

# ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

32. Jahrgang / März 2002

# 1.02

## 3 EDITORIAL

### AKTUELLES THEMA

- 4 51. wissenschaftlicher Kongress
- 4 Interdisziplinarität in der Zahnmedizin
- 6 Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Förderung der Zahngesundheit – mehr als Kariesprophylaxe
- 8 Soziale Ungleichheit und Konsequenzen für die zahnmedizinische Versorgung

### BERICHTE

- 10 Die soziale und gesundheitliche Lage junger Menschen im Land Brandenburg
- 12 Identifikation von Kariesrisikoeinrichtungen auf Grundschulbezirksebene
- 14 EADPH-Kongress in Marburg
- 17 Verbraucher greifen verstärkt zu Jodsalz mit Fluorid

### AKTUELLES

- 14 Band III der Gutachtenreihe des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
- 15 Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000
- 16 Sorgfältige Befunderhebungen bei zahnärztlichen Reihenuntersuchungen
- 16 Braun Oral-B Prophylaxe Preis

### NEUE MEDIEN

- 15 Ein Kinderspiel für gesunde Zähne

### EHRUNGEN

- 17 AKFOS-Auszeichnung für Dr. Dr. Claus Grundmann

### 16 ERRATUM

### 18 KONGRESSPROGRAMM

### 20 IMPRESSUM

## ANZEIGE

## KINDERLIEDBÜHNE

## ABSTAND

## LINKS 84mm

## OBEN 92mm

BZÖG

# ANZEIGE GABA

# EDITORIAL



Dr. Christoph Hollinger

Mit Jahresbeginn haben wir und unsere europäischen Nachbarn uns umstellen müssen. Das neue gemeinsame Geld – der Euro – wurde überraschend schnell akzeptiert. Das Zusammenwachsen der Menschen unseres Kontinents wird allerdings weitaus mehr Zeit in Anspruch nehmen.

Auch wir haben für Sie eine Umstellung parat. Nach nunmehr sieben Jahren wollen wir mehr Kolorit ins Spiel bringen, frei nach der Devise „beständig ist nur der Wandel“ kommt unsere Zeitschrift nun zukünftig äußerlich bunt und farbenfroh daher. Die konzeptionelle Ausrichtung mit einer Mischung aus Fachtexten, Berichten, Verbandsnachrichten und Aktuellem wird erhalten bleiben. Eine Bereicherung sind immer wieder auch die Beiträge von Ihnen, zeigen sie doch wie bunt und vielfältig auch unser beruflicher Alltag sein kann.

Das Jahr 2002 brachte und bringt Weiteres mit sich, z.B. KIG. Es ist im Vorfeld viel und heftig hierüber diskutiert und berichtet worden. Ob sich die Erwartungen, die mit den neuen kieferorthopädischen Richtlinien verknüpft sind, erfüllen werden, wird die Zukunft zeigen. Wir werden diese Thematik in den nächsten Ausgaben berücksichtigen.

Nicht mehr brandneu, aber umso bemerkenswerter, weil beunruhigend, sind die Ergebnisse der Pisa-Studie: Unsere Kinder haben vor allem im sprachlichen Bereich sehr schlechte Noten bekommen. Allerdings betrifft das nicht alle Kinder. In keinem anderen Industrieland scheint die soziale Herkunft so entscheidend für den Schulerfolg zu sein, wie in Deutschland und bei uns gibt es im Vergleich die größte Spannweite zwischen guten und schlechten Schülern. Mit Schief lagen haben wir in der Gruppenprophylaxe ja bekanntlich auch zu kämpfen und dies verwundert daher wenig. Wichtige Konsequenz hieraus: Gerade im Kontakt mit benachteiligten Kindern sollte man sich bemühen, den Ball sprachlich ganz flach zu halten, um diese Kinder adäquat anzusprechen.

Die Polarisierung ist jedoch nicht der einzige Berührungspunkt der Studie mit unserem Tätigkeitsbereich: Für den Grundschulbereich und bei der Vorschulerziehung kommen den Kindern international gesehen vergleichsweise geringe finanzielle Mittel zu Gute. erinnert das nicht an die Situation in der Gruppenprophylaxe? Auch hier müssten für Maßnahmen, die alle Kinder gleichermaßen erreichen, mehr Ressourcen bereitgestellt werden. Eine Front an der wir mit unseren Bemühungen nicht nachlassen dürfen.

Ob uns schließlich am Ende diesen Jahres auch in der Gesundheitspolitik ein neuer Kurs ins Haus steht, wird die Entscheidung der anstehenden Bundestagswahl zeigen. Hierauf können wir alle gespannt sein.

Dr. Christoph Hollinger



## Interdisziplinarität in der Zahnmedizin

Dr. J. Frühbuß

Die Selbstverständlichkeit mit der Probleme und Aufgaben in der Zahnmedizin auch außerhalb des originären Arbeitsgebietes interdisziplinär bearbeitet werden, ist in den letzten Jahren vermehrt zu beobachten. Prävention und Prophylaxe waren bis vor wenigen Jahren kein Bestandteil der zahnmedizinischen Ausbildung, sind jedoch heute eine unverzichtbare zahnärztliche Aufgaben geworden.

### Beispiel: Gesundheitsförderung

Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ wurde in der Zahnmedizin vereinfacht umgesetzt in „Mundgesundheitsförderung“ ohne jedoch zu bedenken, dass damit zwei Begriffe miteinander verknüpft wurden, die unterschiedliche Bedeutung haben. Damit wurde der umfassende Begriff der Gesundheitsförderung auf den Mundbereich reduziert und nicht mehr im ursprünglichen Sinne angewandt.

Die Erklärung für diese Kombination von „Mundgesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ liegt jedoch weitgehend in einer dem biomedizinischen Modell von Gesundheit und Krankheit verschriebenen Auffassung, das zunächst einmal von der Vorbeugung und Abwendung einer Erkrankung und nicht von der grundsätzlichen Gesundheit des Individuums ausgeht. Das heißt, der Ansatz der Prävention in der Zahnmedizin liegt eher in der Erforschung der Risikofaktoren und deren Vermeidung durch Verhaltensänderungen, als in der Suche nach protektiven Faktoren, die langfristig das Ziel einer umfassenden Gesundheitserhaltung verfolgen. Die Forderung nach Mundgesundheit geht jedoch auch in der Zahnmedizin weit über die Bekämpfung von Krankheiten hinaus, denn laut Definition der WHO (1) ist Gesundheit ein „Zustand von umfassendem physischen, psychischen und sozialen Wohlbefinden“. Wie dieser Zustand erreicht werden kann wird weiterhin durch den Begriff der „Gesundheitsförderung“ definiert (2). Diese hat nicht das Ziel, wie Prävention oder Prophylaxe, Krankheiten zu verhindern oder zu bekämpfen, son-

dern strebt eine umfassende Erhaltung und Förderung der Gesundheit an. Sie arbeitet deshalb einerseits mit pragmatischen individualmedizinischen präventiven Strategien, andererseits fordert sie jedoch auch strukturell verbesserte Lebensbedingungen für die Bevölkerung, damit der Einzelne befähigt wird sein Leben individuell und sozial positiv zu gestalten.

Die Verhinderung von Krankheiten liegt somit nicht mehr vorwiegend in der Verantwortung des professionellen Systems, d.h. der Ärzte, sondern setzt ein aktives und selbstverantwortliches Handeln des Einzelnen in bezug auf seine Gesundheit voraus. Diese Fähigkeit, selbstverantwortlich für die Erhaltung der Gesundheit zu sorgen ist jedoch nur möglich, wenn ein Bewusstsein über den Wert der eigenen Persönlichkeit und die eigene Handlungsfähigkeit besteht, und das ist nicht in allen Gesellschaftsschichten gleichmäßig verteilt vorhanden. Somit bestehen schon durch das Vorhandensein unterschiedlicher Sozialschichten in der Gesellschaft unterschiedliche Kenntnisse und Fähigkeiten zur Erhaltung der Gesundheit und Vorbeugung von Krankheiten. Es ist also zu erkennen, dass die Förderung der Mundgesundheit einerseits durchaus pragmatisch-prophylaktische, andererseits aber darüber hinaus auch strukturelle Maßnahmen zur Bildung und Förderung der Gesamtpersönlichkeit beinhaltet.

### Erweiterte Qualifikationen

Diese beiden grundsätzlich unterschiedlichen Ansätze erfordern besonders von Zahnärzten des ÖGD zusätzliche, weit über die Basisausbildung hinausgehende Kenntnisse und Fähigkeiten. Um präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben in der Kommune erfüllen zu können ist es erforderlich, Kenntnisse und Fähigkeiten aus verschiedenen anderen Disziplinen wie Epidemiologie, Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Wirtschaftswissenschaften zu erwerben und für die Erfordernisse der eigenen Arbeit kenntnisreich anzuwenden. Die zahnärztliche Ausbildung ist ihrer Ausrichtung nach eher biomedizinisch, d.h. an einer individualmedizinischen Denkweise orientiert, die die Komplexität der Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit von Bevölkerungsgruppen nicht umfassend ein-

bezieht. Die Förderung der Gesundheit in der Kommune umfasst neben den zahnmedizinischen Fähigkeiten auch Kenntnisse über die Zusammensetzung der Bevölkerung, deren demographische Entwicklung, wechselnde Lebensstile in den verschiedenen Altersgruppen, Besonderheiten von sozialen Randgruppen sowie eine differenzierte Berücksichtigung der Bedürfnisse unterschiedlicher ethnischer Gruppen. Die Entwicklung sowohl präventiver als auch gesundheitsfördernder Maßnahmen für diese breite Palette unterschiedlicher Anforderungen erfordert von den Zahnärzten des ÖGD eine Fachkompetenz, die weit über die zahnmedizinische Ausbildung hinausgeht. Zahnärztinnen und Zahnärzte wissen (fast) alles über biologische Faktoren zur Entstehung und Verhütung von Munderkrankungen. Sie wissen jedoch (zu) wenig über soziale und psychologische Faktoren bei der Entstehung und Verhütung von Munderkrankungen.

Die Ausbildung in der Zahnmedizin ist immer noch weitgehend monodisziplinär auf die unterschiedlichen Munderkrankungen sowie Defizite in der Funktion des Kauorgans ausgerichtet. Über die Betrachtung und Erforschung einer kleinen begrenzten Einheit des menschlichen Körpers wird jedoch der Blick eingengt und die Wechselwirkungen mit anderen Organen vor allem aber die Abhängigkeit psychischer und sozialer Komponenten vernachlässigt.

### Sichtweisen verändern

Versuchen wir uns das Problem an einem Bild zu vergegenwärtigen. Betrachtet man in der darstellenden Kunst Bilder in einem geringen Abstand, ist eine Vielzahl von Punkten erkennbar. Vergrößert man den Abstand vom Bild werden Motive erkennbar, die sich zu einem Gesamtbild fügen. Erst durch die harmonische Anwendung von Detailwissen und „Mustererkennung“, d.h. durch die Einbeziehung verschiedener Sichtweisen und Disziplinen, schreibt Frederick Vester (3) ist die Erkennung komplexer Strukturen und Abläufe in den Lebensweisen von Bevölkerungsgruppen möglich. Interdisziplinarität besteht deshalb auch nicht in der Kommunikation mit anderen medizinischen Disziplinen, da die biomedizinische Grundausbildung und Denkweise al-

len gemeinsam ist. Interdisziplinarität beginnt da, wo grundverschiedene Ansätze in bezug auf die Einschätzung menschlicher Verhaltensweisen sowie deren Veränderungsmöglichkeiten bestehen. Eine fachbezogene Ausbildung, wie in der Zahnmedizin, mit einem krankheitsdefinierten Bild von Gesundheit ist auch weitgehend prägend für die Interpretation neuer Inhalte. Die Bereitschaft, neue Inhalte zu integrieren wird geringer, wenn das bekannte und sichere Feld der eigenen Disziplin verlassen wird um mit neuen unbekanntem Denkweisen konfrontiert zu werden. Hier werden Grenzen des interdisziplinären Denkens deutlich.

### Verständnis anderer „Sprachspiele“

Zahnärzte haben eine lange berufliche Sozialisation mit eigenen dem zahnmedizinischen Beruf spezifischen Regeln und Methoden durchlaufen. Die Kommunikation über die beruflichen Aufgaben und Anforderungen ist mit Kollegen deshalb oftmals einfacher als mit Fachfremden, weil man „die gleiche Sprache“ spricht. Wir sprechen deshalb im folgenden von einem eigenen „Sprachspiel“. Es ist im Bereich der Interdisziplinarität notwendig, das „Sprachspiel“ anderer Disziplinen zu verstehen. Dieser Begriff ist u. a. dadurch definiert, dass das „Sprechen“ Teil einer Tätigkeit oder einer Lebensform ist, das heißt man versteht darunter einen größeren oder kleineren zusammengehörenden Komplex von verbalen und nichtverbalen Handlungen. Um die Bedeutung eines Wortes zu erlernen muss man demzufolge lernen, an solchen Sprachspielen teilzunehmen“ (4).

