

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK-Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

in Zusammenarbeit mit:

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen

Gruppenprophylaxe 2000

**Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur
Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V
(Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe)
vom 20. November 2000**

**Federführend für die Veröffentlichung:
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.; Herausgeber: Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen: Gruppenprophylaxe 2000. Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. 11. 2000.
Kassel, November 2000.

1. Auflage, November 2000

Volltext ebenfalls veröffentlicht unter: <http://www.g-k-v.com> (News)

Weitere Exemplare dieser Broschüre sind erhältlich über:

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
Herrn Bernd Wiethardt
Weißensteinstr. 72
34131 Kassel
Tel. 0561/93 59 106
Fax: 0561/93 59 140
E-Mail: wiethardt@bv.lsv.de

Nachfragen bitten wir ebenfalls an diese Adresse zu richten.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung – das Wichtigste in Kürze	4
 Teil A: Hinweise insbesondere für die Mitarbeiter der Krankenkassen	
1	Hintergrund..... 7
2	Finanzierungsgrundlagen 9
3	Verhältnis der Gruppenprophylaxe zu kinderärztlichen und zahnärztlichen Früherkennungs-Untersuchungen und zur Individualprophylaxe..... 11
4	Empfehlungen 13
 Teil B: Rückblick auf die bisherige Umsetzung des Gruppenprophylaxe-Konzepts der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 25. Juli 1995.....	
14	
 Teil C: Fachliche Hinweise für die Durchführenden und die Partner der Gruppenprophylaxe	
1	Wirksamkeit der Gruppenprophylaxe 16
2	Wirtschaftlichkeit in der Gruppenprophylaxe 19
3	Struktur der Gruppenprophylaxe im Überblick..... 20
4	Betreuung im frühkindlichen Alter: Schwerpunkt Saugerflaschenkaries..... 20
5	Flächendeckung der Gruppenprophylaxe..... 22
5.1	Basisprophylaxe 22
5.2	Aufbau der Gruppenprophylaxe in der Übergangsphase bis zur Flächendeckung 23
6	Intensivprophylaktische Maßnahmen in Schulen und Behinderteneinrichtungen mit hohem durchschnittlichen Kariesrisiko der Schüler..... 24

6.1	Fluoridanwendung mit Lack, Gelee, Tabletten und fluoridiertem Jodsalz	25
6.2	Mundgesundheitserziehung.....	26
6.3	Gesundheitsförderung.....	29
6.4	Sekundärprävention	32
6.5	Besondere Präventionsinhalte bei 12- bis 16-Jährigen	32
7	Ermittlung von Einrichtungen mit überproportional hohem durchschnittlichen Kariesrisiko der Schüler	33
7.1	Sozialschichtabhängigkeit des „durchschnittlichen Kariesrisikos“	34
7.2	Ausmaß des Kariesrisikos und Größe der zu betreuenden Gruppe	34
7.3	Methoden der Risiko-Einstufung.....	36
7.3.1	Methode 1: Einstufung nach der kommunalen Sozialstatistik	36
7.3.2	Methode 2: Einstufung nach der Art der Einrichtung	37
7.3.3.	Methode 3: Einstufung der Einrichtungen anhand von DMFT-Mittelwerten oder dem Prozentsatz kariesfreier Kinder: Rangfolge der Schulen bzw. Betreuungsstätten in der Kariesstatistik	38
8	Abschließende Bemerkungen.....	40

Anlage

Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 1 SGB V vom 25. Juli 1995	41
--	----

Zusammenfassung – das Wichtigste in Kürze

Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen hiermit ein Konzept für die Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Kindergärten, Schulen und anderen Einrichtungen vor. Sie stellen dar, auf welche Weise die neuen Aufträge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, das am 1. Januar 2000 in Kraft trat, umgesetzt werden können. Diese Aufträge beziehen sich darauf, erstens die Flächendeckung der Gruppenprophylaxe zu erreichen, zweitens Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, intensiv zu betreuen, und drittens diese Betreuung bis zum 16. Lebensjahr durchzuführen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bekräftigen ihr „Durchführungskonzept Gruppenprophylaxe“ aus dem Jahr 1995 (s. Anlage). Darüber hinaus stellen sie dar, wie das Konzept in verschiedenen Regionen erfolgreich umgesetzt worden ist.

An die Mitarbeiter der Krankenkassen richten sie die folgenden Hinweise:

1. Gruppenprophylaktische Maßnahmen für die Anspruchsberechtigten unter 12 Jahren sind noch nicht flächendeckend verwirklicht. Sie werden vielfach nicht in der erforderlichen Häufigkeit durchgeführt. In der Basisprophylaxe sind dies zwei jährliche Prophylaxe-Impulse, in der Intensivprophylaxe zusätzlich bis zu vier Impulse. Auch werden keineswegs alle notwendigen und effektiven Inhalte angewandt. Deshalb ist ein Ausbau der Gruppenprophylaxe erforderlich.
2. In den kommenden Jahren besteht eine Herausforderung darin, Prophylaxeleistungen im „aufsuchenden“ Konzept dorthin zu bringen, wo sie besonders benötigt werden: zu den stark von Karies betroffenen und gefährdeten Gruppen.
3. Es bedarf besonders intensiver Bemühungen, um durch gruppenprophylaktische Maßnahmen messbar und nachweislich zur weiteren Verbesserung der Mundgesundheit beizutragen. Vor allem die Fluoridanwendung als effektivste und effizienteste Methode der Kariesvorbeugung sollte verstärkt angeboten werden.
4. Von den 200 Mio. DM, die der Gesetzgeber seinerzeit für die Gruppenprophylaxe in den alten Bundesländern ansetzte, wenden die Krankenkassen derzeit in ganz Deutschland erst etwa 61,5 Mio. DM auf. Die Ausgaben für die Gruppenprophylaxe sind nicht an die einnahmeorientierte Ausgabenentwicklung angebunden. Ausgabensteigerungen in diesem Bereich verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die erforderlichen Finanzmittel sind unabhängig von den Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.
5. Für die Intensivbetreuung der neu hinzugekommenen Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen veranschlagt der Gesetzgeber ab dem 1. Januar 2000 weitere Ausgaben in Höhe von 10 Mio. DM jährlich.
6. Die theoretische Möglichkeit von „Doppelversorgungen“ mit Leistungen der Gruppenprophylaxe plus zahnärztlichen Früherkennungs- bzw. Individualprophylaxe-Leistungen sollte nicht dazu führen, Aktivitäten der Gruppenprophylaxe oder deren Finanzierung einzuschränken.

7. Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen den regionalen Krankenkassen, den weiteren Ausbau der Gruppenprophylaxe im Rahmen der gesetzlichen Mitwirkungspflicht zu fördern und die regionalen Arbeitskreise für Jugendzahnpflege bzw. die Landesarbeitsgemeinschaften mit ausreichenden Finanzmitteln auszustatten.

Speziell den Durchführenden der Gruppenprophylaxe geben die Spitzenverbände der Krankenkassen die folgenden fachliche Ratschläge, die im Konzept ausführlich erläutert sind:

1. Im Rahmen der Gruppenprophylaxe sollte kontinuierlich die Zusammenarbeit mit Eltern, pädagogischem Personal und anderen Berufsgruppen gesucht und Gesundheitsförderung betrieben werden. In der Basisprophylaxe tritt eine jährliche Reihenuntersuchung und zweimal jährlich Gesundheitserziehung/Fluoridanwendung mit Fluoridlack hinzu. In der Intensivprophylaxe werden die gleichen Inhalte zusätzlich bis zu viermal jährlich verwirklicht. Des weiteren reinigt die Prophylaxehelferin die Zähne nach. Programme im frühkindlichen Bereich vervollständigen die Gruppenprophylaxe. Die moderne „Trias der Gruppenprophylaxe“ verbindet biomedizinische Prävention, Gesundheitserziehung („Verhaltensprävention“) und Gesundheitsförderung („Verhältnisprävention“).
2. Als Maßnahme der biomedizinischen Prävention ist die Fluoridanwendung von unstrittiger Wirksamkeit, um Karies vorzubeugen. Das gilt auch für das Milchgebiss. Der Gesundheitseffekt ist unabhängig von sozialer Stellung und persönlicher Motivation. Die Einverständniserklärung der Eltern ist erforderlich.
3. Mundgesundheitserziehung ist unabdingbar, um bei den Beteiligten Akzeptanz zu gewinnen und sie zu veranlassen, an präventiven Programmen teilzunehmen. Mundgesundheitserziehung verbessert regelmäßig Wissen und Einstellungen der Schüler, kaum jedoch die Mundhygiene. Mundgesundheitserziehung allein beeinflusst *nicht* die Kariesrate.
4. Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko, die meist sozial benachteiligt sind, ist alleinige Mundgesundheitserziehung nicht wirksam. Deshalb sollten in dieser Gruppe zum einen die biomedizinischen Maßnahmen vollständig verwirklicht werden. Zum anderen ist es erforderlich, den Kindern und Jugendlichen gesundheitsbewusstes Verhalten zu erleichtern, indem gemeinsam mit allen Beteiligten ihr Umfeld aktiv verändert und gesundheitsförderlich gestaltet wird. Die Förderung der Mundgesundheit kann fester Bestandteil des Konzepts „gesundheitsfördernde Schule“ werden.
5. Die Beteiligten der Gruppenprophylaxe sollten sich stärker der Prävention der Zucker-Saugerflaschenkaries im Kleinkindalter widmen. Verhindert werden sollte insbesondere die nächtliche Saugerflaschengabe. Den Eltern sollten Alternativen aufgezeigt werden.
6. Besondere Präventionsziele bei den 12- bis 16-Jährigen sind die Vermeidung approximaler Kariesläsionen und der Gingivitis im Jugendlichenalter.

7. Zur Identifizierung besonders betreuungsbedürftiger Schulen und Behinderteneinrichtungen kommen die folgenden Methoden in Frage:
- Einstufung nach der kommunalen Sozialstatistik
 - Einstufung nach der Art der Einrichtung
 - Einstufung anhand von DMFT-Mittelwerten oder dem Prozentsatz kariesfreier Kinder.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen rufen die Partner der Gruppenprophylaxe auf, sich dafür einzusetzen, die Mundgesundheit und damit auch die allgemeine Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Sie möchten mit dem Konzept eine Hilfestellung bieten.

Teil A:

Hinweise insbesondere für die Mitarbeiter der Krankenkassen

1 Hintergrund

Mit dem Gesetz zur GKV-Gesundheitsreform 2000, das am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, wurde § 21 SGB V, der die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe regelt, geändert. Nach Satz 1 wurden zwei weitere Sätze eingefügt, die den folgenden Wortlaut haben:

[Die Krankenkassen] „haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt.“

Nunmehr haben die Krankenkassen nicht nur laut § 21 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Gruppenprophylaxe zu „fördern“, sondern auch aktiv auf deren *flächendeckende Umsetzung* hinzuwirken. Weiterhin wird ein *intensivprophylaktischer Betreuungsansatz* vorgegeben, der sich auf *Einrichtungen* bezieht. Und schließlich wird die Intensivprophylaxe auf die Altersgruppe der *12-bis 16-Jährigen* ausgeweitet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen nehmen diese drei neuen Strukturansätze mit dem vorliegenden „Weiterentwicklungskonzept“ auf.

Der Auftrag des Gesetzgebers, bei der Durchführung der Gruppenprophylaxe auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken, war für die Spitzenverbände der Krankenkassen von jeher selbstverständlich. In ihrem *Konzept zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 1 SGB V vom 25. Juli 1995* („Durchführungskonzept“; s. Anlage) sind die Spitzenverbände der Krankenkassen davon ausgegangen, dass der Ausbau der Gruppenprophylaxe in der Gruppe der 3- bis 12-Jährigen schrittweise und gezielt erfolgt. Zunächst sollte die flächendeckende Basisprophylaxe sichergestellt und danach die aufgezeigte Risikogruppenstrategie umgesetzt werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind sich bewusst, dass die Betreuung der Altersgruppe der unter 12-Jährigen bisher noch nicht im vorgesehenen Rahmen umgesetzt worden ist. Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen werden vielfach nicht in der erforderlichen Häufigkeit durchgeführt. In der Basisprophylaxe sind dies zwei jährliche Prophylaxe-Impulse, in der Intensivprophylaxe zusätzlich bis zu vier Impulse, wobei sich aus praktischen Gründen häufig nur zwei zusätzliche Besuche durchführen lassen. Die Durchführenden der Gruppenprophylaxe vor Ort betreuen derzeit in Kindergärten mit *einem* jährlichen Besuch 70%, in Grundschulen 72%, in weiterführenden Schulen 33% und in Sonderschulen 57% der Kinder. Nur selten werden Einrichtungen zweimal besucht. Durchschnittlich werden bei diesem zweiten Kontakt

in Kindergärten 18%, in Grundschulen 15%, in weiterführenden Schulen nur 3% und in Sonderschulen 19% der Kinder erreicht¹.

Auch werden bei den Besuchen in den Einrichtungen keineswegs alle notwendigen und effektiven Inhalte angewandt. Weitere Anstrengungen zum Ausbau der Basisprophylaxe sind also erforderlich. Um Flächendeckung zu erreichen, ist auch der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unabdingbar. Daher sollten die Krankenkassen Initiativen, den Jugendzahnärztlichen Dienst auszubauen, unterstützen und gegenläufigen Tendenzen eine Absage erteilen.

Hinsichtlich der Betreuung besonders kariesgefährdeter Kinder hat der Gesetzgeber nun den konzeptionellen Ansatz der Spitzenverbände der Krankenkassen bestätigt. Prioritär sind demnach solche Programme zu fördern, in deren Rahmen Institutionen, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil an kariesgefährdeten Kindern aufweisen, *häufiger* aufgesucht werden. Die Prophylaxe wird vor Ort in den Einrichtungen durchgeführt. Der Gesetzgeber führt aus: Die Kariesbelastung konzentriert sich „im wesentlichen auf Gruppen von Jugendlichen [...], die bestimmte Schultypen oder Schulen in sozialen Brennpunkten besuchen oder in Behinderteneinrichtungen sowie beschützenden Werkstätten untergebracht sind. [...] Durch eine aufsuchende gruppenprophylaktische Betreuung kann diese Personengruppe in der Schule erreicht und risikogerecht betreut werden“². Der Gesetzgeber hat damit für die Schulkinder und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr ein spezifisches Organisationskonzept der Intensivprophylaxe festgelegt. Er hat dabei auf ein „gemeinsames“ Kariesrisiko der Schüler und nicht auf ein „individuelles“ abgestellt.

Der Wortlaut des § 21 Abs. 1 Satz 3 SGB V stellt ab auf „Schulen und Behinderteneinrichtungen“ und „Schüler“, nicht jedoch auf eine spezifische Altersgruppe. Die intensive Betreuung von Schulen und Einrichtungen, in denen die Schüler ein hohes durchschnittliches Kariesrisiko aufweisen, ist demnach *nicht* auf die Altersstufe 12 bis 16 Jahre beschränkt. Vielmehr sollen gemäß gesetzlichem Auftrag *auch Schulen und Behinderteneinrichtungen betreut werden, die von 6- bis 12-Jährigen mit überproportional hohem Kariesrisiko besucht werden*. In weiterführenden Schulen können dann Maßnahmen, die in den Klassenstufen 5 und 6 – also vor dem 12. Lebensjahr – begonnen wurden, ohne Programmänderung bis zum 16. Lebensjahr fortgesetzt werden.

Möglicherweise bestehende, andere Intensivbetreuungsprogramme bis zum Alter von 12 Jahren werden durch die neue Gesetzesregelung nicht eingeschränkt. Jedoch lässt sich aus dem Gesetzestext ableiten, dass bei der Gestaltung von Programmen für Kinder mit hohem Kariesrisiko der Lösungsweg favorisiert wird, bestimmte Einrichtungen zu besuchen und dort alle Kinder gleichmäßig zu betreuen. Die Betreuung von kompletten Einrichtungen lässt sich effizient und zielgerichtet or-

¹ DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) (2000): Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen. DAJ-Jahresauswertung 1998/99, Typoskript, S. 6 – 10; eigene Berechnungen: Einbezogen wurden nur diejenigen Bundesländer, für die sowohl die Zahl der in den Einrichtungen *gemeldeten* als auch die Zahl der *erreichten* Kinder angegeben worden ist

² Bundestagsdrucksache 14/1245: Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

ganisieren, weil viele Kinder mit hohem Kariesrisiko gleichzeitig erreicht werden. Damit wird auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen. Der Gesetzgeber sieht *nicht* vor, innerhalb dieser Einrichtungen zusätzlich nach vermutetem *individuellen* Kariesrisiko zu differenzieren und dann nur einem Teil der Kinder Präventionsmaßnahmen zukommen zu lassen.

Hinsichtlich der Behinderteneinrichtungen gibt der Gesetzgeber vor, dass nicht alle, sondern diejenigen mit einem hohen Anteil an Kariesgefährdeten betreut werden sollen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen daher davon aus, dass es – auch vor dem Hintergrund des generellen Kariesrückgangs – *besonders intensiver* Bemühungen bedarf, um durch gruppenprophylaktische Maßnahmen *messbar und nachweislich* zur Verbesserung der Mundgesundheit beizutragen. Daher sollten insbesondere in den stärker gefährdeten Gruppen nicht nur *einige*, sondern *alle* in § 21 Abs. 1 SGB V genannten Methoden der Kariesvorbeugung eingesetzt werden. Besondere Defizite bestehen auch weiterhin beim gesetzlich vorgesehenen aktiven Einsatz von Fluoriden im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Zwar konnte der Anteil der Grundschul Kinder, bei denen Fluoride angewandt wurden, von 10% in 1994/95 auf 16% in 1998/99 gesteigert werden^{3,4}. Gleichzeitig stieg dort der Anteil der besonders effektiven Lackfluoridierung an allen Fluoridierungsmaßnahmen von 33% auf 60%. Aber in Kindergärten wurden Fluoride 1998/99 nur bei 13% und in den weiterführenden Schulen nur bei 5% der Kinder angewandt. Insbesondere in den Einrichtungen mit Kindern und Jugendlichen, die besonders stark von der Krankheitslast betroffen sind, sollten daher verstärkte Anstrengungen unternommen werden.

