

# ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

36. Jahrgang / April 2006

# 1.06

## 3 EDITORIAL

### TAGUNGSBERICHT

- 4 „50 Jahre BZÖG“ Tagungsbericht
- 6 Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte
- 8 Daten für Taten statt Fakten für Akten
- 11 Workshop I  
Gesundheitsförderung und Prävention mit und für sozial Benachteiligte
- 12 Workshop II  
Gesellschaftlicher Wandel – Chancen und Risiken für den Zahnärztlichen Dienst. Vom Kinder- und Jugendzahnarzt zum kommunalen Zahnarzt – welche Aufgaben müssen in Zukunft übernommen werden?
- 13 Workshop III  
Wie kommt mein Thema in die Zeitung – Wirksame Öffentlichkeitsarbeit im Zahnärztlichen Dienst
- 14 Workshop IV  
Was hat Zahngesundheit mit dicken Kindern zu tun?

### AKTUELLES

- 15 Neues vom DAJ-Vorstand
- 15 Tag der Zahngesundheit
- 16 Kooperationsverbund
- 17 Kongress „GesundLernen in Kindertagesstätten und Schulen“

### BERICHTE

- 17 Naunhofer Gespräche
- 18 Ehrung für Dr. Mönnich
- 18 „Gesund und Fit – Kitas macht mit“

## 20 IMPRESSUM



BZÖG

**ANZEIGE**  
**GABA**  
**NEU**



Michael Schäfer

Auf Einladung der Spitzenverbände der Krankenkassen hat am 20. Februar 2006 in Berlin unter Beteiligung von Bundesministerin Ulla Schmidt, MdB, eine Veranstaltung mit dem Thema: „Zukunft der Prävention – Gemeinsam für Qualität und mehr gesundheitliche Chancengleichheit“ stattgefunden.

Programmatisch ist ausschließlich der § 20 SGB V behandelt worden. Aufschlussreich ist aber, was die Krankenkassen für den Bereich der Primärprävention bereits umgesetzt haben und zukünftig umgesetzt wissen wollen.

Hilfreich und lesenswert ist in diesem Zusammenhang der neue „Leitfaden Prävention“ der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Hervorzuheben ist, dass, angefangen von Bundesministerin Ulla Schmidt, über Rolf Stuppardt, Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes, alle Beteiligten der Meinung sind, „sozial Benachteiligte lassen sich nach allen vorliegenden Erfahrungen durch die für individuelle Angebote üblicherweise genutzten Zugangswege nur schwer erreichen. Daher ist für diese Zielgruppe als Zugangsweg der Setting-Ansatz vorrangig zu empfehlen“. Der besondere Vorteil von Settings besteht auch darin, dass sich einerseits sozial Benachteiligte im Sinne aufsuchender Information und Intervention genau dort am besten erreichen lassen, andererseits jegliche Form der kontraproduktiven Stigmatisierung vermieden wird.

Die Teilnehmer aus Politik, Wissenschaft und Verbänden haben übereingestimmt: Die Zukunft der Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderungspolitik ist deshalb auf das Zusammenwirken und die gemeinschaftliche Bereitstellung von Ressourcen aller für die jeweiligen Settings Verantwortung tragenden Akteure angewiesen.

Überträgt man diese Erkenntnisse und Empfehlungen auf den Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V, so ist einerseits anzuerkennen, dass o. g. Ansprüche mindestens teilweise erfüllt werden. Andererseits ist festzustellen, dass für die Maßnahmen nach § 20 SGB V erhöhte Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität in Verbindung mit einer Qualitätssicherung aufgestellt worden sind, und die Anbieter aus dem Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung Unterstützung zur Entwicklung evidenzorientierter Konzepte brauchen.

Als nachhaltiger Eindruck verbleibt, dass wir im Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gut aufgestellt sind, was z.B. die Kooperation der Hauptakteure oder die Verstetigung der Maßnahmen betrifft. Zukünftig werden jedoch mit Sicherheit erhöhte Anforderungen an Dokumentation, Bewertung, zielorientierte Qualitätssicherung und die Qualifikation aller Anbieter in unserem Bereich gestellt werden.

Für uns ist erstrebenswert, dass unsere Aktivitäten über die Krankheitsvermeidung hinaus zu einer Stärkung von gesundheitsfördernden und -schützenden Rahmenbedingungen führen und eine weitere Vernetzung zwischen den Institutionen – auch außerhalb des Gesundheitsbereiches – bewirken.

Wird uns dies gelingen, gehört uns die Zukunft.

Ihr Michael Schäfer

## „50 Jahre BZÖG“ Tagungsbericht



von links: Herr Dr. Schäfer, Frau Dr. Brunner-Strepp, Frau Dr. Sauerland, Herr Dr. Kassing

Dank gilt außerdem dem Landkreis Osnabrück, der die Räume im Kreishaus kostenlos überließ, sowie den Firmen GABA, Easysoft Dresden GmbH und dem MAM Babyartikel GmbH, die diese Veranstaltung erst möglich machten. Die große Teilnehmerzahl von über 140 Kolleginnen und Kollegen zeigte, dass das Konzept einer solchen Tagung angenommen wurde.

Am Donnerstag, dem 24. November 2005, wurde die Veranstaltung durch den 1. Vorsitzenden eröffnet. Herr Dr. Schäfer stellte als Kernpunkt von fünfzig Jahren erfolgreicher Verbandsarbeit die Wandlung des Normalitätsbegriffes heraus: „Kariesprophylaxe als allgemeiner Bestandteil der Vorschul- und Schulhygiene ist heute in Deutschland eine Selbstverständlichkeit. Hätte man vor 25 Jahren gesagt, dass in nicht allzu ferner Zeit naturgesunde Zähne und Gebisse bei Kindern die Regel seien und nicht die Ausnahmen, so hätte man diese Äußerung als Illusion abgetan. Heute ist für Zwölfjährige das naturgesunde Gebiss nahezu normal.“ Da die Zukunft neue Anforderungen durch die stärkere Wichtigkeit sozialmedizinischer Aspekte in der Zahnheilkunde und eine höhere soziale Verantwortung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bringt, wird es auch in kommenden Zeiten nicht an Aufgaben für den BZÖG mangeln.

In seinem Grußwort rief der Erste Kreisrat von Osnabrück, Herr Dr. Kassing, auf, eingefahrene Standards in Frage zu stellen. Die neuen Aufgaben werden keine bessere Finanzierung nach sich ziehen und Innovationen erfordern neue Wege. Herr Dr. Kassing sagte, er werde sich dafür einsetzen, dass gute Arbeit entsprechend honoriert werde. Auf dem Gebiet der Zahngesundheit werde in Stadt und Landkreis Osnabrück Hervorragendes von

kompetenten Leuten geleistet.

Im Anschluss begannen die Fachreferate mit einem Vortrag von Frau Dr. Brunner-Strepp. Die Leiterin stellte ihr Team Zahngesundheit vor und erläuterte ihre Erfahrungen mit der Einführung des Qualitätsmanagements. Eindrucksvoll stellte sie die einzelnen Schritte der EFQM-Bewertung dar. Die Dokumentation der prophylaktischen Maßnahmen und die Auswertung von Fragebögen, die von Erzieherinnen, Lehrern, Kindern und Eltern beantwortet wurden, zeigten, welche Produkte für welche Altersgruppen sinnvoll sind. Auch nach der Gebietsfusion von Stadt und Landkreis Osnabrück wurde dieser Prozess weiter geführt. Die Standards wurden vereinheitlicht, eine gemeinsame Gesundheitskonferenz durchgeführt und die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten intensiviert.

Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe war auch Thema des Referates von Herrn Dr. Pommer, während Herr Dr. Hollinger in seinem sehr unterhaltsamen Vortrag auf die Möglichkeiten der Außendarstellung der Arbeit der Zahnärztlichen Dienste, insbesondere der Ergebnisse der Reihenuntersuchungen, einging. Kurzfassungen dieser beiden Beiträge können Sie in diesem Heft nachlesen.

Aus Thüringen kam Frau Dr. Kröplin. Sie berichtete über die landesrechtlichen Grundlagen und die Entwicklung der Jugendzahnpflege in ihrem Bundesland in den Jahren seit 1994.

Frau Dr. Weck stellte mit der Jugendzahnklinik Dresden ein anderes Konzept eines Jugendzahnärztlichen Dienstes vor. In Fortführung der Traditionen der Anfang des 20. Jahrhunderts gegründeten Einrichtung der Schulzahn-



Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hatte Grund zum Feiern. Der Vorstand und die Landesstellenleiterinnen und -leiter hatten daher beschlossen, das fünfzigjährige Bestehen des BZÖG mit einer Veranstaltung „von Mitgliedern für Mitglieder“ zu begehen. Diese Tagung sollte die Probleme, Erfolge und Erfahrungen Einzelner für alle greifbar machen und damit den Verbandsmitgliedern selbst dienen.

Das Team Zahngesundheit des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück unter der Leitung von Frau Dr. Brunner-Strepp hatte die Organisation übernommen und durch immense Vorarbeit und qualifizierte Begleitung der gesamten Veranstaltung, einschließlich des Abendprogramms, ein wahres Meisterstück an Konferenz-Management geleistet. Allen Beteiligten gilt dafür Dank. Der





Frau Born

Frau Glubrecht

linik wird auch heute noch in mehreren dezentral gelegenen zahnärztlichen Praxen durch kommunal angestelltes Personal die Einheit von (Gruppen- und Individual-)Prophylaxe, Reihenuntersuchung und spezieller kinderzahnärztlicher Therapie nach dem Bonner Modell umgesetzt. Die Ergebnisse bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Dresdner Kindergärten und Schulen zeigen den überaus guten Erfolg dieser Vorgehensweise.

Als Erfolgsprojekt kann man das „Marburger Modell“ der Gruppenprophylaxe bezeichnen. Frau Born aus Marburg sprach über den weiteren Ausbau des seit 25 Jahren laufenden Programms zur Basis- und Intensivprophylaxe. Als neuen Baustein stellte sie die mobile Mütterhilfe vor, eine Möglichkeit an Nachmittagen in den Krabbelgruppen Mütter mit ihren Kindern zum gemeinsamen Zähneputzen zu führen. Damit werden Kinder erreicht, die keine Tagesstätte besuchen. Um den Kontakt mit den Eltern von Kindergartenkindern zu verbessern, veranstaltet der Marburger Jugendzahnärztliche Dienst regelmäßig Elternsprechstunden zur „Bringezeit“ verbunden mit einem Infostand.

Eine andere Herangehensweise an das Problem frühkindlicher Karies war Inhalt des Vortrages von Frau Glubrecht aus dem Landkreis Northeim. Sie lädt die Eltern von 0- bis 3-jährigen Kindern zu einer speziellen zahnärztlichen Kindersprechstunde in Räumlichkeiten vor Ort im Landkreis ein. Dazu werden Briefe entsprechend des Alters mit Flyer und Zahnbürste, bzw. Wackelzahnrose oder Mundspiegel für die größeren Kinder, montiert und an die Adressen aus den Gemeinden abgeschickt. Die Akzeptanz der Sprechstunde stieg von 30 % im Schuljahr 1995/96 auf 50 % 2003/04. Im Schuljahr 2004/05 besuchten 60 %

der Einjährigen, 52 % der Zweijährigen und 45 % der Dreijährigen mit ihren Eltern die zahnärztliche Kindersprechstunde. Damit waren im Zeitraum von drei Jahren 80 % aller Kinder einmal zur zahnärztlichen Untersuchung mit Beratung der Eltern beim zahnärztlichen Dienst in Northeim gewesen.

Die Vielfalt moderner Therapiemöglichkeiten in der Zahnheilkunde und die Werbewirksamkeit neuer Medien machen es den Patienten in der Zahnarztpraxis zunehmend schwerer, selbst über die notwendige Therapie entscheiden zu können, legte Herr Dr. Niekusch dar. Die Beratung durch eine Zahnärztekammer oder Krankenkasse ist nicht wirklich unabhängig. So wurde im Rhein-Neckar-Kreis eine Arbeitsgemeinschaft unter Beteiligung der Zahnärztekammer, der Krankenkassen, der Universität Heidelberg und der Verbraucherzentrale gebildet und im Zahnärztlichen Dienst auf neutralem Terrain eine von Leistungserbringer und Kostenträger unabhängige zahnmedizinische Patientenberatung geschaffen. Die große Nachfrage dieser Zweitmeinung führte Herr Dr. Niekusch auf die Anonymität, die Unabhängigkeit und die Durchführung in den Räumen des Zahnärztlichen Dienstes zurück. So wurden in den letzten vier Jahren über 5000 Beratungen durchgeführt. Auf der Homepage [www.agz-rnk.de](http://www.agz-rnk.de) gehen monatlich 17 000 Anfragen ein. Teilweise beträgt die Wartezeit auf eine Patientenberatung acht Wochen.