Auch jede Sportart hat ihre eigenen „Sprachspiele“, das heißt eigene Regeln, Methoden, Terminologien etc., so dass kein Schachspieler mit seinem „Sprachspiel“, d.h. seinen Regeln und Strategien auch erfolgreich Fußball spielen könnte – und umgekehrt. Auf die Zahnmedizin angewendet bedeutet es u. a., dass Aktivitäten im Bereich Prävention und besonders der Gesundheitsförderung durch pädagogische und psychosoziale Erkenntnisse (Sprachspiele) erweitert und in ihrem ursprünglichen Sinne auch angewendet werden müssen. Eine an die zahnärztliche Sozialisation (Sprachspiel) angepasste Anwendung bedeutet deshalb keine interdisziplinäre

Arbeitsweise. Die „fachfremden“ Kenntnisse dürfen auch nicht beliebig verändert werden, so dass sie in das eigene Sprachspiel hineinpassen.

In den o.g. Disziplinen wurden z.B. Modelle entwickelt, die Aufschluss über die Möglichkeit von Verhaltensänderungen geben. Diese Modelle wurde bisher jedoch nur zögernd in der Zahnmedizin angewendet und es gibt bis heute keine Bestätigung, dass ihre Anwendung auch mit der Sicherheit zu Verhaltensänderungen führt. Das zeigt auch, dass wir als Zahnärzte nicht so ohne weiteres erfolgreiche Präventionsprogramme entwickeln können. Die praktische Seite z. B. die Fluoridierung von Zähnen oder die Fissurenversiegelung kann durchaus ein erfolgreicher Beitrag sein. Darüber hinaus gehende Ansätze, in der Prävention z. B. Verhaltensänderung durch Gesundheitsaufklärung und -erziehung zu erreichen, sind bisher nicht evaluiert worden, und geben keine eindeutige Aussagen über den spezifischen Erfolg dieser Maßnahmen. Die Einordnung von Munderkrankungen in den Kontext sozialer Lebensbedingungen ist bis heute nicht Bestandteil der Aus- und Weiterbildung. Erst durch diese Zusammenführung wird jedoch in Zukunft eine Planung möglich sein, die die Förderung der (Mund-) Gesundheit von Bevölkerungsgruppen ermöglicht. Die Entwicklung gemeinsamer gesamtgesundheitlicher Programme, die dem Individuum Anreize und Möglichkeiten zur Entwicklung und Entfaltung seines Gesundheitspotentials geben steht noch aus. Es ist deshalb in der interdisziplinären Arbeitsweise notwendig, die eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten mit den Erkenntnissen anderer Disziplinen zu verbinden, die Wirksamkeit von Maßnahmen zu überprüfen und sie gegenüber anderen Strategien abzuwägen.

### Neues lernen, Neues lehren

Verstehendes „interdisziplinäres“ Denken ist deshalb nur möglich durch die Erweckung von Neugier und Begeisterung für eine gemeinsame Sache. Die größeren Zusammenhänge durch neues Wissen zu erkennen, alte gedankliche Strukturen aufzulösen und mit neuen Ideen zu verbinden, führt langfristig zu einer befriedigenderen Lösung von Aufgaben. Es ist fast unmöglich nur durch kognitives

Lernen sich Teil-Kenntnisse anderer Disziplinen anzueignen, da der Sinn durch Zusammenfassungen und Abstraktionen schwer zu verstehen und in das eigene Denkschema einzugliedern ist. Es erfordert Lehrende, die bereit sind verständlich zu sein, weitgehend auf Fachsprachen zu verzichten um Inhalte und Methoden zu vermitteln sowie emotionale Barrieren zu erkennen. Sie sollen zum Mitdenken anregen aber auch Toleranz gegenüber anderen Meinungen zeigen. Es erfordert jedoch auch Zuhörer, die bereit sind vorurteilsfrei berufsfremde Gedanken, Inhalte, Methoden und Werte anzuhören, neue Fachsprachen zu erlernen, neue Denkweisen zu verstehen und emotionale Barrieren abzubauen. Interdisziplinäres Denken in der Zahnmedizin heißt deshalb zu erkennen, dass die Kombination von „Mundgesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ nicht automatisch zur „Mundgesundheitsförderung“ werden kann. Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es auch notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern, bzw. sie verändern können (2).

Dr. Juliane Frühbuß M.San.  
Heinrich-Heine Universität  
Universitätsstr. 1  
40225 Düsseldorf

- Literatur bei der Redaktion -

# Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Förderung der Zahngesundheit – mehr als Kariesprophylaxe

K.D. Plümer, N. Bocter

Die Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Effekte auf anvisierte oder angenommene Ziele ist schon seit längerem ein wichtiges Thema für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung.(1-5). In Deutschland haftet der Gesundheitsförderung nicht erst seit dem Seehoferstigma von den GKV-finanzierten Bauchtanzkursen das Etikett der Beliebigkeit und damit auch der Fragwürdigkeit an. Aber auch international wurde erst vor kurzem (6, 7). (Watt et al., 2001) darauf hingewiesen, dass Programme zur Förderung der Mundgesundheit oft schlecht und inadäquat evaluiert sind. Gesundheitsförderung bedeutet aber nicht nur nachzuweisen, dass mit bestimmten präventiven Maßnahmen, Projekten und Aktionen erwünschte Ergebnisse erreicht wurden, sondern dass dies auch unter den Prämissen der Gesundheitsförderung erfolgreich gelungen ist bzw. besser gelingt.

## Prämissen der Gesundheitsförderung

a) Philosophie der Gesundheitsförderung  
 Programmatisch steht für die Gesundheitsförderung die Ottawa-Charta (8) mit ihrem Mehrebenen-Konzept und ihrer Ressourcenorientierung. Es geht darum, auf unterschiedlichen Ebenen partnerschaftlich Kompetenzen und Potenziale bei den Akteuren zu entwickeln, dies mit entsprechenden unterstützenden Maßnahmen zu fördern bzw. dafür Ressourcen verfügbar zu machen.  
 Auf der individuenbezogenen Ebene sollen sich *persönliche Kompetenzen entwickeln*, die durch *gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen* unterstützt werden. Entsprechend gilt es, die *Gesundheitsdienste neu zu ori-*

*entieren und gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen*. Diesen Prozess in Gang zu setzen, erfordert auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene, eine gesundheitsfördernde *Gesamtpolitik zu entwickeln*. Partizipation im Sinne von aktiver Teilhabe, Empowerment, verstanden als anwaltschaftliche Unterstützung, kooperatives und vernetztes Arbeiten sowie die vorrangige Prozessorientierung in der Gesundheitsförderung (9-12) stellen dabei zugleich Qualitätsmerkmale für die erfolgreiche Umsetzung der Prämissen der Ottawa-Charta (*advocate – enable – mediate*) dar.

b) Settings und Allianzen  
 Präventives Handeln findet in der Gesundheitsförderung idealerweise in *Settings* (13) statt. Damit sind Einrichtungen und soziale Milieus gemeint, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit gemeinsam verbringen und die potenziell Gestaltungsspielräume für gesundheitsförderliche Lebenswelten bieten. Dazu gehören Kindergärten, Schulen, Krankenhäuser, Betriebe aber auch Vereine, ein Stadtviertel zum Beispiel oder eine Region. Diese Settings lassen sich im Hinblick auf die Förderung der Zahngesundheit zu so genannten *Allianzen* verstärken. Zum Beispiel können Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes vereint mit Kindergärten, Grundschulen, Krankenkassen, ihren niedergelassenen Kollegen im Stadtviertel oder einer Region, ein Programm zur Förderung der Zahngesundheit auflegen. Kioske, Supermärkte und Fastfood-Restaurants ließen sich ebenso einbinden wie verschiedene Angebote zur Freizeitgestaltung.  
 Sozusagen als konzertierte gesundheitsfördernde Aktion könnten von allen Beteiligten, Ziele formuliert werden, die in einem definierten Zeitraum mit einem solchen Programm erreicht werden sollen.

c) Faktoren der Kariesbildung als Rationale  
 Karies entsteht nur unter bestimmten Bedingungen. Nach Keyes (14) müssen drei Faktoren zusammenkommen: ein Zahn (als Wirt), die Mundflora und Ernährung (als Substrat). Bockhout et al. (2000) haben daraus ein 'kausales' Modell für die Kariesbildung (15) abgeleitet. Präventiv ergeben sich dann mehrere Ansatzpunkte

für eine erfolgreiche Kariesprophylaxe: (a) die allgemeine Mundhygiene, dazu gehören auch 'richtige' Zahnputztechniken; (b) Ernährung, hierzu gehören etwa der Verzicht auf kariesfördernde, zuckerhaltige Produkte, aber auch Kautechniken, die z. B. die Speichelproduktion regulieren; (c) Fluoride, die zur Härtung des Zahnschmelzes und zum Schutz naturgesunder Zähne sehr effektiv sind (Abb. 1).

Für die Planung und Durchführung eines Gesundheitsförderungsprojektes sollte ein 'kausales' oder zumindest ein Assoziationsmodell vorliegen. Das Modell sollte von allen beteiligten Akteuren, die sich zu einer zahngesundheitsfördernden Allianz zusammengeschlossen haben, getragen werden. Eine effektive Kariesprophylaxe versucht nicht nur Kinder und Jugendliche aufzuklären und im Gebrauch zeitgemäßer Zahnputztechniken zu trainieren, sondern durch entsprechende Eltern- und Multiplikatorenarbeit auch zu gewährleisten, dass die Zahngesundheit und die Pflege naturgesunder Zähne fester Bestandteil des täglichen Lebens wird.

## Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

Ziele und Wirkungen von Qualitätsmanagements lassen sich für Einrichtungen und Institutionen, für die direkten Nutzer (Klienten/Kunden), für Zuwendungsgeber und politische Entscheidungsinstanzen ebenso formulieren und beschreiben wie für die Akteure von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Programmen (11, 25). Paulus (1998) hat dies beispielhaft in den drei Qualitätsdimensionen *Struktur, Prozess und Ergebnis* für gesundheitsfördernde Schulen (16, 17) beschrieben, an denen sich Programme zur Förderung der Zahngesundheit, die mehr sein wollen als Kariesprophylaxe, gut orientieren können. Denn Kindergärten und Schulen sind wohl die vorrangigen *Settings*, in denen die zentralen Indikatoren zur Qualitätseinschätzung (18, 19) von Gesundheitsförderungsprojekten nach Speller et al. (1997, 1998) überprüft werden können.

a) Qualitätskonzepte in der Gesundheitsförderung  
 Es gibt unterschiedliche Konzepte zur Gewährleistung, Sicherung und

Verbesserung von Qualität (20). Allen gemein ist, dass der möglichst effiziente Gebrauch von Ressourcen zu einem möglichst großen Effekt im Ergebnis führt. Qualitätssicherung, Qualitätsverbesserung, Qualitätsmanagement zielen so gesehen darauf ab, einen definierten Grad Zufriedenheit auf allen Ebenen zu erzeugen bzw. zu erreichen. Bezogen auf den zahnärztlichen Gesundheitsdienst heißt das nicht, mit möglichst geringem Aufwand ein größtmögliches Ergebnis (Output) herkömmlich quantitativer Natur zu erzielen, z. B. die Anzahl der Kinder in flächendeckenden Reihenuntersuchungen, sondern die Qualität eines zuvor definierten *Outcomes* als zentralen Parameter, mit dem der Grad der Verbesserung der Zahngesundheit zu bewerten ist, wird zur Zielgröße und zum Beleg für seine Leistungsfähigkeit.  
 Qualitätskonzepte in der Gesundheitsförderung können unterschiedlich ansetzen: Bei den professionellen Akteuren und ihrem Selbstverständnis; bezogen auf Organisationen, Institutionen und ihrem Leitbild; im Hinblick auf Settings und sie können eher prozess- oder ergebnisorientiert sein.

b) Qualitätsdimensionen  
 Donabedian (1966, 1991) unterscheidet drei Dimensionen, die zur Qualität einer Leistung oder Maßnahme beitragen (21, 22) bzw. diese ausmachen: *die Struktur, der Prozess und das Ergebnis*.  
 Die *Strukturqualität* gewährleisten bedeutet: Alle Voraussetzungen, die notwendig sind, eine Leistung zu erbringen, zu berücksichtigen und zu bewerten (gesetzliche Regelungen, Mittel und Ressourcen, Personal, Ausstattung der Organisation, formalisierte Arbeitsabläufe).