2 Finanzierunggrundlagen

Die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung unterliegt der Kompetenz der Bundesebene. Der Gesetzgeber hat, als er zum 01.01.1989 die Gruppenprophylaxe als Leistung der Krankenversicherung einführte, die Gruppenprophylaxe der Landeskompentenz zugeordnet und sie gleichrangig neben die vertragszahnärztliche Versorgung gestellt. In der Begründung zum Gesundheitsreformgesetz wurde klar gestellt, dass die Gruppenprophylaxe kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung ist. Allerdings sollen die Krankenkassen im Rahmen des Gesetzesauftrages mit „den Zahnärzten“ und den „in den Ländern zuständigen Stellen“ zusammenwirken.

Zur Finanzierung des neuen Leistungsbereichs setzte der Gesetzgeber 1988 Ausgaben von jährlich 200 Mio. DM an⁵. Zusammen mit den neuen Bundesländern könnte

³ DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) (1996): Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen. DAJ-Jahresauswertung 1994/95, Typoskript

⁴ DAJ 2000, a. a. O.; eigene Berechnungen

⁵ Bundesratsdrucksache 200/88: Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz), S. 275

das Volumen entsprechend der höheren Zahl an Anspruchsberechtigten heute sogar auf ca. DM 270 Mio. veranschlagt werden.

Parallel zur Gruppenprophylaxe wurde der Anspruch auf Individualprophylaxe durch Gesetzgeber und Bundesausschuss Zahnärzte und Krankenkassen als Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung verankert. In der Folge entwickelten sich jedoch die Kosten in beiden Bereichen sehr unterschiedlich. Die Gruppenprophylaxe nimmt auch bei Betrachtung der aktuellen Rechnungsergebnisse nach wie vor eine eher nachrangige Rolle ein. Nicht einmal ein Ausgabenverhältnis der GP zur IP von 1:10 wird erreicht. Entgegen der ursprünglichen Gesetzesintention konnte das Primat der Gruppenprophylaxe vor der Individualprophylaxe demnach nicht durchgesetzt werden.

Zu keinem Zeitpunkt hat der Gesetzgeber das für die Gruppenprophylaxe vorgesehene Finanzvolumen den Gesetzesmäßigkeiten der Gesamtvergütung unterworfen, obwohl er sich der angespannten Finanzlage in der GKV bewusst war. Vielmehr wurde im Zuge der letzten Gesetzgebungsverfahren den Bereichen der zahnmedizinischen Prophylaxe ein Sonderstatus zgedacht. Sie wurden sogar von den Restriktionen, die das Beitragsentlastungsgesetz im Gesundheitsförderungsbereich eingeführt hatte, ausdrücklich ausgenommen:

„Die medizinisch bedeutsamen Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention (u.a. die zahnmedizinische Prophylaxe) sind vom Ausschluss von der solidarischen Finanzierung nicht betroffen und bleiben in vollem Umfang erhalten⁶.“

Eine Anbindung dieser Finanzmittel an die einnahmeorientierte Ausgabenentwicklung ist demnach gesetzlich nicht vorgesehen. Gemäß § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist die Gesamtvergütung das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen. Und nur die Veränderungen der Gesamtvergütung für die in den Gesamtverträgen geregelten Leistungen unterliegen gemäß § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V). Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sind nicht in den Gesamtverträgen nach § 83 Abs. 1 SGB V geregelt und damit auch nach Inkrafttreten der GKV-Gesundheitsreform 2000 nicht aus der Gesamtvergütung für den vertragszahnärztlichen Bereich zu finanzieren. Noch deutlicher wird der § 141 Abs. 2 Satz 4 SGB V:

„Ausgabensteigerungen aufgrund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.“

Dies wird auch durch die unterschiedlichen Kontenklassen der zu trennenden Bereiche deutlich. Während die zahnärztliche Behandlung (konservierend-chirurgisch, Kieferorthopädie, PAR-Behandlung und IP) in der Kontengruppe 41 und die Zahnersatzleistungen in der Kontengruppe 42 zu buchen sind, ist für die Gruppenprophyla-

⁶ Bundestagsdrucksache 13/4615: Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz), S. 8

xe die Kontengruppe 51 (Soziale Dienste, Krankheitsverhütung) und dort die Kontenart 516 vorgesehen.

Der Gesetzgeber hat ab dem 1. Januar 2000 für den Ausbau der Gruppenprophylaxe in der zahnmedizinischen Versorgung zusätzlich 10 Mio. Mark jährlich veranschlagt⁷. Schon entsprechend der früheren gesetzlichen Regelung waren flächendeckende Prophylaxe und Intensivprophylaxe für bis zu 12-Jährige zu leisten. Daher ist die vorgesehene Summe voll für die Intensivbetreuung der neu hinzukommenden Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen aufzuwenden.

1999 haben Krankenkassen 61,5 Mio. DM für die Gruppenprophylaxe aufgewandt⁸. Die zusätzlichen Ausgaben in Höhe der vorgesehenen 10 Mio. Mark jährlich bedeuten eine Steigerung der Ausgaben für die Gruppenprophylaxe um etwa ein Sechstel. Die zusätzliche Finanzierung erfolgt auch weiterhin im Rahmen der Haushalte der regionalen Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege.

3 Verhältnis der Gruppenprophylaxe zu kinderärztlichen und zahnärztlichen Früherkennungs-Untersuchungen und zur Individualprophylaxe

Gruppenprophylaxe, kinderärztliche bzw. zahnärztliche Früherkennungs-Untersuchungen und Individualprophylaxe wenden sich in bestimmten Jahrgangsstufen an den gleichen Versichertenkreis. Die Abstimmung der verschiedenen Prophylaxebereiche hat immer wieder Fragen aufgeworfen. Aus diesem Grund soll hier das Verhältnis der vier Bereiche kurz beleuchtet werden.

Für die unter 6-Jährigen wurden 1997 durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz über eine Ergänzung des § 26 Abs. 1 SGB V die kinderärztlichen und zahnärztlichen Prophylaxemaßnahmen erweitert. Laut Gesetzesbegründung bezweckt die Vorschrift keinen Ersatz der bisher bewährten gruppenprophylaktischen Maßnahmen im Kindergarten durch prophylaktische Maßnahmen in der Arzt- oder Zahnarztpraxis⁹.

Die Früherkennungs-Untersuchungen der Kinderärzte sind über die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt. Die Richtlinien wurden mit Inkrafttreten zum 22. März 2000 ergänzt. Nunmehr geben die Kinderärzte in der 4. bis 6. Lebenswoche Hinweise an die Eltern zur Mundgesundheit des Kindes (U3), im 6. bis 7. Lebensmonat zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung des Kindes (U5) und im 10. bis 12. Monat zur Zahnpflege des Kindes (U6). Im Kinder-Untersuchungsheft waren schon früher zusätzliche Leistungen vorgesehen. Im 21. bis 24. Lebensmonat (U7) ist dies eine Untersuchung auf Karies. Im 43. bis 48.

⁷ Bundestagsdrucksache 14/1245: Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), S. 127

⁸ Bundesministerium für Gesundheit (2000): Statistik KJ 1, Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 1999.

⁹ Bundestagsdrucksache 13/6087: Begründung zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG), S. 21

Lebensmonat (U8) und 60. bis 64. Lebensmonat (U9) überprüfen die Kinderärzte, ob Karies und Kiefer- und/oder Zahnstellungs-Anomalien vorliegen. Sie verweisen ggf. an den Zahnarzt.

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beschloss mit Wirkung zum 1. Juli 1999 Richtlinien über zahnärztliche Früherkennungs-Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Die zahnärztlichen Früherkennungs-Untersuchungen ergänzen die kinderärztlichen. Die beiden zahnärztlichen Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen finden daher zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat und zwischen dem 49. und 72. Lebensmonat statt. Stellt der Zahnarzt fest, dass es sich um ein Kind mit hohem Kariesrisiko handelt, kann er eine weitere Früherkennungs-Untersuchung im 6. Lebensjahr erbringen (Ziffer 6 FU-Richtlinien). Nach den Richtlinien sollen mit den Früherkennungs-Untersuchungen insbesondere diejenigen versicherten Kinder betreut werden, die entweder *keinen* Kindergarten besuchen, oder die Kindergärten besuchen, in denen keine gruppenprophylaktischen Maßnahmen durchgeführt werden (Ziffer 3 FU-Richtlinien). Die Früherkennungs-Untersuchungen sollen die Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe ergänzen. Der Zahnarzt klärt vor Beginn der Untersuchungen ab, welche Maßnahmen das Kind im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Anspruch nimmt. Er hat die eigenen Tätigkeiten darauf abzustimmen (Ziffer 4 FU-Richtlinien). Auch in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) kommt zum Ausdruck, dass mit der Individualprophylaxe insbesondere die Versicherten betreut werden sollen, die von der Gruppenprophylaxe nicht erfasst werden. Die Individualprophylaxe soll die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sinnvoll ergänzen und fortführen (Ziffer 2 IP-Richtlinien).

Weiterhin ist die dritte Früherkennungs-Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten *ausschließlich*, die Individualprophylaxe *insbesondere* für stark kariesgefährdete Versicherte vorgesehen. Anzeigt wird die Kariesgefährdung entweder durch einen hohen dmft/DMFT-Wert¹⁰ (Ziffer 7 FU-Richtlinien und Ziffer 6 IP-Richtlinien) oder durch hohe Plaquewerte (Ziffer 6 IP-Richtlinien). Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko, die im Alter von zweieinhalb bis unter 6 Jahre sind, ist – abgestimmt auf die Fluoridanwendungen in der Gruppenprophylaxe – die Anwendung von Fluoridlack in der Vertragszahnarztpraxis angezeigt. Diese lokalen Fluoridanwendungen sollen in regelmäßigen Abständen zweimal jährlich vorgenommen werden (Ziffer 7 FU-Richtlinien).

In einzelnen Fällen hatten Krankenkassen angenommen, dass Fluoridanwendungen im Rahmen der Früherkennungs-Untersuchungen und IP-Leistungen bei Versicherten angewandt werden, die nicht der Risikogruppe angehören, oder die bereits im Rahmen der Gruppenprophylaxe adäquat versorgt werden. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen ist es Bestandteil des Sicherstellungsauftrags der KZVen, im Rahmen der Abrechnungsprüfung von FU- und IP-Leistungen zu gewährleisten, dass die Richtlinien eingehalten werden. Die theoretische Möglichkeit

¹⁰ Summe der kariösen, wegen Karies extrahierten und gefüllten Zähne

von Über- bzw. „Doppelversorgungen“ mit Leistungen der Gruppenprophylaxe plus FU- und IP-Leistungen sollte im Übrigen nicht dazu führen, Aktivitäten der Gruppenprophylaxe oder deren Finanzierung einzuschränken. Vielmehr ist gegenüber den KZVen und den Vertragszahnärzten auf Einhaltung der Verträge zu bestehen.

4 Empfehlungen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen den regionalen Krankenkassen, den weiteren Ausbau der Gruppenprophylaxe im Rahmen der gesetzlichen Mitwirkungspflicht zu fördern und die regionalen Arbeitskreise für Jugendzahnpflege bzw. die Landesarbeitsgemeinschaften mit ausreichenden Finanzmitteln auszustatten. Nur so kann die Effektivität der gruppenprophylaktischen Maßnahmen für die Zukunft sichergestellt werden.

Diese Empfehlung erhält mit Inkrafttreten des GKV-Reformgesetzes 2000 noch mehr Gewicht. Um den erhöhten Versorgungsbedarf abzudecken, der durch die Flächendeckung und die Einbeziehung der Schulen mit Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr entsteht, sind die erforderlichen Kapazitäten vor Ort auszuweiten.

Die Krankenkassen sollten den Ausbau aber gleichzeitig daran binden, dass alle Inhalte und Qualitätssicherungsmaßnahmen einer effektiven und effizienten Gruppenprophylaxe, wie sie im Konzept vom 25. Juli 1995 und im vorliegenden Weiterentwicklungskonzept beschrieben sind, vollständig verwirklicht werden.

Teil B:
Rückblick auf die bisherige Umsetzung des Gruppenprophylaxe-Konzepts der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 25. Juli 1995

An dieser Stelle soll kurz dargestellt werden, auf welche Weise das Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der Gruppenprophylaxe vom 25. Juli 1995 in mehreren Regionen erfolgreich umgesetzt worden ist. Überwiegend waren Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die Ausführenden.

Gesundheitliche Ziele wurden an vielen Orten definiert. Beispielsweise vereinbarten die in der Gruppenprophylaxe Tätigen in Berlin-Neukölln, Oberhausen und Frankfurt a. M. mit den Krankenkassen als Ziel, innerhalb von fünf Jahren eine Senkung des Kariesbefalls bei 10-Jährigen um 30% zu erreichen¹¹. In Baden-Württemberg sind die Arbeitsgemeinschaften aufgefordert, jeweils eigene Planungen aufzustellen und bis 2003 die folgenden Mundgesundheitsziele einzubeziehen: „Reduktion des Kariesbefalls um 30%“, „Reduktion des Kariesbefalls im Milchgebiss um 50%“ und „Verbesserung des Sanierungsgrads der Milchzähne auf mindestens 70%“¹².

Wie in anderen Städten und Kreisen, die das Konzept aufgegriffen haben, vollzieht sich die praktische Gruppenprophylaxe im Kreis Marburg-Biedenkopf so, dass Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes in den Prophylaxe-Schulstunden zunächst Themen der Zahngesundheit ansprechen. Danach üben die Schüler im Klassenraum die Zahnpflege praktisch. Die Reihenuntersuchung wird vorgenommen. Bei den Kindern, deren Eltern schriftlich ihr Einverständnis erklärt haben, wird zweimal jährlich Fluoridlack aufgetragen¹³.

Die Zusammenarbeit mit Eltern, Erziehern und Lehrern ist in allen Gruppenprophylaxe-Arbeitskreisen eine Selbstverständlichkeit. An manchen Orten wurde die „Zahnschmelzhärtung“ dergestalt umgesetzt, dass Erzieher und Lehrer sich an der Gruppenprophylaxe beteiligen und Fluoridtabletten abgeben oder mit den Kindern Fluoridgelee einbürsten. Dabei verfolgen sie auch das Ziel, die Anwendung dieser Fluoridierungsmittel in der erforderlichen Häufigkeit im häuslichen Umfeld anzuregen.

In Kassel wie auch in anderen Orten haben die im „Arbeitskreis Jugendzahnpflege“ vertretenen Krankenkassen mit der Stadtverwaltung, vertreten durch das Gesundheitsamt, eine vorbildliche Vereinbarung zur Verwirklichung der Basisprophylaxe geschlossen. Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren insgesamt die Stellen von vier Prophylaxehelferinnen, die bei der Stadt Kassel angesiedelt sind. Gleichzeitig hat sich die Stadt Kassel mit einer Verwaltungsvereinbarung verpflichtet, den Perso-

¹¹ Nechita, U. (1999): Modellprojekte nach dem Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gruppenprophylaxe. Zahnärztl Gesundheitsdienst 29, 8 – 10.

¹² o. Autor (1998): Engagement in der Gruppenprophylaxe zahlt sich aus. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg Nr. 8, 39.

¹³ Born, C. (1999): Praktische Durchführung der Basisgruppenprophylaxe. Zahnärztl Gesundheitsdienst 29, 6 – 7.

nal- und Sachmittelhaushalt des jugendzahnärztlichen Dienstes im derzeit bestehenden Umfang aufrechtzuerhalten. Auf der Grundlage dieser Vereinbarung ist in den vergangenen Jahren eine nahezu flächendeckende Versorgung aller Grundschulklassen mit allen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgesehenen Elementen ermöglicht worden¹⁴.

Eine Ausweitung der Basisprophylaxe auf Grund- und Sonderschulen und den Aufbau von Intensivprophylaxe in Einrichtungen mit hohem Anteil an Kariesgefährdeten beschloss auch der Arbeitskreis Jugendzahnpflege in Oberhausen. Um diese zusätzlichen Prophylaxe-Impulse zu finanzieren, weiteten die Krankenkassen über einen Zeitraum von mehreren Jahren ihre Ausgaben für die Gruppenprophylaxe schrittweise erheblich aus. Nunmehr übernehmen Krankenkassen und Öffentlicher Gesundheitsdienst jeweils etwa die Hälfte der Kosten¹⁵.

In Frankfurt a. M. wurde eine der wichtigsten strukturellen Anregungen der Spitzenverbände der Krankenkassen verwirklicht, indem ein vollständiges „Prophylaxeteam“ – bestehend aus einer Zahnärztin, einer Prophylaxehelferin und einer Zahnarzhelferin – neu angestellt wurde. Das Team betreut seither das Drittel an Kindergärten, das zuvor im Rahmen des Obleutekonzepts noch nicht erreicht werden konnte.

Mit dem Aufbau der Intensivprophylaxe wurde in Berlin-Neukölln 1997 begonnen. Zahnputztraining, professionelle Zahnreinigung, Plaque-Anfärbung und –aufzeichnung und eine viermal jährliche Fluoridlackanwendung sind verwirklicht. Zeitweise wurden auch Zähne versiegelt. Dies betraf stark kariesgefährdete Kinder, die im Rahmen der Individualprophylaxe die notwendigen Fissurenversiegelungen noch nicht erhalten hatten. „Zahnseide-Training“ ist geplant¹⁶.

Die Effekte der Gruppenprophylaxe werden – wie im Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen vorgesehen – epidemiologisch ausgewertet. Positive Effekte wurden nachgewiesen. Bei Schulen in einem sozial schwachen Stadtteil Hannovers bewirkte die viermal jährliche Mundgesundheitserziehung plus Fluoridlack-Anwendung – also die aufsuchende Intensivprophylaxe in einer Hochrisikogruppe – eine Karieshemmung von 26%¹⁷.