Zum Abschluss der Vortragsreihe berichtete Herr Dr. Dr. Grundmann in bewährter eindrucksvoller Art über seine Einsätze bei der Identifizierung auf der Basis von zahnärztlichen Befunden im Rahmen des Kriseninterventionsteams anlässlich der Tsunami-Katastrophe.

Am darauf folgenden Freitag Vormittag wurden spezielle Schwerpunkte in Form von Workshops aufgearbeitet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten unter folgenden Themenbereichen auswählen: „Gesundheitsförderung und Prävention mit und für sozial Benachteiligte“ unter der Leitung von Frau Dr. Starke, „Gesellschaftlicher Wandel – Chancen und Risiken für den Zahnärztlichen Dienst. Vom Kinder- und Jugendzahnarzt zum kommunalen Zahnarzt – welche Aufgaben müssen in Zukunft übernommen werden?“ mit Frau Dr. Frühbuß, „Wie kommt mein Thema in die Zeitung – Wirksame Öffentlichkeitsarbeit im Zahnärztlichen Dienst“ referiert von Frau Lübbersmann und „Was hat Zahngesundheit mit dicken Kindern zu tun?“ mit Frau Prodöhl als Moderator. Über die Eindrücke und Ergebnisse aus den Diskussionsrunden wird in diesem Heft ebenfalls berichtet.

Kurz bevor der erste Wintereinbruch Osnabrück und das Münsterland von der Außenwelt abschnitt, konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit vielen Anregungen und neuen Gesichtspunkten für ihre Tätigkeit die Heimreise antreten.

gha



# Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte\*

\* Diese Arbeit wurde mit dem Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg 2003 ausgezeichnet.

D. Pommer

## 1. Einführung

Im Landkreis Tuttlingen erfolgt die Organisation und Umsetzung gruppenprophylaktischer Maßnahmen im Rahmen eines Zielentwicklungs- und Steuerungskreislaufs (Abbildung 1), dessen Ablauf dem aus dem Qualitätsmanagement bekannten PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) von Deming entspricht [5]. In der Planungsphase erfolgt zunächst die Analyse der aktuellen Situation. Diese beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, dokumentiert das bestehende Betreuungsangebot sowie dessen Inanspruchnahme und dient zur Identifizierung bestehender Versorgungslücken. Ausgehend von diesen Eckdaten werden Prioritäten und Ziele für einen festgelegten Zeitraum definiert sowie Strategien, die zum Erreichen dieser Ziele eingesetzt werden, erarbeitet. Die am Ende des Kreislaufs stehende Evaluation dient im Sinne eines Soll-Ist-Vergleiches der Überprüfung, inwieweit die festgelegten Ziele erreicht werden konnten und ist gleichzeitig Planungsgrundlage für die Zielfortschreibung. Qualitätsmanagement ist demzufolge keine einmalig durchzuführende Maßnahme, sondern vielmehr ein dauerhaft fortschreitender Entwicklungsprozess [1, 9, 15]. Durch die fortwährende Abfolge des Regelkreises werden die durchgeführten Maßnahmen von Mal zu Mal weiterentwickelt und optimiert [6].

## 2. Material und Methoden

Im Rahmen einer ersten Erhebung im Jahr 1997 wurden Basisdaten für die Analyse der aktuellen Situation gewonnen. Die Untersuchungen wur-

den vom Zahnarzt des Kreisgesundheitsamtes Tuttlingen durchgeführt. Der Untersucher nahm vor beiden Datenerhebungen an Kalibrierungsübungen entsprechend den Vorgaben der DAJ teil.

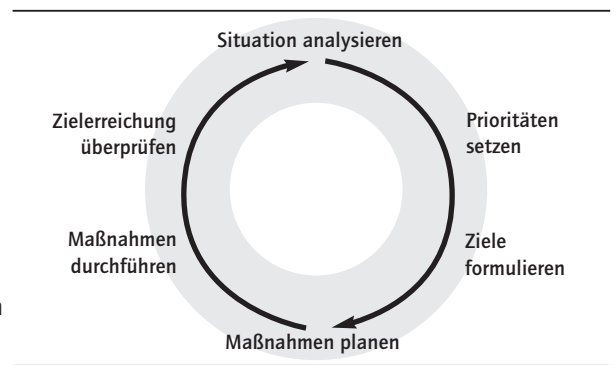
Aufbauend auf dieser Erhebung wurden 13 Gesundheitsziele in den Bereichen Zahngesundheit, Gesundheitserziehung, Vorsorgeuntersuchung, Fluoridierung, Fissurenversiegelung und Qualitätsmanagement formuliert.

Der erste Evaluationszyklus wurde ursprünglich auf das Jahr 2003 terminiert. Im Jahr 2000 wurde eine Zwischenevaluation eingeplant. Die Ergebnisse dieser zweiten Erhebung sollten Hinweise geben, ob eine Annäherung an die Zielvorgaben stattfindet. Bei der Zwischenevaluation 2000 hat sich jedoch abgezeichnet, dass ein Großteil der Vorgaben bereits erfüllt war. Um unnötigen Zeitverlust zu minimieren, wurden die Evaluation und die Zielfortschreibung daher bereits zu diesem Zeitpunkt durchgeführt. Abschließend wurden die erreichten Verbesserungen der Zahngesundheit zu den eingesetzten finanziellen Mitteln in Relation gesetzt. Dadurch waren Aussagen über die Effizienz der durchgeführten Präventionsmaßnahmen möglich.

## 3. Ergebnisse

Innerhalb des Beobachtungszeitraumes konnten von den 13 Gesundheitszielen die Zielvorgaben 7mal in vollem Umfang, 1mal zum Teil und 3mal nicht realisiert werden. Zwei Ziele wurden während der Durchführungsphase modifiziert. Als führenden Ergebnisindikator zahngesundheitsfördernder Maßnahmen zeigt Abbildung 2 die durchschnittlichen DMF-T-Werte bei den 12-Jährigen im Landkreis Tuttlingen und im Land Baden-Württemberg. Die landesweiten Daten dienen hierbei im Sinne eines Benchmarkings als Referenzwerte, um die Ergebnisse des Landkreises einzuordnen und zu bewerten. Demnach hat sich der DMF-T-Wert bei den 12-Jährigen im Landkreis Tuttlingen von durchschnittlich 1,1 auf 0,6 verbessert. Demgegenüber

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

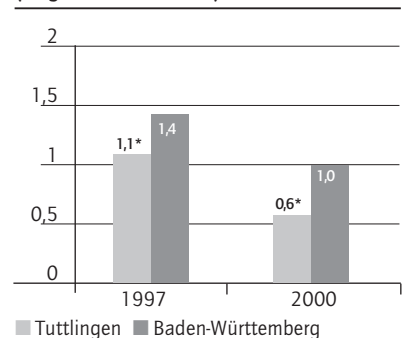


lagen die entsprechenden Werte des Landes Baden-Württemberg bei 1,4 im Jahr 1997 und 1,0 im Jahr 2000.

## 4. Kosten-Wirksamkeits-Analyse

Tabelle 1 zeigt die Ausgaben pro betreutes Kind im Landkreis Tuttlingen und in Baden-Württemberg. Insgesamt wurden in Tuttlingen in drei Jahren EUR 23,66 pro Kind für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe ausgegeben. Die landesweiten Ausgaben waren mit EUR 23,71 nahezu identisch. Die Aussagekraft dieser Kosten-Minimierungs-Analyse ist im vorliegenden Fall jedoch eingeschränkt, weil sich die mit diesen Mitteln realisierten Verbesserungen im Ergebnis unterscheiden. Zu der Ausgabenseite muss daher der erzielte Gesundheitsgewinn in Relation gesetzt werden. Bei dieser Kosten-Wirksamkeits-Analyse werden die die Kosten, die für die Realisierung eines in Einheiten erfassten entsprechenden Gesundheitsgewinns aufgewendet werden, verglichen [8]. Als Berechnungseinheit soll im vorliegenden Fall die Reduktion des Kariesbefalls um ein Viertel dienen. Es werden demnach die Kosten, die für eine Reduktion des Kariesbefalls um 25 % innerhalb von drei Jahren notwendig waren, verglichen. Nach Tabelle 1 lagen diese im

Abb. 2: dmft/DMF-T-Werte bei 12-Jährigen im Landkreis Tuttlingen und Baden-Württemberg in den Jahren 1997 und 2000 (\*signifikant,  $\alpha = 0,05$ )



Tab. 1: Kosten-Wirksamkeits-Analyse der Präventionsmaßnahmen in den Jahren 1997-2000

	Kosten pro Kind in den Jahren 1997-2000	Realisierter Karies- rückgang in den Jahren 1997-2000	Kosten für eine Reduktion des Kariesbefalls um 25 % <sup>(1)</sup>
Tuttlingen	€ 23,66	45,4 %	€ 13,03
Baden- Württemberg	€ 23,71	28,6 %	€ 20,73

<sup>(1)</sup> Rechenweg: 25/realisierter Kariesrückgang x Kosten pro Kind

Landkreis Tuttlingen um 37 % unter den entsprechenden Kosten im Landesdurchschnitt.

## 5. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den aus dem Qualitätsmanagement bekannten Optimierungskreislauf auf die zahnärztliche Gruppenprophylaxe zu übertragen und anzuwenden. Von besonderer Bedeutung für die Bewertung der Ergebnisqualität zahngesundheitsfördernder Maßnahmen war dabei die Kariesprävalenz bei den 12-Jährigen. Diese Altersgruppe steht am Ende des gruppenprophylaktischen Betreuungsprogramms, so dass die hier erhobenen Daten als Ergebnisindikatoren für die Effektivität der durchgeführten Maßnahmen herangezogen werden können. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes kam es sowohl auf Kreis- als auch auf Landesebene zu erheblichen Verbesserungen. Während jedoch im Jahr 1997 im Landkreis Tuttlingen noch 42 % der 12-Jährigen die gesamte Karieslast auf sich vereinten [10], sank dieser Prozentsatz im Jahr 2000 auf 28 % [11]. Mit den Verbesserungen kam es demnach zu einer weiteren Polarisierung des Kariesbefalls. Ziel eines qualitätsorientierten Präventionsprogramms muss es sein, diese vorhandenen Problemfelder zu identifizieren und einer intensivierten Betreuung zuzuführen. Dadurch soll ein möglichst zielgerichteter Einsatz der vorhandenen Mittel und Ressourcen sichergestellt werden. Von Vorteil ist, dass Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko nicht gleichmäßig in einem Kreis verteilt sind. Es lassen sich vielmehr Einrichtungen identifizieren, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Kariesrisikokindern aufweisen. Im Landkreis Tuttlingen werden diese Einrichtungen systematisch erfasst und einer intensivierten Betreuung zugeführt [3]. Offensichtlich führt dieses differenzierte Vorgehen zum Erfolg. So sank der DMFT-Wert im weiterführenden Schul-

bereich innerhalb von drei Jahren um 45 %. Der Abstand zum Durchschnittswert des Landes vergrößerte sich dadurch von 21 % zu Projektbeginn auf 40 % bei der Evaluation 2000. Allerdings wäre es unseriös, die erzielten Verbesserungen alleine der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe zuzuschreiben. Die erzielten Verbesserungen sind sowohl das Ergebnis gruppenprophylaktischer Betreuung als auch individualprophylaktischer sowie häuslicher Präventionsmaßnahmen. Allerdings darf angenommen werden, dass die Effekte individualprophylaktischer und häuslicher Prävention im Land Baden-Württemberg annähernd gleich verteilt sind. Von daher erlauben Unterschiede beim Kariesrückgang auch Rückschlüsse auf Unterschiede bei der Effektivität gruppenprophylaktischer Interventionen.