Hinsichtlich der *Prozessqualität* (Durchführungsqualität) bedeutet es, alle Elemente im Bereich der Oralprophylaxe müssen bewertet werden können (z. B. Diagnosemodelle, Expositionen, Kalibrierung, Zahnputztrainings, Ansprache, Informationen, Methoden der Aufklärung und Beratung, Schnittstellenmanagement).  
 Für die *Ergebnisqualität* gilt: Das Resultat der Oral- bzw. Kariesprophylaxe muss messbar sein und ist zu bewerten, insbesondere aus der Sicht der Klientel und Nutzer (Kundenorientierung). Sind Kinder, Eltern, Erzieher, Lehrer zufrieden? Hat es etwas ge-

nutzt? Ergebnisqualität erfordert ein zielorientiertes Handeln und die Messbarkeit der Ziele (flächendeckende Reihenuntersuchungen an sich können somit kein Ziel sein).

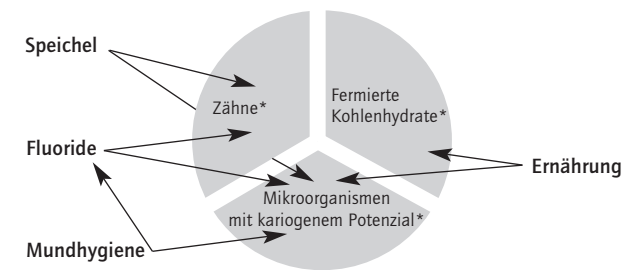
c) Umsetzungsprozess und die methodischen Anforderungen  
 Das von Haglund et al. (23) (1998) entwickelte Ablaufschema eines Konzeptes zur Implementierung von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung verdeutlicht dies. Der eigentlichen Steuerung und Prozessevaluation vorgelagert ist die Designphase, in der die Parameter für die Qualitätssicherung entwickelt und festgelegt werden. Der Gesamtprozess schließt ab bzw. beginnt von Neuem mit der Qualitätsverbesserung, die als kontinuierlicher Bestandteil von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung verstanden wird (Abb. 2).

Ergebnisse und die den Förderungsmaßnahmen vorangehenden und begleitenden Zustände müssen objektiv gemessen werden können. Es geht nicht nur um die üblichen Indices und ihre Komponenten, sondern auch um die Akzeptanz und Zufriedenheit bei den Akteuren und Zielgruppen. Für das begleitende Informationssystem müssen einheitliche Definitionen und kalibrierte Untersucher und Bewerter die Ausgangssituation, den Prozess und die Endzustände beschreiben. Der Steuerungsprozess hat zwar Freiheitsgrade (Intuition, Emotion, Opportunität ...), ist aber bis in eine definierte Tiefe gehend beschreibbar mit den Parametern, die vorliegen sollten (24).

## Elemente des Qualitätsmanagements

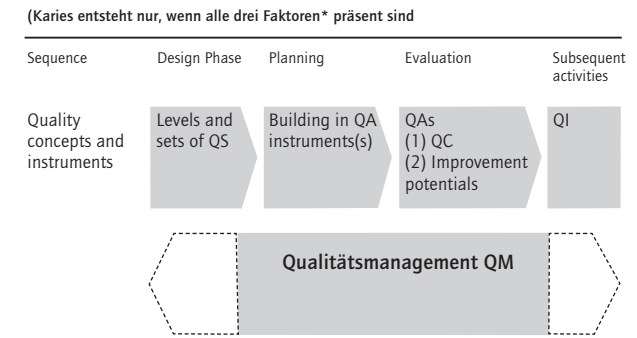
Bobzien et al. (25) beschreiben neun Elemente des Qualitätsmanagements für Einrichtungen der Gesundheitsförderung:  
 1. Entwicklung von Leitbildern und Visionen  
 2. Qualitätspolitik entwerfen und umsetzen  
 3. Verantwortlichkeiten festlegen  
 4. bedarfs- bzw. kundenorientierte Qualitätsziele entwickeln  
 5. Prozessabläufe klären (Qualitätshandbuch)  
 6. Schnittstellen festlegen und verbessern  
 7. Fehlermöglichkeiten finden (Qualitätskosten)

Abb. 1: Schema eines 'kausalen' Modells mit Faktoren der Kariesbildung (Karies entsteht nur, wenn alle drei Faktoren\* präsent sind)



nach: B Bockhout et al. (2000)

Abb. 2: Ablaufschema eines Konzeptes zur Implementierung von Qualitätsmanagement (Karies entsteht nur, wenn alle drei Faktoren\* präsent sind)



QS = Quality Standards; QA = Quality Assurance; QAs = Quality Assessment; QC = Quality Control; QI = Quality Improvement  
 nach: haglund et al. (1998)

- 8. Probleme lösen (Qualitätszirkel)
- 9. Gegenseitige Begutachtungen, interne und externe Audits

Damit sind zugleich auch die wesentlichen Elemente eines für das Handlungsfeld Gesundheitsförderung programmatisch erforderlichen partizipativen Modells (26, 27) zur Implementierung eines sozialen Veränderungsprozesses benannt.

Klaus D. Plümer, Nikolaus Bocter  
 Akademie f. Öff. Gesundheitswesen  
 Auf'm Hennekamp 70  
 40225 Düsseldorf

- Literatur bei der Redaktion -



# Soziale Ungleichheit und Konsequenzen für die zahnmedizinische Versorgung

Dr. D. Starke

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit rückt in den letzten Jahren zunehmend in den Blickwinkel des wissenschaftlichen und auch öffentlichen Interesses. Die sozio-ökonomische Situation beeinflusst maßgeblich verschiedene Bereiche des alltäglichen Lebens wie beispielsweise den Lebensstil, das Gesundheitsverhalten aber auch Einstellungen und Bewertungen in Bezug auf die eigene Gesundheit (1). Auch für die Mundgesundheit können solche Zusammenhänge nachgewiesen werden. Micheelis und Reich (2) finden beispielsweise bei Personen mit niedriger Schulbildung einen höheren Anteil schlechter Mundgesundheit im Vergleich zu Personen mit mittlerer oder höherer Schulbildung. Diese Beobachtung trifft bei Probanden mittleren als auch höheren Alters zu (s. Tab. 1).

In einer früheren Untersuchung können sie (3, 4) bei einem Vergleich alter und neuer Bundesländer zeigen, dass der Anteil an Zahnlosigkeit in der unteren sozialen Schicht deutlich höher ist als etwa in der mittleren und oberen Schicht (s. Tab. 2). Augenfällig bei dieser Untersuchung ist allerdings, dass der prozentuale Anteil pro Schicht in den alten Bundesländern niedriger liegt als in den neuen. Dies kann als weiterer Hinweis darauf zu werten sein, dass die wirtschaftliche Situation einer Region eine Rolle in Bezug auf den Gesundheitszustand spielt. Anhand des Gebisszustandes von Einschülern können Rojas und Böhm (5) zeigen, dass dieser Zusammenhang nicht erst im Erwachsenenalter auftritt. Auf der Grundlage von Schulbildung und Erwerbstätigkeit von Vater und Mutter wurde für die Kinder ein Sozialindex gebildet, der es zulässt, eine Einteilung nach höherem, mittlerem und niedrigem Sozialstatus vorzunehmen. Ein Vergleich der Ergebnisse der Jahre 1997 und 1999 zeigte zwar, dass insgesamt eine tendenzielle Verbesserung zu konstatieren ist, jedoch der Anteil an behandlungsbedürftigen Kindern

mit niedrigem Sozialstatus deutlich höher ist als der von Kindern mit hohem Sozialstatus. Interessanterweise ist anhand der Grafik (s. Abb. 1) auch deutlich der lineare Zusammenhang, also der soziale Gradient, zu erkennen.

Die WHO formulierte als eines der Ziele für das Jahr 2000 einen DMFT < 2 für Zwölfjährige. Neueren Untersuchungen zufolge (6) weisen 37% der Kinder von Arbeitern im Vergleich zu 16% Kindern von leitenden Angestellten und Beamten einen DMFT > 2 auf. Bezogen auf unterschiedliche Schultypen liegt der Anteil von Sonderschülern bei 48%, verglichen mit einem Anteil von 20% bei Gymnasiasten.

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass

1. unabhängig von der Wahl des Indikators des sozialen Status ein sozialer Gradient zu beobachten ist: je benachteiligter die soziale Situation umso schlechter der Mundgesundheitszustand,
2. tendenziell sich zwar eine Verbesserung der Mundgesundheit andeutet, der lineare Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand dennoch bestehen bleibt,
3. gesundheitliche Unterschiede nicht nur zwischen den sozialen Schichten zu beobachten sind, sondern auch regional auftreten und somit auf makroökonomische Bestimmungsfaktoren schließen lassen.

Die soziale Lage beeinflusst das Gesundheitsverhalten und die gesundheitlichen Überzeugungen entscheidend. Als besonders bedeutsam für die Mundgesundheit ist der Einfluss auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, die Mundhygiene, die Ernährung und den Konsum von fluoridhaltigen Produkten anzusehen (7). Obwohl beispielsweise die Versorgung im Bereich der konservierenden und chirurgischen Leistungen sowie der PAR-Behandlungen durch die KZVen sichergestellt sind, konnte gezeigt werden, dass sowohl der Sanierungsgrad als auch der Ersatz von fehlenden Zähnen in Zusammenhang mit dem sozialen Status stehen. Im prothetischen Bereich besteht in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern ein Versicherungssystem, das die geringsten Eigenleistungen fordert. Es ist von daher anzunehmen, dass die

Motivation, zahnärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, in Abhängigkeit vom sozialen Status divergiert. So belegt der IDZ-Survey Ost (1992), dass die Motivation, kostenlose Leistungen in Anspruch zu nehmen, bei den 35 bis 54-jährigen sich wie folgt verteilt: 54% des befragten Personenkreises suchen den Zahnarzt zu regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen auf, 26,3% hingegen nur zur gelegentlichen Kontrolle und 18,3% ausschließlich aufgrund von Beschwerden oder Schmerzen. Vorbeugende Untersuchungen werden primär von Personen mit mittlerem und höherem sozialen Status wahrgenommen, wohingegen Personen mit niedrigem Sozialstatus zahnärztliche Leistungen aufgrund von Beschwerden oder Symptomen in Anspruch nehmen.

Mit anderen Worten, obwohl prinzipiell die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland sicher gestellt ist und abgesehen von prothetischen Leistungen kostenfrei angeboten wird, werden diese Leistungen insbesondere von Personen der unteren Schicht erst nachgefragt, wenn Beschwerden nicht mehr tolerabel sind. Die Komplexstruktur des deutschen Gesundheitssystems resultiert hier in eine Form der Benachteiligung, da der Erstkontakt von Seiten des Patienten ausgehen muss. Es ist davon auszugehen, dass das Aufsuchen eines Arztes ohne konkreten Anlass, sprich Schmerzen, scheinbar eine Überforderung darstellt. Die funktionale Betrachtungsweise des eigenen Körpers führt dazu, dass medizinische Versorgung letztlich nur dann in Anspruch genommen wird, wenn der Körper nicht mehr funktioniert.

Durch aufsuchende Maßnahmen oder beispielsweise die schriftliche Einladung von Patienten zu vorbeugenden Kontrolluntersuchungen könnte diese Benachteiligung relativiert werden. Erfolge zeigen sich beispielsweise im Bereich der Kinder- und Jugendzahnmedizin aufgrund der präventiven Arbeit in Kindergärten und Schulen. Allerdings muss auch hier ob der oben aufgeführten Ergebnisse darauf hingewiesen werden, dass diese Maßnahmen zwar zu einer tendenziellen Verbesserung der Mundgesundheit geführt haben, jedoch nicht entscheidend die schlechtere Mundgesundheit bei Kindern mit niedrigem sozialen Status relativieren konnten. Hier wären beispielsweise Intensivmaßnahmen in so-

zial benachteiligten Wohngebieten respektive Schulen mit diesem Einzugsgebiet erfolgsversprechend (8).