In den vergangenen Jahren ist durch diese erfolgreichen Projekte deutlich geworden, dass die Krankenkassen und ihre Partner erheblich zur Mundgesundheit beitragen können, indem sie ihre Gestaltungsspielräume nutzen und die erwähnten effektiven und effizienten Maßnahmen fördern.

¹⁴ Rotter, C. (1999): Verträge/Vereinbarungen – Einbindung der Partner – Gremienarbeit. Zahnärztl Gesundheitsdienst 29, 11 – 12.

Die Kasseler Vereinbarung kann beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Weißensteinstr. 72, 34131 Kassel, angefordert werden.

¹⁵ Nechita 1999, a. a. O.

¹⁶ Dohnke-Hohrmann, S. (1999): Intensivprophylaxe und informationstechnische Unterstützung. Zahnärztl Gesundheitsdienst 29, 12 – 13

¹⁷ Robke, F.-J. (1997): Fluoridlackprophylaxe bei Grundschulern im Stadtteil Linden/Limmer, Hannover. Untersuchung der Effektivität von Fluoridlackanwendungen bei Grundschulern nach vierjähriger prophylaktischer Betreuung in einem Stadtteil mit ungünstigen sozialen Umfeldbedingungen und hoher Kariesprävalenz. Med. Diss., Berlin

Teil C:
**Fachliche Hinweise für die Durchführenden
und die Partner der Gruppenprophylaxe**

1 Wirksamkeit der Gruppenprophylaxe

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe soll laut § 21 SGB V Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen umfassen. Die Maßnahmen sollen sich insbesondere erstrecken auf:

- Untersuchung der Mundhöhle
- Erhebung des Zahnstatus
- Zahnschmelzhärtung
- Ernährungsberatung und
- Mundhygiene.

Die Untersuchung der Mundhöhle und die Aufzeichnung des Zahnstatus dient der *Sekundärprävention*, also der Früherkennung von Schäden und dem Verweis an die Zahnarztpraxis zur Sanierung. Die anderen genannten Inhalte beziehen sich auf *Primärprävention*, also die generelle Verhinderung des Auftretens von Karies, Gingivitis (Entzündung und Bluten des Zahnfleisches) und Parodontitis (entzündlicher Abbau des Zahnhalte-Apparats). Drei prinzipielle Ansätze kommen in Frage, um diese Inhalte *praktisch umzusetzen*:

1. biomedizinische Prävention (z. B. Zahnschmelzhärtung durch Fluoridanwendung, Fissurenversiegelungen)
2. Gesundheitserziehung (z. B. Ernährungsaufklärung und Mundhygieneübungen)
3. Gesundheitsförderung (z. B. Sicherstellung eines Angebots von zuckerfreien Getränken und Zwischenmahlzeiten in Schulen).

Unabhängig davon, welcher dieser Ansätze verfolgt wird, gelten für Aktivitäten, die von den Krankenkassen finanziert oder mitfinanziert werden, Anforderungen hinsichtlich Wirksamkeit (Effektivität) und Wirtschaftlichkeit (Effizienz). Die *Wirksamkeit* der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Leistungen hat laut § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. Immer häufiger werden wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse (Evidenz) nach den Vorgehensweisen der evidenzbasierten Zahnmedizin gesucht und aufbereitet¹⁸. Dabei wird die beste verfügbare Evidenz ermittelt, um die Wirksamkeit

¹⁸ Richards, D. (2000): Entscheidungsfindung auf der Grundlage der besten externen wissenschaftlichen Evidenz: Eine Herausforderung für den Wissenschaftler und den Praktiker. In: Walther, W.; Micheelis, W. (Ge-

von Präventionsmethoden einzuschätzen. Der höchste Evidenzgrad wird dabei systematischen Übersichten (Reviews) zugemessen. Sie stützen sich auf randomisierte, klinische, kontrollierte Studien. Der Evidenzgrad anderer methodisch hochwertiger Studien ist geringerer. Am geringsten ist der Evidenzgrad von Konsensus-Konferenzen, Berichten von Expertenkomitees oder Meinungen anerkannter Experten auf Grund von klinischer Erfahrung.

In der zahnmedizinischen Prävention liegt ein systematischer Review und damit Evidenz des höchstmöglichen Grades vor¹⁹. Die Qualität der Prävention kann verbessert werden, wenn Versorgungsleistungen erbracht werden, die durch diese Evidenz gestützt sind. Umgekehrt sollten präventive Maßnahmen, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, ausgeschlossen werden²⁰. Im Folgenden wird daher zusammengefasst, wie wirksam nach derzeitigem Kenntnisstand verschiedene gruppenprophylaktischen Maßnahmen sind.

Für die Wirksamkeit der *Fluoridanwendung* in Form von Zahnpasten, Tabletten, Tropfen, Gelees, Lack, Mundspülungen und fluoridiertem Jodsatz zur Vorbeugung der *Karies* liegen viele wissenschaftliche Belege vor²¹. Die Fluoridanwendung ist die effektivste Methode der Kariesprophylaxe. Durch die zweimal jährliche Anwendung von Fluoridlack ist bei Probanden mit einem insgesamt *durchschnittlichen* Kariesrisiko 38% Kariesreduktion zu erwarten²². Im Milchgebiss wurde bei dreimal jährlicher Anwendung ab dem Alter von drei Jahren eine Karieshemmung von 47% ermittelt²³.

Summarisch betrachtet, ist auch *Gesundheitserziehung* eindeutig wirksam. Gesundheitsaufklärung und -erziehung haben dazu beigetragen, Lebensweisen zu verändern. Viele chronische Erkrankungen sind dadurch zurückgegangen²⁴.

Differenziert betrachtet, hat Mundgesundheitserziehung jedoch unterschiedlich starke Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen, Verhalten und Gesundheitsparameter. Nachfolgend werden die Ergebnisse einer umfassenden, systematischen Literaturauswertung dargestellt. Diese Literaturübersicht wertete fünf Datenbanken, 94 wissenschaftliche Zeitschriften und diverse Expertenbefragungen aus²⁵. Folgendes wurde festgestellt:

1. Mundgesundheitserziehung in der Schule verbessert durchgängig das Wissen über Fragen der Mundgesundheit.

sambearb.): Evidence-based Dentistry. Evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Köln, 41 – 52

¹⁹ Kay, E.J.; Locker, D. (1997): Effectiveness of oral health promotion: a review. Health Education Authority, London

²⁰ Richards, D. (2000), a. a. O.

²¹ Fejerskov, O.; Ekstrand, J.; Burt, B. (1996): Fluoride in Dentistry. 2. Auflage, Kopenhagen

²² Helfenstein, U.; Steiner, M. (1994): Fluoride varnishes (Duraphat): A meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 22 (1), 1 – 7

²³ Glockmann, E.; Große, P. (1992): Kariesprävention bei Vorschulkindern mit Fluoridlack. Zahnärztl Mitteilungen 82, Nr. 12, 58 – 60

²⁴ Tones, K.; Tilford, S. (1994): Health education. Effectiveness, efficiency and equity, 2. Aufl., Chapman & Hall, London, S. XIII

²⁵ Kay, E.J.; Locker, D. (1997), a. a. O.

2. Gleichfalls verändert Mundgesundheitserziehung fast immer Einstellungen.
3. Gruppenprophylaktische Maßnahmen in Schulen mit dem Ziel der Verbesserung der Mundhygiene oder der Verringerung von Gingivitis erwiesen sich in einigen Studien als effektiv, in anderen als nicht effektiv. Dabei ist nicht ableitbar, aufgrund welcher Strukturelemente – Zeitdauer der Mundhygiene-Instruktion, Häufigkeit, Durchführende, Methode, Alter und Charakteristika der Zielgruppe – die verschiedenen Mundhygiene-Programme gute oder weniger gute Ergebnisse erreichten. Sofern Verbesserungen des Plaquebefalls erreicht werden, führt dies jedoch fast immer zur Verminderung der Gingivitis.
4. Mundgesundheitserziehung allein – etwa mit dem Ziel, Ernährungsgewohnheiten zu verändern und den Zuckerkonsum zu reduzieren – beeinflusst nicht die Kariesrate.
5. Maßnahmen der Mundgesundheitserziehung, die die regelmäßige Anwendung eines oder mehrerer Fluoridierungsmittel einschließen, sind jedoch wirksam gegen Karies. Voraussetzung dürfte sein, dass die Fluoride auch tatsächlich in der erforderlichen Häufigkeit angewandt werden.

Mundgesundheitserziehung ist demnach zwar notwendig, allein aber *nicht ausreichend*, um die Mundgesundheit zu verbessern. Es wurde vielfach belegt, dass Ernährungsberatungen und Mundhygieneprogramme ohne Fluoridanwendung für eine breitenwirksame Verbesserung der Zahngesundheit nicht ausreichen²⁶. *Informationen* können demnach Fluoride und Versiegelungen nicht ersetzen. Aber das Wissen in der Öffentlichkeit und bei den Anbietern trägt zur sinnvollen Nutzung von Präventionsmitteln bei. Im Übrigen sind Aktivitäten der Mundgesundheitserziehung unabdingbar, um bei den Beteiligten Akzeptanz zu gewinnen und sie zu veranlassen, an präventiven Programmen teilzunehmen²⁷. Außerdem besteht die ethische Verantwortung der Gesundheitsberufe, wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse zu verbreiten, unabhängig davon, ob Kinder und Eltern dieses Wissen umsetzen²⁸.

Bei sozial benachteiligten Kindern, die einen vergleichsweise schlechten Mundgesundheitszustand aufweisen, ist die Effektivität von gesundheitserzieherischen Maßnahmen erheblich *geringer* als bei Kindern mit ohnehin gutem Mundgesundheitszustand²⁹. Um die Wirksamkeit zu verbessern, ist es zum einen erforderlich, die biomedizinische Prävention vollständig zu verwirklichen. Zum anderen ist es nötig, gesundheitsbewusstes Verhalten einfacher zu machen. Das kann geschehen, indem die Lebenswelt – also das Umfeld – der Kinder aktiv verändert und gesundheitsförderlich gestaltet wird. Insbesondere Programme für Kinder mit hohem Kariesrisiko sollten sich daher nicht auf Gesundheitserziehung („Verhaltensprävention“) be-

²⁶ DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde), (o. Datum): Empfehlungen zur Durchführung der Gruppenprophylaxe. Düsseldorf. Veröffentlicht unter: <http://www.dgzmk.de/set5.htm>

²⁷ Frazier, P.J. (1992): Research on Oral Health Education and Promotion and Social Epidemiology. *J Public Health Dent* 52, 18 – 22

²⁸ Kay, E.J.; Locker, D. (1996): Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 24, 231 – 235

²⁹ Schou, L.; Wight, C. (1994): Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dent Health* 11, 97 – 100

schränken, sondern diese durch Gesundheitsförderung („Verhältnisprävention“) ergänzen. Wissens- und Kompetenzvermittlung sind zwar die Grundlage für die Entwicklung von Selbstverantwortung und Handlungskompetenz, jedoch reichen sie nicht aus, wenn nicht gleichzeitig Barrieren gegen die Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens aus dem Weg geräumt werden.

Die Gesundheitsförderung geht von der Erkenntnis aus, dass Gesundheit und Krankheit durch Faktoren der sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und physischen Umwelt mitbedingt werden, die außerhalb der Kontrolle des Individuums liegen. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, diese Faktoren positiv zu beeinflussen. Bevölkerungsgruppen werden in die Lage versetzt, diese Faktoren besser zu beherrschen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern³⁰. Viele Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben sich als ausgesprochen wirksam erwiesen. Als klassisches Beispiel gilt der Zusatz von Fluoriden zu den Zahnpasten, der einen Großteil des Kariesrückgangs bewirkte. Inwieweit Gesundheitsförderung effektiv ist, lässt sich nur quantifizieren, wenn angemessene Wirksamkeitsindikatoren verwendet werden³¹.

Gruppenprophylaxe dürfte dann am effektivsten sein, wenn sie eine ausgewogene Mischung an Maßnahmen einsetzt. Die Durchführenden der Gruppenprophylaxe könnten demnach – neben den Reihenuntersuchungen – *jeweils etwa ein Drittel* ihrer Arbeitszeit für biomedizinische Maßnahmen, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung verwenden. Programme, die einseitig nur einen Aspekt – beispielsweise nur die Gesundheitserziehung – verwirklichen, sind zu ineffektiv und entsprechen nicht dem Stand der Erkenntnisse. Die moderne *Trias der Gruppenprophylaxe* integriert biomedizinische Prävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention.

2 Wirtschaftlichkeit in der Gruppenprophylaxe

Unabhängig von der angewandten Präventionsmethode ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und damit die *Effizienz* der Maßnahmen zu berücksichtigen. Die Effizienz bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß eine auf bestimmte Weise gestaltete Gruppenprophylaxe-Maßnahme das gewünschte Resultat erbracht hat bzw. nach vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnislage erbringen kann. Der Aufwand wird verglichen mit anderen Methoden, die das gleiche Ziel erreichen. Methode der Wahl sollte die Verfahrensweise mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis sein.

Im Sinne der Wirtschaftlichkeit sollten bei der Leistungserbringung Kooperationsmöglichkeiten mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und mit Zahnärzten genutzt werden. Gruppenprophylaxe ist nicht alleinige Aufgabe der GKV, sondern auch Aufgabe der in den Ländern zuständigen Stellen. Insoweit der ÖGD Personalressourcen vorhält und bereits Leistungen erbringt, können die Krankenkassen die

³⁰ WHO (1984): Gesundheitsförderung: Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien. In: Franzkowiak, P.; Sabo, P. (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz 1993, S. 78 – 82

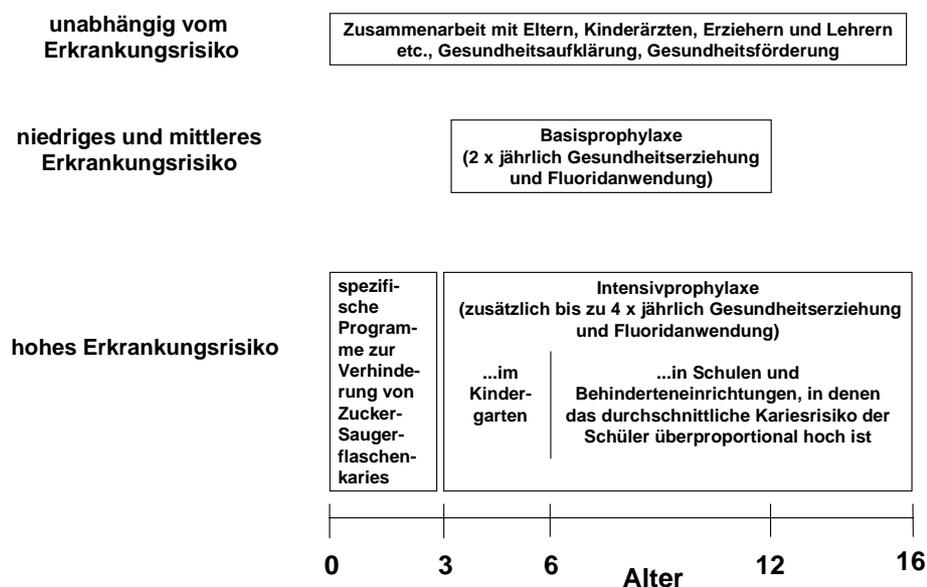
³¹ Macdonald, G. (2000): Re-designing the Evidence Base for Health Promotion. Internet J of Publ Health Educat, 2, B124 – B132

Förderung der Gruppenprophylaxe unproblematisch in Kooperation mit dem ÖGD erreichen. Nur falls hierzu keine Möglichkeit besteht, sollte Personal – wie im „Durchführungskonzept“ aus dem Jahr 1995 beschrieben – auf andere Weise vertraglich eingebunden werden.

3 Struktur der Gruppenprophylaxe im Überblick

Die nachfolgende Übersicht veranschaulicht die zeitliche Abfolge und das Ineinandergreifen der verschiedenen Prophylaxeabschnitte und -intensitäten.

Abb. 1: Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung, Basisprophylaxe und Intensivprophylaxe in verschiedenen Altersstufen. Die Sekundärprophylaxe – Reihenuntersuchung und ggf. Verweis an die Zahnarztpraxis – tritt jeweils hinzu.



4 Betreuung im frühkindlichen Alter: Schwerpunkt Saugerflaschenkaries

Zwar ist die Karies im Milchgebiss in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Das trifft jedoch nicht³² oder nur in geringem Ausmaß³³ für die schwerwiegendste frühkindliche Kariesform zu, die Zucker-Saugerflaschenkaries. Diese rasch verlau-

³² Hetzer, G.; Irmisch, B.; Geiger, L.; Kinze, H. (1995): Zur Entwicklung des Kariesbefalls bei 2- bis 16jährigen Dresdener Kindern und Jugendlichen. Oralprophylaxe 17, 142 – 146

³³ Boemans B.; Lorbeer J.; Wetzel W.-E. (1997): Häufigkeit der Milchzahnkaries bei Kleinkindern. Oralprophylaxe 19, 133 – 139

fende, in manchen Fällen komplette kariöse Zerstörung der Oberkiefer-Frontzähne und weiterer Zähne hängt in den meisten Fällen mit einer *nächtlichen* Gabe süßer Getränke durch die Saugerflasche zusammen³⁴. Vielfach wird die Saugerflasche beim Zubettgehen als „Einschlafhilfe“ benutzt und „zur Selbstbedienung“ mit ins Bett gegeben. Der Flaschensauger verlegt mechanisch den Zutritt des Speichels zu den Oberkiefer-Frontzähnen und verhindert damit die Remineralisation. In sozial benachteiligten Gruppen in den Industrieländern ist frühkindliche Karies ein gravierendes Gesundheitsproblem³⁵, das zur Verschlechterung der Allgemeingesundheit führt³⁶. An manchen Orten sind 9% der 2- bis 6-Jährigen³⁷ und in sozialen Brennpunkten nach Erkenntnissen von Jugendzahnärzten bis zu 50% der Kinder betroffen.

Vor dem Hintergrund dieser ungünstigen Entwicklung sollten die Durchführenden der Gruppenprophylaxe der Zucker-Saugerflaschenkaries größere Aufmerksamkeit zuwenden als bisher.