Neben der Beurteilung der Effektivität sollte eine fundierte Evaluation auch immer Aussagen über die Effizienz der durchgeführten Maßnahmen beinhalten [6]. Um ein vollständiges Bild der gesundheitsökonomischen Situation zu erhalten, müssen dabei im Rahmen einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse die Kosten in Relation zu dem erzielten Gesundheitsgewinn gesetzt werden. Kosten-Wirksamkeits-Berechnungen für den Bereich der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe liegen bisher nicht vor. Von daher gibt es derzeit keine Erkenntnisse bezüglich des Zusammenhanges zwischen den aufgewendeten Mitteln und dem damit erzielten Gesundheitsgewinn. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Zusammenhang als eine nach rechts gekrümmte Kurve darstellt. So dürften sich die realisierten Verbesserungen zunächst annähernd linear zu den Ausgaben entwickeln, um sich dann mit steigendem Ressourceneinsatz asymptotisch einem maximal realisierbaren Gesundheitsgewinn anzunähern. Bei der vorliegenden Analyse wurde die Berechnung für einen linearen Zusammenhang zwischen Kosten und

Gesundheitsgewinn durchgeführt. Ein sich daraus ergebender Fehler wäre bei der Berechnung des Landesanteiles relativ gering, da sich der tatsächliche landesweit realisierte Gesundheitsgewinn von 28,6 % nur geringfügig von der Berechnungseinheit von 25 % unterscheidet. Die Berechnung für den Landkreis Tuttlingen könnte demzufolge einen größeren Fehler beinhalten. Aufgrund der nach rechts gekrümmten Kurve wären die Werte für den Landkreis dann allerdings eher zu konservativ berechnet. In jedem Fall weisen die im Landkreis Tuttlingen durchgeführten Maßnahmen daher eine ausgezeichnete Kosten-Wirksamkeits-Relation auf. Unter der Annahme eines linearen Zusammenhangs lagen die Aufwendungen für eine identische Kariesreduktion um 37 % unter den durchschnittlichen Kosten im Land Baden-Württemberg. Da es bei der Berechnung nur auf das Verhältnis der erzielten Verbesserungen zueinander ankommt, gilt diese Aussage auch unter der Annahme, dass ein Teil der erzielten Verbesserungen auf den Einfluss anderer Prozesseigentümer zurückzuführen sein dürfte.

## 6. Schlussfolgerungen

Die Anwendung der aus dem Qualitätsmanagement bekannten Methodik auf die zahnärztliche Gruppenprophylaxe hat sich bewährt. Die Formulierung klar definierter und in sich begrenzter Gesundheitsziele trägt dazu bei, dass die vorhandenen Mittel bedarfsgerecht eingesetzt und gesundheitsfördernde Maßnahmen optimiert und weiterentwickelt werden. Durch dieses zielorientierte Vorgehen lassen sich mit deutlich weniger Mitteln überdurchschnittliche Verbesserungen bei der Zahngesundheit erzielen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dietmar Pommer  
Landratsamt Tuttlingen  
Gesundheitsamt  
Luginsfeldweg 10  
78532 Tuttlingen

(Die Originalarbeit wurde in der Oralprophylaxe 27 (2005) S. 14-22 veröffentlicht.)



D. Pommer

# Daten für Taten statt Fakten für Akten

- Nutzenaspekte der Daten aus zahnärztlichen Untersuchungen -

C. Hollinger

Die Zahnärztliche (Reihen)Untersuchung in Kindergärten und Schulen hat eine lange Tradition, Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte sind indes von amtlichen Löcherzählern zu multifunktionalen, koordinierenden, kommunizierenden, kooperierenden kommunalen Zahnärztinnen und Zahnärzten mutiert. Im Rahmen der Untersuchungen, dem seit jeher bestehenden Kernbereich der Aufgabenwahrnehmung Zahnärztlicher Dienste, werden Daten in großer Fülle aufgenommen. Viele Dienste beneiden die Möglichkeiten, weil Zähne so trefflich zu zählen sind und die Ursachen der Erkrankung und die Maßnahmen so klar und deutlich bekannt sind.

Welcher Nutzen kann nun in der Aufgabenbewältigung aus diesen Daten gezogen werden? Eine anschauliche Übersicht zeigt die Abbildung 1 (1).

So bunt, wie sich die Aufgabenwahrnehmung gewandelt hat, so vielfältig sind heute – im Zeitalter der elektronischen Datenverarbeitung – die Möglichkeiten, insbesondere die bevölkerungsrelevanten Ergebnisse auszuwerten. Zahlen sind dabei nicht nur in Fülle, sondern auch rasch verfügbar, so beispielsweise für ein Gespräch direkt im Anschluss an eine Schuluntersuchung. Grundvoraussetzung für eine entsprechend extensive Ausnutzung ist auf der einen Seite eine Software, die es ermöglicht, alle aufgenommenen Daten vollständig auszuwerten. Dies bedingt zumeist eine Komplettextportfunktion, da Standardreports in der Regel nicht allen Ansprüchen genügen können. Auf der anderen Seite ist eine hohe Flexibilität notwendig, mit der Möglichkeit, neue Parameter kreieren und die Befundein-gabemaske unkompliziert anpassen zu können. Das Programm Octoware<sup>®</sup> Gesundheit – Modul Jugendzahnärztlicher Dienst – ermöglicht beides. Ebenso unerlässlich für eine Nutzung von Ergebnissen ist eine hohe Datenqualität, voraussetzend hierfür eine

Orientierung an allgemein anerkannten Befundaufnahmestandards. Im Kreis Unna werden die Befunde, auch die, die den hier vorgestellten Ergebnissen zu Grunde liegen, nach der Maßgabe der WHO (2) und nach den dort beschriebenen Grundsätzen erhoben. Alle darüber hinaus gehenden Kriterien u.a. für Sonderauswertungen werden jährlich fortlaufend in einem Handbuch zusammengefasst.

Im Weiteren sollen hier Beispiele der Darstellung von bevölkerungsrelevanten Daten aufgezeigt werden, sie dienen

1. der Darstellung nach außen
  - in der Presse
  - in Printmedien
  - im Internet
  - in Präsentationen

2. Als Planungshilfe und Steuerungsinstrument für die Aufgabenwahrnehmung

- a) zur Schwerpunktsetzung bei begrenzten Ressourcen
- b) zur Prozessbewertung und Evaluation
- c) aus der Sicht von Qualitätsmanagement

## 1. Die Darstellung nach außen

Sie bestand früher in der Regel aus einer Art Leistungsstatistik, mit der Rechenschaft über die Anzahl getätigter Untersuchungen und „gipfelte“ wohlmöglich in der „naturgesund/saniert/kariös-Trilogie“ oft undifferenziert über alle Jahrgänge hinweg. Das reicht heute nicht mehr aus. Die adressatengerechte Berichterstattung, aber auch das „Tue Gutes und rede darüber“ stellen wichtige Aufgaben für Zahnärztliche Dienste dar und geschehen u.a. gegenüber

- a) der zu informierenden Bevölkerung
- b) den zu überzeugenden Entscheidungsträgern
- c) den unterschiedlichen Professionen und Interessensgruppen.

Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass es sich bei den zu Informierenden überwiegend um Laien handelt, denen Zahngesundheitsindikatoren adressatengerecht zu servieren sind, also nicht mit „gestatten, darf ich Ihnen unseren DMF-T vorstellen“, sondern mit verständlichen Begrifflichkeiten, wie „die durchschnittlich jemals an Karies erkrankten Zähne“ oder

„Zahnschäden pro Kind“. Zudem kommt es darauf an, aktuell zu sein, relevant und „persönlich“, also den jeweiligen Ansprechpartner o.ä. mit der Situation in seiner Einrichtung, in seinem Schulbezirk, in seiner Stadt oder Gemeinde zu konfrontieren. Dann entsteht persönliche Betroffenheit und so gelingt oftmals Sensibilisierung für das Thema Zahngesundheit auch bei denen, die zeitlebens nie eigene Zahnprobleme hatten; bei den anderen ist es ohnehin meist leicht.

Zu a): Information der Bevölkerung  
Um breit über die allgemeine Situation in der eigenen Gebietskörperschaft zu informieren, eignen sich Presseartikel, das Internet und Gesundheitsberichte, die es bereits in großer Fülle gibt und die interessiert aufgenommen werden.

Zu b): Überzeugung von Entscheidungsträgern

Im Spannungsfeld zwischen caries decline (3) und Rotstiftpolitik ist die Darlegung von Notwendigkeiten eine („überlebens“)wichtige Aufgabe. Angesichts der aktuellen Entwicklung drohen mehr und mehr Stellen nicht wieder besetzt zu werden. Hier gilt es, deutlich zu machen, dass die Erfolge auch und gerade auf die Prophylaxeaktivitäten Zahnärztlicher Dienste zurückzuführen sind und der Tiger Karies nur darauf wartet, auszubrechen und dass es trotz der insgesamt positiven Entwicklung ernstzunehmende Problemfelder gibt, die alle indirekt oder direkt mit fehlender Chancengleichheit zusammenhängen, so die

- Polarisierung
- Migrantenproblematik
- Milchzahnsanierung
- Saugerflaschenkaries

Entscheidungsträger können dabei verschiedene Personen oder Gremien sein, so die Verwaltungsspitze oder der Gesundheitsausschuss der kommunalen Politik. Hier finden beispielsweise Landkarten, die regionale Unterschiede und damit – auf populärere Art als beispielsweise eine DMF-T-Verteilung – die Schieflage verdeutlichen und die Notwendigkeit von mehr Chancengleichheit aufzeigen (s. Abb. 2) viel Beachtung. Gerade die sozialen Unterschiede und die Notwendigkeit,



der Öffnung der Schere entgegenzuwirken, ist ein wichtiges Argument gegenüber den Entscheidungsträgern in der Kommune, wenn es um die Frage von Stellenstreichungen oder um das Plazet für notwendige Projekte geht.

Es kann sich auch um eine Schulleitung handeln, an deren Einrichtung ein (intensiviertes) Prophylaxeprogramm umgesetzt werden soll. Oder um ein Kindergartenteam, das trotz steigender personeller Überlastung aufgrund der ungünstigen Zahngesundheit der Kinder in ihrer Einrichtung dazu bewegt werden soll, die tägliche Zahnpflege ein bzw. weiter zu führen. Zur Verdeutlichung einer solchen Notwendigkeit kann beispielsweise eine Grafik mit Vergleich aller Einrichtungen im Kreis oder in der Stadt erstellt werden, auf der jede durch einen dünnen Balken gekennzeichnet ist, dessen Höhe der Menge sog. „Zahngesundheitspunkte“ (Erläuterung s. u.) entspricht und auf der der Balken der jeweiligen Einrichtung (hier Kindergarten Piffikus) farblich markiert wurde (s. Abb. 3). Die Erfahrung hat gezeigt, dass der Vergleich mit anderen Einheiten oftmals interessanter ist, als die absoluten Zahlen.

Zu c): Interessant wäre beispielsweise für Hebammen oder Kinderärzte, in einer Multiplikatorenschulung o.ä., die Problematik der Saugerflaschenkaries zu thematisieren (s. Abb. 4).

Die niedergelassene Kollegenschaft könnte von der Notwendigkeit eines Intensivprogrammes besser überzeugt werden, indem beispielsweise der Prozentsatz an behandlungsbedürftigen Gebissen in „besten“ und „schlechtesten“ Klassen (Beispiel Unna: 7,1 zu 78,3 % bei Erstklässlern) oder der versiegelter Molaren an Brennpunktschulen gegenübergestellt wird dem Anteil an sog. „Vorzeigeschulen“ (Beispiel Unna bei 3.-Klässlern: 66,7 zu 19,1 %).