Die Verbesserung der Mundhygiene durch gruppenprophylaktische Ansätze gerade im Kinder- und Jugendbereich sind viel versprechend und verweisen dennoch auf grundlegende Probleme. Praxisberichten zufolge sind solche Maßnahmen nur dann langfristig erfolgreich, wenn zum einen auch das familiäre Umfeld der Kinder und Jugendlichen auf Mundhygiene Wert legen und zum anderen Interventionen in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Insbesondere soziale Lernprozesse führen zu langfristigen erfolgreichen Verhaltensänderungen (9). Wenn Eltern und andere Familienangehörige ihrer Vorbildfunktion auch in gesundheitlicher Hinsicht nicht gerecht werden wollen oder können, sind Kinder nicht in der Lage, eine Kontingenz zwischen Handlung und Ergebnis herzustellen, mit anderen Worten: kariöse Zähne treten nicht als direkte Konsequenz mangelnder Mundhygiene auf, somit bleibt für Kinder der Zusammenhang undurchsichtig und ein unmittelbarer Handlungsbedarf ist nicht gegeben. Auch wenn die Ergebnisse der Gruppenprophylaxe als gut zu bezeichnen sind, zeigt sich häufig hinterher, dass sich nach dem Übergang zur Individualprophylaxe „alte“ Verhaltensweisen wieder durchsetzen. Dies kann nur als Hinweis darauf gedeutet werden, dass Gruppenprophylaxe für sich alleine genommen, den Menschen nicht langfristig dazu befähigt, in Eigenverantwortung Mund- und Zahnhygiene erfolgreich durchzuführen.

Um Medikalisierungstendenzen, d.h. ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Patient und Fachkraft zu verhindern, sind gesundheitsfördernde Ansätze, die entsprechend der Ottawa-Charta der WHO darauf abzielen, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, auch im Bereich der Mundhygiene ratsam (10). Der Einfluss der sozio-ökonomischen Situation auf die Ernährung manifestiert sich darin, dass Personen mit niedrigem sozialen Status häufiger preiswerte Nahrung zu sich nehmen, die einen Mangel an Obst und Gemüse aufweist. Dies resultiert wiederum in eine geringere

Aufnahme wichtiger Nährstoffe. Daneben ist der Verzehr von Süßigkeiten kulturell geprägt. So werden Süßigkeiten als Belohnung oder zum Trost eingesetzt, was gerade bei Kindern leicht zu dem Erlernen eines Zusammenhanges führt: Wenn es mir schlecht geht, dann esse ich etwas Süßes – Wenn ich etwas gut gemacht habe, bekomme ich als Belohnung etwas Süßes. Dieses erlernte und bestätigte Muster führt dazu, dass auch im Erwachsenenalter hierauf zurückgegriffen wird. Dass preiswerte Ernährung auch gleichzeitig gesund sein kann, und damit der Mundgesundheit zu gute kommt, wurde im Rahmen eines Interventionsprogramms mit dem Ziel der Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten von sozialbenachteiligten Bürgerinnen und Bürgern in einem Stadtteil gezeigt (11).

Auch was den Konsum fluoridhaltiger Nahrungsmittel angeht, so zeigt sich, dass in unteren Schichten seltener fluoridhaltiges Salz verwendet wird. Allerdings zeigen Untersuchungen in Großbritannien, Australien und Neuseeland, dass der soziale Gradient auch nach Kontrolle des Gebrauchs von fluoridangereicherterem Wasser bestehen bleibt (7).

Als Fazit lässt sich demnach ziehen, dass die sozio-ökonomische Situation eines Menschen zwar einen deutlichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung hat, dass jedoch verhaltenspräventive Maßnahmen alleine nicht langfristig erfolgreich sind. Viel mehr kann nur durch Empowerment, das heißt die Bestärkung des Menschen, selbst wirksam über seine Gesundheit auf der Grundlage entsprechender Informationen zu entscheiden und als kompetenter Partner in der Arzt-Patient-Kommunikation akzeptiert zu werden, eine Veränderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen erreicht werden bei gleichzeitiger Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfeldes. Die Stärkung persönlicher Ressourcen, die Steigerung von Lebens- und sozialer Kompetenz und die soziale Unterstützung im direkten familiären Umfeld befähigen den Klienten zu einem selbstbestimmten Handeln in Bezug auf seine Gesundheit (1). Und vor diesem Hintergrund hat auch jeder Mensch ein Recht auf Karies!

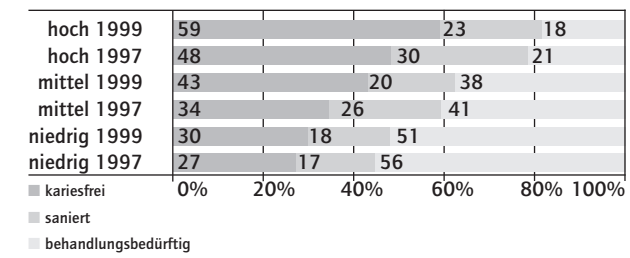
Tab. 1: Prozentualer Anteil schlechter Mundgesundheit nach Schulbildung stratifiziert in zwei Altersgruppen (Micheelis & Reich, 1999)

	SCHULBILDUNG	Schlechte Mundgesundheit (in %)		
		Niedrig	Mittel	Hoch
Alter der Stichprobe	35-44	30,0	40,5	29,5
	65-74	75,8	13,6	10,6
35-44 (N = 449)				
Plaque		8,6	2,4	0,6
Zahnfleischbluten		14,9	14,6	11,3
DMFT > 20		27,4	22,6	21,2
65-74 (N = 206)				
Plaque		14,3	9,5	10,6
Zahnfleischbluten		16,6	18,7	18,6
DMFT > 27		44,2	35,7	28,5
Kariös/gefüllte Wurzelflächen		14,3	10,4	9,9

Tab. 2: Soziale Schicht und Zahnlosigkeit in alten und neuen Bundesländern (Micheelis & Bauch, 1991, 1993)

	Alte Bundesländer			Neue Bundesländer		
	Soziale Schicht			Soziale Schicht		
	Untere	Mittlere	Obere	Untere	Mittlere	Obere
% Zahnlosigkeit in %	35,7	50,9	13,4	34,6	47,6	17,8
	9,5	2,5	0,9	13,4	4,0	4,6

Abb. 1: Sozialstatus und Gebisszustand von Einschülern (Rojas & Böhm, 2000)



Dr. Dagmar Starke  
Gesundheitsamt Mülheim an der Ruhr  
Heinrich-Melzer-Str. 3  
45468 Mülheim an der Ruhr

- Literatur bei der Redaktion -

## Die soziale und gesundheitliche Lage junger Menschen im Land Brandenburg

Dr. G. Rojas, K. Lüdecke,  
Dr. A. Böhm

Übergänge von einer Lebensphase zur nächsten gehen mit Chancen und Risiken für die gesundheitliche Entwicklung und soziale Integration einher. Für junge Menschen beginnt mit dem Ende der Kindheit eine Entwicklungsphase, in der sie sich schrittweise vom Elternhaus ablösen und ihren gesellschaftlichen Status selbst zu definieren beginnen. Körperliche und psychische Veränderungen begleiten diese biografische Umbruchphase. Die jungen Menschen erleben einen Gewinn an Autonomie und eigenen Handlungsmöglichkeiten, aber auch Verunsicherungen, Ängste und Krisen. Neue Anforderungen stellt auch die berufliche Welt mit ihren Entwicklungschancen und ihren Belastungen, wobei nicht wenige junge Menschen, gerade in den neuen Ländern, erst einmal mit Lehrstellenmangel und Arbeitslosigkeit konfrontiert sind und dadurch tief verunsichert werden können. In sozialer wie auch in gesundheitlicher Hinsicht ist die Phase vom Ende der Kindheit bis hin zum jungen Erwachsenenalter eine Schlüsselpphase für den weiteren Lebensweg.

Das Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen hat einen Report zur sozialen und gesundheitlichen Lage junger Menschen im Land Brandenburg vorgelegt, der als bundesweit erster Bericht dieser Art eine bessere Schwerpunktsetzung in der gesundheitlichen Prävention ermöglichen soll (MASGF 2001). Einige Ergebnisse aus diesem Bericht werden im Folgenden kurz vorgestellt, wobei ausführlicher auf die Zahn- und Mundgesundheit eingegangen wird.

### Soziale Lage

Das Land Brandenburg bildet die Hauptstadtregion Deutschlands mit einem vergleichsweise prosperierenden, Berlin nahen Raum und einem in der wirtschaftlichen Entwicklung beeinträchtigen äußeren Raum. Die Zahl

junger Menschen in der Altersgruppe 16 bis unter 25 Jahren wird von gegenwärtig etwa 327.000 bis zum Jahr 2015 auf ca. 172.000 zurückgehen, was vor allem den äußeren Raum des Landes treffen wird. Seit 1994 gibt es eine stetig wachsende Zahl junger Menschen (18- bis 24-Jährige), die aus Brandenburg fortziehen. Die Arbeitslosigkeit der unter 25-Jährigen ist in den vergangenen Jahren gewachsen, von 12,6% im Jahr 1995 auf 18,7% im Jahr 2000. Eine schwierige Übergangsphase für die Jugendlichen stellt dabei die sog. 2. Schwelle dar, d.h. die Suche nach einem Arbeitsplatz im Anschluss an die Berufsausbildung. Bedenklich ist aber auch, dass etwa die Hälfte der arbeitslosen Jugendlichen gar keine abgeschlossene Berufsausbildung hat und daher besonders schwer zu vermitteln ist. Etwa die Hälfte der Empfänger/innen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt ist unter 25 Jahre alt, das waren 1999 fast 30.000 Personen. Etwa 12.000 Sozialhilfeempfänger/innen waren zwischen 15 und 25 Jahre alt. Dabei überwog der Anteil der jungen Frauen deutlich. Man muss annehmen, dass dabei die Probleme allein erziehender Mütter, Beruf und Kinderbetreuung zu vereinbaren, hierbei eine besondere Rolle spielen. Für die Mehrzahl der Brandenburger Jugendlichen (96%) ist „eine Arbeit, die erfüllt“ immer noch eines der wichtigsten Lebensziele. Trotz der berechtigten Sorgen, die sich die Jugendlichen um ihre berufliche Zukunft machen, schaut die Mehrzahl der Jugendlichen insgesamt optimistisch in die Zukunft, allerdings mit abnehmender Tendenz in den letzten Jahren, was besonders für die Auszubildenden gilt. Ein weiterer wichtiger Aspekt: Die Familie als Lebensentwurf hat für die Jugendlichen einen hohen Stellenwert – über die Hälfte der Jugendlichen hält die Gründung einer eigenen Familie für bedeutsam für das eigene Leben.

### Gesundheitliche Situation im Überblick

Im Jugendalter treten insgesamt zwar noch weniger gesundheitliche Beschwerden auf als in späteren Lebensjahren, aber auch das Jugendalter ist gesundheitlich nicht unbeschwert. Dies zeigen u.a. die Daten der Gesundheitsämter, die in Brandenburg Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen

ärztlich untersuchen. Für den Report wurden die Gesundheitsdaten von über 32.000 Schülern des Schuljahres 1999/2000 im Landesgesundheitsamt ausgewertet (MASGF 2001):

- Jeder 8. Brandenburger Jugendliche wies orthopädische Befunde auf. Auffallend ist, dass sowohl Förderschüler wie auch Gymnasiasten besonders stark betroffen waren.
- Beim Infektionsschutz der Jugendlichen gibt es teilweise Handlungsbedarf. Dies gilt für die Grundimmunisierung gegen Hepatitis B und für die Auffrischimpfungen, z.B. Tetanus, Diphtherie und Pertussis.
- Im Vordergrund des Drogenkonsums Jugendlicher in Brandenburg stehen nach wie vor Tabak (fast die Hälfte der Jugendlichen zwischen 12 und 16 raucht regelmäßig) und Alkohol (etwa 4 % der 13 bis 16-Jährigen trinken häufig Alkohol).
- Verletzungen sind die häufigste Todesursache junger Menschen, wobei Verkehrsunfälle die größte Rolle spielen. Bei Verletzungen mit nicht-tödlichem Ausgang dominieren die Heim- und Freizeitunfälle. Junge Männer sind deutlich häufiger betroffen als junge Frauen.
- Bei mehr als jedem 10. Jugendlichen wurde eine Allergie diagnostiziert. In der Hälfte der Fälle handelt es sich um allergische Rhinitis. Dabei sind Schüler in Gymnasien stärker betroffen als die Schüler in anderen Schultypen.
- In der zweiten Hälfte der 90er-Jahre ist der Anteil von Jugendlichen mit Adipositas von knapp 4% auf etwa 5% gestiegen. Förderschüler sind hiervon besonders betroffen.
- Der Krankenstand junger Beschäftigter in Brandenburg ist nach wie vor sehr hoch, sowohl im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt als auch im Vergleich zu den anderen Altersgruppen. Problematisch ist auch die hohe Zahl an Verkehrs- und Wegeunfällen bei Auszubildenden, die ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt liegt.