Laut § 21 Abs. 1 Satz 2 SGB V sollen die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe für Versicherte, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, „insbesondere in Kindergärten und Schulen“ durchgeführt werden. Eine Betreuung von anderen Gruppen ist demnach nicht ausgeschlossen. Auch in den ersten Lebensjahren sind Säuglinge und Kleinkinder in Gruppen zusammengefasst, beispielsweise in Geburtskliniken, Stillgruppen, Kinderkrippen, „Krabbelgruppen“ und Kindertagesstätten. An diesen Orten kann Gruppenprophylaxe betrieben werden.

Dabei sollte als wichtigste Botschaft verbreitet werden: „Trinken ist Trinken – und Schlafen ist Schlafen. Niemals eine Saugerflasche mit ins Bett geben!“ Das gilt auch für „Trinklernbecher“ oder Flaschen mit aufschraubarem schnabelförmigen Aufsätzen. Den Müttern sollte überdies vermittelt werden, dass die beliebten Apfelsäfte oder Obstsaft-Tee-Gemische ebenfalls kariogen sind.

Weiterhin sollte mit den Eltern zur Vorbeugung eine Reihe an Optionen besprochen und verabredet werden. Dazu gehört, so früh wie irgend möglich das Trinken aus dem Becher (nicht aus der Schnabellasse) einzuführen, die Flasche abzugewöhnen („Vergessen“ / „Verlieren“ der Flasche, allmählich Volumen reduzieren oder zuckerhaltigen Inhalt verdünnen bis zum reinen Wasser, Zeitraum zwischen Flaschengaben verlängern), süße Zwischenmahlzeiten zu reduzieren, tägliches Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpaste ab dem Durchbruch des ersten Zahns einzuführen und die Zähne regelmäßig zu inspizieren. Weiterhin sollten Kinder mit hohem Kariesrisiko regelmäßige Fluoridlack-Applikationen in Anspruch nehmen³⁸. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit sollte dies im Rahmen der Gruppenprophylaxe geschehen.

³⁴ Hirsch, Ch.; Blechschmidt, B.; Kleeberg, L.; Lautenschläger, Ch.; Waurick, M. (2000): Risikofaktoren für das Nursing-Bottle-Syndrom. *Oralprophylaxe* 22, 103 – 109

³⁵ Davies, G.N. (1998): Early childhood caries – a synopsis. *Community Dent Oral Epidemiol* 26, Suppl. 1, 106 – 116

³⁶ Wetzel, W.-E.; Grieb, A.; Pabst, W. (1993): Milchfrontzahnextraktion und ihre Folgen bei Kindern mit Nursing-Bottle-Syndrom. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 103, 289 – 275.

³⁷ Hirsch, C.; Blechschmidt, B.; Kleeberg, L.; Lautenschläger, C.; Waurick, M. (2000): Risikofaktoren für das Nursing-Bottle-Syndrom. a. a. O.

³⁸ Weinstein, P. (1998): Public health issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 26 (Suppl.), 84 – 90

Notwendig wäre darüber hinaus Initiativen der Partner der Gruppenprophylaxe, um die *Verfügbarkeit* von Plastik-Saugerflaschen herabzusetzen.

Generell können die Mitarbeiter der Gruppenprophylaxe die wichtige Funktion übernehmen, aktuelle und gesicherte Informationen an Hebammen, Kinderärzte, Zahnärzte und die Medien weiterzugeben, Aktivitäten zu initiieren und für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung zu stehen. Das gilt auch für die Informationen über die Vermeidung von Lutschgewohnheiten, Zungenfehlfunktionen, anomalem Schluckmuster und weiteren ungünstigen Gewohnheiten, die zu Zahnstellungs- und Bissanomalien führen können^{39,40}.

Zweckmäßigerweise sollte die Betreuung von Klein- und Vorschulkindern auf die gleiche Weise in Basis- und Intensivprophylaxe aufgeteilt und durchgeführt werden, wie im Folgenden für die Schüler beschrieben.

5 Flächendeckung der Gruppenprophylaxe

Flächendeckend umzusetzen ist die *Basisprophylaxe*. Ihre Inhalte und ihre Struktur werden hier kurz zusammengefasst.

5.1 Basisprophylaxe

Kinder, die Kindergärten, Schulen oder Einrichtungen besuchen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler *nicht* überdurchschnittlich hoch ist (Begriffsbestimmung für „überdurchschnittliches Kariesrisiko“ siehe Punkt 7, Seite 33), werden mit den Maßnahmen der Basisprophylaxe betreut, die im „Durchführungskonzept“ der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 25. Juli 1995 aufgeführt worden sind:

kontinuierlich bzw. nach Bedarf	einmal jährlich	zweimal jährlich
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern und Betreuern • Informationsvermittlung an die Eltern und Einholen der Einwilligung zur lokalen Fluoridierung • Gesundheitsförderungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reihenuntersuchung und ggf. Verweisung zur Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • lokale Fluoridierungsmaßnahmen mit Fluoridlack (oder mindestens zweiwöchentliches Einbürsten von Fluoridgelee bei mindestens sechsjährigen Kindern oder tägliche kontrollierte Ausgabe von Fluoridtabletten) bei Einverständnis der Eltern (Selbstbestimmungsrecht) • Gesundheitserziehungsmaßnahmen wie Mundhygieneübungen oder Ernährungsaufklärung.

³⁹ Schopf, P. (1993): Kieferorthopädie im Rahmen der oralen Präventivmedizin. Dtsch Zahnärztl Z 48, 414 – 418.

⁴⁰ Dörschug, H. (1998): Kieferorthopädische Prophylaxe. Oralprophylaxe 20, 110 – 114

Zu berücksichtigen ist, dass sich seit Veröffentlichung des „Durchführungskonzepts“ die Mundgesundheit weiter ausgesprochen positiv entwickelt hat. Der Kariesindex für einzelne Bundesländer hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. So ging der Kariesbefall bei 12-Jährigen je nach Bundesland zwischen 8% und 40% zurück⁴¹.

Gleichzeitig steigerte sich beispielsweise in Hessen der Anteil von 12-Jährigen Kindern mit *kariesfreiem Gebiss* zwischen 1994 und 1997 von 32% auf 44,2%. Das entspricht einer relativen Verbesserung um 38%⁴².

Vor dem Hintergrund des Kariesrückgangs halten es die Spitzenverbände der Krankenkassen heute für vertretbar, die Präventionsmaßnahmen entsprechend der Kariesrisikoverteilung stärker zu differenzieren. In Abhängigkeit von a) dem Mundgesundheitszustand der Schüler in der jeweiligen Schule bzw. Schulart und b) den am Ort vorhandenen Strukturen ist es legitim, in gewissem Rahmen Ressourcen „umzuschichten“ von Schulen mit geringem durchschnittlichen Kariesrisiko der Schüler auf solche mit hohem Risiko. So könnte beispielsweise – abhängig von den lokalen Gegebenheiten – die Häufigkeit der Prophylaxetätigkeiten in Hauptschulen erhöht und in Gymnasien gesenkt werden. In rheinland-pfälzischen Gymnasien findet sich beispielsweise ein DMFT-Durchschnittswert von 1,1, in Hauptschulen dagegen ein Wert von 2,6⁴³.

5.2 Aufbau der Gruppenprophylaxe in der Übergangsphase bis zur Flächendeckung

Flächendeckung zu erreichen, erfordert vielfach eine Aufstockung des Personals. Aus organisatorischen Gründen sollte der Personalausbau schrittweise geschehen. In der Übergangsphase bis zum vollständigen Ausbau können bei der Betreuung Schwerpunkte gesetzt werden. So kann die Basisprophylaxe übergangsweise zunächst in den Einrichtungen erfolgen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko hoch ist. Dies sollte jedoch kein Dauerzustand sein. Mittelfristig sollten diese Einrichtungen intensivprophylaktisch betreut und weitere Einrichtungen in die Basisprophylaxe einbezogen werden.

⁴¹ Pieper, K.; DAJ (Hrsg.) (1998): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997. Eigenverlag, Bonn, S. 96

⁴² DAJ und Pieper 1998, a. a. O., S. 37

⁴³ DAJ und Pieper 1998, a. a. O., S. 42

6 Intensivprophylaktische Maßnahmen in Schulen und Behinderten-einrichtungen mit hohem durchschnittlichen Kariesrisiko der Schüler

In den Einrichtungen, in denen das Kariesrisiko der Schüler überdurchschnittlich hoch ist (Begriffsbestimmung siehe Punkt 7, Seite 33), ist die *intensivprophylaktische* Betreuung vor Ort durchzuführen. Nach dem Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen werden bei einer voll ausgebauten Betreuung im Rahmen der Basisprophylaxe jährlich *zwei*, im Rahmen der Intensivprophylaxe zusätzlich *bis zu vier Prophylaxe-Impulse* gesetzt.

Inhalte und Frequenz der Intensivprophylaxe gestalten sich folgendermaßen (*kursiv* gedruckt sind die Inhalt, die sich von der Basisprophylaxe unterscheiden):

kontinuierlich bzw. nach Bedarf	einmal jährlich	<i>bis zu viermal jährlich</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern und Betreuern • Informationsvermittlung an die Eltern und Einholen der Einwilligung zur lokalen Fluoridierung • Gesundheitsförderungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reihenuntersuchung und ggf. Verweisung zur Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • lokale Fluoridierungsmaßnahmen mit Fluoridlack (oder mindestens zweiwöchentliches Einbürsten von Fluoridgelee bei mindestens sechsjährigen Kindern) bei Einverständnis der Eltern (Selbstbestimmungsrecht) (<i>die Ausgabe von Fluoridtabletten wird nicht als Maßnahme der Intensivprophylaxe genannt</i>) • <i>Darstellung der Plaque mit Spezialfärbemittel und -leuchte, Demonstrieren der Plaque, Herstellen weitgehender Plaquefreiheit durch angeleitetes Zähnebürsten, Kontrolle der noch vorhandenen Plaque durch die Prophylaxehelferin, Nachreinigung durch die Prophylaxehelferin (Glattflächen mit Zahnbürste, Zahnzwischenräume mit Zahnseide)</i> • Weitere Gesundheitserziehungsmaßnahmen wie z. B. Ernährungsaufklärung.

Nachfolgend sollen die in der Risikogruppe empfehlenswerten Prophylaxemethoden näher erläutert werden.

6.1 Fluoridanwendung mit Lack, Gelee, Tabletten und fluoridiertem Jodsalz

Die Anwendung von Fluoridlack ist in der Risikogruppe aus den folgenden Gründen besonders hilfreich:

- der positive Gesundheitseffekt tritt verlässlich immer ein, während nicht jede Form von Gesundheitserziehung und –förderung direkte Auswirkungen auf die Mundgesundheit hat
- der Fluoridlack wirkt sofort, im Gegensatz zu Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, die sich erst langfristig auswirken
- der Effekt ist unabhängig von sozialer Stellung und persönlicher Motivation
- Fluoride verhindern auch die Entstehung von Approximalkaries oder verlangsamen das Voranschreiten; insofern bilden sie eine ideale Ergänzung zum Schutz der Fissuren und Grübchen durch Fissurenversiegelung.

Falls Fluoridgelee angewandt wird, kann dies nur dann als effektive Prophylaxemaßnahme gelten, wenn ein Gelee mit hohem Fluoridgehalt im Jahresdurchschnitt zumindest zweiwöchentlich eingebürstet wird⁴⁴. Demnach müssten die Schulen/Einrichtungen selbst entweder wöchentlich überwachtes Zähnebürsten mit dem Gelee durchführen. Oder es müsste durch Befragung der Schüler nachgewiesen werden, dass der Anteil derjenigen, die das Gelee verlässlich mindestens zweiwöchentlich zu Hause anwenden, sehr hoch ist. Hingewiesen sei außerdem darauf, dass bei dieser Anwendungshäufigkeit nur Gelees als wirksam gelten können, die Arzneimittel sind und einen Fluoridgehalt in der Größenordnung von 1,25% aufweisen. Gele mit niedrigerem Fluoridgehalt bis maximal 0,15%, die keine Arzneimittel, sondern Kosmetika sind und eher Zahnpasten entsprechen⁴⁵, sind nicht geeignet.

In Deutschland stehen als kariesprophylaktisch verwendete systemische⁴⁶ Fluoridquellen fluoridiertes Speisesalz und Fluoridtabletten zur Verfügung. Beide Anwendungsformen wirken kariespräventiv⁴⁷. Es sollte jedoch nur *eine* Art der systemischen Fluoridierung genutzt werden, da sonst eine erhöhte Rate an Dentalfluorosen (Schmelzflecken) zu befürchten ist⁴⁸. Bei Kindern im Schulalter besteht allerdings *kein* Dentalfluoroserisiko mehr an den Zähnen im sichtbaren Bereich, weil zu diesem Zeitpunkt nur noch der Schmelz der zweiten Prämolaren und der bleibenden Molaren und der zahnhalbsnahe Teil der oberen Eckzähne mineralisiert⁴⁹. Vor diesem Hintergrund wurde vorgeschlagen, Fluoridtabletten nur bei Kindern über sieben Jahren

⁴⁴ van Rijkom, H.M.; Turin, G.J.; van 't Hof, M.A. (1998): A Meta-Analysis of Clinical Studies on the Caries-Inhibiting Effect of Fluoride Gel Treatment. *Caries Res* 32, 83 – 92. – Abb. 1, S. 89, der Publikation zeigt die Unterschiede in der Wirksamkeit bei den Studien (Nr. 13, 14.1 und 14.2) auf, die mit gleich hoch dosiertem Fluoridgelee, aber unterschiedlicher Applikationshäufigkeit durchgeführt wurden.

⁴⁵ Schröder, F.W. (1999): Fluoridpräparate – einmal aus völlig anderer Sicht. *Oralprophylaxe* 21, 86 – 91

⁴⁶ im ganzen Körper verfügbar; Gegensatz: lokale Anwendung = nur in der Mundhöhle, direkt an den Zähnen

⁴⁷ Hotz, P.R. (1997): Anwendung der Fluoride in der Zahnmedizin. *Oralprophylaxe* 19, 11 – 18

⁴⁸ Burt, B.; Marthaler, T.M. (1996): Fluoride tablets, salt fluoridation, and milk fluoridation. In: Fejerskov et al.: *Fluoride in Dentistry*. A. a. O.; S. 291 – 310

⁴⁹ Marthaler, T.M. (1994): Präventive Kariologie und Parodontologie. In: Stöckli, P.B.; Ben-Zur, E.D. (Hrsg.): *Zahnmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart – New York, 1994, 70 – 100.

mit hohem Kariesrisiko anzuwenden⁵⁰. Existierende Fluoridtabletten-Programme in Schulen können unter diesen Prämissen weitergeführt werden. Die Gesamtfluoridaufnahme sollte bis zum Schuleintritt des Kindes individuell erfragt werden⁵¹. Nach diesem Alter ist eine individuelle Erhebung der systemischen Fluoridaufnahme nicht zwingend erforderlich.

Im Kindergartenalter dagegen ist der Verwendung fluoridierten Jodsalzes zum Kochen und Salzen in den Familien der Vorzug vor der Tablettenfluoridierung zu geben. Vom Gebrauch fluoridierten Jodsalzes profitiert die ganze Familie⁵².

6.2 Mundgesundheitserziehung

Zur optimalen Zeitdauer von Erziehungsimpulsen in der Gruppenprophylaxe liegen keine vergleichenden Studien vor. Bei Schulkindern ist wenig plausibel, dass ein Erziehungsimpuls von z. B. einer Stunde eine nachweislich höhere Effektivität haben sollte als ein gut strukturierter Impuls von z. B. 20 Minuten. Ein Programm bei 8-jährigen Schulkindern, in dem die Mundgesundheitsaufklärung 30 Minuten dauerte, erwies sich als effektiv im Hinblick auf Wissen und Verhaltensparameter⁵³. Vor diesem Hintergrund kann der zeitliche Umfang der Gesundheitserziehung relativ knapp gehalten werden. Themen- und methodenspezifisch kann die Zeitdauer variieren. Da wiederholte Besuche in der Einrichtung erfolgen, empfiehlt es sich, beim einzelnen Besuch einen klar abgegrenzten thematischen Schwerpunkt zu setzen. Dadurch wird bei den Kindern und Jugendlichen das Interesse aufrechterhalten.

Gesundheitserziehung wird definiert als jedes gezielte Herstellen von Lerngelegenheiten, mit denen die Beteiligten für freiwilliges, der Gesundheit dienliches Verhalten empfänglich gemacht, dazu befähigt oder darin bestärkt werden⁵⁴. Je nach methodischem Ansatz sind die Ziele der Gesundheitserziehung durchaus unterschiedlich. Bei einem auf *Krankheitsverhütung und Verhaltensänderung* zielenden Erziehungsmodell werden Kenntnisse, Werte, Einstellungen und praktische Fertigkeiten vermittelt und zur Selbstvorsorge angeleitet. Informationen werden außerdem schriftlich und über die Massenmedien verbreitet. In einem die *Persönlichkeitsentwicklung* fördernden Modell wird verbesserte Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein vermittelt, die Selbstbefähigung gefördert, durch Simulation und Rollenspiel Fähigkeiten zur eigenständigen Entscheidung geübt und letztlich freiwillige Entscheidungsfindung auf voller Informationsbasis unterstützt.

⁵⁰ Burt, B.; Marthaler, T.M. (1996), a. a. O.