**2. Daten als Planungshilfe und Steuerungsinstrument**

**a) Bedarfsermittlung**

Faktisch überall sind die Personalressourcen begrenzt. Damit ist es grundsätzlich nicht möglich, gruppenprophylaktische Aktivitäten in dem Rahmen anzubieten, wie es wünschenswert wäre und auch in der Empfehlung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (4) gefordert ist. Daher ist es hier notwendig, die Kapazitäten zielorientiert einzusetzen, in Bereichen, mit dem höchsten Bedarf und nicht nach dem Gießkannenprinzip. Hier sind Ranking-Listen hilfreich. Dabei ist es egal, ob es um Selektion für die Zahnärztliche Untersuchung oder die gruppenprophylaktischen Maßnahmen geht. Anhand verschiedener Parameter – gebräuchlicherweise auf der Basis des dmft bzw. DMFT-Indexes, dem angepassten DAJ-Kariesrisiko, dem Anteil an kariösen Gebissen o.ä. – kann eine Liste der Einrichtungen mit unterschiedlichen Prioritäten aufgestellt werden, die mit abgestufter Dringlichkeit und Umfang betreut werden sollen. Dabei erscheint es sinnvoll, nicht nur einen Parameter heranzuziehen. Es kann sonst passieren, dass z.B. eine Gruppe in den Genuss intensivprophylaktischer Betreuung kommt, in der zwar einige wenige einen sehr hohen Kariesbefall, d.h. ein erhöhtes Risiko aufweisen, ansonsten aber überwiegend naturgesunde Kinder vorhanden sind während in einer anderen ein Risikokind weniger aufzufinden ist, der Gesamtkariesbefall aber insgesamt deutlich höher ist. Durch die Kombination von Parametern wie dem dmft-Index, dem Anteil kariöser Gebisse und dem Risiko-Anteil lassen sich jeweils drei einzelne Ranglisten anfertigen. Die jeweiligen Rangplätze in diesen Listen können addiert werden und ergeben so einen neuen, abstrakten Punktwert, den wir in Unna mit dem Terminus „Zahngesundheitspunkte“ belegt haben. Aus diesen Punktwerten ergibt sich wiederum eine abschließende Gesamtliste, die alle drei Faktoren berücksichtigt. Um den Risikoaspekt im Hinblick auf die Bestimmungen im §21 SGB V stärker herauszustreichen, ist es denkbar, den Rangplatz in der DAJ-Risikorangliste doppelt zu gewichten, ihn sozusagen mit einem „Steigerungssatz“ zu versehen.

**b) Prozessbewertung und Evaluation:**

Die Evaluation von Maßnahmen ist heute ein zwingendes Erfordernis insbesondere dann, wenn neue Wege gesucht werden, beispielsweise in Pilotprojekten oder bestehende Vorgehensweisen oder Projekte verändert werden sollen, spätestens dann, wenn die Notwendigkeit von Maßnahmen in Frage gestellt wird.

Wie kann beispielsweise die Auswirkung eines Prophylaxeprogrammes

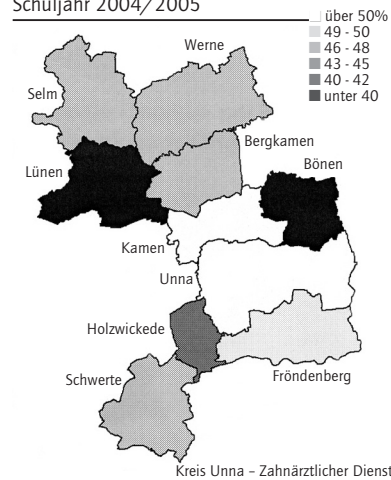
Abb. 1:

Nutzen der Daten aus zahnärztlichen Reihenuntersuchungen	
↓	↓
<b>Bevölkerungsmedizinischer Aspekt (EPIDEMIOLOGY)</b>	<b>Individueller Vorsorgeaspekt (INDIVIDUAL PATIENT CARE)</b>
<u>Gesundheitsberichterstattung</u>	<u>Entdeckung und Mitteilung von zahnärztlichem Behandlungsbedarf</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung der Mundgesundheit und der Verteilung und des Ausmaßes von Munderkrankungen</li> <li>• Weckung und Aufrechterhaltung des öffentlichen Interesses</li> <li>• Überzeugung von Entscheidungsträgern</li> <li>• Bedarfsanalyse für zielorientierte und effektive Gruppenprophylaxe</li> <li>• Evaluation von Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsbedarf</li> <li>• Prophylaxebedarf</li> <li>• Überwachungsbedarf</li> </ul> <p><u>Mitteilung über die individuelle Situation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorliegen eines erhöhten Kariesrisikos</li> </ul> <p><b>Weitere Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anleitung zu gesunder Lebensweise</li> <li>• Angstabbau</li> <li>• nachgehende Fürsorge</li> </ul>

Abb. 2:

**Naturgesunde Gebisse bei Kindern in ersten Klassen nach Orten**

Schuljahr 2004/2005



mit lokaler Fluoridierung deutlich gemacht werden. Wissenschaftlich gesehen ist die Methode als wirksam (5), ja als evidenzbasiert (6) anerkannt und streng genommen ist es notwendig, zur Überprüfung differenziert den Karieszuwachs über einen bestimmten längerfristigen Zeitraum mit dem in einer Kontrollgruppe zu vergleichen. Dies lässt sich leicht bewerkstelligen. Wie aber kann man den Verantwortlichen vor Ort auf verständlichere Art deutlich machen, was bewirkt wurde, um sie für die Fortführung der Zusammenarbeit zu motivieren? Auch hier stellt der interinstitutionelle Vergleich einen brauchbareren praktischen An-

Abb. 3: Vergleich von Kindergärten anhand von Zahngesundheitspunkten (Erläuterung im Text)

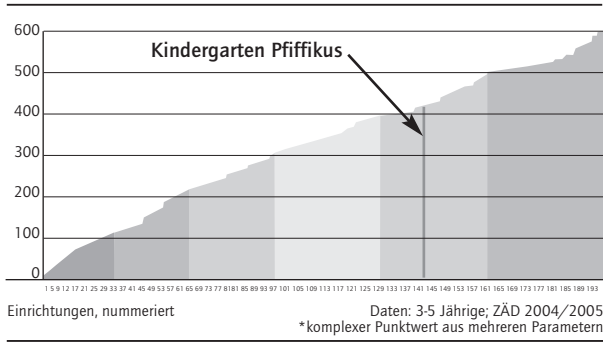


Abb. 4: Geschätzter Anteil von Gebissen mit Saugflaschenkaries bei 4-Jährigen im Kreis Unna

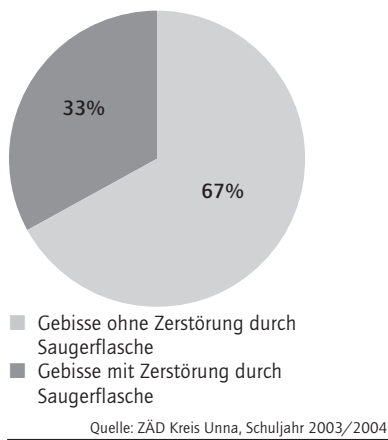


Abb. 5: Ausgangszustand zu Beginn der Intensivbetreuung an Schwerpunktgrundschulen  
Erstklässler 2001/2002

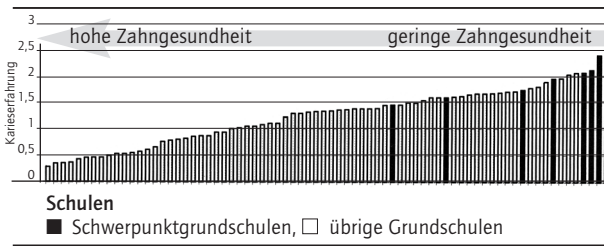
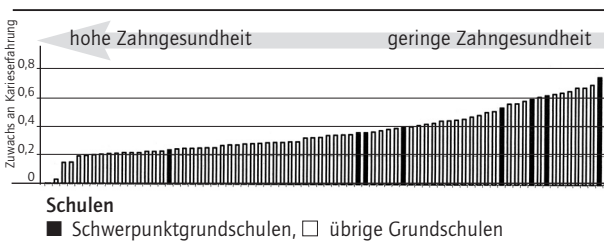


Abb. 6: Zustand nach dreijähriger Intensivbetreuung an Schwerpunktgrundschulen  
Viertklässler 2004/2005



satz dar als die Präsentation abstrakter Daten. In der Darstellung der Abbildungen 5 und 6 können die Lehrkräfte der jeweils teilnehmenden Schule an der jeweiligen „Linksverschiebung“ für sich einstufen, welchen Erfolg die Maßnahme erzielt hat, zu der sie in den letzten Jahren bereit gewesen sind ihre Unterstützung zu investieren.

c) QM-Aspekte

Interessant ist auch die Betrachtung und Auswertung zahnbezogener Befunddaten beispielsweise eines ganzen Jahrganges im Hinblick auf den Qualitätsaspekt, also quasi der Nutzen der Daten um ihrer selbst Willen im Dienste der Qualitätsverbesserung. So lassen sich möglicherweise Unplausibilitäten bei der Befundaufnahme durch Übermittlungs- oder Notierungsfehler (z.B. Merkmal D bei einem 4-Jährigen an Zahn 55, oder T = Trauma statt D bei einem zweiten Molaren) entdecken, wenn man zahnbezogen die Summen der vergebenen Befundkürzel analysiert. Ungereimtheiten können vor der Auswertung geändert werden und im Untersuchungsteam als potentielle Fehlerquellen angesprochen werden.

Aus dieser Sicht noch interessanter ist die zahnbezogene mengenmäßige Analyse aus zwei aufeinander folgenden Untersuchungen. So ist es möglich und aufschlussreich, untersucherbezogen zu analysieren, was aus den im Vorjahr aufgenommenen Befunden im Folgejahr geworden ist.

Beispiel: Wie viele, der in der ersten Untersuchung als D angesehene Zähne sind später doch wieder als gesund einzustufen.

Denkbar wäre es auch, ein früher durch den erfahrenen Untersucher subjektiv vergebenes Merkmal „erhöhtes Kariesrisiko“ in seiner Treffsicherheit zu späterem Zeitpunkt zu evaluieren.

Viele „Geheimnisse“ sind hier, die nur darauf warten, eine Auswertung zu erfahren und damit zur Qualitätssteigerung beitragen können. Sicher, manches ist angesichts der Aufgabenverdichtung in den letzten Jahren oftmals nur in Hobbyenergie erbringbar, aber der Aufwand lohnt sich!

Resümee

Der Nutzen der Daten aus zahnärztlichen Untersuchungen in Kindergärten und Schulen ist ebenso wertvoll wie vielfältig. Es lohnt sich nicht

nur, es ist heute als „Muss“ anzusehen, ihn auszuschöpfen. Nur so kann deutlich gemacht werden, wie erfolgreich die gruppenprophylaktische Arbeit in den vergangenen Jahren war und wie wichtig es ist, diese – trotz anhaltendem caries decline – unvermindert und planend d.h. mit dem richtigen Auge für die sich ändernden Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten, fortzuführen. Und nur so kann Qualität in Zukunft gemanagt werden zum Wohle unserer Kinder und Jugendlichen.

Korrespondenzadresse:  
Dr. Christoph Hollinger  
Kreisverwaltung Unna  
Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz  
Viktoriastraße 5  
44532 Lünen

Der Vortrag anlässlich der Jubiläumsveranstaltung des BZÖG vom 24.11.05 mit weiteren Beispielen ist unter [www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de) im internen Bereich verfügbar

- Literatur beim Autor -

## Workshop I

### Gesundheitsförderung und Prävention mit und für sozial Benachteiligte

Referentin: Dr. Dagmar Starke

Der Workshop „Gesundheitsförderung und Prävention mit und für sozial Benachteiligte“ versprach die Erarbeitung eines aktuellen und sehr komplexen Themas unter der besonderen Berücksichtigung der Position der (Zahn)-Ärzte, der Landesgesundheitskonferenz und der aktuellen politischen Entwicklungen.

Spannend und kompetent präsentierte die Referentin, Frau Dr. Dagmar Starke aus dem Referat für gesundheitspolitische Grundsatzfragen der KV Nordrhein, eine der klassischen Aufgaben des ÖGD.

Sie eröffnete den Workshop mit einem Vortragsteil, in dem zuerst, als Einstieg in die Thematik, eine saubere Begriffsbestimmung der im Titel genannten Schlüsselwörter Gesundheitsförderung, Prävention und soziale Benachteiligung erfolgte. Dabei setzte sie die Gesundheitsförderung, als den Prozess, ein höheres Maß an Selbstbestimmung für den Einzelnen zu erreichen und ihn damit zu befähigen, seine Gesundheit zu stärken, deutlich von der Prävention, als eine auf Risikofaktoren und Krankheit ausgerichtete Maßnahme ab. Die Prävention findet wiederum eine Staffelung als Verhinderung, Früherkennung und Verlaufsminderungen von Erkrankungen und somit die Einteilung in die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Mit dem Begriff der sozialen Ungleichheit schließlich bezeichnete sie den Zustand, in dem andere Menschen auf Grund ihrer Stellung in sozialen Beziehungsgefügen von den wertvollen „Gütern“ einer Gesellschaft regelmäßig mehr als andere erhalten. Wobei hier noch einmal zwischen der absoluten (vertikalen) Ungleichheit (zwischen allen betroffenen Menschen) und der relativen (horizontalen) Ungleichheit (zwischen bestimmten Gruppen innerhalb dieser ungleichen Verteilung, z.B. Frauen/Männer) unterschieden wurde.