### Zahn- und Mundgesundheit

Die Mundgesundheit der Jugendlichen hat sich in den 90er Jahren verbessert. Der Anteil junger Menschen mit kariesspezifischem Gebiss ist kontinuierlich gestiegen, wohingegen der registrierte Behandlungsbedarf in dieser Altersgruppe derzeit stagniert. Damit

setzt sich der insgesamt positive Trend, der für Kinder seit einigen Jahren nachgewiesen wird, auch im Jugendalter fort. Dieses Fazit gründet sich auf Daten von jährlich etwa 22.000 untersuchten Jugendlichen der 10. Klassen, die in den Gesundheitsämtern nach standardisierten Kriterien erhoben und dokumentiert wurden.

Hatten die 15- bis 16-jährigen Schüler 1991/92 noch durchschnittlich 7 Zähne mit einer Karies, waren es 1999/2000 nur noch 4,5 Zähne. Die Anzahl der kariösen bleibenden Zähne ist um gut ein Drittel zurückgegangen. Einen Einfluss auf diese positive Entwicklung wird der hohen Verfügbarkeit von Fluoriden, einem allgemein geänderten Gesundheits- und Ernährungsverhalten sowie dem hohen Grad der zahnärztlichen Betreuung zugemessen. Das wird auch bei den Sanierungsmaßnahmen deutlich, waren 1991/92 noch 15% der kariösen Zähne unversorgt, konnten 1999/2000 nur noch 9% als unbehandelt diagnostiziert werden. Die regelmäßigen Früherkennungsmaßnahmen mit Hinweisen zur Behandlungsnotwendigkeit haben hierzu ebenfalls beigetragen. Der Anteil der mit einer Füllung versorgten Zähne stieg von 81% auf 89% und der Anteil der extrahierten Zähne reduzierte sich von 4% auf 2%.

Bei der Betrachtung des Gebisszustandes wird der steigende Anteil der kariesspezifischen Gebisse deutlich. Seit etwa 5 Jahren stagniert der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse bei ca. 20%, d.h. noch immer hat etwa jeder 5. Jugendliche in den 10. Klassen unbehandelte kariöse Zähne.

Indikatoren zur Zahn- und Mundgesundheit sind besonders aufschlussreich, wenn sie für verschiedene Gruppen von Jugendlichen differenziert dargestellt werden. Bei einem Vergleich der Schulformen lässt sich die Einrichtungsform ermitteln, die das höchste Kariesaufkommen aufweist. So ergeben sich Anhaltspunkte für den höchsten Behandlungs- und Präventionsbedarf. Die Schulform gibt zudem auch einen Hinweis auf den Sozialstatus der Schüler.

Der durchschnittliche DMFT-Index bei den 16-Jährigen lag bei 4,5. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Karies nicht gleichmäßig verteilt ist. Fast 11.000 Schüler, d.s. 56%, vereinigen (bei einem DMFT-Wert von 4 und größer) 87% aller kariösen Zähne auf sich.

Schüler der Gymnasien hatten deutlich seltener kariöse und behandelte Zähne und somit den niedrigsten DMFT-Index. Die höchsten Werte wurden bei Gesamt- und Förderschülern registriert. Betrachtet man die verschiedenen Schultypen in einer sozialen Abstufung, lässt sich das Ergebnis als Hinweis auf soziale Ungleichheit in der Zahn- und Mundgesundheit interpretieren. Der Sachverhalt zeigt sich auch bei einem weiteren Indikator, dem Gebisszustand. Hatten in den Gymnasien nur 11% der Jungen und 10% der Mädchen behandlungsbedürftige Gebisse, waren es in den Förderschulen 33% bzw. 31%. Auch der Anteil der kariesspezifischen Gebisse war bei Förderschülern mit 12% sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen am niedrigsten.

Kinder und Jugendliche haben die Möglichkeit, in den Zahnarztpraxen neben kurativen Maßnahmen auch Individualprophylaxemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Eine messbare Größe dieser individuellen präventiven Betreuung sind die Fissurenversiegelungen: 59% der Jungen und 62% der Mädchen wiesen Fissurenversiegelungen auf. Auch hier zeigte die schultypbezogenen Analyse, dass Förder- und Gesamtschüler diese Maßnahmen weniger in Anspruch nehmen.

### Konsequenzen

Präventions- und Versorgungsziel sollte sein, vorhandene Unterschiede der Mundgesundheit bis zum Schulabschluss auszugleichen. Eine verstärkte Motivation zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ist hierfür ebenso erforderlich, wie die durch den Gesetzgeber neu geschaffene Möglichkeit, gruppenprophylaktische Betreuungsprogramme gem. § 21 SGB V auch nach dem 12. Lebensjahr auf der Basis regionaler Interventionspläne in den Schulen fortzuführen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko überproportional hoch ist.

Die in den Grundschulen begonnen präventiven Betreuungskonzepte sollten wegen ihrer erwiesenen Effektivität und Praktikabilität insbesondere in Gesamt- und Förderschulen fortgesetzt werden. Die Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen und Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen haben dabei einen hohen Stellenwert. Diese Maßnahmen sollten

Abb. 1.: Gebissstatus der Schüler in den 10. Klassen im Trend

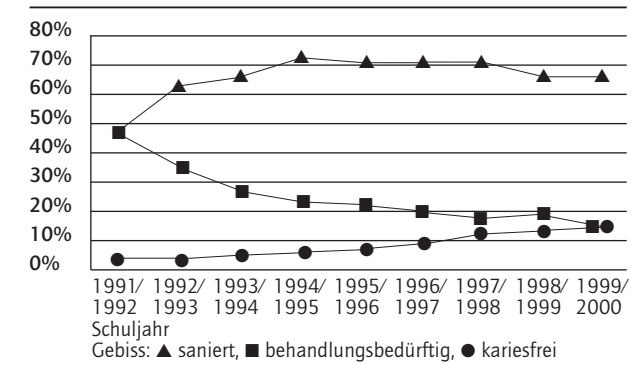
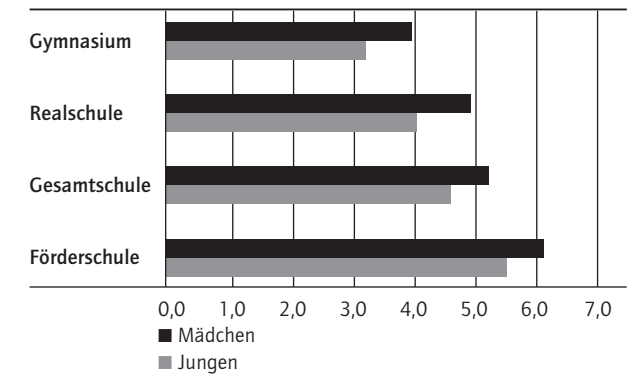


Abb. 2: DMFT 16-jähriger Schüler nach dem Schultyp im Schuljahr 1999/2000



gleichzeitig einen Impuls für die sich entwickelnden persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten der Schüler darstellen, um sie im Umgang mit ihrer Gesundheit zu stärken. Im Rahmen von Projekten sollten Schüler aktiv beteiligt werden. Erfahrungsgemäß stellt die Kontinuität dieser sozialkompensatorischen Betreuung auch eine optimale Brücke für den regelmäßigen Besuch der Zahnarztpraxis dar und ist somit weiterhin ein Anstoß für die Inanspruchnahme der Therapie und der individualprophylaktischen Betreuung.

Dr. G. Rojas  
Gesundheits-,  
Veterinär- und  
Lebensmittel-  
überwachungsamt  
14767  
Brandenburg an  
der Havel

K. Lüdecke,  
Dr. Andreas Böhm  
Landesgesundheitsamt  
Brandenburg  
Wünsdorfer Platz 3,  
15838 Wünsdorf

Der genannte Bericht ist in Einzelexemplaren kostenfrei im LGA Brandenburg, Wünsdorfer Platz 315838 Wünsdorf, Tel.: 033702/71138, Fax: 033702/71101 zu beziehen.

Über das Internet ist er unter [www.brandenburg.de/land/masgf/](http://www.brandenburg.de/land/masgf/) abrufbar.

# Identifikation von Kariesrisikoeinrichtungen auf Grundschulbezirksebene

Dr. P. Reuter

Durch die kooperative Zusammenarbeit zwischen den Zahngesundheitsdiensten der Gesundheitsämter, den Krankenkassen und den niedergelassenen Zahnärzten sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene konnte in den letzten Jahren eine erhebliche Verbesserung des Gebisszustandes von Kindern und Jugendlichen erreicht werden. Die Effizienz der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist unbestritten. Deshalb empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen den regionalen Krankenkassen, den weiteren Ausbau der Gruppenprophylaxe im Rahmen der gesetzlichen Mitwirkungspflicht zu fördern und die regionalen Arbeitskreise mit ausreichend Finanzmitteln auszustatten. Dennoch sind die vorhandenen Mittel derzeit knapp bemessen.

Zur gezielten und bedarfsorientierten Etablierung von Basis- und Intensivprophylaxeprogrammen im Rahmen der Gruppenprophylaxe und damit zum gezielten Einsatz dieser begrenzten Ressourcen im Grundschulbereich ist dabei die Feststellung des einrichtungsbezogenen (nicht individuellen) Kariesrisikos notwendig.

Unter Berücksichtigung erhobener Daten ist es möglich, eine Rangfolge (Ranking) intensiv zu betreuender Grundschulen festzulegen. Folgende Methode bietet sich an.

## Material und Methode

Zur Auswertung wurden die Daten aus den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen des Schuljahres 2000/1 herangezogen. Die Befundaufnahme erfolgte durch einen Untersucher und in enger Anlehnung an die Grundsätze der WHO. In allen 27 Grundschulen der Stadt Herne wurde flächendeckend ein zahnärztlicher Befund für alle 4 Jahrgangsstufen erhoben. Die Gesamtzahl der Schüler liegt bei 6.533. 28% der Kinder wurden wegen kariöser Defekte zum Zahnarzt verwiesen.

Zur Risikobestimmung wurden die Befunde der Altersgruppe 9/10jährige ausgewertet. Die Gesamtzahl der einfließenden Befunde betrug 2568. Schulen mit Kindern im Grundschulalter ohne eigenen Bezirk, d.h. ohne ein definiertes Einzugsgebiet mit sozialer Struktur, wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Die sechs verwendeten, zahnmedizinischen Parameter beziehen sich ausschließlich auf bleibende Zähne:

- a) Naturgesunde Gebisse in %
- b) DMF-T
- c) D-T
- d) Betreuungsindex: Anteil der Füllungen am DMF-T in %
- e) Kariesrisikokinder in %
- f) Kinder mit Versiegelungen in %

Für jeden dieser sechs Parameter erfolgt eine eigene Auswertung und grafische Darstellung in allen 27 Grundschulbezirken. Nach Bestimmung von Grenzwerten konnten dann die Einrichtungen mit den schlechtesten Ergebnissen – also dem höchsten Kariesrisiko – ermittelt werden.

## Ergebnisse und Diskussion

**1. Naturgesunde Gebisse**  
Die vorliegenden Zahlen bewegen sich in den 15 Grundschulbezirken von Herne-Mitte/ Sodingen zwischen 60% und 86%; in den 13 Grundschulbezirken von Wanne-Eickel zwischen 44% und 79%. Als Grenzwert für die Definition einer Kariesrisikoeinrichtung wurde eine Unterschreitung von 60% festgelegt. Sieben Grundschulbezirke aus Wanne-Eickel und keiner aus Herne-Mitte/Sodingen sind betroffen. Exemplarisch für alle weiteren Parameter ist die Ranking-Liste für diesen Parameter in Tabelle 1 dargestellt.

Tab.: 1: Ranking nach naturgesunden Gebissen

Rang	Schulbezirks-Nr.	naturgesunde Gebisse in %
1.	11	55
2.	13	54
3.	9	53
3.	7	53
3.	3	53
4.	12	49
5.	8	44

Auch wenn die Betrachtung der naturgesunden Gebisse alleine keine detaillierten Ergebnisse liefert, weil

lediglich eine ja/nein Entscheidung getroffen wird und einzelne Zahnbefunde nicht berücksichtigt werden, geben Unterschiede von nahe zu 100% (44% - 86%) doch einen ersten Hinweis auf Defizite in den oben genannten Einrichtungen.

