnmedizin lassen sich derzeit allerdings noch keine abschließenden Antworten zu diesem umfangreichen Thema finden. Einige größeren Fragekomplexe und die Klärung methodisch-wissenschaftlicher Evidenzstufen stehen derzeit im Focus weiterer Diskussionen.

EBD – ein Buch mit Blick für künftige Entwicklungen.

Dr. K.-G. Dürr

## Kinder- und Jugendpsychologie in der zahnärztlichen Praxis

Prof. Almuth Künkel  
144 Seiten, Hardcover DM 98,-  
ISBN 3-87706-580-5

Dieses Buch bietet eine fundierte Grundlage zur Vermittlung von Kenntnissen über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Für die Tätigkeit im ÖGD ist es ein gelungener Beitrag, die Kenntnisse in der Psychologie zu vertiefen. Das Ziel des Buches, im psychologisch-pädagogischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen in der zahnärztlichen Praxis die Motivation zu zahngesundem Verhalten und die Bereitschaft zur Mitarbeit bei den jungen Patienten zu fördern, ist mit nützlichen Beispielen unterlegt und gibt den Lesern auch für die Gestaltung von Projekten für Kinder und Jugendliche anwendbare Hilfsmittel in die Hand. Das Buch bietet einen umfassenden Überblick über alters-typische Verläufe in der körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Entwicklung. Der Umgang mit ängstlichen und hyperaktiven Kindern wird ausführlich behandelt. Neben den gesundheitsrelevanten Themen werden Verhaltensmuster aller Altersgruppen, Verhaltensauffälligkeiten und -störungen, aber auch die Zusammenarbeit mit den Eltern in der Gruppenprophylaxe und im jugendzahnärztlichen Dienst angesprochen.

Dr. M. Kröplin

## Plakate zum nursing-bottle-syndrom

Bei den seit 1984 stattfindenden Untersuchungen der Säuglinge und Kleinkinder im Landkreis Northeim fiel immer deutlicher auf, dass die Milchzahnschäden aufgrund ihrer Ausprägung in bis zu 67% der Fälle durch den Flaschenmissbrauch zurückzuführen sind. Daher hielten wir es für notwendig, eine zusätzliche Aufklärung zu diesem Themenkreis zu starten. Nachdem wir eine möglichst originalgetreue Nachbildung der Stadien eines erkrankten Milchgebisses haben anfertigen lassen, wollten wir diese Anschauungsmodelle einer möglichst breiten Öffentlichkeit zeigen. Über eine zunächst zusammengestellte Wanderausstellung beschlossen wir, diese in Plakatform zu bringen, damit der Betrachterkreis sich nochmals erweitern konnte. Inzwischen wurden die hier abgebildeten Plakate in allen Kindergärten, Entbindungsstationen, Gemeinden, Krabbelstuben, Schwimmbädern, Zahnarztpraxen aufgehängt und demnächst auch bei den Hebammen. Wir unterweisen die jeweilige Institution, die Plakate von Zeit zu Zeit immer wieder neu auszustellen, damit die Aufmerksamkeit wiederholt geweckt wird. Neben diesen Plakaten hängt immer ein weiteres, das auf unsere Kindersprechstundenzeiten und Telefonservicezeiten hinweist, da wir so natürlich bei vielen Eltern ein Nachfragebedürfnis hervorrufen. Gerade dadurch bekommen wir den individuellen Kontakt, der notwendig ist, das nursing-bottle-syndrom - oder modern die early-childhood-carries - bekämpfen zu können.

Bezugsadresse für die Plakate:  
Eva-Kathrin Glubrecht  
Schildweg 36  
37085 Göttingen  
Tel. 0551 -57941 oder 99 69 118  
evmati@aol.com



# Anzeige

## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

### Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Klaus-Günther Dürr

Lacheweg 42, 63303 Dreieich

Tel. (dienstl.) 06192/201-1121, Kduerr@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. 02065/905879, Fax.02065/9058572, BSKiel@aol.com

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

Tel.(dienstl.) 02306/100550

### Wissenschaftlicher Referent:

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

### Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

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

### Beirat:

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

Ellen Arlt, Parkstraße 22, 17235 Neustrelitz

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

### Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-Rheinhausen

Tel. 02065/905879, 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: 8,- DM, Jahres-Abonnement 30,- DM, inklusive

Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.

Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluß.

### Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur

vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.

Texte sollten nach Möglichkeit auf Diskette geliefert werden.

Bildmaterial oder Grafikszeichnungen 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:

Gerhardts-Verlag, 64686 Lautertal/OT Beedenkirchen

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

## Veranstaltungshinweise

---

**Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und  
Primärprophylaxe**

**Am 28. und 29.09. in Heidelberg**

Für Teilnehmer aus dem ÖGD gilt ein ermäßigter Teilnehmerbeitrag

---

**Auftaktveranstaltung zum "Tag der Zahngesundheit"**

**Motto: "Feste Zähne – Fester Biss"**

**Termin 19.09.2001 in der Stadthalle in Kassel**

Info-Pakete zum Tag der Zahngesundheit können gegen einen  
Versandkostenbeitrag von 8,80 in Briefmarken und einem beschrifteten  
Adressaufkleber angefordert werden bei:

Verein für Zahnhygiene

Feldbergstraße 40

64293 Darmstadt

---