Wie aber erhält und fördert man Gesundheit unter diesem Aspekt der Ungleichheit? Dazu war die Erläuterung einiger theoretischer Grundlagen notwendig. Frau Dr. Starke erklärte hierzu den salutogenetischen Ansatz



des Medizinsoziologen A. Antonovsky, demzufolge Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum liegen und sich Menschen in Abhängigkeit vieler verschiedener Einflüsse zwischen diesen Polaritäten bewegen. Um sich dem Zustand der Gesundheit auf ein größtmögliches Maß anzunähern findet die Salutogenese ihre Ausrichtung auf die gesunderhaltenden Einflussgrößen. Dadurch unterscheidet sie sich deutlich von der Pathogenese, die sich auf die krankmachenden Einflussgrößen ausrichtet. Des Weiteren hält Antonovsky den Kohärenzsinn für einen wesentlichen Einflussfaktor und beschreibt ihn als eine Lebenseinstellung, bestehend aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, die sich unmittelbar auf das Gesundheitsverhalten auswirkt.

Frau Dr. Starke betonte, dass Kohärenzsinn und Gesundheitsförderung sehr eng ineinander greifen, dass das Verstehen der gesundheitlichen Aspekte Grundvoraussetzung dafür ist, Verantwortung für sich zu übernehmen um ein Problem, z.B. Mundhygiene, handhabbar zu machen und Handlung nur durch Motivation erfolgt. Zu berücksichtigen ist hierbei aber die Abhängigkeit der Ausprägung des Kohärenzsinn von der jeweiligen sozialen Schicht. Umso mehr müssen unsere Maßnahmen dem Kontext des einzelnen Menschen entsprechen und in ihrer Durchführung für ihn umsetzbar sein.

Schaut man nun auf die Untersuchungen über die Zusammenhänge zwischen Morbidität, Mortalität und sozioökonomischen Status in einer linearen Abhängigkeit wird die Aussage „je niedriger der soziale Status, desto höher Erkrankung und Sterblichkeit“ bestätigt. Beide Hypothesen, „Krankheit macht arm“ und „Armut macht krank“ treffen zu. Diese Erkenntnisse allein haben aber bis heute noch nicht zu einer Verringerung der ungleichen Gesundheitschancen geführt.

Als möglichen Lösungsansatz stellt Fr. Dr. Starke den Prozess des Empowerment vor, der die Menschen ermutigt und befähigt, sich ihrer eigenen Kompetenzen bewusst zu werden, diese zu stärken und zu schätzen und dadurch Potentiale freisetzen zu können, die selbstbestimmtes Handeln und Kooperation mit Anderen ermöglicht.

Auf die Frage, was andere Menschen damit zu tun haben, wurde besonders die Bedeutung sozialer Netzwerke hervorgehoben. Jeder steht in quantitativ und qualitativ unterschiedlichen Kontakten mit anderen Menschen. Dieser daraus resultierende soziale Rückhalt hängt in seiner Qualität mit der eigenen Bewertung dieser Beziehungen zusammen. Wer sich sozial eingebettet fühlt, ist im Alltag in seinen Handlungen und Entscheidungen sicherer.

Die theoretischen Grundlagen zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Entstehung gesundheitlichen Handelns ein komplexer Prozess ist, der abhängig von unterschiedlichen Aspekten (Erwartungen, soziale Unterstützung) zustande kommt oder auch nicht. Ob dieses Handeln dann aufrecht erhalten bleibt, wird durch externe und interne Faktoren beeinflusst (z.B. sozialer Status). Um eine langfristige Verhaltensänderung zu erreichen, muss der Prozess verstehbar, handhabbar und bedeutsam sein, die Person sich selbst als wirkungsvoll erleben und die soziale Umwelt im günstigsten Fall die Verhaltensänderung positiv unterstützen.

Als Einstieg in die politische Ebene der Prävention stellte Frau Starke, auf Bundesniveau beginnend, einige Aspekte des Koalitionsvertrages, die sich konkret auf die Prävention beziehen, vor. Die Kooperation und Koordination der Prävention, sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und -zweige sollen übergreifend und unbürokratisch verbessert werden. Darüber hinaus galt die Feststellung, dass für die zahnärztliche Versorgung der § 21 SGB V dabei weiter eigenständig bestehen bleiben müsse und das zuletzt geplante Präventionsgesetz nur den §20 SGB V ersetzen solle. Auf Länderebene zitierte sie verschiedene Schwerpunktmaßnahmen einzelner Bundesländer, wie das Frühförderprogramm für sozial Benachteiligte als Initiative gegen Armut, Alkohol, Drogen und Gewalt in Niedersachsen. Als internationales Modell, berichtete sie über die zahnärztliche Versorgung in den Niederlanden, wo der Einzelne nur über eine Grundversorgung in seinem Leistungsumfang abgedeckt ist und im Sinne der Selbstverantwortung für umfangreicheren Schutz eine zusätzliche Versicherung abschließen muss.

Models of Good Practice in der Ge-



Dr. Dagmar Starke

sundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sind Konzepte mit klarem Bezug zu Gesundheitsförderung und Prävention sowie einer darauf basierenden Zielformulierung, welche die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit explizit und systematisch anstreben. Sie sollten nachhaltig im Sinne von langfristiger Wirksamkeit sein und zusätzlich auch ein Multiplikatorenkonzept enthalten.

Frau Dr. Starke stellte dabei noch die folgende Grundsätze heraus: Die Arbeitsweise mit sozial Benachteiligten muss niedrigschwellig sein. Als wichtige Bestandteile eines guten Konzeptes gelten dabei Partizipation, Empowerment und der Setting-Ansatz. Alle Beteiligten müssen im Sinne einer Vernetzung einbezogen werden. Gleichzeitig sollte das Konzept durch Qualitätsmanagement begleitet werden. Es muss Dokumentation und Evaluation, sowie eine Kosten-Nutzen-Relation enthalten.

Als Beispiel diente das Projekt Schutzensel e.V., das als Ziel die Verbesserung der Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen, Verhinderung des Niedergangs von Stadtteilen und ländlichen Regionen und Initiierung nachhaltiger Entwicklungen ausweist. Es ist das bisher einzige, von der BZgA veröffentlichte Programm zur Gesundheitsförderung, das den Qualitätskriterien eines Models of Good Practice aus Sicht der BZgA entspricht.

Im praktischen Teil galt es dann, unter Berücksichtigung der Good Practice Kriterien selbst ein eigenes, in sich schlüssiges Programm zu entwickeln. Alle drei Arbeitsgruppen hatten dabei mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen: Saubere Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention, die Zielgruppe und Lebenswelten eindeutig bestimmen, die Wünsche der Zielgruppe im Setting klar herauszuarbeiten, Akteure nicht nur aus dem zahnärztlichen Tätigkeitsbereich zu wählen.

Die abschließende Botschaft lautete, dass multifaktorielles Geschehen multifaktorielle Akteure erfordert und wir in diesem Sinne unseren Blick weiten, uns von der isolierten Betrachtung auf die Zahngesundheit lösen müssen, um in Kooperation mit Anderen mehr zu erreichen und Felder zu besetzen, die den ÖGD erfolgreich in die Zukunft tragen.

S. Herlitzius, Kiel

## Workshop II

**Gesellschaftlicher Wandel – Chancen und Risiken für den Zahnärztlichen Dienst. Vom Kinder- und Jugendzahnarzt zum kommunalen Zahnarzt – welche Aufgaben müssen in Zukunft übernommen werden?**

Referentin: Dr. Juliane Frühbuß

Das Thema dieses Workshops beschäftigte mich schon lange, sowohl in meiner Funktion als Landesstellenleiterin, aber auch als Sachgebietsleiterin in einem Gesundheitsamt und nicht zuletzt privat. Trotz Fachzahnarztqualifikation auf dem Gebiet des ÖGD wird diese von meinem Arbeitgeber nicht anerkannt, mit der Begründung, man brauche nur einen „simplen“ Zahnarzt für die Tätigkeit im Gesundheitsamt. Meine Weiterbildung auf diesem Gebiet wäre rein privates Interesse. Wie sich im Verlauf des Workshops herausstellte, ist diese Auffassung bei weitem nicht nur die Meinung meines Arbeitgebers. Noch immer werden wir auf das „Löcherzählen“ reduziert.

Die Form des Workshops war eine Kombination aus Faktendarbietung und Diskussionsforum verbunden mit einem regen Gedankenaustausch. Zunächst skizzierte Frau Dr. Frühbuß die drei Probleme unserer Gesellschaft, die uns gegenwärtig und verstärkt in der Zukunft beschäftigen werden. Neben einer veränderten Altersstruktur, einer zunehmend multikulturellen Gesellschaft werden sich auch Gesundheit und Krankheit immer ungleicher verteilen. Dazu legte die Referentin eindrucksvolles Zahlenmaterial vor. Auch wenn diese Fakten bekannt sind, reicht es nicht, dass nur wir dies wissen. Weitaus wichtiger wird es werden, andere davon zu überzeugen, dass zahnärztliche Tätigkeit im ÖGD sich verändern muss und wird.

Bereits jetzt sind wir eine überalterte Gesellschaft. In einigen Regionen sind junge Leute angewiesen, ihrem Arbeitsplatz hinterher zu ziehen. Das hat wiederum zur Folge, dass die Alten zurück bleiben und ganze Gebiete vergraisen. Mütter, so sie sich für ein Kind entscheiden, werden bei der ersten Geburt immer älter, geheiratet wird spät, mit Mitte 30, oder gar nicht. Viele Ehen werden geschieden und

sind Ursache für eine moderne Armut, der auch viele Kinder ausgesetzt sind. 29 % der Alleinerziehenden hatten 2003 ein monatliches Haushaltseinkommen von 900 bis 1300 EUR.

Hohe Arbeitslosigkeit, regional bis zu 25 %, schafft weitere soziale Ungleichheit. Die wirtschaftliche Situation im Elternhaus legt den Grundstein für die spätere Schichtzugehörigkeit der Kinder, die bereits mit der Wahl der Schulform beginnt.

In Deutschland lebten im Jahr 2003 sieben Millionen Ausländer, davon 1,7 Millionen Türken, wobei die Ausländerverteilung sehr variiert. Migranten haben kulturell bedingt andere Zahnpflegegewohnheiten, als wir es in Deutschland kennen. Außerdem gibt es Sprachbarrieren, die eine Kommunikation erschweren.

Solche Sozialdaten können in der eigenen Kommune erfragt werden, Ansprechpartner dafür sind konkret das Jugend- bzw. das Sozialamt. Wie wir auch in anderen Vorträgen in Osnabrück hören konnten, lassen sich diese Zahlen gut mit der Entwicklung unserer Kariesdaten in Zusammenhang bringen. So erhält man schlagkräftige Argumente.

Auch die Ernährungsberatung sollte von uns als Arbeitsaufgabe gesehen werden. Ernährung ist das Gebiet, das bezogen auf die Kinder durch die Bundesregierung zunehmend mehr in den Mittelpunkt der Prävention gestellt wird. Sind wir nicht schon immer davon ausgegangen, dass gesunde Zähne auch gesundes Essen brauchen? So gesehen, sind wir diesbezüglich also schon lange mit im Boot, wir müssen uns nur noch richtig positionieren.

Eine weitere Empfehlung lautete, im landeseigenen ÖGD-Gesetz zu lesen. Darin werden häufig eine Reihe von neuen Betätigungsfeldern benannt: die unabhängige Patientenberatung, Vorsorge und Mitarbeiterschulungen in Alten- und Behindertenheimen und Praxisbegehungen. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wäre auch das Zähneputzen am Mittag ein denkbare Projekt.

Wir konnten das Thema des Tages nicht abschließend behandeln, aber nachdenkenswert Anregungen fanden sich für alle. Einige wenige diskutierten noch fast eine Stunde über das Ende der Veranstaltung hinaus. Schon allein daran war ersichtlich, wie spannend sich das Thema gestaltete.