⁵¹ Hetzer, G. (1999): Dentalfluorosen: Prävalenz, Risiko und Bewertung von Schmelzflecken. Oralprophylaxe, Sonderheft 1999, S 36 – S 39

⁵² Spitzenverbände der Krankenkassen (1997): Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Empfehlungen von DGZMK/DGK/DGE zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden (1996) vom 24. 02. 1997. Typoskript, Kassel

⁵³ Schou, L.; Wight, C., Wohlgemut, B. (1991): Deprivation and dental health. The benefits of a dental health campaign in relation to deprivation as estimated by the uptake of free meals at school. Community Dent Health 8, 147 – 154

⁵⁴ Green, L.W.; Kreuter, M.W. (1991): Health Promotion Planning – An Educational and Environmental Approach. 2. ed. Mayfield Publishing Company, Mountain View

Bei einem auf *Veränderungen im Umfeld* der Schüler zielenden Modell der Gesundheitserziehung wird in Gruppendiskussionen, aber auch über die Medien kritisches Bewusstsein geweckt, Fähigkeiten vermittelt, Unterstützung geleistet, die Zusammenarbeit des sozialen Netzwerks gefördert, durch Lobbyarbeit anwaltschaftlich für Gesundheitsbelange eingetreten und Gesundheitsfragen auf die politische Tagesordnung gebracht⁵⁵. Gesundheitserziehung sollte sich nicht nur an die Schüler richten. Weitere Adressaten sind Eltern, Lehrer/Betreuer und Mitschüler als Mediatoren, Schuldirektoren, Hausmeister und Küchenleiter. Anzusprechen sind die allgemeine Öffentlichkeit, Akteure im Umfeld der Schule aus gesundheitsrelevanten Bereichen wie Ernährung, Handel, Soziales, Freizeit, Verkehr und Sport, Entscheidungsträger auf allen Ebenen von Politik und Verwaltung und Schlüsselpersonen aus dem kulturellen und religiösen Bereich, auch von Gemeinschaften anderer Herkunft und Sprache.

Lehrer und Betreuer sind insofern wichtige Zielpersonen der Gruppenprophylaxe, als es notwendig ist, ihre Unterstützung zu gewinnen. Eine negative Haltung des Erziehungspersonals gefährdet Lerneffekte und mögliche Verhaltensänderungen bei den Schülern. Ideal ist es, wenn Lehrer und Betreuer die Maßnahmen wie Fluoridapplikation und Nachreinigung der Zähne gemeinsam mit ihren Schülern absolvieren. Falls täglich Zähne geputzt oder wöchentlich Fluoridgelee eingebürstet werden soll, ist die aktive Unterstützung ohnehin unabdingbar.

Zahnpflege wird nur zum geringen Teil aus Gesundheitsgründen betrieben. Sie ist vielmehr Routineverhalten mit Bezug zur Körperpflege und zur Pflege des äußeren Erscheinungsbildes wie auch zum Gewinn eines Wohlgefühls durch „Mundfrische“⁵⁶. Gleichzeitig ist Mundpflege Teil der *allgemeinen* Lebensweise, die stark von den Werten und Überzeugungen im familiären und sozialen Umfeld der Jugendlichen geprägt ist⁵⁷.

Traditionelle Gesundheitserziehung setzte wenig erfolgreich auf die Vermittlung von Informationen und auf moralische Appelle zu „richtigem“ Gesundheitsverhalten. Neuere Ansätze versuchen, die Interessen von Jugendlichen anzusprechen (Lebensweltnähe), ohne belehrend zu wirken. Ziel ist, in der Gleichaltrigengruppe gesundheitsförderliche Normen zu entwickeln und soziale Unterstützung, ein positives soziales Klima untereinander aufzubauen. Gesundheitsförderliche Wertvorstellungen werden bestärkt. Wesentlich bei Heranwachsenden ist, den *unmittelbaren* – nicht den zukünftigen – Nutzen von Verhalten und realisierbare Alternativen zu gesundheitsgefährdendem Verhalten aufzuzeigen⁵⁸.

⁵⁵ Tones, K.; Tilford, S. (1994): Health education. Effectiveness, efficiency and equity. 2. Aufl. Chapman & Hall, London

⁵⁶ Hodge, H.C.; Holloway, P.J.; Bell, C.R. (1982): Factors associated with toothbrushing behaviour in adolescents. Br Dent J 152, 49 – 51

⁵⁷ Schou, L.; Currie, C.; McQueen, D. (1990): Using a „lifestyle“ perspective to understand toothbrushing behaviour in Scottish schoolchildren. Community Dent Oral Epidemiol 18, 230 – 234

⁵⁸ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1993): Handbuch Gesundheitsförderung und Erlebnispädagogik in der Jugendarbeit. Erfahrungen und Empfehlungen aus der Kampagne: Ohne Rauch geht's auch! Eigenverlag, Köln

Prinzipien der Mundgesundheitserziehung sind⁵⁹:

- Alltagsbezug (von den alltäglichen Vorstellungen der Kinder und Jugendlichen ausgehen)
- Selbsttätigkeit (aktiv Kenntnisse erarbeiten)
- praktische Tätigkeit (Fertigkeiten üben, Plaquekontrolle in der Schule und zu Hause selbst durchführen nach dem Motto „Profis, die trainieren müssen“⁶⁰).

Als neue, im Rahmen der Gruppenprophylaxe zu betreuende Gruppen sind die 12- bis 16-Jährigen hinzugekommen. Inhalte und Methoden der Mundgesundheitserziehung sind an ihren Entwicklungsstand und ihre Bedürfnisse anzupassen. Die Kenntnis der verschiedenen körperlichen und psychosomatischen Beeinträchtigungen im Jugendalter, der Risiken und Chancen der Entwicklung in diesem Lebensabschnitt, der geschlechtsbezogenen Prävention und der verschiedenen Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung⁶¹ ist hierzu sehr nützlich. Das Mundgesundheitsteam sollte vertraut sein mit den Freizeitaktivitäten, kulturellen und religiösen Gewohnheiten und insbesondere der spezifischen Vorstellungswelt der Jugendlichen. Prophylaxefachkräfte anderer Herkunftssprache können diesbezüglich wertvolle Hinweise geben.

Hohes Interesse besteht bei den Jugendlichen an „gutem Aussehen“ und sozialer Anerkennung. Darauf aufbauend, mag das Mundgesundheitsteam zwar betonen, gute Mundgesundheit sei wichtig für Aussehen und Akzeptanz („ein gepflegter Mund kommt beim Küssen besser an“). Aber das bleibt häufig folgenlos, weil die Jugendlichen den Mundbereich als Tabuzone empfinden. Eine tiefergehende Befassung mit dem Thema „Mund-Attraktivität“ mag leichter werden, wenn allgemeine Körperpflege im Vordergrund steht. Über Haarpflege und Schminken gelingt auch die schrittweise Annäherung an die Themen Lippen, Zähne, Plaque und Mundgeruch. Eine weitere Möglichkeit ist, „Körpersprache und Attraktivität“ zu thematisieren. Hier lassen sich für Jugendliche Einsichten zur Bedeutung beispielsweise des Lächelns im Bezug zur Mundgesundheit erfahrbar gestalten.

Leichter umsetzbar wird gute Mundpflege, wenn auf frühere Erfolgserlebnisse hingewiesen wird und konkrete neue Verhaltensbeispiele gegeben werden. Bei einer solchen Unterrichtseinheit ist eine Aufteilung nach Geschlechtern sinnvoll⁶². Die jeweils andere Gruppe nimmt unterdessen beispielsweise an der Fluoridapplikation teil, oder sie bearbeitet in Kleingruppen eigenständig kurzgefasste Aufgaben. Dabei wechseln die Kinder oder Jugendlichen von einer „Station“ zur nächsten.

⁵⁹ Pastille, R.: (2000): Zahnmedizin live. Workshop, DAJ-Fortbildungstagung, Marburg, 12.04.2000

⁶⁰ Reihlen, E. (2000): Lernimpulse für das 5. und 6. Schuljahr. Vortrag, DAJ-Fortbildungstagung, Marburg, 11.04.2000

⁶¹ Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. (Hrsg.) (1995): Jugend und Gesundheit. Juventa Verlag, Weinheim, München

⁶² Künkel, A.: Workshop „Jugendliche in der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe“, DAJ-Fortbildungstagung, Marburg, 12.04.2000

Wenn Einstellungen verändert und Handlungskompetenzen verbessert werden sollen, um das Selbstbild und den Gesundheitsbegriff der Jugendlichen zu beeinflussen („Empowerment-Ansatz“), wäre es zu wenig, Veränderungen allein im Mundgesundheitsbewusstsein und –verhalten zu erwarten. Mundgesundheitserziehung sollte dann in Zusammenhang mit Unterrichtseinheiten zu anderen Gesundheitsthemen betrieben werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem Leitfa-den für die Primärprävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V die folgenden prioritären Handlungsfelder beschlossen:

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressreduktion/Entspannung
- riskanter Genuss- und Suchtmittelkonsum⁶³.

Teilweise lässt sich Mundgesundheitserziehung in direktem Zusammenhang mit diesen Themen realisieren. Wenn das Körperbewusstsein gefördert werden soll, können Bezüge nicht nur zu den Bewegungsgewohnheiten und zur Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen, sondern auch zum Mundbereich hergestellt werden. Optimierte Mischkost als gesundheitsfördernde Ernährungsweise vermindert auch übermäßigen Zuckerkonsum. Rauchen und Gingivitis hängen eng zusammen, ebenso wie Sport und die Vorbeugung von sportbedingten Zahn-, Mund- und Kieferverletzungen.

6.3 Gesundheitsförderung

Traditionelle Gesundheitserziehung „funktioniert“ bei sozial benachteiligten Gruppen schlechter als bei privilegierten⁶⁴. Sozialen Ungleichheiten beim Gesundheitszustand kann einerseits erfolgreich durch biomedizinische Prävention entgegengewirkt werden. Daneben sollte *Gesundheitserziehung* in *Gesundheitsförderung* integriert werden. „Verhaltensbezogene“ Ansätze sind meist nur erfolgreich, wenn ihnen eine „verhältnisbezogene“ Komponente – Gesundheitsförderung – hinzugefügt wird⁶⁵. Das gilt für alle Zielgruppen der Gruppenprophylaxe von 0 bis 16 Jahre.

Ob eine Aktivität der Gesundheitsförderung zuzurechnen ist, kann daran gemessen werden, ob sie gesundheitsförderliche Lebensumstände herstellt und dadurch eine gesunde Lebensweise leicht umsetzbar macht („Make the healthy choices easy

⁶³ Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000. Typoskript, Bergisch Gladbach.

Ebenfalls veröffentlicht unter: <http://www.g-k-v.com/newsaktdisk26062000.html>

⁶⁴ Schou, L.; Wight, C. (1994): Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dental Health* 11, 97 – 100

⁶⁵ Settertobulte, W.; Hoepner-Stamos, F.; Hurrelmann, K. (1997): Gesundheitsförderung in der Schule. In: Altgeld, Th.; Laser, I.; Walter, U.: *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden?* Juventa Verlag. Weinheim, München, 91 – 102

choices“). Hierzu werden erzieherische, politische und regulatorische Aktivitäten und Organisationsentwicklung eingesetzt^{66,67}. Gesundheitsförderung

- schafft unterstützende, gesundheitsförderliche Lebenswelten (das Umfeld, in dem die Kinder leben)
- entwickelt eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- unterstützt Aktionen im Gemeinwesen
- entwickelt persönliche Kompetenzen und
- orientiert die Gesundheitsdienste auf Prävention.

Wesentliche Arbeitsprinzipien sind⁶⁸:

- Interessen vertreten: aktives anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheitsbelange, Lobbyarbeit
- zu selbstbestimmtem Handeln befähigen (Empowerment) und Ressourcen mobilisieren (Befähigen, Enablement⁶⁹)
- vermitteln und vernetzen: koordiniertes Zusammenwirken verschiedener Bereiche bewirken.

Das Hinwirken auf unterstützende Lebenswelten und die Unterstützung von gemeinschaftlichen Aktionen kann illustriert werden durch eine lokale, erfolgreiche Kampagne für zahnfreundliche Süßwaren⁷⁰. Auf Betreiben eines Zahnarztes verpflichtete sich die Kaufmannschaft in Aurich in den Einzelhandelsgeschäften öffentlich dazu, keine zahnschädlichen Süßigkeiten mehr an Kinder zu verschenken. Die Aktion wurde durch Kinderfest, Malwettbewerb, „Putzbrunnen“, Presseartikel, Informationsstand und Plakate flankiert.

Ein Beispiel dafür, wie Zahnärzte durch ihr „anwaltschaftliches“ Bemühen eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ bewirkten, bot die Einführung von fluoridiertem Jodsalz⁷¹. Der Initiative eines zahnärztlichen Berufsverbandes war es zu verdanken, dass zunächst Fluoridsalz mit Bezug auf das Europarecht aus dem Ausland eingeführt werden konnte, und dass das Bundesgesundheitsministerium 1992 eine Genehmigung zur deutschen Herstellung von Speisesalz mit Fluorid- und Jodzusatz erteilte.

⁶⁶ Green und Kreuter 1991, a. a. O.

⁶⁷ Göpel, E. (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen – Einleitung. In: Pelikan, J.M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Juventa Verlag, Weinheim, München, 286 – 297

⁶⁸ World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion, November 17 – 21, 1986., WHO, Kopenhagen

⁶⁹ WHO (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Eigenverlag, Genf

⁷⁰ Hendriks, J. (1999): Nur noch zahnfreundliche Süßwaren an den Ladenkassen! Oralprophylaxe 21, 47 – 48

⁷¹ Friel, H. (1993): Kariesprophylaxe jetzt beim Essen. Zahnärztliche Mitteilungen 83, 22 – 33

Auf ähnliche Weise können die Mitarbeiter der Gruppenprophylaxe gesundheitsförderliche, aber auch gesundheitsschädigende kommerzielle Produkte bewerten. Sie sollten Entscheidungsträger ebenso wie Vertreter verschiedener Gruppen gezielt darüber informieren und ggf. um Unterstützung bitten.

Das Prinzip der Entwicklung persönlicher Kompetenzen wird in der Mundgesundheitserziehung durch Mundhygienetraining umgesetzt.

Die Durchführenden der Gruppenprophylaxe verwirklichen „Vermittlung und Vernetzung“, wenn sie mit Personen und Institutionen inner- und außerhalb des gesundheitlichen Versorgungsbereichs zusammenarbeiten. Auf kommunaler Ebene sind dies niedergelassene Zahnärzte und Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, Kinderärzte, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Schulbehörden, Jugendhilfe, allgemeiner sozialer Dienst, Familienbildungsstätten und andere.

Schulen, Kindergärten, Kindertagesstätten und andere Einrichtungen sind Orte, die gute Möglichkeiten zur Förderung von Gesundheit bieten. Die Gruppenprophylaxe verwirklicht den „Setting-Ansatz“. Settings sind Lebensbereiche, in denen die Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, wie Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc., und die Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders Erfolg versprechend, weil in den Settings gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert werden können.

Die Gesundheitsförderung kann zu wesentlichen Teilen bereits durch das Erziehungspersonal geleistet werden⁷². Regelmäßige Unterstützungsimpulse durch Fachleute sind aber zweifellos nützlich und erforderlich. Mundgesundheitsförderung in der Schule kann sich integrieren in die *allgemeine* Gesundheitsförderung/Primärprävention mit ihren Handlungsfeldern (s. S. 29). Sie fügt sich ebenfalls gut in ein übergreifendes Konzept der „gesundheitsfördernden Schule“ ein. Dieses hat drei Hauptelemente. Erstens wird Gesundheit im formalen Lehrplan in Fächer wie Biologie, Ernährungslehre und Sport einbezogen. Zweitens werden Beziehungen zwischen Schule, Zuhause und der Umgebung der Schule hergestellt. Das kann beispielsweise dadurch geschehen, dass gemeinsam Regeln für das von den Eltern mitgegebene oder in der Umgebung gekaufte Schulfrühstück erarbeitet werden. Drittens wird Gesundheit beeinflusst, indem das „Schulklima“ verbessert wird. Hierzu gehören die Vorbildfunktion der Lehrer und fürsorgliche Beziehungen innerhalb der Schule und in der Umgebung⁷³, Pausengestaltung, Stress-/Aggressionsabbau, Stärkung der psychosozialen Kompetenzen und Erziehung zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung, aber auch Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie die Gebäude-/Raumgestaltung und veränderte Arbeits- und Lernabläufe. Zwei Modellversuche („Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen“ und „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – OPUS“) belegen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln und Erfahrungen über ein Netzwerk mit

⁷² Lehner, I. (1991): Fühlst Du dich nicht wohl? Gesundheitsförderung im Kindergarten. Freiburg i.Br.

⁷³ Watt, R.; Fuller, S. (1997): Approaches in oral health promotion. In: Pine, C.M.: Community Oral Health. Reed Educational and Professional Publishing Ltd., Oxford, 238 – 251

Zentren in den beteiligten Bundesländern auszutauschen⁷⁴. Mittlerweile sind viele Wege zu einer gesünderen Schule aufgezeigt worden⁷⁵.

Teil einer Initiative „gesundheitsfördernde Schule“ kann es sein, gemeinsam mit den Kindern „gesunde“ Angebote für Schulfrühstück und das Mittagessen in der Schule einzuführen. Dadurch wird die Auswahl gesundheitsförderlicher Nahrungsmittel (fettarm, calcium-, vitamin- und ballaststoffreich, zuckerarm) und Getränke ermöglicht und erleichtert. Nebenbei profitieren auch andere Aspekte der Erziehung. Kinder und Jugendliche werden vertraut mit Nahrungsmitteln, zu denen sie zu Hause keinen Zugang haben. Sie erproben soziale Fähigkeiten, die mit der Organisation von Mahlzeiten verbunden sind, oder sie entwickeln die „unternehmerischen“ Fähigkeiten, um einen Esswarenverkauf aufzubauen. In der Gemeinschaftsverpflegung gehört zur Mundgesundheitsförderung das Einholen einer Ausnahmegenehmigung für die Verwendung fluoridierten Jodsalzes dazu. Sorgfältige Vorausplanung und optimale Kooperation mit den Jugendlichen, Lehrern, Direktoren, Hausmeistern, Küchenleitern, Eltern und Ärzten ist erforderlich. Die Zusammenarbeit ist ebenso nötig, wenn in Schulen oder Behinderteneinrichtungen Zahnpflegeräume geschaffen, Zähneputzen als Norm eingeführt oder Fluoride angewandt werden sollen.