## 2. DMF-T

Die vorliegenden Zahlen bewegen sich in den 15 Grundschulbezirken von Herne-Mitte/ Sodingen zwischen 0,24 und 0,94; in den 13 Grundschulbezirken von Wanne-Eickel zwischen 0,44 und 1,85. Als Grenzwert für die Definition einer Kariesrisikoeinrichtung wurde eine Überschreitung von 1,0 festgelegt. Sieben Grundschulbezirke aus Wanne-Eickel und keiner aus Herne-Mitte/Sodingen sind betroffen.

Die Werte klaffen erheblich auseinander (0,24 - 1,85). Exakt die gleichen sieben Schulen der oben ermittelten Rankingliste waren bereits beim Parameter „naturgesund“ – wenn auch in etwas anderer Reihenfolge – betroffen sind.

## 3. D-T

Dieser Parameter ist der zentrale Wert für die Kariesprävalenz. Eine stetige Verringerung bedeutet gleichzeitig, dass Zahnärzte eine entsprechende Zahl weniger Füllungen legen müssen. Die vorliegenden Zahlen bewegen sich in den 15 Grundschulbezirken von Herne-Mitte/ Sodingen zwischen 0,1 und 0,27; in den 13 Grundschulbezirken von Wanne-Eickel zwischen 0,09 und 0,6.

Als Grenzwert für die Definition einer Kariesrisikoeinrichtung wird eine Überschreitung von 0,4 festgelegt. Sechs Grundschulbezirke aus Wanne-Eickel und keiner aus Herne-Mitte/Sodingen sind betroffen. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirken sind hier ähnlich gravierend wie beim DMF-T (0,09-0,6). Fünf der sechs oben genannten Schulen (mit Ausnahme von 10) waren auch schon an der Rankingliste der ersten beiden Parameter (naturgesund, DMF-T) beteiligt.

## 4. Betreuungsindex

Der Betreuungsindex (=Sanierungsgrad) beschreibt den Anteil gefüllter bleibender Zähne am Gesamt-DMF-T-Wert. Er stellt einen Indikator für den Grad der Inanspruchnahme zahnärztlich-konservierender Leistungen dar, der auch von der Dichte zahnärztli-

cher Versorgung abhängt sowie ein direktes Resultat regelmäßiger Reihenuntersuchungen mit Ausstellung der notwendigen Sanierungsaufforderungen und der Überprüfung fraglicher Fälle im Rahmen der Nachuntersuchungen ist.

Die erhebliche Verbesserung der Zahngesundheit in den letzten zehn Jahren hat sich im Sanierungsgrad kaum wiederspiegelt. Die Restauration bestehender Schäden hat demnach einen kleineren Beitrag zur Verbesserung der Zahngesundheit geleistet.

Allerdings ist selbst ein konstanter Sanierungsgrad ein Erfolg, weil sich der verbleibende Behandlungsbedarf auf Kinder konzentriert, die seltener den Weg in eine Zahnarztpraxis finden und häufig schwerer zu behandeln sind.

Die vorliegenden Zahlen bewegen sich in den 15 Grundschulbezirken von Herne-Mitte/ Sodingen zwischen 41% und 74%; in den 13 Grundschulbezirken von Wanne-Eickel zwischen 50 % und 74%.

Als Grenzwert für die Definition einer Kariesrisikoeinrichtung wurde eine Unterschreitung von 60% festgelegt. Drei Grundschulbezirke aus Wanne-Eickel und drei aus Herne-Mitte/Sodingen waren betroffen. Trotz einer Spannweite von 41% - 74% waren die Unterschiede in den einzelnen Grundschulbezirken nicht so groß und die Schulen der Rankingliste zeigen keine eindeutigen Assoziationen im Hinblick auf die ersten drei Parameter.

## 5. Kariesrisikokinder

Als Definition für ein Kariesrisikokind in der Altersgruppe der 9/10jährigen wurde in Anlehnung an die Einstufung der DAJ gewählt: DMF-T>3 oder D-T>1. Die vorliegenden Zahlen bewegen sich in den 15 Grundschulbezirken von Herne-Mitte/ Sodingen zwischen 1% und 13%; in den 13 Grundschulbezirken von Wanne-Eickel zwischen 4% und 24%. Als Grenzwert für die Definition einer Kariesrisikoeinrichtung wurde eine Überschreitung von 14% festgelegt. Sieben Grundschulbezirke aus Wanne-Eickel und keiner(!) aus Herne-Mitte/Sodingen waren betroffen.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirken waren bei einer Spannweite von 1% - 24% ganz erheblich. Sechs Schulen (außer 10) der Rankingliste waren auch mindestens an

Abb. 1: Naturgesunde bleibende Gebisse in % in den Grundschulbezirken in Wanne-Eickel und Herne Mitte/Sodingen

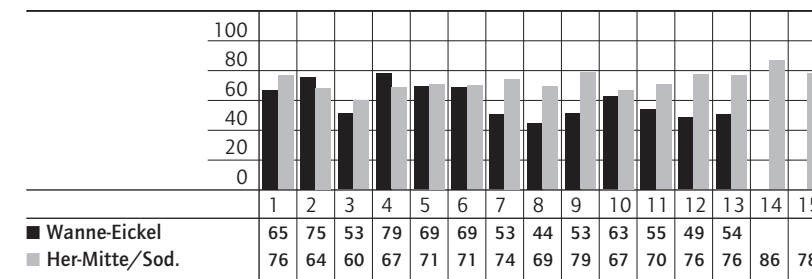
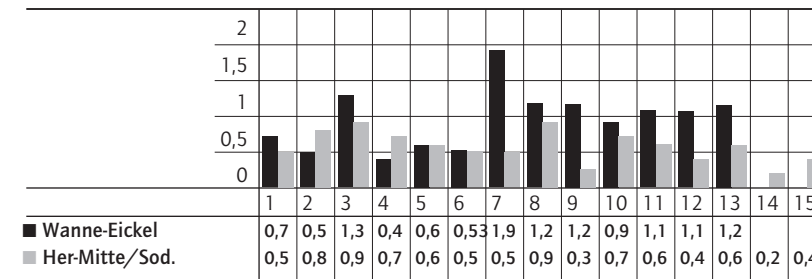


Abb. 2: DMF-T-Mittelwerte in den Grundschulbezirken in Wanne-Eickel und Herne Mitte/Sodingen



zwei der drei ersten Rankinglisten (naturgesund, DMF-T, D-T) beteiligt.

**6. Fissurenversiegelung**  
Bei der Ermittlung der entsprechenden Werte wurde nur „Versiegelung vorhanden“ registriert. Die Anzahl fand hierbei keine Berücksichtigung. Die Zahlen geben eine Vorstellung vom Ausmaß der Inanspruchnahme zahnärztlicher Prophylaxeleistungen in den verschiedenen Bezirken. Sie bewegten sich in den 15 Grundschulbezirken von Herne-Mitte/ Sodingen zwischen 50% und 73%; in den 13 Grundschulbezirken von Wanne-Eickel zwischen 49 % und 71%. Als Grenzwert für die Definition einer Kariesrisikoeinrichtung wurde eine Unterschreitung von 60% festgelegt. Sieben Grundschulbezirke aus Wanne-Eickel und nur einer aus Herne-Mitte/Sodingen waren betroffen. Bei Betrachtung der Ergebnisse kann man klar erkennen, dass die Inanspruchnahme von Versiegelungsmaßnahmen in Herne-Mitte/Sodingen wesentlich besser umgesetzt wird als in Wanne-Eickel. Trotz einer Spannweite von 49% - 73% sind die Unterschiede in den einzelnen Grundschulbezirken nicht so groß. Sechs der acht oben genannten Schulen (mit Ausnahme von 1 u.15) waren auch schon an der Rankingliste von mindestens zwei anderen Parametern beteiligt.

## Zusammenfassende Ergebnisanalyse

Bei Betrachtung aller sechs Rankinglisten der zahnmedizinischen Parameter ist ein hohes Maß an Übereinstimmung zu erkennen. Die Auswahl der Kariesrisikoeinrichtungen und die Dringlichkeit zugehöriger, intensivprophylaktischer Maßnahmen wird durch die Häufigkeit des Auftretens in einer Rankingliste bestimmt. Die Schulen 7, 8, 9, 12 und 13 (alle Wanne-Eickel) erscheinen fünfmal in verschiedenen Listen. Hier kann dringender Handlungsbedarf unterstellt werden. Die Schulen 3 und 11 (alle Wanne-Eickel) erscheinen dreimal in verschiedenen Listen. Die Grundschulbezirke 3, 7, 8, 9, 11, 12 und 13 sollen in ein intensiveres Gruppenprophylaxeprogramm incl. Fluoridierung eingebunden werden. Die Schule 10 (Wanne-Eickel) erschien zweimal in verschiedenen Listen. Hier kann man sich zunächst auf ein geringeres Maß beschränken. Eine erneute Überprüfung der Zahngesundheitsentwicklung am Ende des nächsten Schuljahres erscheint sinnvoll.

Korrespondenzadresse:  
Dr. Reuter Peter  
Gesundheitsamt Herne  
Rathausstr. 6  
44649 Herne

## EADPH-Kongress in Marburg

Vom 21.-22. September 2001 fand die 6. Jahrestagung der 1996 in Citadella/Italien gegründeten European Association of Dental Public Health (EADPH) unter Leitung des Ko-Präsidenten der EADPH und Tagungspräsidenten, Prof. Dr. Klaus Pieper, im schönen Marburg statt.

Die EADPH arbeitet durch Förderung entsprechender Initiativen und Publikationen auf die europaweite Verbesserung der Mundgesundheit hin. Die EADPH strebt sowohl eine Zusammenarbeit mit der EU-Kommission als auch mit der Industrie an. Durch seine aus 17 Staaten stammenden Mitglieder gibt es mit der EADPH bereits ein europäisches Experten-Netzwerk. Für Interessierte: Es sind sowohl Einzel- als auch Verbandsmitgliedschaften möglich. Die nächsten Kongresse werden in Griechenland, Finnland und Portugal stattfinden.

Vielfältige Anregungen zum Thema der Tagung: „Oral Diseases and Prevention in Underprivileged Groups“ boten die Vorträge von Marthaler (Schweiz), Grindeford (Schweden), Van Steenkiste (Deutschland) und Bánóczy (Ungarn), die Kurzvorträge von Macpherson et al. (Großbritannien), Veille-Finet et al. (Frankreich), Strippel (Deutschland) und Dohnke-Hohmann (Deutschland) ebenso wie 40 Posters, darunter 10 deutsche Beiträge.

Das Interesse der 170 in Marburg diskutierenden Experten aus Klinik, Praxis, Regierungsinstituten sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst konzentrierte sich auf die Gruppe der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko. Diese Kinder stammen überdurchschnittlich häufig aus unterprivilegierten Verhältnissen, wie z.B. Migrantenfamilien. Man war sich einig, dass zügig Wege eröffnet werden müssen, um die Zahngesundheit der durch ihre sozio-ökonomische Situation oder ihre Herkunft Benachteiligten nachhaltig und dauerhaft zu verbessern.

Dr. Sylvia Dohnke-Hohmann

## Band III der Gutachtenreihe des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Im August letzten Jahres wurde der dritte Band des Gutachtens 2000/2001 unter der Überschrift „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) vorgelegt.

Die zuvor veröffentlichten Bände I und II befassen sich mit Fragen der Ziel-, Patienten-, Präventions- und Qualitätsorientierung. Im Band III werden grundlegende Überlegungen und Definitionen zur Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung und daraus ableitend zu Über-, Unter- und Fehlversorgung dargestellt. Der Rat wählte dabei in Anlehnung an das Sozialgesetzbuch in einem theoretischen Ansatz eine patientenorientierte Sicht der Bedarfsdefinition, die er mit wissenschaftlichen, professionellen und partizipativ-betroffenen Elementen verknüpfte.

Der SVR befragte 300 wissenschaftliche Organisationen, Körperschaften, Verbände und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens und führte umfangreiche Recherchen und Analysen durch. 201 schriftliche Stellungnahmen zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ konnten ausgewertet werden. Dabei wurde u.a. deutlich, dass ein Mangel an „regionalen Daten einer qualitätsvollen und wirtschaftlich angemessenen Versorgung“ existiert. Auf Grund des Mangels gesamthafter Übersichten der Versorgungslage in Deutschland hält der Rat die Befragungsergebnisse für bedeutsam und innovativ. Sie zeigen u.a., dass neben einer „Übersversorgung“ viele Bereiche mit „Unterversorgung“ existieren. Als defizitär wird die mangelnde Präventionsorientierung des deutschen Systems angesehen. Infolgedessen plädiert der Rat für eine interessenunabhängige, d.h. öffentlich geförderte, Versorgungsforschung.