Die zu Beginn der Veranstaltung provokant in den Raum gestellte Frage: „Brauchen wir unseren § 21 zukünftig noch in dieser Form?“ muss letzten Endes jeder für sich beantworten und dabei seine Rahmenbedingungen beachten.



Dr. Frühbuß

In einem waren sich die Teilnehmer jedoch ausnahmslos einig: Sinkende Kinderzahlen bedeuten bei weitem nicht, die Zahl der im ärztlichen und zahnärztlichen Dienst Beschäftigten reduzieren zu können. Denn ein Zahnarzt im ÖGD wird zukünftig mehr sozial tätig sein müssen als nur „Löcher zu zählen“. Diese sozialen Aufgaben werden mehr Zeit in Anspruch nehmen, als es die eigentliche Kariesdiagnostik am Kind erfordert. Dies kund zu tun, wird eine unserer öffentlichen Aufgaben in Zukunft sein.

R. Zyriax,  
Wernigerode

## Workshop III

### Wie kommt mein Thema in die Zeitung – Wirksame Öffentlichkeitsarbeit im Zahnärztlichen Dienst

Referentin: Frau Kimberly Lübbersmann

Der Workshop begann mit der Vorstellung der Teilnehmer und Berichten über persönliche Erfahrungen mit Öffentlichkeitsarbeit. Der Bogen spannte sich von ganz unproblematischen Kontakten zur regionalen Presse bis hin zu völligem Desinteresse seitens der Journalisten an dem angebotenen Thema.

Die Referentin konnte bei ihren Ausführungen sowohl auf Erfahrungen von Seiten einer Zeitungsredaktion als auch als Pressesprecherin eines Landratsamtes zurückgreifen. Im Laufe der Veranstaltung stellte sie konkrete Vorschläge vor, wie wir eine höhere Aufmerksamkeit für unser Thema erreichen können.

Kommunikation als Grundlage der Öffentlichkeitsarbeit im Informationszeitalter ist schwierig. Ein breites Medienspektrum mit einer Fülle von konkurrierenden Informationen müssen einkalkuliert werden. Dabei ist es mitunter sinnvoll auf kostenlose Anzeigenblätter oder regionale Fenster lokaler Radioanstalten zurückzugreifen und das Thema bei den Veranstaltungstipps einzubauen. Der Zeitmangel des Empfängers erfordert, dass schon die Überschrift einer Meldung das Interesse weckt und der Vorspann zum Weiterlesen ermuntert.

Wichtig ist dabei die genaue **Ziel-Definition** und die **Zielgruppen-Definition**: Was genau ist meine Botschaft? Warum ist meine Botschaft wichtig? Für unterschiedliche Zielgruppen ist eine unterschiedliche Ansprache zu wählen, die „breite Öffentlichkeit“ gibt es nach Darstellung der Referentin in diesem Sinne nicht mehr.

Gesetzlich geregelt ist die Informationspflicht der Behörden. Die „offizielle Haltung“ wird dazu von der Verwaltungsspitze festgelegt und die Ausführung an die Pressestelle delegiert. Diese ermöglicht, dass alle relevanten Medien zeitgleich informiert werden, wie es in den Landespressegesetzen gefordert wird.

Folgende **Instrumente der Medienarbeit** wurden vorgestellt:

- Presseinformation (bei Anfragen)
- Pressemitteilung
- Pressekonferenz
- Hintergrundgespräch
- Pressefahrt.

In unserem Bereich arbeiten wir vorrangig mit einer **Pressemitteilung**. Ihr Inhalt sollte die fünf **W's** beantworten: Wer, Was, Wann, Wo, Wie, ergänzt eventuell noch durch Warum und Womit.

**Überschrift, Vorspann und Foto** sind für einen Presseartikel das Wichtigste, um Interesse sowohl seitens des Journalisten, wie auch des Lesers zu wecken. „Schaffen Sie Nachrichten!“, war eine der Botschaften der Referentin. In die **Überschrift** können Originalzitate eingebaut werden, sie vermitteln Authentizität. Witzig, kontrovers, kurios, als Frage formuliert, mit Augenzwinkern oder Superlativen kommt die Überschrift auf den Punkt. „Die Zahngesundheit hat sich verbessert“ mit der anschließenden Erörterung einer DMFT Statistik entspricht sicher nicht diesen Kriterien.

Der **Vorspann** lebt von der Sprache: kurz, prägnant, keine Substantivierungen und möglichst ohne Fachbegriffe. Wenn letztere nicht zu vermeiden sind, sollten sie erklärt werden, in Anführungsstriche gesetzt oder mit dem Vermerk „so genannt“ versehen werden. „Nachrichten ein Gesicht geben“ gehört zur Strategie in der Öffentlichkeitsarbeit. Wörtlich verstanden, lässt sich dieses Ziel am besten durch ein **Foto** erreichen. Es wird vom Adressat als erste Botschaft wahrgenommen. „Human touch“ ist hier das Stichwort. Das Motiv soll „pfiffig“ sein. Kinder, Tiere oder ungewöhnliche Requisiten erregen Aufmerksamkeit. Das Recht am eigenen Bild ist hier zu beachten. Sind Kinder auf den Fotos dargestellt, können LehrerInnen/ ErzieherInnen die Eltern informieren und um Einverständnis zur Veröffentlichung bitten. Handelt es sich aber beispielsweise um das Foto von einer Theateraufführung, liegt schon stillschweigendes Einverständnis zur Öffentlichkeit vor.

Für die Gestaltung des **Artikels** ist zu Stil und Sprache folgendes zu beachten:

- verständlich schreiben (keine Fremdwörter, unerklärte Fachausdrücke, Abkürzungen)
- Text gut strukturieren



- Aktiv statt Passiv verwenden
- kurze Sätze
- Nominalstil (-ung Wörter) vermeiden
- Zitate/wörtliche Rede verwenden.

Es empfiehlt sich, den Entwurf eines Artikels vorab einem Laien vorzulegen. Hier ist das beste Urteil zu erwarten, ob die Kernbotschaft verständlich ist. Ist der Artikel gut vorbereitet also druckreif, wird er üblicherweise von der Pressestelle der jeweiligen Kommunalverwaltung an die Medien weitergeleitet. Zusätzlich sollte ein verlässlicher Ansprechpartner im Fachdienst für weitere Fragen benannt werden. Den Artikel mit dem offiziellen Verwaltungslogo zur Veröffentlichung anzubieten hat Vorteile, denn lt. Frau Lübbersmann gilt die öffentliche Verwaltung Umfragen zufolge in der Bevölkerung als vertrauenswürdig. Diese Aussage haben die Teilnehmer des Workshops gern zur Kenntnis genommen.

Zur Vorankündigung einer geplanten Veranstaltung ist natürlich der Zeitpunkt der Veröffentlichung wichtig. Zu überlegen ist aber, ob ein Artikel zum Thema Zahngesundheit immer am 25. September in der Zeitung platziert sein muss. Die Teilnehmer des Workshops waren sich im Großen und Ganzen einig, dass die in fast allen Regionen üblichen kostenlosen Wurfzeitungen im Hinblick auf unsere Zielgruppen durchaus ein gutes Medium sind.

Auch eine **Artikelserie**, die in mehreren Folgen zu unterschiedlichen Themen der Zahngesundheit Stellung nimmt, kann geplant werden. Natürlich gibt es noch andere Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit wie z.B. Plakate und Flyer, oder – abgesehen von Printmedien – Berichterstattung in regionalen Radiosendern. Vor allem sind wir selbst bei unserer täglichen Arbeit in Schulen und Kindergärten oder anderen Einrichtungen ein Teil der Öffentlichkeitsarbeit, mit der Möglichkeit unsere Botschaften direkt und unmittelbar weiterzugeben.

Im zweiten Teil des Workshops hatten die Teilnehmer die Aufgabe, in Gruppen ein Thema für eine Pressemitteilung zu identifizieren und diese dann auch zu entwerfen. Bei der anschließenden Vorstellung wurde allen noch einmal deutlich, wie schwierig es ist, die Kriterien für eine gute Überschrift und ansprechende Texte zu erfüllen.

Dr. G. Winter-Borucki, Idstein

## Workshop IV

### Was hat Zahngesundheit mit dicken Kindern zu tun?

Referentin: Frau Prodöhl

Welche Kinderlebensmittel und Getränke sind aktuell im Kindergarten- und Grundschulalter verbreitet und wie müsste die ausgewogene Kinderernährung eigentlich aussehen? Was sind TOP- oder FLOP-Getränke? All diese spannenden Fragen wurden gemeinsam im Workshop mit Frau Prodöhl (Diätassistentin und Ernährungsberaterin der DGE) vom Gesundheitsamt Düsseldorf auf der Jubiläumstagung in Osnabrück erarbeitet.

Die Zahl der übergewichtigen bzw. adipösen Kinder und Jugendlichen hat in den letzten Jahren zugenommen. Dies zeigen die Ergebnisse von Verlaufsuntersuchungen aus ganz Deutschland. Studien ergaben, dass die Hälfte der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen mindestens eine Folgeerkrankung (Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus Typ 2, orthopädische Komplikationen) aufweisen.

Das Motto „Gesund beginnt im Mund“ gewinnt unter diesem Aspekt immer mehr an Bedeutung.

Bei adipösen Kindern und Jugendlichen gestaltet sich die Lebensmittelauswahl oftmals ungünstig. Sie bevorzugen Lebensmittel mit geringem Sättigungsgrad. Dies sind zum einen fettreiche Lebensmittel, wie Leberwurst, Pommes etc. und zum anderen aber auch Softdrinks, Eistee, Limonaden, Cola oder ähnliches. Die Erhöhung der Portionsmengen führt ebenso zu einer Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen. Zudem vermitteln so genannte „Kinderlebensmittel“ den Eindruck, dass sie besonders gesund seien. Dabei enthalten gerade diese mehr Fett oder Zucker und weniger Ballaststoffe als andere Lebensmittel.

Und was in frühester Kindheit an unausgewogenen Ernährungsgewohnheiten erlernt wird, setzt sich häufig bis ins Erwachsenenalter fort. Leider ist die Bereitschaft von Eltern, die Geschmacksvielfalt von Obst und Gemüse auszuprobieren und anzubieten, oft sehr gering; besonders dann, wenn sie selbst Obst und Gemüse eher meiden. Eltern sollten Vorbild sein und selbst so essen, wie sie es von ihren Kindern

verlangen. Wer abends vor dem Fernseher Cola trinkt und Chips isst, kann seinem Kind das Naschen schlecht verbieten. Dennoch ist ein durch Studien belegter Trend zu verringerter Alltagsaktivität und erhöhtem Fernseh- und Computerkonsum gerade bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen. Wichtig für Veränderungen ist der Weg der kleinen Schritte in den verschiedensten Bereichen und die Bereitschaft und Offenheit für Veränderung, die alle fordert!

Als Standardgetränke gelten Wasser und ungesüßter Tee.

In diesem Zusammenhang haben die Teilnehmer vorgegebene Getränke in TOP/FLOP/kein Getränk eingeordnet (Tabelle). Nur Fruchtsaft enthält 100% reinen Fruchtsaft. In einem 0,2 l Glas Fruchtsaftgetränk sind 6 bis 30% Saft, 10% Zucker (entspricht 20 g Zucker oder acht Stück Würfelzucker) und 60% Wasser enthalten. Nektar besteht aus 25 bis 50% Saft, 20% Zucker (40 g Zucker oder 17 Stück Würfelzucker bezogen auf ein 0,2 l Glas) und 30% Wasser.

Bei den Alcopops machte Frau Prodöhl darauf aufmerksam, dass diese süß schmecken müssen, um den Alkoholgeschmack zu überdecken. Da diese vor allem in der Altersgruppe der 13- bis 16-jährigen Mädchen verbreitet konsumiert werden, wäre auch ein Argument dagegen der hohe Zuckergehalt und die dementsprechend zu viel konsumierten Kilokalorien.