6.4 Sekundärprävention

Wichtig ist die Sanierung bestehender Kariesläsionen. Die häufige Präsenz des Prophylaxeteams in den Einrichtungen hilft, Barrieren gegenüber dem Zahnarztbesuch abzubauen, indem der Behandlungsbedarf vermittelt wird. Darüber hinaus kann das Prophylaxeteam „gegenseitige Hilfe“ der Schüler anregen. Vielfach bestehen praktische Barrieren, wenn Kinder aus Problemfamilien Schwierigkeiten haben, Termine einzuhalten, oder ihnen der Kontakt zu einer Praxis fehlt. Ein Schulfreund kann hier einen Zahnarzt in der Nähe empfehlen, den Mitschüler zum Besuch motivieren und mit Einwilligung der Eltern den Mitschüler zum Besuch begleiten.

6.5 Besondere Präventionsinhalte bei 12- bis 16-Jährigen

Mit etwa 12 Jahren bricht der zweite Molar durch. In der Zeit nach dem Durchbruch vollzieht sich die sekundäre Schmelzreifung, und die Zähne sind besonders kariesanfällig. Bei kariesgefährdeten Kindern ist dafür zu sorgen, dass eine Fissurenversiegelung vorgenommen wird. Im Jugendlichenalter steigt die Kariesgefährdung auch dadurch an, dass sich proximale Kariesläsionen entwickeln („Jugendlichenkaries“). Fluoridanwendung, Mundhygiene einschließlich des Gebrauchs von Zahnseide oder anderen Mitteln zur Zahnzwischenraum-Pflege und Ernährungslenkung können schützen.

⁷⁴ Barkholz, U.; Paulus, P. (1998): Gesundheitsfördernde Schulen. Konzepte, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung. Conrad-Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg

⁷⁵ Paulus, P.; Brückner, G. (Hrsg.) (2000): Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen – Handlungsfelder – Bewertungen. dgvt Verlag, Tübingen

Bei einem Drittel der 12-Jährigen finden sich bereits ausgeprägte gingivale Entzündungen. Gingivitis wird als Wegbereiter für im Erwachsenenalter auftretende Parodontalerkrankungen angesehen⁷⁶. Um dem vorzubeugen, sollten auch Heranwachsenden bessere Mundhygienetechniken vermittelt werden.

Gruppen- und Individualprophylaxe waren allerdings hinsichtlich der Verbesserung von Gingivitis im Jugendlichenalter im letzten Jahrzehnt nicht erfolgreich. Der durchschnittliche Papillenblutungsindex (Maßzahl für Zahnfleischentzündung) blieb zwischen 1989 und 1997 bei Jugendlichen in Westdeutschland *gleich*, wobei schwere Zahnfleischentzündungen sogar von 26% auf 32% zunahmen^{77,78}. Gesundheitschancen können nicht zuletzt dadurch erhöht werden, dass der Zugang der Kinder und Jugendlichen zu gesundheitsfördernden *Produkten* verbessert wird⁷⁹. Insofern sollten die in der Gruppenprophylaxe Tätigen auf Mittel und Gegenstände der Hygiene und Körperpflege und des täglichen Bedarfs hinweisen, die nachweislich einen besonders ausgeprägten Gesundheitsnutzen aufweisen⁸⁰. Im Alter ab 12 Jahre ist die manuelle Geschicklichkeit so ausgeprägt, dass die Pflege der Zahnzwischenräume mit Zahnhölzchen, Zahnseide und ggf. dünnen Interdentalraumbürstchen vermittelt werden sollte. Wiederholte Übungen sind erforderlich.

Das Fachpersonal der Gruppenprophylaxe kann über die Vorbeugung und Behandlung von Zahnfehlstellungen und Kieferfehlentwicklungen informieren und die Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung unterstützen.

Beim Schul- und Freizeitsport besteht eine hohe Gefahr für Frontzahnverletzungen. Das Gruppenprophylaxe-Fachpersonal kann auf Schutzmöglichkeiten⁸¹ hinweisen.

7 Ermittlung von Einrichtungen mit überproportional hohem durchschnittlichen Kariesrisiko der Schüler

Wenn der Gesetzgeber im modifizierten § 21 SGB V fordert, Einrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, bis zum 16. Lebensjahr intensiv zu betreuen, ist festzustellen, auf der Basis welcher Parameter das „durchschnittliche Kariesrisiko“ gemessen werden soll. Gleichfalls stellt sich die Frage, mit welchen Vergleichswerten der in der einzelnen Schule erhobene Durch-

⁷⁶ Reich, E. (1999): Parodontalerkrankungen bei den Jugendlichen. In: Micheelis, W.; Reich, E.; Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Köln, 231 – 241

⁷⁷ Reich, E. (1991): Ergebnisse zur Prävalenz von Parodontopathien. In: Micheelis und Bauch 1991, a. a. O., S. 261 – 296

⁷⁸ Reich, E. (1999), a. a. O.

⁷⁹ WHO: Empfehlungen der 2. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Adelaide, 1988. In: Franzkowiak und Sabo (1993), a. a. O., S. 101 – 107.

⁸⁰ z. B. Zimmer, S.; Didner, B.; Roulet, J.-F. (1999): Clinical study on the plaque-removing ability of a new triple-headed toothbrush. J Clin Periodontol 26, 281 – 285

⁸¹ Mischkowski, R.A.; Zöller, J.E. (2000): Mundschutz zur Vorbeugung von sportbedingten Zahn-, Mund- und Kieferverletzungen. Stellungnahme der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 55, 151 – 152

schnitt in Beziehung zu setzen ist. Weiterhin ist zu definieren, ab welchem Punkt das Kariesrisiko „hoch“ ist.

7.1 Sozialschichtabhängigkeit des „durchschnittlichen Kariesrisikos“

Das Kariesvorkommen und das Kariesrisiko verteilen sich nicht gleichmäßig und „zufällig“ über alle Kinder und alle Schulen. Im gleichen Stadtbezirk findet sich in Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, ein dreieinhalb mal höherer DMFT-Mittelwert als bei den Schulen, in denen dies nicht zutrifft (s. Abb. 2, Seite 35).

Indem der Gesetzgeber von „schichtspezifisch erhöhtem Kariesrisiko“ spricht⁸², stellt er einen Bezug her zwischen Kariesrisiko und sozialer Ungleichheit. Dieser Zusammenhang ist durch viele Untersuchungen belegt. Einen höheren Anteil an Kindern aus niedrigeren Sozialschichten haben einzelne Schulformen wie etwa die Hauptschule. Das Gleiche gilt für Schulen, die in sozialen Brennpunkten oder schlechter gestellten Stadtteilen liegen. Dort konzentriert sich dann auch das Kariesaufkommen.

Mit dem Bezug auf das *durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler* in der jeweiligen einzelnen Einrichtung legt der Gesetzgeber fest, dass nicht ein „individuelles“, sondern ein „einrichtungsbezogenes“ Kariesrisiko festzustellen ist. Es ist demnach gesetzlich *nicht* vorgesehen, zu versuchen, das Kariesrisiko jedes einzelnen Schülers zu ermitteln.

7.2 Ausmaß des Kariesrisikos und Größe der zu betreuenden Gruppe

Der Gesetzgeber beschreibt in § 21 Abs. 1 Satz 3 SGB V ein vom Erkrankungsrisiko abhängiges Prophylaxeprogramm. Erkrankungsrisiken liegen immer zwischen dem *einen* Extrem „sehr geringes Risiko“ und dem *anderen* Extrem „Erkrankung steht höchstwahrscheinlich bevor“. Typischerweise hat ein großer Teil der Gesamtgruppe ein nur geringes Risiko. Immer kleiner werdende Anteile der Gesamtgruppe weisen dann immer höhere Risiken auf. Mit naturwissenschaftlichen Methoden kann bei dieser Verteilung *nicht* abgegrenzt werden, ab welchem Punkt ein „hohes“ Risiko besteht. Es ist daher eine *gesellschaftlich* zu definierende Frage, bis zu welchem Ausmaß Erkrankungsrisiken als „gerade noch akzeptabel“ und ab welchem Ausmaß sie als „nicht mehr hinnehmbar“ angesehen werden. Die politische Ebene, Eltern, Leistungserbringer, Kostenträger und andere Beteiligte müssen sich einigen, wo sie die Grenze ziehen. Dabei sind Effektivität, Praktikabilität, Akzeptabilität und Kosten zu berücksichtigen.

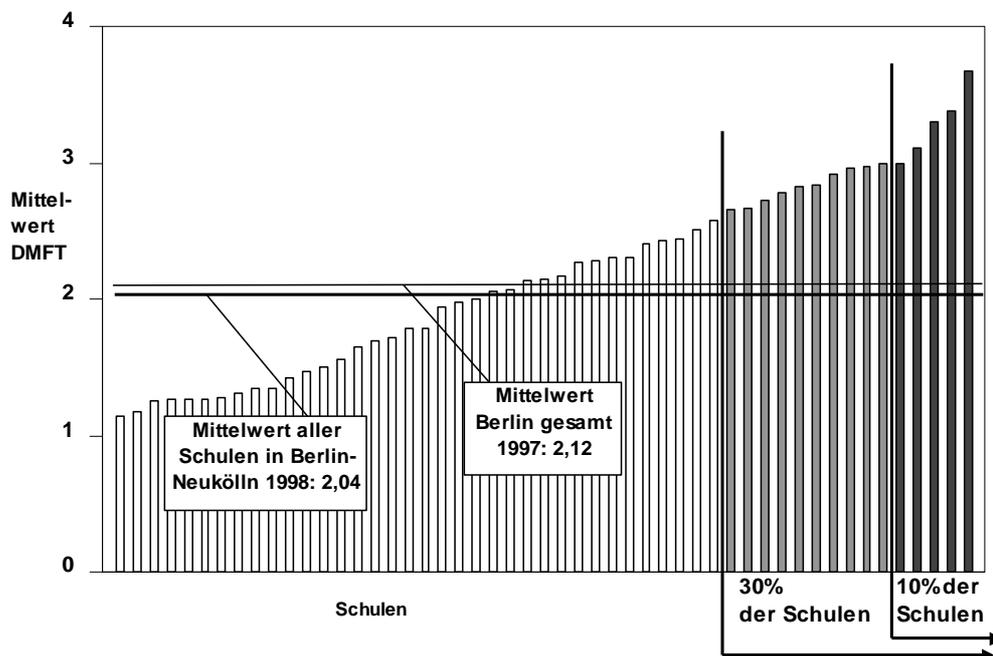
Die Festlegung des Grenzwertes für ein interventionsbedürftiges Risiko hat weitreichende Folgen. Aus der Lage des Grenzwertes resultiert die Größe der Gruppe.

⁸² Bundestagsdrucksache 14/1245: Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

Würde schon ein mittelmäßig ausgeprägtes Risiko als Interventionsgrund angesehen, wären 50% der Gesamtgruppe zu betreuen. Bei einem höher ausgeprägten Risiko wären es nur noch 15%, bei einem extrem hohen Risiko beispielsweise nur noch 5% oder 2%.

Abb. 2 zeigt an einem Beispiel auf, wie sich das auf Einrichtungen bezogene Kariesvorkommen und –risiko in einem Stadtteil mit über 300.000 Einwohnern verteilt.

Abb. 2: Verteilung der DMFT-Mittelwerte aller Schulen in Berlin-Neukölln 1998/99. Angaben bezogen auf 12-Jährige; N = 1627. Jeder Balken zeigt den Mittelwert einer einzelnen Schule an. Quelle: Zahnärztlicher Dienst des Bezirksamts Berlin-Neukölln, 2000



In der Begründung zur GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden 10 Mio. Mark für die Erweiterung der Intensivprophylaxe auf neue Altersgruppen veranschlagt. Je nach lokal vorhandenen Strukturparametern wie etwa der Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, dem Ausmaß der Erkrankungen und der beabsichtigten Intensität der Betreuung können unterschiedliche Anteile der Altersgruppe der 12- bis 16-jährigen Schüler betreut werden. So wird es unter gewissen Gegebenheiten möglich sein, 10% der Schulen zu betreuen, unter anderen Gegebenheiten auch einen höheren Prozentsatz, ggf. bis zu 30%.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass bei dem generellen Kariesrückgang auch der Anteil der von Karies besonders stark betroffenen Schüler kleiner wird. Die Gruppe der 12-jährigen Kinder mit mehr als vier erkrankten oder gefüllten Zähnen verringerte sich von 17% in 1994 auf 11% in 1997⁸³. Das entspricht einer Verkleinerung dieser Gruppe um 35% in nur drei Jahren.

⁸³ DAJ (Hrsg.); Pieper, K. (1998): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997. Eigenverlag, Bonn

7.3 Methoden der Risiko-Einstufung

Sofern schon bisher in einzelnen Schulen und Behinderteneinrichtungen spezifische Programme bestehen, sollten sie ohne erneute Risiko-Einschätzung weitergeführt werden. Gegebenenfalls kommen in diesen Einrichtungen zusätzliche Altersgruppen hinzu.

Falls noch keine Risiko-Einschätzung vorliegt, sollten Methoden herangezogen werden, die eine möglichst hohe Treffsicherheit aufweisen. Beispielsweise erfüllen Speicheltests zur individuellen Kariesrisikobestimmung nicht diese Anforderung⁸⁴.

Die nachfolgend wiedergegebenen Auswahlkriterien für Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen eine Intensivbetreuung stattfinden soll, stützen sich auf eine Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaft⁸⁵. Nach dieser Stellungnahme sollen zur Auswahl von Schulen und Behinderteneinrichtungen mit einem erhöhten durchschnittlichen Kariesrisiko keine absoluten DMFT-Werte festgelegt werden. Solche Werte würden den Veränderungen des Kariesaufkommens im Zeitverlauf nicht gerecht werden. Darüber hinaus würden bundesweit festgesetzte Risiko-Grenzwerte in Regionen mit unter- bzw. überdurchschnittlich hohem Kariesbefall zu unangemessenen Größen der zu betreuenden Gruppen führen.

Die Fachgesellschaft empfiehlt die folgenden Auswahlkriterien für eine gruppenbezogene Risiko-Einschätzung:

Wenn keine kariesepidemiologischen Daten vorliegen:

- kommunale Sozialstatistik
- Art der Einrichtung.

Wenn kariesepidemiologische Daten aus Reihenuntersuchungen verfügbar sind:

- DMFT-Durchschnittswerte oder Prozentsatz kariesfreier Kinder
- Rangfolge der Schulen bzw. Behinderteneinrichtungen.

7.3.1 Methode 1: Einstufung nach der kommunalen Sozialstatistik

In seiner Begründung zur Neufassung des § 21 SGB V verweist der Gesetzgeber unter anderem darauf, dass der „verbliebene Teil der Kariesbelastung sich im Wesentlichen auf Gruppen von Jugendlichen konzentriert, die [...] Schulen in sozialen Brennpunkten besuchen [...]“.

⁸⁴ Reich, E.; Bößmann, K. (1994): Stellenwert der Speicheldiagnostik im Rahmen der Kariesprävention. Gemeinsame Stellungnahme der DGZMK und der DGZ. Dtsch Zahnärztl Z 49, 192

⁸⁵ Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK; Hetzer, G. (2000): Stellungnahme zu Auswahlkriterien für Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen eine Intensivbetreuung gemäß § 21 SGB V stattfinden soll. Schreiben an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., 14.06.2000

Hierfür gibt es viele empirische Belege. So hatten beispielsweise in zwei sozialen Brennpunkten Hannovers nur 35% der 4- bis 5-jährigen Kinder naturgesunde Gebisse. Dagegen waren in einem sozial privilegierten Stadtteil 63% der Kinder karies- und füllungsfrei⁸⁶.

Demnach kann als Auswahlkriterium für intensiv zu betreuende Schulen gelten:

- Schulen in sozialen Brennpunkten oder sozial schwachen Stadtteilen/Gemeinden.

Die benötigten Angaben können der kommunalen Sozialstatistik mit ihren soziodemographischen Indikatoren entnommen werden. Die Angaben liegen den statistischen Ämtern, dem Jugendamt oder dem Sozialamt vor. Diese Auswahlmethode empfiehlt sich insbesondere für Grundschulen. Bei weiterführenden Schulen ist die soziale Differenzierung eher anhand des Schultyps und nicht anhand der geographischen Lage der Schule nachvollziehbar.

7.3.2 Methode 2: Einstufung nach der Art der Einrichtung

Der Gesetzgeber führte weiterhin an, die Kariesbelastung sei höher bei Kindern, die „bestimmte Schultypen [...] besuchen [...] oder in Behinderteneinrichtungen sowie beschützenden Werkstätten untergebracht sind“.

Tatsächlich beträgt der DMFT von 12-Jährigen beispielsweise in Schleswig-Holstein an Sonderschulen 2,8, an Hauptschulen 2,3, an Realschulen 1,8 und an Gesamtschulen und Gymnasien nur 1,3. Abweichend davon liegt in Westfalen-Lippe der DMFT an *Gesamtschulen* dagegen auf dem gleichen – ungünstigen – Niveau wie bei den Hauptschulen⁸⁷.

Die in der Gruppenprophylaxe Tätigen können davon ausgehen, dass das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler in den folgenden Einrichtungen überproportional hoch ist:

- Sonderschulen
- Behinderteneinrichtungen und beschützende Werkstätten
- unter den weiterführenden Schulen: Hauptschulen.

Der große Vorteil dieser Auswahlmethode ist der geringe Aufwand. Die Methode setzt allerdings ein entsprechend gegliedertes Schulsystem voraus.

⁸⁶ Robke, F.J. (2000): (Zahn-)Medizinische Prävention als Teil sozialer Stadtteilarbeit – Jugendzahnpflege in einem sozialen Brennpunkt. In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 193 – 214

⁸⁷ DAJ und Pieper 1998, a. a. O., S. 18, S. 60

Vorteil dieser und der zuvor genannten Auswahlmethode nach Sozialkriterien ist der geringe personelle und organisatorische Aufwand. Die beiden Methoden bieten sich insbesondere für diejenigen Städte und Kreise an, die über keine vollständigen Kariesdaten der 12-Jährigen verfügen.