Der Rat legt mit diesem dritten Band konkrete Detailanalysen zu Last, Perspektive und zur Versorgung zehn

großer Volkskrankheiten in Deutschland vor, die ungefähr zwei Drittel der Krankheitsausgaben des Gesundheitswesens verursachen. Bei allen Krankheitsgruppen wird erheblicher Bedarf zur Verbesserung der Versorgung insbesondere der Versorgungsintegration und ein nicht ausgeschöpftes Potenzial an Primär- und teilweise auch Sekundär- bzw. Tertiärprävention gesehen.

Bei den Zahnerkrankungen begrüßt der Rat die erreichte Verbesserung der Mundgesundheit durch Gruppen- und Individualprophylaxe sowie Fluoridierung von Zahnpasta und Speisesalz. Defizite konzentrieren sich auf Kinder und Jugendliche in unteren sozialen Schichten.

Der Ausbau risikogerechter Primär- und Sekundärprävention und zahnstrukturhaltender Maßnahmen innerhalb der Tertiärprävention ist eine Forderung des Rates, die durch folgende Maßnahmen umgesetzt werden soll:

- Formulierung konkreter Gesundheitsziele, die durch primär-, sekundär- und tertiärprophylaktische Maßnahmen anvisiert werden.
- Einforderung von jährlichen Rechenschaftsberichten der an der Umsetzung beteiligten Institutionen über zielorientierte Aktivitäten und Ergebnisse durch den Gesetzgeber.
- Durchsetzung einer breitenwirksamen und flächendeckenden Gruppenprophylaxe, dazu Erhöhung der Ausgaben der Gruppenprophylaxe um jährlich 15 – 20 % (bei gleichzeitiger Knüpfung an qualitätssichernde Maßnahmen) bis zum Erreichen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Gesamtaufwendungen von ca. 250 Mio. DM
- Erhöhung des Marktanteils von fluoridiertem Speisesalz auf über 80%
- Beschreibung neuer Leistungskataloge und günstigerer Relationen von Primär-, (derzeit ca. 5 %) Sekundär- (derzeit ca. 5 %) und Tertiärprävention (derzeit ca. 90 %)
- Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements

Ein weiterer Ausbau wird für die zahnärztliche Diagnostik, Planung und Beratung sowie den gesundheitlichen Verbraucherschutz gefordert. Die Neuorientierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung/Spezialisierung sowie die Einschränkung von Nachfragemanipulationen sind Problemkreise,

die ebenfalls angesprochen werden.

Der Rat hält Verbesserungen der Parodontologie und Zahnerhaltung für geboten und kritisiert aber auch professionell gesteuerte Tendenzen zur „Übersversorgung“ („Marketing“ am Patienten in der Praxis), teils auch gesellschaftlich induzierte Formen von „Übersversorgung“ zu Lasten der GKV dort, wo ästhetische Ideale weit über medizinische Funktionserfordernisse hinausgehen. Zum Beispiel überschreitet in der Kieferorthopädie der Anteil der in Deutschland behandelten Jugendlichen alle internationalen Normwerte.

Insgesamt stellt der Sachverständigenrat erhebliche Strukturdefizite im System der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Diese sind das Ergebnis langjähriger Fehlsteuerungen, die sich nicht durch eine „Sofort-Reform aus einem Guss“ korrigieren lassen. Ein nachhaltiger Abbau von Über- aber auch Unter- und mit beiden verbundener Fehlversorgung erfordert eine längerfristige Umsteuerung des Systems durch eine mehrschrittige, aber in ihren Zielen beständige Gesundheitspolitik. Sie verlangt veränderte Verantwortlichkeiten und Arbeitsstile der politischen und professionellen Akteure. Strukturen, Zuständigkeiten, Anreize und Abläufe im System müssen sich dabei an den Patienten und ihren Bedürfnissen orientieren.

Hauptaufgabe des Gutachtens war die Beschreibung des sachgerechten Versorgungsbedarfs. Hinweise zur Systemkorrektur und einzelne Verbesserungsvorschläge zu den wichtigsten Volkskrankheiten sowie zur Neuorientierung des Arzneimittelmarktes wurden gemacht. Im Jahr 2002 werden Vorschläge zu neuen Koordinationsinstrumenten und veränderten Akteursrollen, d.h. zur Steuerung durch Selbstverwaltungsverbände und staatliche Organe vorgelegt.

Die Vollversion des Gutachtens 2000/2001 Band III steht als Bundestags-Drucksache 14-6871 unter <http://www.Bundestag.de> (=Drucksachen) zum Download im pdf-Format zur Verfügung. Als Buchversion werden alle Bände des Gutachtens 2002 im Nomos-Verlag erscheinen. Informationen können unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) abgerufen werden.

Dr. Gudrun Rojas  
Dr. Michael Schäfer MPH

## Ein Kinderspiel für gesunde Zähne



Gemeinsam mit einem führenden Spielehersteller hat der Verein für Zahnhygiene e. V ein Lernspiel entwickelt, das Kinder und Jugendliche zur Mundpflege motiviert. Mit „Putzmunter“ können Zahnärzte den Eltern einen Tipp geben, Spaß und Nützliches miteinander zu verbinden. Mit Hilfe des liebevoll gestalteten Spielplanes lernen die Kinder, zahn- und zahnungesunde Mahlzeiten zu unterscheiden. Natürlich werden regelmäßiges Zähneputzen und der Besuch beim Zahnarzt belohnt.

Eine verständliche Anleitung erklärt, wie das Spiel besonders effektiv eingesetzt werden kann. Das pädagogische Lernkonzept ist in Zusammenarbeit mit Kindern entstanden und in umfangreichen Tests geprüft worden. Zu beziehen ist „Putzmunter“ zu einem Preis von DM 43,80 beim Verein für Zahnhygiene e. V

Das Brettspiel „Putzmunter“ ist bekanntlich nur einer der Artikel, die der Verein für Zahnhygiene e. V entwickelt hat, um das Thema Oral-Prophylaxe Kindern und Jugendlichen näher zu bringen. Ein Produktkatalog kann unter folgender Anschrift angefordert werden:

Verein für Zahnhygiene e.V.  
Feldbergstraße 40  
64293 Darmstadt  
kontakt@zahnhygiene-ev.de  
Tel.: (06151)894814  
Fax: (06151)895198

## Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000

Die Mundgesundheit unserer Kinder und Jugendlichen hat sich weiter verbessert. Mit dem neuen Gutachten „Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000“, das im Auftrag der DAJ erstellt wurde, stellte Prof. Dr. Pieper am 20.11.2001 anlässlich eines Pressegesprächs die neuen Ergebnisse zur Situation der Mundgesundheit vor. Mit diesem Gutachten wird nicht nur die epidemiologische Situation bundesweit beschrieben, es wird damit gleichzeitig der gesetzliche Auftrag des § 21 SGB V zur Erfolgskontrolle der Gruppenprophylaxe erfüllt. Die Durchführung der Studie mit kalibrierten Zahnärztinnen und Zahnärzten als repräsentative Querschnittsstudie erfüllt damit auch einen hohen qualitativen Anspruch.

Die in Zusammenarbeit mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten der Gesundheitsämter in 13 Bundesländern erhobenen Daten berücksichtigen Zahnbefunde von gut 75.000 Kindern. Zum ersten Mal wurden bei einer Substichprobe von gut 21.000 Kindern zusätzlich zur zahnmedizinischen Untersuchung Informationen zur Prophylaxeexposition erhoben.

Die Mundgesundheit hat sich auf einen durchschnittlichen DMF-T von 1,21 bei den 12-Jährigen verbessert. Damit liegen wir im Vergleich zu anderen europäischen Ländern erfreulich im vorderen Drittel. Erhöht hat sich ebenfalls der Anteil der „naturgesunden Gebisse“ von knapp 30% in 1994/1995 auf gut ca. 50% in 2000, so dass in den meisten Bundesländern mehr als die Hälfte der Kinder dieser Altersgruppe keine Karieserfahrung haben.

Nahezu eine Halbierung des DMF-Mittelwertes – von 0,98 auf 0,45 – konnte bei den 9-jährigen Kindern registriert werden.

Auch bei den Schulanfänger ist ein Rückgang der Kariesprävalenz zu beobachten. Wiesen 1994/1995 zwischen 20% und 46% der Kinder naturgesunde Wechselgebisse auf, so lagen die Werte in 2000 zwischen 33%



und 60%. Allerdings ist der Anteil nicht sanierter Milchzähne in dieser Altersgruppe auch 2000 noch immer sehr hoch und liegt zwischen 49% und 65%.

Dieser epidemiologische Teil wurde erstmals durch Angaben zur Gruppenprophylaxe und durch einen Elternfragebogen zur Erhebung individueller Prophylaxebemühungen und eine Befragung zu Gruppenprophylaxemaßnahmen ergänzt. Bei der Interpretation dieser ergänzenden Angaben ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Studie um eine Querschnittserhebung handelt und der Einfluss sozio-ökonomischer Faktoren nicht erfasst werden konnte. Für entsprechende Schlussfolgerungen sind – und das war allen Beteiligten bereits im Vorfeld der Studie klar – weitere Studien erforderlich.

Zusammenfassend ist festzustellen:

- Die Kariesprävalenz ist in allen Altersgruppen rückläufig
- Die Gruppe der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko ist kleiner geworden
- Die Milchzahnsanierung stellt nach wie vor ein großes Problem dar
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Gruppen- und Individualprophylaxe sind wirksam

Insbesondere die Verringerung der Gruppe der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko zeigt, dass diese Kinder von der basisprophylaktischen Betreuung profitieren, und der Bedarf an intensivprophylaktischen Maßnahmen dadurch geringer wird. Vorrang sollte daher der Ausbau der basisprophylaktischen Betreuung unter Einbeziehung der Fluoridierung haben.

Erreichte Ergebnisse zu stabilisieren und weiter zu verbessern ist nur möglich, wenn Betreuungskonzepte konsequent fortgesetzt und zielgruppenorientiert intensiviert sowie durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden. Dazu bedarf es der Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel seitens der Krankenkassen. Die Ausgaben der GKV beliefen sich im Jahr 2000 für die Prophylaxemaßnahmen lt. §§ 21, 22 und 26 SGB V auf 743 Mio. DM. Davon wurden lediglich 62 Mio. DM für die Umsetzung des § 21 SGB V aufgewandt. Eine Erhöhung der Mittel für die Gruppenprophylaxe ist auch eine Forderung des Sachverständigenrates der

## Wohllollendes „Missgeschick“

In der Ausgabe 4/2001 hat die Redaktion in die Mitteilung zur Pensionierung unserer Kollegin Frau Dr. Dohnke-Hohrmann fälschlicherweise die Meldung eingefügt, ihr sei kürzlich die Tholuck-Medaille verliehen worden.

Frau Dr. Dohnke-Hohrmann wies uns darauf hin, dass Sie diese Auszeichnung nicht erhalten habe und bat um diesen kleinen Hinweis.

## Braun Oral-B Prophylaxe Preis

Im Jahr 2002 stiftet die Gillette Gruppe Deutschland einen neuen Forschungspreis: den Braun Oral-B Prophylaxe Preis. Um diese mit 7.500,- Euro dotierte Auszeichnung können sich auch Zahnärzte bewerben. Eingereicht werden können Studien, die Themen aus der Kinder- und Jugendprophylaxe behandeln. Die Ausschreibung erfolgt gemeinsam mit der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK als Schirmherrin. Ein druckfertiges Manuskript ist bis zum 31.05.2002 in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Die Bewertung der Arbeiten wird durch eine unabhängige Jury aus mehreren Wissenschaftlern erfolgen, der auch der amtierende Vorsitzende der GKP angehört.

Weitere Infos erhältlich unter:  
 Gillette Gruppe Deutschland GmbH & Co. oHG  
 Herrn Jörg Scheffler  
 Frankfurter Str. 145  
 D-61476 Kronberg im Taunus  
 Tel.: 061 73-30-1725  
 Fax: 061 73-30-5042

Konzertierten Aktion für das Gesundheitswesen, die nicht unbeachtet bleiben sollte.

Für die Mitwirkung an der Studie werden laut Beschluss des DAJ-Vorstandes alle beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte über die Landesarbeitsgemeinschaften ein Exemplar der Veröffentlichung erhalten.