Im Workshop wurden viele praktische und alltagstaugliche Tipps im Umgang mit Lebensmitteln gegeben. Kinder sollen mit normalen Lebensmitteln normal umgehen. Das heißt, Kinder brauchen keine Speziallebensmittel. In diesem Zusammenhang wurden innerhalb einer Gruppenarbeit von den Teilnehmern verschiedene Produkte, wie die Milchschnitte, Fruchtzwerge und „Prinzen Start“ auf deren Inhaltsstoffe und Zutaten untersucht und bewertet. Die Milchschnitte ersetzt, wie in der Werbung suggeriert kein Glas Milch, sondern enthält 28 g Vollmilch. Das entspricht einem Kaffeesahnenäpfchen. Zudem enthält die Milchschnitte ca. drei Stück Würfelzucker, 5% Honig und viel Fett. Damit ist sie eindeutig als Süßigkeit und nicht als Pausenbrot einzustufen.

Phasen (begrenzte Zeiträume) und vorübergehende Vorlieben für bestimmte Lebensmittel können toleriert

werden – aber man muss aufpassen, dass daraus nicht Ernährungsgewohnheiten werden.

Der Slogan „5 am Tag“ bedeutet: Man sollte 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag essen. Die Portionen sollen so groß wie die eigene Hand voll sein, z.B. entspricht bei einem vierjährigen Kind ein ganzer Apfel zwei Portionen.

Täglich sollen reichlich pflanzliche, ausreichend tierische und wenig fettreiche, zuckerhaltige Lebensmittel gegessen werden.

Zur Veranschaulichung einer ausgewogenen Ernährung dient die Ernährungspyramide vom aid. Die Pyramide ist in verschiedene Lebensmittelgruppen unterteilt und mit unterschiedlichen Farben gekennzeichnet, die das Ampelsystem widerspiegeln und Portionsmengen vorgeben. Danach gibt es den grünen Bereich (reichlich) für energiearme Getränke (Tee, Wasser, Säfte – Menge ist begrenzt aufgrund des hohen Fruchtzuckergehaltes) sowie pflanzliche Lebensmittel wie Getreideprodukte, Kartoffeln, Obst und Gemüse. Tierische Lebensmittel bilden den gelben Bereich und sind mäßig zu verzehren, wie Milch und Milchprodukte, Fleisch, Wurst, Fisch, Eier. Fettreiche Lebensmittel sind rot markiert und fordern einen sparsamen Umgang mit Speisefetten, Süßigkeiten, Limonaden und „Knabbersachen“.

Als Zwischenmahlzeiten sind rohes Obst und Gemüse, wie in Stücke geschnittene Möhren, Radieschen, Gurke, Paprika, Äpfel, Birnen und ähnliches zu empfehlen. Kinder mögen rohes Gemüse und Obst, wenn es appetitlich und mundgerecht geschnitten wird. Oder selbst gemachtes Müsli aus Flocken, frischem Obst, Milch und

Joghurt sind zu empfehlen. Aus zahnmedizinischer Sicht ergeben sich dabei noch wünschenswerte Effekte. Das Zerbeißen und Kauen von z.B. rohen Karotten, Äpfeln, Vollkornbrot stärkt die Kaumuskulatur und regt die Speichelproduktion an. Wie schon eingangs erwähnt „Gesund beginnt im Mund“.

Was sind Snacks? Zu den Snacks gehören: Süßigkeiten (Gummibärchen, Schokolade, Kekse, Eis u.ä.) sowie Herzhaftes (Chips, Flips, Taccos). Aber auch Softgetränke wie Limonaden, Eistee, Energy Drinks gehören in diese Gruppe. Als Empfehlung für Snacks bekamen wir den Tipp: eine Kükenhand pro Tag oder ein Eis. Entscheidend beim Naschen ist vor allem, wie oft genascht wird: nur 1-2 x am Tag, z.B. nach den Mahlzeiten, und danach gründlich die Zähne putzen. Die Eltern sollten Süßigkeiten nicht als Belohnung oder als Trost einsetzen und das Naschen nicht verbieten. Damit wird der Stellenwert von Süßem noch erhöht. Regelmäßig könnten „Zuckerpausen“ eingelegt werden, mit Gemüserohkost, frischem Obst, Milch- und Milchprodukten als Snack.

„Versteckte“ Zucker sollten uns auch bewusst sein. Oft finden wir diese in Fertigprodukten und -gerichten (Dosen), aber auch in Gewürzgurken, Ketchup, Senf usw. Auch beim Naschen ist die Vorbildwirkung der Erwachsenen unumgänglich.

Kinder lernen essen und zu mögen, was sie kennen. Wichtig ist deshalb dabei das vielfältige Angebot.

Dr. A. Lehmann,  
Hannover

## Neues vom DAJ-Vorstand

Nach dem Ausscheiden von Herrn Wiethardt aus dem aktiven Berufsleben hat Herr Dr. Michael Kleinebrinker vom IKK Bundesverband (Bergisch Gladbach) seine Funktion als Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Vorstand der DAJ übernommen.

Da Herr Wiethardt außerdem die Funktion des alternierenden Vorsitzenden der DAJ inne hatte, wurde im Vorstand hierfür eine Neuwahl notwendig.

Die Vorstandsmitglieder haben Herrn Dietmar Knappe zum alternierenden DAJ-Vorsitzenden für die Spitzenverbände der Krankenkassen gewählt. Herr Knappe ist bereits seit 2000 für den Verband den VdAK/AEV Mitglied im DAJ-Vorstand. Entsprechend des Turnus wird Herr Knappe ab 1. Juli 2006 den Vorsitz von Herrn Dr. Oesterreich (BZÄK) übernehmen.

Wir gratulieren Herrn Knappe zu seiner Wahl und wünschen ihm für dieses neue Amt eine gute Hand.

Dr. Michael Schäfer, MPH

## Tag der Zahngesundheit

Vollversammlung und Aktionsstab zum Tag der Zahngesundheit haben das diesjährige Motto festgelegt. Es lautet: „Gesund beginnt im Mund – HipHop für die Zähne“. Die Auftaktveranstaltung soll in einer Dortmunder Disco stattfinden und damit direkt die Zielgruppe der Jugendlichen ansprechen.

TOP	FLOP	kein Getränk
Mineralwasser	Cola	Milch (Lebensmittel)
Stilles Wasser	Eistee	Vanillemilch
Schwarzer Tee	Nektar	Kakao
(für Erwachsene)		
Kaffee	Energy Drink	
(für Erwachsene)		
Saft (ein Glas pro Tag)	Capri-Sonne	
Leitungswasser	Fruchtsaftgetränk	
Früchtetee	Vittel Energy	
Apfelsaftschorle im Verhältnis 1:4	Apfelsaftschorle (Fertiggetränk)	
Kräutertee (verdünnt, ohne Zucker und selten)		

## Kooperationsverbund

### zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Allianz für eine bessere Gesundheit armer Menschen

Aus dem letzten Armuts- und Reichtumsbericht geht hervor, dass 11 Millionen Menschen in Deutschland unter der Armutsgrenze leben und jedes 10. Kind in Armut aufwächst. Lebensbedingungen und Lebensstile beeinflussen ebenso wie die Bildung und der Arbeitsplatz die Gesundheit. Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala haben eine um 10 Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahre). Bei Frauen beträgt der entsprechende Unterschied 5 Jahre (81 gegenüber 86 Jahre).

Nur verzahntes Handeln aller Beteiligten kann dieses soziale Ungleichgewicht langfristig auflösen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat daher 2001 eine Dokumentation aller Aktivitäten der Gesundheitsförderung bei sozial

Benachteiligten initiiert. Sie ist unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) abrufbar. Ziel des Projektes ist es, die Transparenz im vielschichtigen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen zu erhöhen und die Arbeit der Akteure miteinander zu vernetzen. Neben einer umfangreichen Projekt-Datenbank mit ca. 2 700 Projekten und Informationen zum jährlich stattfindenden Kongress "Armut und Gesundheit" findet man Termine, Adressen, Materialien und Forschungsergebnisse rund um Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte.

Seit 2003 verfolgt der „Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ auf Bundes- und Länderebene das Ziel, diese Praxisprojekte in den Gemeinden zu etablieren und zu stärken. Der Kooperationsverbund besteht aus der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit und allen Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie weiteren Netzwerkakteuren auf Landesebene. Der BKK-Bundesverband

war die erste Krankenkasse die sich dem Kooperationsverband anschloss.

Anlässlich des 3. Kooperations-treffens haben sich am 27. Oktober 2005 19 neue Partner dem Kooperationsverbund angeschlossen. Zu ihnen gehören Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Ärzteverbände und weitere Akteure der Gesundheitsförderung. Für den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. hat der 1. Vorsitzende, Dr. Michael Schäfer MPH, die Kooperationserklärung unterzeichnet.

Insgesamt 37 institutionelle Mitglieder zählt diese nationale Kooperation für ein Mehr an gesundheitlicher Chancengleichheit. Damit hat sich eine breite Allianz gegen Armut und die damit in Beziehung stehenden gesundheitlichen Folgen gebildet.

Dr. Gudrun Rojas,  
Brandenburg/Havel

### Kooperationserklärung

*Die Gesundheit der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist schlechter, ihre Lebenserwartung deutlich kürzer als die von sozial Bessergestellten – dies belegen Gesundheits- und Sozialberichte in Bund und Ländern. Insbesondere Kinder aus benachteiligten Familien sowie Migrantinnen und Migranten leiden unter vielfältigen Gesundheitsproblemen, denen wir mit Gesundheitsförderung begegnen können und müssen. Gesamtpolitische Strategien sollten Maßnahmen des Gesundheitsbereichs ergänzen.*

*Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen. Die konkreten Maßnahmen müssen vor Ort greifen und den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld („Setting“) begegnen. „Gesund leben“ muss als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag integriert werden, wie dies bereits modellhaft von vielen engagierten Akteuren und an vielen*

*Orten in der Bundesrepublik umgesetzt wird.*

*Mit der Entwicklung, Prävention und Gesundheitsförderung deutlich zu stärken, wie von Bundestag und Bundesrat, allen politischen Parteien und vielen Nichtregierungsorganisationen gefordert, sowie den gesetzlichen Anforderungen aus § 20 SGB V, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen, steigt der Bedarf, erfolgreiche Ansätze bekannt zu machen, Akteure zu vernetzen und koordinierte Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Um diese Chancen zu nutzen und um positive Ansätze zu verstärken, müssen Netzwerke der Gesundheitsförderung entstehen. Wir erklären daher, auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen eng zu kooperieren und unsere Aktivitäten gemeinsam zu verstärken.*

*Diese Kooperationsvereinbarung reiht sich ein in das Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, das von der*

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert wurde und gemeinsam mit der Bundesvereinigung für Gesundheit, den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, Krankenkassen und weiteren Partnern umgesetzt wird. Diese nationale Kooperation findet ihre internationale Entsprechung im europäischen Netzwerk „Closing the Gap – Strategies to tackle Health Inequalities in Europe“, in das 22 nationale Partner aus den EU-Mitgliedsstaaten eingebunden sind und in dessen Rahmen nationale Strategien zur Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen dokumentiert und weiterentwickelt werden. Insbesondere mit der Arbeit von Koordinierungs- und Vernetzungsstellen auf Landesebene – den „Regionalen Knoten“ – entsteht ein bundesweites Netzwerk zur Stärkung, Koordination und Unterstützung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.*



## Kongress „GesundLernen in Kindertagesstätten und Schulen“

Im Oktober 2005 fand in Berlin der zweite Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung statt. Die Arbeitsgruppe 1 „Gesunde Kindergärten und Schulen“ bereitete diesen Kongress vor.

Nach anderen und vor allem den Erkenntnissen aus dem „Programme for International Student Assessment“, kurz PISA genannt, ist die Verbesserung der Bildungsqualität in Deutschland, insbesondere auch für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche als ein für die Zukunft entscheidendes Handlungsfeld erkannt worden. Bekannt ist mittlerweile, dass der soziale Status eines Kindes nicht nur für seine Bildungschancen entscheidend ist, sondern ärmere Kinder haben zudem häufiger psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten, motorische Defizite sowie Übergewicht und Adipositas.

Die Settings Kindergärten und Schulen bieten als eine der Kernstrategien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Möglichkeit zu handeln und so langfristig die Gesundheitschancen der Kinder zu verbessern.

So erläuterte Staatssekretär Theo Schröder aus dem Bundesministerium für Gesundheit: „Ich halte die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen unter dem Aspekt eines langfristigen und dauerhaften Erfolgs von Prävention und Gesundheitsförderung für sehr wichtig. Denn die Weichen für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter werden bereits in den frühen Lebensjahren gestellt. Verhaltensweisen, die sich in dieser Zeit entwickeln, werden im Erwachsenenalter meist fortgeführt und sind wichtig für die gesundheitliche Situation im späteren Lebensverlauf“.