7.3.3 Methode 3: Einstufung der Einrichtungen anhand von DMFT-Mittelwerten oder dem Prozentsatz kariesfreier Kinder: Rangfolge der Schulen bzw. Betreuungsstätten in der Kariesstatistik

Der Zusammenhang zwischen in der Vergangenheit aufgetretener Karies und der Kariesgefährdung in der Zukunft ist relativ eng. Es kann daher in erster Näherung aus der vorhandenen *Karieserkrankung* auf das *Kariesrisiko* in der Zukunft geschlossen werden⁸⁸.

Bestehende Karies wird durch den DMFT-Index erfasst. Zur Bestimmung eines durchschnittlichen Kariesrisikos in Schulen kann daher der *durchschnittliche DMFT-Wert für die einzelne Schule* herangezogen werden. Je höher der DMFT-Wert ist, desto höher ist das Kariesrisiko.

Alternativ ist es auch möglich, den *Prozentsatz der kariesfreien Kinder in der jeweiligen Schule* zur Bestimmung heranzuziehen. Je *geringer* dieser Prozentsatz ist, desto höher ist das Kariesrisiko.

DMFT-Werte oder Mittelwerte für Kariesfreiheit sollten verwendet werden, sofern sie bereits vorliegen. Falls *keine* Kariesstatistik vorhanden ist, sollte auf die Methoden der Einstufung anhand der Art der Sozialstatistik oder der Art der Einrichtung zurückgegriffen werden (s. Seite 37). Die Priorität in der Gruppenprophylaxe liegt auf der *Durchführung* von Prophylaxemaßnahmen. Alle Einrichtungen epidemiologisch untersuchen zu wollen, nur um die Risikobestimmung anhand von DMFT-Werten vornehmen zu können, würde unnötig Ressourcen binden. Diese würden dann in der praktischen Prävention fehlen.

Der Risikobegriff bezieht sich auf ein *zukünftiges* Geschehen. Aus diesem Grund ist es möglich, die Risiko-Einstufung der Schulen frühzeitig vorzunehmen:

- für die zu betreuende Gruppe der 6- bis 12-Jährigen bereits bei den 6-Jährigen
- für die zu betreuende Gruppe der 10- bzw. 12- bis 16-Jährigen beim Eintritt in die weiterführende Schule, also je nach Bundesland entweder im 5. oder im 7. Schuljahr.

Es ist aber auch statthaft, eine andere Altersgruppe auszuwählen. Aus Gründen der Praktikabilität empfiehlt es sich, zur Risikobestimmung nur *eine* Altersstufe auszuwählen und nicht etwa mehrere Stufen.

⁸⁸ Reich, E. (1995): Welche Faktoren führen zu einem hohen Kariesrisiko? Dtsch Zahnärztl Z 50, 769 – 775

Im Folgenden wird zwar nur auf die 12-Jährigen eingegangen; die Vorgehensweise gilt aber sinngemäß auch für die jüngeren Altersgruppen.

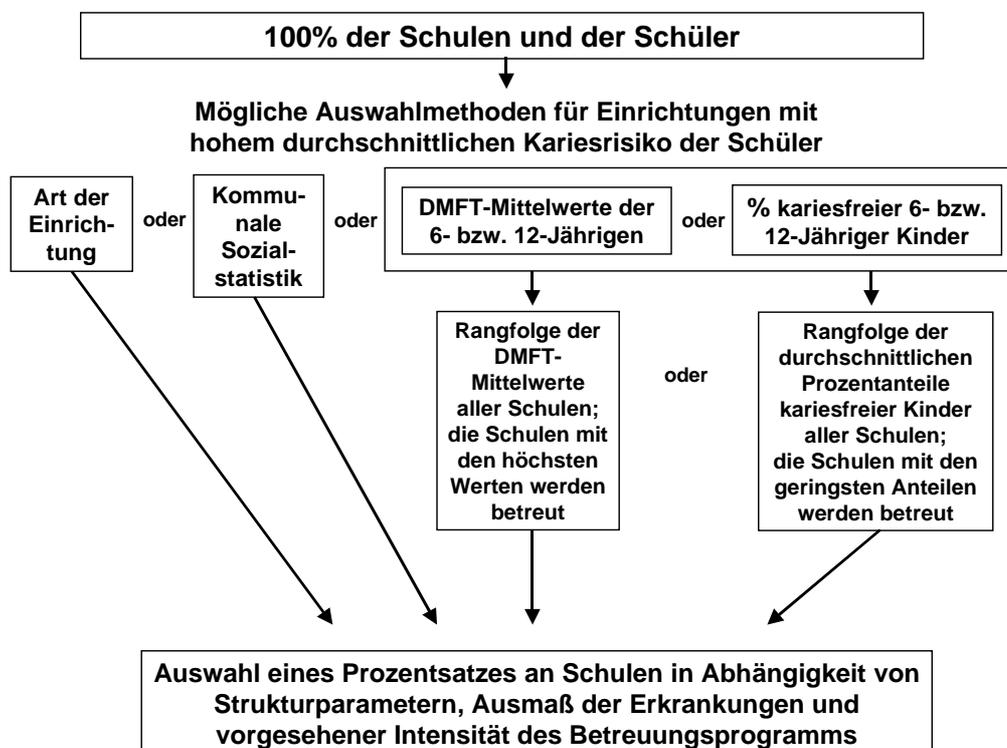
Bei dieser Methode werden die Schulen oder Betreuungsstätten in einer Stadt oder einem Kreis gemäß ihres durchschnittlichen altersbezogenen Karieswerts in einer Rangfolge aufgelistet.

Die Rangfolge aufzustellen, ist sowohl möglich anhand der DMFT-Durchschnittswerte („DMFT-Ranking“) als auch anhand der Prozentanteile kariesfreier Kinder in den Schulen und Einrichtungen. Die Einrichtungen/Schulen mit den höchsten altersbezogenen DMFT-Mittelwerten bzw. dem niedrigsten Anteil primär gesunder Gebisse werden ausgewählt und intensiv betreut.

Der große Vorteil dieser Methode ist, dass Planungssicherheit für den Personalaufbau in der Gruppenprophylaxe geschaffen wird. Auch bei *sinkender* Kariesrate wird immer der gleiche Anteil an Einrichtungen betreut. Das entspricht dem *auf Dauer* angelegten gesetzlichen Auftrag zur Betreuung der von hohem Risiko betroffenen Gruppen.

Abb. 3 gibt einen Überblick über die Methoden der Kariesrisiko-Einstufung der Schulen und Einrichtungen.

Abb. 3: Mögliche Methoden der Risiko-Einstufung von Schulen und Behinderteneinrichtungen.



8 Abschließende Bemerkungen

In den kommenden Jahre liegen die Herausforderungen darin,

- weitere Altersgruppen – Jugendliche, aber auch Säuglinge und Kleinkinder – in die gruppenprophylaktische Betreuung einzubeziehen
- die Zucker-Saugerflaschenkaries zurückzudrängen
- bei den Jugendlichen mehr Plaquefreiheit zu erreichen und Karies zu verhindern
- Prophylaxeleistungen im „aufsuchenden“ Konzept dorthin zu bringen, wo sie besonders benötigt werden: zu den stark von Krankheit betroffenen und gefährdeten Gruppen
- verstärkt die Erkenntnisse der evidenzbasierten Zahnmedizin anzuwenden und Verfahren wie die Lackfluoridierung, für die gesicherte Evidenz vorliegen, konsequent einzusetzen
- zahnmedizinische Prävention auch in die allgemeine Gesundheitsförderung zu integrieren, und aktiv und gemeinsam mit den Betroffenen ein gesundheitsförderliches Umfeld für die Kinder und Jugendlichen zu schaffen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen rufen die Partner der Gruppenprophylaxe dazu auf, ihre jeweiligen Mittel einzubringen, um diese Ziele zu erreichen. Dadurch leisten die Beteiligten einen großen Beitrag dazu, die Mundgesundheit und gleichfalls die allgemeine Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern.

Anlage

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn
BKK-Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Bundesknappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 1 SGB V

25. Juli 1995

Federführend für die Veröffentlichung:

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

1 Vorbemerkungen

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen verpflichtet, im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnkrankheiten bei Kindern unter 12 Jahren durchzuführen. Neben der Untersuchung der Mundhöhle und der Erhebung des Zahnstatus sollen sich die Maßnahmen auf Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Zusätzlich sind Programme für besonders kariesgefährdete Kinder zu erarbeiten (§ 21 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Am 11.02.1989 hatte die wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ein Konzept zur Realisierung zielgruppengerechter und effizienter Gruppenprophylaxe durch den Einsatz von Prophylaxeteams vorgelegt. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) hatte am 15.06.1993 Grundsätze für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnkrankheiten im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V in der an das Gesundheitsstrukturgesetz angepassten Fassung veröffentlicht. Diese Grundsätze haben Eingang in die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 17.06.1993 gefunden, welche in Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer, der DAJ und dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes abgegeben wurde.

Ergänzend dazu hat die DAJ am 16.06.1994 eine Empfehlung zur Durchführung der Intensivprophylaxe bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko im Rahmen der Gruppenprophylaxe verabschiedet. Zur Umsetzung dieser Empfehlung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 25. Juli 1994 ein Gemeinsames Rundschreiben herausgegeben, welches vor allen Dingen Hinweise zur Finanzierung der angesprochenen Maßnahmen enthält.

Auf der Grundlage dieser Vereinbarungen, Grundsätze und Empfehlungen sind erfreulicherweise auf Landes- und regionaler Ebene zahlreiche Aktivitäten zur Umsetzung des § 21 SGB V erfolgt. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen reichen diese aber nicht aus, um den Gesetzesauftrag zur Einführung von effizienten, flächendeckenden Maßnahmen der Gruppenprophylaxe zu erfüllen. Aus diesem Grund legen die Spitzenverbände der Krankenkassen das nachfolgende Konzept zur Durchführung der Basis- und Intensivprophylaxe gemäß § 21 SGB V vor. Dieses Konzept soll Anreize und Hilfestellung beim Aufbau und der Weiterentwicklung einer effizienten Gruppenprophylaxe durch Aufzeigen eines attraktiven Finanzierungsmodells und Darstellen eines praktikablen, auf wissenschaftlicher Basis durchgeführten Prophylaxekonzepts geben.

2 Zielkonzept

Die Spitzenverbände der Krankenkassen beabsichtigen, den weiteren Auf- und Ausbau der Gruppenprophylaxe nachdrücklich zu fördern. Es gilt, eine zweckmäßige und wirtschaftliche Präventivversorgung der Kinder sicherzustellen. Ziel ist eine nachhaltige Verbesserung des Mundgesundheitszustands und –verhaltens von Kindern und die Verminderung der sozialen Ungleichheit beim Mundgesundheitszustand.

Mit dem vorliegenden Konzept sollen Hinweise darauf gegeben werden, welche Inhalte und Organisationsformen der Gruppenprophylaxe aus zahnmedizinisch-wissenschaftlicher und sozialmedizinischer Sicht erfolgversprechend und effizient sind und daher gefördert werden sollten. Weiterhin werden neue Wege bei der Finanzierung der Gruppenprophylaxe und der Kooperation zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aufgezeigt. Zahnärztinnen, Zahnärzten und Prophylaxehelferinnen sollen Chancen eröffnet werden, verstärkt ihre berufliche Kompetenz in die Gruppenprophylaxe einzubringen. Ein weiteres Ziel ist es, zu verdeutlichen, dass die Mitwirkung des Fachpersonals an der Verwirklichung einer effizienten Gruppenprophylaxe in unterschiedlichen Organisationsformen und Beschäftigungs- oder Vertragsverhältnissen realisiert werden kann.

3 Strategie

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen hierzu ihren Landesorganisationen bzw. den Krankenkassen die Förderung einer deutlichen Ausweitung der personellen und sachlichen Ressourcen in der Gruppenprophylaxe. Zur Sicherung von Qualität und Kostentransparenz des Präventionsprogramms wird gleichzeitig empfohlen, die Zusage von Finanzmitteln an die Voraussetzung zu knüpfen, dass sich die Durchführenden der Gruppenprophylaxe durch Absprachen bzw. Verträge verpflichten, auf folgende Punkte hinzuwirken:

- gesundheitsbezogene Zielsetzungen
- Umsetzung des im Folgenden beschriebenen, wissenschaftlich abgesicherten und praktikablen *Präventionskonzeptes*
- *schrittweiser, gezielter Ausbau* der Gruppenprophylaxe in der Zielgruppe der 3- bis 12-Jährigen, das bedeutet, dass zunächst die flächendeckende Basisprophylaxe sichergestellt und danach die Risikogruppenstrategie umgesetzt wird
- regelmäßige Vorlage von *Tätigkeitsberichten und Wirksamkeitsnachweisen*, bezogen auf die Zielsetzungen
- *Qualitätssicherung* durch Fortbildung, Prozess- und Ergebnisbewertung

Die gesundheitsbezogenen Ziele sollen *messbar, zeitbezogen und realistisch* sein. Beispielsweise sollte das auf die örtliche Kariesprävalenz bezogene Ziel eine „Verbesserung des dmf-t/DMF-T um Prozent im Zeitraum von Jahren“ sein.

4 Inhalte der Gruppenprophylaxe

4.1 Grundprinzipien

Voraussetzung und Bedingung für Maßnahmen der Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe ist die Durchführung einer flächendeckenden Basisprophylaxe. So wie es bei den Modellen funktionierender Gruppenprophylaxe in anderen Ländern der Fall ist, sollten Basis- und Intensivprophylaxe in der gleichen Hand liegen.

Grundprinzipien einer effektiven Gruppenprophylaxe sind:

- Durchführung von Maßnahmen mit wissenschaftlich erwiesener Effektivität
- Kontinuität
- Einsatz adäquat qualifizierten Personals
- Akzeptanz
- Zielorientierung
- Koordination
- Qualitätssicherung
- Berichterstattung.

Bei einer voll ausgebauten präventiven Betreuung werden im Rahmen der Basisprophylaxe jährlich *mindestens zwei*, im Rahmen der Intensivprophylaxe zusätzlich *mindestens vier Prophylaxe-Impulse* gesetzt („Zwei-Vier-Modell“). Die entsprechend betreuten Erziehungseinrichtungen werden also sechsmal jährlich aufgesucht.

In der Aufbauphase der Gruppenprophylaxe sind vorrangig die beiden Basisprophylaxe-Besuche sicherzustellen. Die zu erwartenden Anfangsschwierigkeiten werden darauf aufbauend zunächst nur die Durchführung von zwei Intensivprophylaxe-Besuchen gestatten. Erst danach wird eine Ausweitung auf insgesamt vier Intensivprophylaxe-Maßnahmen möglich sein.

4.2. Basisprophylaxe

4.2.1 Reihenuntersuchung

Einmal jährlich werden im Rahmen der Basisprophylaxe gruppenweise Reihenuntersuchungen vorgenommen. Ziel ist dabei die Feststellung von Prophylaxe- und Behandlungsbedarf. Die Reihenuntersuchung wirkt als Steuerungsinstrument für sämt-

liche Maßnahmen der Basis- und Intensivprophylaxe. Gleichzeitig dient sie der Motivation zum Zahnarztbesuch, falls eine Behandlung erforderlich ist. Die Reihenuntersuchungen erfolgen vor Ort in den Einrichtungen bzw. in den Räumen der zahnärztlichen Dienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), falls die Kinder dort gruppenweise vorgestellt werden.

Am Termin der Reihenuntersuchung werden gleichzeitig Maßnahmen der Basisprophylaxe vorgenommen.

4.2.2 Basisprophylaxe

Die Basisprophylaxe erfolgt – nach eingehender Aufklärung der Eltern und deren Einwilligung zur Lokalfluoridierung – im Kindergarten oder in der Schule *zweimal jährlich* und umfasst

- *lokale Fluoridierungsmaßnahmen mit Fluoridlack* (abgestimmt auf möglicherweise anderweitig durchgeführte Fluoridierungsmaßnahmen; falls die Kinder Fluoridtabletten nehmen, sollte an diesem Tag auf die Einnahme verzichtet werden); alternativ kann in den Erziehungseinrichtungen bei sechsjährigen und älteren Kindern mindestens zweiwöchentlich Fluoridgelee eingebürstet oder bei Kindern aller Altersstufen in den Einrichtungen täglich kontrolliert Fluoridtabletten ausgegeben werden,

und alters-, situations- und bedarfsgerechte Gesundheitserziehungsmaßnahmen wie

- Mundhygieneübungen
- Ernährungsberatung
- Aufklärung und Instruktion der Eltern.

Das Prophylaxepersonal sollte seine Aufgabe im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung verstehen und nicht nur die Verhinderung oraler Krankheiten zum Leitziel haben. Möglichkeiten zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebensumwelt der Kinder sollten daher in der Zusammenarbeit mit Eltern, Erziehern, Betreuern, Kinderärzten etc. und mit Personen, die in nicht direkt gesundheitsbezogenen Sektoren des Gemeinwesens tätig sind, genutzt werden.

4.3 Kariesrisikodiagnostik

Zur Diagnostik des Kariesrisikos soll die Methode gewählt werden, die den höchstmöglichen Vorhersagewert mit guter Praktikabilität verbindet. Gegenwärtig bieten sich die DAJ-Kriterien bzw. die Dentoprog-Methode an. Die wissenschaftliche Entwicklung ist zu berücksichtigen.

Ziele der Kariesrisikodiagnostik im Rahmen der Gruppenprophylaxe sind:

1. den Anteil an stark von Karies betroffenen bzw. kariesgefährdeten Kindern in den *einzelnen Einrichtungen* (z. B. einer Schule oder einem Behindertenheim) zu erheben,
2. den erhöhten Bedarf an Präventionsmaßnahmen bei *einzelnen Kindern* festzustellen.

4.4 Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe

4.4.1 Konzeptionelle Einordnung

Es ist festzuhalten, dass es Kennzeichen der Intensivprophylaxe ist, dass sie in Gruppen durchgeführt wird. Ebenso wie bei der Basisprophylaxe ist das *Hauptprinzip* eine auf die Zielgruppen *zugehende Betreuung*.