Dr. Klaus-G. Dürr

## Sorgfältige Befunderhebungen bei zahnärztlichen Reihenuntersuchungen

Immer wieder wird in den Medien über vermisste Kinder berichtet. Wie sich in der Vergangenheit zeigte, lag in vielen Fällen ein Kapitaldelikt zu Grunde. Die Leichen wurden nach Tagen, Wochen oder Monaten aufgefunden. Teilweise waren sie auf Grund der Gewalttat, einer fortgeschrittenen Verwesung oder einer fast vollständigen Verbrennung nicht eindeutig zu identifizieren.

Sobald eine Kindesleiche aufgefunden wird, stellt sich die Frage der Identität. Ziel der Ermittlungsbehörden ist es den Angehörigen möglichst schnell mitzuteilen, ob es sich bei der aufgefundenen Kindesleiche um den Körper des vermisst-gemeldeten Kindes handelt. In der Regel haben die Angehörigen bei der zuständigen Polizeibehörde Größe, Gewicht, Haarfarbe, körperliche Besonderheiten, Kleidungsstücke sowie die Adresse des behandelnden Zahnarztes angegeben. Meistens wurde von den behandelnden Kolleginnen und Kollegen bereits im Vorfeld ein Zahnbefund-Schema ausgefüllt und der Kriminalpolizei zur Verfügung gestellt. Insofern ist bereits kurz nach dem Leichenfund durch vergleichende zahnärztliche Maßnahmen eine Aussage darüber möglich, ob es sich bei der Kindesleiche um die vermisste Person handelt oder nicht.

Bei der polizeilichen Suche nach zahnärztlichen Unterlagen werden nicht nur niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte, sondern unter Umständen auch Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte des ÖGD in die Ermittlungstätigkeiten einbezogen. Dabei ist es hilfreich, wenn ausführliche Dokumentationen bei zahnärztlichen Untersuchungen in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden. Im vorliegenden Fall wurde ein 9-jähriger Junge als vermisst gemeldet. Intensives Suchen der Polizeibehörde führte nach 2 Tagen zum Erfolg: neben einem Altkleidercontainer wurde in einem Koffer die enthauptete Leiche eines

Jungen gefunden. Der Altkleidercontainer wurde im Rahmen der polizeilichen Ermittlungen kurze Zeit später geöffnet: hier fanden die Kriminalbeamten den abgetrennten Schädel des Kindes. Da dieses Kind nie zahnärztlich behandelt worden war, musste der schulzahnärztliche Befund mit dem post-mortalen verglichen werden. Dabei stellte sich eine fast vollständige Übereinstimmung heraus: bei der 4 Monate zuvor durchgeführten schulzahnärztlichen Untersuchung waren die Zähne 65, 36, 84, 85 und 46 an Karies erkrankt. Von Zahn 75 war nur noch ein Wurzelrest vorhanden. Bei der Untersuchung im rechtsmedizinischen Institut stellte sich heraus, dass es zwischenzeitlich zum Verlust des Zahnes 84 gekommen war. Der Zahn 44 war bereits durch die Gingiva durchgebrochen. Hierbei handelt es sich um einen altersbedingten physiologischen Zahnwechsel. Alle weiteren Zähne waren sowohl bei der schulzahnärztlichen Untersuchung als auch bei der post-mortalen forensisch-zahnärztlichen Begutachtung gesund. Die bei der schulzahnärztlichen Untersuchung als kariös beschriebenen Zähne 65, 36, 85, 46 sowie der Wurzelrest des Zahnes 75 waren bis zum Eintritt des Todes nicht behandelt worden. Auf Grund der schulzahnärztlichen Untersuchung und der exakten Befunddokumentation konnte die Identität der Kindesleiche noch am Tage des Auffindens durch den Vergleich ante- und post-mortaler Unterlagen zahnärztlich gesichert werden. DNA-Untersuchungen, die gewöhnlich einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen, wurden ebenfalls durchgeführt und haben die Identität zu einem späteren Zeitpunkt zweifelsfrei bestätigt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass exakte Befunderhebungen von zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Schulen und Kindergärten auch für staatsanwaltschaftliche Ermittlungen hilfreich sein können, insbesondere wenn es sich um Kinder handelt, die ansonsten jede zahnärztliche Behandlung verweigern und somit in Zahnarztpraxen nicht ermittelt werden können.

Dr. Dr. C. Grundmann

## AKFOS-Auszeichnung für Dr. Dr. Claus Grundmann

Der interdisziplinäre Arbeitskreis für forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) beging sein 25-jähriges Bestehen im Rahmen der 125. Jahrestagung der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) im Oktober 2001 in Mannheim. Die Veranstaltung wurde von vielen Kollegen aus dem In- und Ausland wahrgenommen.

Das gut besuchte wissenschaftliche Tagungsprogramm bot Informationen zu forensischen Aspekten der Implantologie und Patientenaufklärung. Außerdem wurden Themen der forensisch-odonto-stomatologischen Identifikation behandelt und die unverzichtbare Bedeutung dentaler Befunde bei kriminaltechnischen Identifikationen auch im Zeitalter der DNA-Analyse klar herausgestellt.

Im Rahmen einer öffentlichen Mitgliederversammlung dankte der Vorstand allen Interessenten und Mitgliedern für Ihre Mitarbeit und ernannte stellvertretend zwei Hochschullehrer, eine Rechtsmedizinerin sowie einen Arzt und Zahnarzt zu Ehrenmitgliedern.

Uns ist es eine ganz besondere Freude, unserem Kollegen OMR Dr. med. Dr. med. dent. Claus Grundmann zu dieser ehrenvollen Ernennung gratulieren zu dürfen. Er ist als Arzt und Zahnarzt im Gesundheitsamt der Stadt Duisburg beschäftigt. Die Zahnärzte des Duisburger Gesundheitsamtes übernehmen seit Jahrzehnten die dentalen Identifikationen im Institut für Rechtsmedizin der Stadt Duisburg. In seiner Tätigkeit als Obduzent und Zahnarzt führte Herr Kollege Grundmann bereits zahlreiche positive Identifizierungen von Toten durch, die unter anderem in Rhein und Ruhr sowie im Duisburger Binnenhafen aufgefunden wurden.

Wissenschaftliche Verdienste erwarb er sich mit vielbeachteten Publikationen zur Mazerationsmethode der bei Sektionen entnommenen Kiefer mittels ENZYRIM. Mit ihm gemeinsam

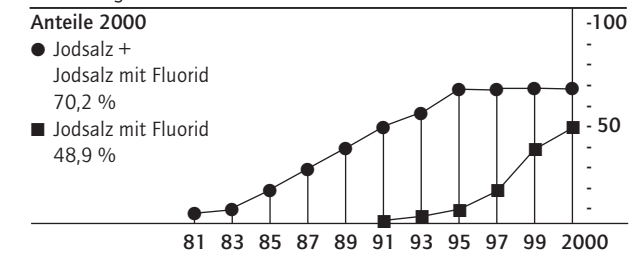
## Verbraucher greifen verstärkt zu Jodsalz mit Fluorid

Jodsalz mit Fluorid liegt weiter im Aufwärtstrend. Erstmals vor zehn Jahren eingeführt, ist der Anteil dieses Salzes am gesamten Haushaltspacketsalzabsatz im Vorjahr um weitere neun Prozent auf nunmehr knapp 50 Prozent gestiegen. Jodsalz mit Fluorid hat damit eine weitaus rasantere Entwicklung genommen als das vor 20 Jahren eingeführte Jodsalz, das seit etwa fünf Jahren einen konstanten Anteil (incl. Jodsalz mit Fluorid) von etwa 70 Prozent hat.

Zurückzuführen ist diese erfreuliche Entwicklung u.a. auf eine breit angelegte Informationskampagne sowohl des Arbeitskreises Jodmangel als auch der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ. Wesentlich zu diesem Erfolg beigetragen hat aber auch die starke Unterstützung durch Institutionen und Fachkräfte des Zahngesundheitswesens und der Ernährungsberatung. Durch deren Hilfe ist es gelungen, dass dieses Salz heute bereits in vielen Familien verwendet wird, insbesondere dort, wo Kinder am Tisch mitessen. Diesen Erfolg gilt es in Zukunft zu festigen und weiter auszubauen.

Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ

**Anteilsentwicklung**  
 jodierte und jodierte/fluoridierte Speisesalze am gesamten Speisesalzabsatz in Haushaltsgebinden



wurden mehrere wissenschaftliche Veröffentlichungen dieser Methode in nationalen und internationalen Fachzeitschriften sowie Vorträge auf Tagungen des Arbeitskreises AKFOS und der Sanitätsakademie der Bundeswehr erarbeitet.

E. Arlt

## 52. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG vom 23.-25.05 2002 in Halle/Saale, Sachsen-Anhalt

Tagungsort: Hotel Maritim

### Zahnärztliches Programm

#### Donnerstag, 23. Mai 2002

11.15-12.45	Leitung: Dr. Frühbuß	Symposium zu Präventionsstrategien für den ÖGD unter Qualitätsmanagementaspekten
14.00-16.00	Kongresseröffnung	Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Dr. Walter, Dr. Dürr
16.30-16.45	Dr. Rojas Dr. Dreihaupt LZK	Begrüßung Grußwort
16.45-17.10	Dr. Kleeberg	Zur Geschichte der Kinderzahnheilkunde als wissenschaftliche Disziplin
17.10-17.40	Dr. Hirsch	Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität Eine Beurteilung aus Sicht der Patienten
17.40-18.10	Prof. Dr. Pieper	DAJ Studie Ergebnisse 2000 Anschl. Diskussion

#### Freitag, 24. Mai 2002

09.00-09.45	Prof. Dr. Heinrich-Weltzien	Für und Wider traditioneller und moderner Kariesdiagnostik-Verfahren
09.45-10.15	Dr. Kühnisch	Fissurenversiegelung; Überversorgung oder notwendige Präventionsmaßnahme?
10.15-10.45	Pause	
10.45-11.15	Dr. Gernhardt	Präventive Aspekte in der Füllungstherapie
11.15-11.45	Dr. Reichert	Diagnostik und Therapie früh beginnender Parodontitiden
11.45-12.15	Diskussion	
14.00-14.30	Dr. Gemba	Zahngesundheit in Sachsen-Anhalt
14.30-15.00	Dr. Senkel	Visuelle und laseroptische Kariesdiagnostik in der zahnärztlichen Reihenuntersuchung Diskussion
15.15-15.45	Pause	
15.45-16.15	Prof. Dr. Treide	Sozial-ökonomische Aspekte der Kariesepidemiologie Berücksichtigung im Rahmen der Reihenuntersuchung
16.15-16.45	PD. Dr. Makuch	Motivation zur Prophylaxe; psychologisch-pädagogische Besonderheiten im Kindesalter
16.45-17.00	Diskussion	
17.00	Delegiertenversammlung BZÖG	

#### Samstag, 25. Mai 2002

09.00-09.30	Dr. Nickenig	Einbeziehung von Implantaten; verlässliche Ergänzung und Alternative zum konventionellen Vorgehen
09.30-10.00	Dr. Winter	Periimplantäres Hartgewebsmanagement
10.00-10.15	Diskussion	
10.15-10.45	Pause	
10.45-11.15	Dr. Menghini	Verlauf der Kariesprävalenz in der Schweiz Migrantenproblematik
11.15-11.45	Hr. Bocter	Inkrementalanalyse mit Daten der zahnärztlichen Reihenuntersuchung
11.45-12.00	Diskussion	

#### Kongresskarten

Mitglieder	120,00 EUR
Nichtmitglieder	145,00 EUR

#### Tageskarten

Donnerstag und Freitag	70,00 EUR
Samstag	45,00 EUR

ANZEIGE  
COLGATE

## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

### Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Klaus-Günther Dürr

Lacheweg 42, 63303 Dreieich

Tel. (dienstl.) 06192/201-1121, klausduerr@planet-interkom.de

2. Vorsitzende: Dr. Gudrun Rojas

Bergstraße 18, 14770 Brandenburg

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

**Geschäftsführerin: Dr. Claudia Sauerland**

Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna

Tel. (dienstl.) 02303/272653, Sauerland-unna@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-

Rheinhausen, Tel./Fax.02065/9058579, 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,

christoph.hollinger@t-online.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.02065/9058579 Fax.02065/9058572, BSKiel@aol.com

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

**Verbandsorgan:**

Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ - Wissenschaftliche

Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens -

**Bezug:**

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“, erscheint

vierteljährlich. Beitragszahlende Mitglieder des Bundesverbandes

erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 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 Grafikkizzen bitte als Aufsichtsvorlage oder

Dia beilegen.

**Nachdruck**, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Heraus-

gebers. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine

Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung

der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes 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.