Staatssekretär Schröder weiter: „Das Motto des Kongresses betont die Bedeutung von Gesundheit für die Bildung und umgekehrt auch den Beitrag der Bildung für die Gesundheit. Der Kongress soll Antworten geben auf die Frage, was konkret notwendig ist, um gesundes Leben zu ermöglichen“.

Im Verlauf der zwei Kongresstage wurden dann viele erfolgreiche Projekte präsentiert, deren Manko natür-

## Naunhofer Gespräche

Ins Leben gerufen wurden die „Naunhofer Gespräche“ 1992 von Frau Dr. Ulrike Lange, Mitarbeiterin der Medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der Wybert GmbH (elmex® Forschung). Ihre Besuche in den Gesundheitsämtern und Universitäten der Neuen Bundesländer und die Gespräche mit den dort tätigen Zahnärztinnen zeigten ihr, dass ein großes Interesse an einem Erfahrungsaustausch bestand. So entstand die Idee, gemeinsame Treffen durchzuführen. Der „Rosengarten“ in Naunhof bei Leipzig erwies sich als geeignet. Zehn Zahnärztinnen aus den Neuen Bundesländern trafen sich erstmals im Oktober des Jahres 1992 und debattierten über die Jugendzahnpflege der Nachwendzeit. Man verabedete sich zu einem weiteren Treffen, in dem es um „Fluoride in der Karies- und Gingivitisprophylaxe – eine Standortbestimmung“ ging. So entstand ein „Frauenstammtisch“ der besonderen Art, und es entwickelte sich eine Veranstaltungsreihe die bis 1998 unter der Federführung von Frau Dr. Lange stand.

Ihre Nachfolgerin, Frau Dr. Vanessa de Moura Sieber, griff diese Tradition im Jahr 1999 auf und erweiterte den Kreis der Teilnehmerinnen. Gemeinsam mit Frau Bärbel Kiene, ebenfalls aus der Medizinisch-wissenschaftli-

---

lich darin besteht, isoliert umgesetzt zu werden. Für eine breite, flächendeckende Verbesserung bedarf es der Bereitstellung entsprechender Ressourcen, wie auch weitergehender struktureller Veränderungen.

Trotz zahlreicher Workshops, die wiederum durch viele Inputreferate angereichert waren, wurde der pädagogisch/präventive Ansatz in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe im Rahmen des Kongresses leider nicht berücksichtigt.

Die Kongressdokumentation sollte mit Erscheinen dieses Heftes unter [www.forumpraevention.de](http://www.forumpraevention.de) einzusehen sein.

Dr. Michael Schäfer MPH

chen Abteilung der Wybert GmbH, wurde die Thematik „Parodontalerkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ erörtert. Im Jahr 2001 berichteten Dr. Christiane Spiegelhalder, Leiterin der Medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der GABA International und Dr. Matthias Petzold vom Naunhofer-Institut für Werkstoffmechanik über den Wirkmechanismus des Fluorids aus der Nano-Perspektive. Die Vorträge waren aufschlussreich und gaben viele Anregungen zum gemeinsamen Austausch. Besonderes Interesse fand im Oktober 2003 die Thematik „Gesund im Alter – auch im Mund – Orale Prävention und Allgemeingesundheit“. Zu dieser Zeit begann man die Veränderungen der demografischen Entwicklung deutlicher wahrzunehmen und sich der Konsequenzen für die zahnärztliche Therapie und Prävention der älteren Generation bewusst zu werden.

Im Herbst des letzten Jahres waren die chemischen Grundlagen der Fluoridanwendung in der Zahnmedizin Hauptgegenstand des wissenschaftlichen Austauschs der 42 Teilnehmerinnen mit den Referentinnen. Nicht nur die Zusammenhänge zwischen Fluoriden und Erosion waren mit praktischen Hinweisen verbunden, auch Aspekte des Arzneimittelrechts, der Arzneimittelforschung und die Auswirkungen des Medizinproduktegesetzes wurden angesprochen.

Die Naunhofer Gespräche ermöglichen bundesweit einen direkten und sehr persönlichen Austausch zwischen Zahnärztinnen des ÖGD und der Universitäten. Dieser Kontakt zwischen Praxis und Wissenschaft hat sich bewährt. Die Tradition der Naunhofer Gespräche soll dankenswerterweise im Jahr 2007 eine Fortsetzung erfahren.

Dr. Gudrun Rojas, Brandenburg a. d. Havel

## Ehrung für Dr. Mönnich



Am 05. November des letzten Jahres beging Herr Dr. Günter Mönnich, Rostock, seinen 70. Geburtstag. Auf Vorschlag der Landesstelle Mecklenburg-Vorpommern nahm der Bundesvorstand des BZÖG dieses Jubiläum als Anlass, Herrn Dr. Mönnich mit dem BZÖG-Ehrenzeichen in Bronze auszuzeichnen. Die Ehrung erfolgte am 27. 01.06 anlässlich einer Arbeitstagung des BZÖG in Rostock.

Nach der Wende war Kollege Dr. Mönnich führend an der Gründung der Landesstelle beteiligt und hat sich als Landesstellenleiter große Verdienste beim Aufbau der Zahnärztlichen Dienste in unserem Bundesland erworben. Er erarbeitete Richtlinien für den Zahnärztlichen Dienst, die im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und im Schulgesetz von Mecklenburg-Vorpommern Berücksichtigung fanden.

Auf Bundesebene war Herr Dr. Mönnich mehrere Jahre kooptiertes Mitglied des Bundesvorstandes und trug hier zum konfliktlosen Zusammengehen der Kollegenschaft aus den alten und neuen Bundesländern bei. Anschließend wirkte er noch mehrere Jahre im Redaktionsbeirat unserer Verbandszeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“.

Bis zu seinem Ausscheiden aus dem Berufsleben vor fünf Jahren hat Dr. Mönnich als Vorstandsmitglied unserer Landesstelle und als Leiter des Zahnärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt Rostock wichtige Impulse zur qualitativen Weiterentwicklung unserer Arbeit geleistet. Die Zusammenarbeit mit der Universität Rostock besonders auf kieferorthopädischem Gebiet war ihm sehr wichtig. Als Pensionärsmitglied nimmt er auch heute noch rege Anteil am Geschehen in unserem Verband.

Die Kolleginnen und Kollegen der Landesstelle des BZÖG gratulieren Dr. Mönnich herzlich zu dieser Auszeichnung, danken ihm für die geleistete Arbeit und wünschen ihm vor allem Gesundheit.

W. Jaentsch, Ludwigslust

## „Gesund und Fit – Kitas macht mit“

Die Ergebnisse der schul- und zahnärztlichen Untersuchungen in den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass im Landkreis Uckermark Handlungsbedarf besteht, um positiv Einfluss auf die Zahngesundheit und auf eine altersgerechte Entwicklung des Körpergewichtes der Kita-Kinder zu nehmen.

So ist im Jahr 2003 im Gesundheits- und Veterinäramt die Idee entstanden, die Kindertagesstätten des Landkreises Uckermark zu einem Wettbewerb aufzurufen. Der Wettbewerb steht unter dem Motto: „Gesund und Fit – Kitas macht mit“.

13 Kitas des Landkreises signalisierten ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Wettbewerb. Die eingereichten Konzepte der teilnehmenden Kitas steckten voller Ideen und Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit der Kinder, so dass am 01.06.2003 der Startschuss zu dem Wettbewerb durch den Landrat des Landkreises Uckermark erfolgte. Der Wettbewerb, der unter der Schirmherrschaft des Landrates Klemens Schmitz steht, wird durch das Gesundheits- und Veterinäramt begleitet und läuft über drei Jahre.

Jährlich erfolgen durch den Zahnärztlichen und den Jugendärztlichen Dienst die Untersuchungen aller Kinder in den Einrichtungen. Gruppenprophylaktische Maßnahmen werden in allen Einrichtungen durchgeführt.

Die Zahnärzte und Kinderärzte vom Gesundheits- und Veterinäramt haben in einigen Einrichtungen Vorträge zur aktuellen Thematik vor den Eltern und Erziehern gehalten. Gesunde Ernährung mit optimierter Mischkost und viel Bewegung standen dabei im Mittelpunkt. Regelmäßig werden mit den Kita-Leiterinnen der Wettbewerb und anstehende Probleme besprochen. Alle Kitas haben dem Gesundheitsdienst des Landkreises Uckermark Zwischenberichte über die durchgeführten Aktivitäten überreicht.

Als ein Teilergebnis im bisherigen Verlauf dieses Wettbewerbes, der von den Kitas sehr engagiert und kreativ geführt wird, kann schon jetzt die Veränderung des Essverhaltens der Kinder, sprich Naschen von Süßigkeiten, bezeichnet werden.

So etwas gibt es z.B. in einer Kita nur noch an zwei Tagen in der Woche,

statt wie bisher an fünf Tagen. Hier ist übereinstimmend ein rückläufiger Trend zu beobachten. Die Erzieher haben erreicht, dass in fast allen teilnehmenden Kitas nur noch Getränke ohne Süßungsmittel gereicht werden. Es erweist sich zudem nicht nur zur Festigung sozialer Kontakte als förderlich, die Kinder weitestgehend in die Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten mit einzubeziehen. Hierbei können sie sich ausprobieren, Fertigkeiten entwickeln und eigene Vorstellungen verwirklichen.

Der ausreichenden Bewegung für die Gesunderhaltung kommt eine herausragende Bedeutung zu. Viele Kitas haben regelrecht ein tägliches Frühsportprogramm in ihre Konzeption aufgenommen und tragen damit ebenfalls dem natürlichen Bewegungsdrang der Kinder Rechnung. „Bewegungsbaustellen“ wurden errichtet, die ständig im Umbau sind. Eine Kita führt mittags regelmäßig Yoga-Übungen mit den Kindern durch.

Höchste Priorität hat bei allen Kitas die Elternarbeit. Nur in der vertrauensvollen und regelmäßigen Zusammenarbeit mit den Eltern liegt die Garantie für einen erfolgreichen Abschluss und eine anhaltende Wirkung dieses Wettbewerbes.

Dieses Engagement soll durch eine Auszeichnung gestärkt werden. Eine gerechte und akzeptable Bewertung bzw. Prämierung der besten Kita wird allerdings äußerst schwierig, da die Aufstellung einer Rangliste wegen der unterschiedlichen Bedingungen und der Messbarkeitsprobleme der Bewertungskriterien kaum nachvollziehbar zu leisten ist.

Wichtig ist jedoch, dass die Kinder davon profitieren und eine Nachhaltigkeit der vielen Aktionen zu spüren ist, d.h. dass die Kinder wieder gesündere Zähne haben und sich altersgerecht gut entwickeln.

Dipl.-Med. Hannelore Foth,  
Landkreis Uckermark

**ANZEIGE  
EASYSOFT**

---

**ANZEIGE  
MAM**

## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

### Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH, Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf  
Tel. (dienstl.) 0211/899-2641, Fax 0211/89 29079,  
michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende : Dr. Claudia Sauerland, Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna  
Tel. (dienstl.) 02303/272653, Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

Geschäftsführerin: Dr. Cornelia Wempe, Erikastr. 73, 20251 Hamburg  
Tel. (dienstl.) 040/42801 3375, Fax 040/42801 2567,  
Cornelia.Wempe@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg  
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de

Beisitzer: Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna  
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

### Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch, Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf  
Tel. (dienstl.) 06221/5221848, Fax 06221/5221850, niekusch@agz-rnk.de

### Redaktion:

Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna  
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

### Beirat:

Dr. Gudrun Rojas, Bergstr. 18, 14770 Brandenburg  
Dr. Christoph Hollinger, Auf der Rolandshöh 8, 58135 Hagen  
Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

### Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg  
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de  
Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ 210 501 70

### Verbandsorgan:

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

### Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint drei Mal im Jahr. Beitragszahlende Mitglieder des Bundesverbandes erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inklusive Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.

Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

### Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.

Texte sollten nach Möglichkeit auf elektronischen Medienträgern geliefert werden. Bildmaterial oder Grafikschemen bitte als Aufsichtsvorlage beilegen.

**Nachdruck**, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

### Gestaltung:

www.GARDENERS.de

### Druck:

Gerhards-Verlag, 64686 Lautertal/OT Beedenkirchen

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de