Ein System der „Verweisung“ von Kariesrisikokindern aus der Gruppenprophylaxe heraus in die Zahnarztpraxen zur Untersuchung und Intensivprophylaxe kann daher nicht Bestandteil der Gruppenprophylaxe sein. Ein derartiges Vorgehen hat nur geringe Chancen auf Effektivität und Effizienz. Kinder aus Risikogruppen mit hohem Erkrankungsgrad befinden sich vielfach nicht in Lebenslagen, die ihnen die Annahme eines derartigen Angebots erleichtern würden. Erfahrungen der in der Gruppenprophylaxe Tätigen zeigen, dass die eigentlichen Zielgruppen der Intensivprophylaxe auf diese Weise nicht erreicht werden können. Daher sprechen sich die Spitzenverbände gegen die Finanzierung derartiger Maßnahmen aus Geldern der Gruppenprophylaxe aus.

Intensivprophylaxe ist nicht mit *Individualprophylaxe* gleichzusetzen. Die Individualprophylaxe kann ein organisiertes und kontinuierlich durchgeführtes Gruppenprophylaxe-Konzept nicht ersetzen, sondern nur – im Einzelfall – ergänzen. Vertragszahnärzte, die die Kariestherapie durchführen, sollten Individualprophylaxe-Maßnahmen auf die Maßnahmen abstimmen, die bereits in der Gruppenprophylaxe durchgeführt werden.

4.4.2 Organisation und Inhalte der Intensivprophylaxe

Intensivprophylaxe-Maßnahmen sollten *zusätzlich zur Basisprophylaxe viermal pro Jahr* durchgeführt werden. Bei einzelnen Kindern bzw. Gruppen kann eine noch häufigere Betreuung erforderlich sein.

Im Sinne der rationalen Ressourcenverwendung und der Praktikabilität können die Zahnärzte, die bei der Gruppenprophylaxe Leitungsfunktionen ausüben, Prioritätensetzungen vornehmen. Nicht alle Institutionen müssen einschließlich der Basisprophylaxe sechsmal jährlich aufgesucht werden, sondern nur solche mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an kariesgefährdeten Kindern. Kinder in Einrichtungen

mit einer geringen Quote an kariesgefährdeten Kindern können entweder ebenfalls im Rahmen der vor Ort stattfindenden Intensivprophylaxe zusammengefasst werden oder eine Einladung zur gruppenweisen Intensivprophylaxe in den Räumen der die Gruppenprophylaxe durchführenden Institution erhalten.

Ebenfalls sind in der Aufbauphase nicht alle Altersgruppen gleichzeitig zu betreuen. Anfangs können auf der Basis epidemiologischer Daten sinnvolle Schwerpunktsetzungen vorgenommen und Zielgruppen (z. B. zunächst einzelne Jahrgänge) ausgewählt werden.

4.4.2.1 Maßnahmen im Rahmen der Intensivprophylaxe

Die Eltern von Kariesrisikokindern werden über die Notwendigkeit der Intensivprophylaxe informiert und ihre Einwilligung zur Durchführung eingeholt. Im Rahmen der Betreuung *vor Ort* werden (mindestens) *viermal jährlich* die folgenden Maßnahmen durchgeführt:

- Darstellung der Plaque mit Spezialfärbemittel und –leuchte, Demonstrieren der Plaque, Herstellen weitgehender Plaquefreiheit durch angeleitetes Zähnebürsten, Kontrolle der noch vorhandenen Plaque durch die Prophylaxehelferin, Nachreinigung durch die Prophylaxehelferin (Glattflächen mit Zahnbürste, Zahnzwischenräume mit Zahnseide),
- gezielte lokale Fluoridierungsmaßnahmen (Fluoridlacktouchierung an besonders gefährdeten Stellen; falls die Kinder Fluoridtabletten nehmen, sollte an diesem Tag auf die Einnahme verzichtet werden),
- ergänzende, alters- und situationsgerecht abgestimmte, bedarfsgerechte Gesundheitserziehungsmaßnahmen

Erfahrungen von in der Gruppenprophylaxe Tätigen zeigen, dass Prophylaxe- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen einschließlich der Lokalfluoridierung, wenn sie gut mit Erziehern und Lehrern abgestimmt sind und diesen die eindeutigen gesundheitlichen Vorteile erläutert werden, bereitwillige Unterstützung finden.

Den Eltern der Kariesrisikokinder wird angeboten, an einem oder mehreren Terminen teilzunehmen. Damit besteht die Möglichkeit, ihnen ebenfalls Kenntnisse und Kompetenzen in der Oralprophylaxe zu vermitteln.

Falls den in der Gruppenprophylaxe tätigen Zahnärzten stationäre oder mobile Prophylaxeeinheiten zur Verfügung stehen, können sie in diesen Einheiten auch Maßnahmen der Intensivprophylaxe durchführen. Dies geschieht ebenfalls in Gruppen. Die Nachreinigung nach dem angeleiteten Zähnebürsten kann hier mit rotierenden Gummikelchen oder –bürstchen geschehen; gleichzeitig besteht die Möglichkeit, Maßnahmen der Fluoridierung durchzuführen. Soweit erforderlich, können bei dieser Gelegenheit im Rahmen der Intensivprophylaxe auch Fissurenversiegelungen gelegt werden. Dies erscheint vor allem dann angezeigt, wenn befürchtet werden muss,

dass ein Kariesrisikokind zum Zwecke der Fissurenversiegelung keine Zahnarztpraxis aufsuchen wird. Das Legen der Fissurenversiegelung gehört in diesen Fällen zu den Aufgaben des die Intensivprophylaxe leitenden Zahnarztes; die notwendigen Sachmittel dafür werden zur Verfügung gestellt; eine gesonderte Vergütung im Rahmen des Bema wird allerdings nicht gezahlt. Diese Leistung ist vielmehr mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

Soweit stationäre oder mobile Prophylaxeeinheiten vorhanden sind, bedarf es besonderer organisatorischer Bemühungen, diese Einrichtungen voll auszulasten.

4.4.2.2 Zeitraum der Maßnahmen

Die Intensivprophylaxe muss so lange fortgeführt werden, wie ein erhöhtes Kariesrisiko für das jeweilige Kind besteht. Der Prophylaxebedarf wird in der Regel während der Reihenuntersuchung erneut überprüft. Anhaltender Karieszuwachs oder eine Zunahme an verfärbten Zahnfissuren oder *White spots* (entkalkte Stellen am Zahn) weisen auf fortbestehenden und möglicherweise erhöhten Intensivprophylaxebedarf hin.

5 Finanzierung

Kosten der notwendigen Sachmittel zur Durchführung der Prophylaxemaßnahmen und die Personalkosten finden Eingang in die Haushalte der Arbeitsgemeinschaften. Dabei ist davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Finanzmittel von den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird. In den Bereichen, in denen die Aktivitäten der Krankenkassen durch andere Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft blockiert werden, kommen auch gesonderte Verträge mit den Stellen bzw. Personen in Frage, die sich zur Durchführung der Gruppenprophylaxe bereit erklären. Die finanziellen Mittel zur Durchführung der Gruppenprophylaxe werden entsprechend dem Rundschreiben der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 25. Juli 1994 zur Verfügung gestellt. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass alle Aufwendungen der Krankenkassen für Maßnahmen der Gruppenprophylaxe unter der Kontenart 516 nach der Jahresrechnung KJ 1 zu buchen sind.

Zur Durchführung von professioneller Mundhygiene und zum Legen von Fissurenversiegelungen werden mobile bzw. stationäre Behandlungseinheiten benötigt. Für derartige Investitionen ist eine Mischfinanzierung durch die Arbeitsgemeinschaften bzw. durch die Krankenkassen und die Länder- bzw. kommunalen Stellen anzustreben.

Die Länder und Kommunen sind aufgerufen, entsprechend der jeweiligen Landesgesetzgebung die Stellen für Jugendzahnärzte und Prophylaxepersonal zu erhalten bzw. auszubauen. Weiterhin können sie durch die Einrichtung bzw. Umwidmung von Personalstellen für Verwaltungsangestellte und die Nutzung bestehender bzw. die Anmietung neuer Räume wichtige Beiträge leisten.

6 Personal

Sowohl Basis- als auch Intensivprophylaxe werden von qualifiziertem Prophylaxepersonal unter fachlicher Aufsicht und Anleitung von Zahnärzten geleistet. Bereits in der Gruppenprophylaxe Tätige (Zahnärzte des ÖGD, Vertragszahnärzte, Prophylaxehelferinnen, Zahnarzhelferinnen etc.) sind in das Konzept einzubinden.

Die Personalrelationen in der Gruppenprophylaxe sollten so gestaltet werden, dass auf einen Zahnarzt

- mindestens eine speziell in der Gruppenprophylaxe ausgebildete Prophylaxehelferin oder Zahnarzhelferin bzw. Personal mit ähnlicher Qualifikationsstufe,
- eine Zahnarzhelferin und
- ggf. eine teilzeitbeschäftigte Verwaltungskraft kommen.

Stellenteilungen sind häufig sinnvoll.

Dem Zahnarzt obliegen die Reihenuntersuchung, die langfristige zielorientierte Planung, Management, Koordination und interorganisatorische Zusammenarbeit, Evaluation und Berichterstattung. Bei einer größeren Zahl an lokal tätigen Prophylaxemitarbeitern und in der Vollausstufe der Gruppenprophylaxe einschließlich Intensivprophylaxe kann die Relation zwischen Zahnärzten und Prophylaxehelferinnen 1:4 bis 1:5 betragen.

7 Vertragliche Bindung des in der Gruppenprophylaxe tätigen Personals

Die Krankenkassen sind aufgefordert, im Rahmen der Landes- bzw. der örtlichen Arbeitsgemeinschaften die notwendigen Absprachen mit allen Kooperationspartnern zu treffen, um eine ausreichende personelle Ausstattung sicherzustellen.

Bereits kontinuierlich in der Gruppenprophylaxe Tätige können vertraglich auf die Realisierung des Konzepts verpflichtet werden. Gleichzeitig können ihnen längerfristig die notwendigen Sach- und Personalmittel zur Verfügung gestellt werden.

Die Anstellung weiteren notwendigen Personals kann in den beiden nachfolgend angegebenen Organisationsformen erfolgen:

- a) Anstellung bei örtlichen Arbeitskreisen für Jugendzahnpflege bzw. den Landesarbeitsgemeinschaften

Wenn innerhalb der Arbeitsgemeinschaften keine ausreichende Zahl an Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Prophylaxehelferinnen vorhanden ist, kann das erforderliche zusätzliche Personal entweder durch Voll- oder Teil-

zeitbeschäftigung oder eine vertragliche Verpflichtung auf Honorarbasis bei den Arbeitsgemeinschaften angestellt werden.

Vertrags- bzw. Assistenz Zahnärzten, die weiterhin allgemein zahnärztlich tätig sein möchten, sollte durch Teilzeitverträge die Möglichkeit geboten werden, in der Gruppenprophylaxe mitzuwirken. Ein Vertragsabschluss setzt voraus, dass sich der einzelne Zahnarzt auf die kontinuierliche Übernahme der flächendeckenden Reihenuntersuchungen, die *Durchführung der hier angegebenen Maßnahmen* der Basis- und Intensivprophylaxe in der jeweils notwendigen Frequenz (*insbesondere der Fluoridanwendung*) und die *Verwirklichung des auf die Zielgruppen zugehenden Konzepts* bei weitestgehender Flächendeckung verpflichtet. Unabdingbar ist weiterhin die Verpflichtung auf definierte Ziele, die Vorlage von Tätigkeits- und Erfolgsnachweisen und die Wahrnehmung der Leitungsfunktion für das Prophylaxepersonal. Die Auflage, effiziente Maßnahmen durchzuführen (insbesondere die lokale Fluoridierung) und einen zielorientierte Tätigkeitsnachweis zu erbringen, gilt auch für die Prophylaxehelferinnen.

b) Anstellung beim ÖGD

Sofern eine Anbindung des zusätzlichen Personals bei den Arbeitsgemeinschaften nicht angezeigt erscheint, kommt auch eine Anstellung beim ÖGD in Frage.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen wenden sich nachdrücklich gegen einen Abbau von Stellen im zahnärztlichen Dienst des ÖGD, die derzeit durch die Öffentliche Hand finanziert werden, und eine nachfolgende Finanzierung durch die Krankenkassen. Vorhandene Strukturen müssen erhalten bleiben. Einer Verlagerung typischer Aufgaben des ÖGD, z. B. der Reihenuntersuchung, auf die gesetzliche Krankenversicherung ist vorzubeugen. Die Finanzierung neuen Personals durch die Krankenkassen sollte nur dann erfolgen, wenn *zusätzlicher* Personalbedarf besteht, beispielsweise um bisher noch nicht erfasste Altersgruppen prophylaktisch zu betreuen, Flächendeckung in der Gruppenprophylaxe zu erreichen oder die Intensivprophylaxe zu organisieren. Bei einer Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst werden die Krankenkassen im Regelfall daher keine Zahnarztstellen, sondern Stellen für Prophylaxehelferinnen finanzieren.

Sofern diese Grundsätze beachtet werden, sollten die Krankenkassen in größerem Umfang als bisher *zusätzliche* Stellen für Prophylaxepersonal finanzieren, die beim ÖGD angesiedelt sind. Unbedingte Voraussetzung ist dabei, dass diese Stellen für Prophylaxepersonal *streng aufgabengebunden* zur Verfügung gestellt werden. Hierfür sollten *zeitlich begrenzte Budgets* angesetzt, Zeitverträge abgeschlossen und *Tätigkeits- und Erfolgsnachweise* gemäß den o. gen. Richtlinien zur Auflage und zur Bedingung für die weitere Finanzierung des Prophylaxepersonals gemacht werden. Die Möglichkeit von Anschlussverträgen ist vorzusehen.

Personalführung, Fachaufsicht und dienstliche Organisation des von den Krankenkassen finanzierten Personals können vom ÖGD übernommen werden, während gleichzeitig die Finanzierungsinstitutionen Einfluss auf Zielsetzung, Art und

Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen und die globale Kontrolle des Zielerreichungsgrades behalten. Vorteil der Anbindung des Prophylaxepersonals an das Gesundheitsamt ist ein verringerter Koordinationsaufwand und eine gute Verzahnung von Reihenuntersuchung, Basis- und Intensivprophylaxe.

Diese Organisationsformen können auch nebeneinander existieren, wobei allerdings eine optimale Kooperation gewährleistet sein muss.

8 Aufbau-, Personal- und Aktionsplanung

Am Beginn der Planung für den Auf- bzw. Ausbau der Gruppenprophylaxe ist die Situation in der jeweiligen Stadt oder Region zu analysieren. Dabei sind insbesondere folgende Informationen zu berücksichtigen:

- epidemiologische Hintergrundinformationen zum Mundgesundheitszustand und ggf. –verhalten: Quote kariesfreier Kinder, Kariesraten, Sanierungsgrad, Anteil behandlungsbedürftiger Zahnfehlstellungen, Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen, *jeweils bezogen auf die einzelnen Einrichtungen*
- soziodemographische Angaben zu den Zielgruppen
- *exakte, differenzierte Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen: Art, Frequenz und Verteilung der Maßnahmen in den Jahrgangsstufen und den einzelnen Einrichtungen (welche Kindergärten/Tagesstätten/Schulen)*
- Anzahl bereits betreuter Kinder
- Organisationsform der Arbeitsgemeinschaften bzw. –kreise
- räumliche und instrumentelle Ressourcen
- bereits vorhandenes Personal und dessen Tätigkeitsspektrum
- sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen
- andere Akteure und Aktivitäten in der Gesundheitsförderung.

Aus dem Soll-Ist-Vergleich, der auf der Basis dieser Informationen durchgeführt wird, wird deutlich, welche Umstrukturierungen, Schwerpunktverlagerungen und zusätzliche Aktivitäten notwendig sind, wieviel neues Personal einzustellen bzw. anderweitig einzubinden ist und wie viele Sachmittel benötigt werden.

In Städten oder Regionen, in denen keine lokalen Arbeitskreise für die zahnmedizinische Prophylaxe existieren, ist es zur ordnungsgemäßen Durchführung der Gruppenprophylaxe unabdingbar, Arbeitskreise zu gründen. Diesbezüglich sollten die Krankenkassen die Initiative ergreifen. Die Arbeitskreise sollten als rechtsfähige Vereine konstituiert werden, damit sie vertragsfähig sind.

Ein Vollausbau der Gruppenprophylaxe, deren Inhalte in diesem Konzept vorgestellt werden, sollte das Ziel der Bemühungen sein. Bei der Umsetzung ist aber zu empfehlen, die Gruppenprophylaxe – ausgehend von den vorhandenen Ressourcen –

schrittweise und gezielt, beispielsweise im Rahmen eines *mehrfährigen Stufenplans*, auf- und auszubauen. Dies heißt konkret: Falls die Situationsanalyse ergibt, dass beispielsweise nur *ein* Prophylaxe-Impuls pro Jahr alle Kinder erreicht, ist zunächst die zweimalige Betreuung im Rahmen der Basisprophylaxe aufzubauen. Falls bisher nur Mundgesundheitsberatungen und Aufklärungsmaßnahmen erfolgen, müssen diese durch die gezielt auf die Zähne einwirkende Präventionsmaßnahme der lokalen Fluoridierung ergänzt werden. In den Fällen, in denen die Basisprophylaxe noch nicht alle Altersstufen erreicht, ist sie zunächst in den fehlenden Altersstufen einzuführen. Wenn bereits eine flächendeckende Basisprophylaxe einschließlich zweier Fluoridierungen verwirklicht ist, sollte, beginnend in den Einrichtungen mit hoher durchschnittlicher Kariesrate, mit intensivprophylaktischen Maßnahmen begonnen werden.

Zur Berechnung, wie viele Kinder durch Helferinnen und Zahnärzte betreut werden können, ist zu berücksichtigen, dass allen Kindern die Basisprophylaxe geboten werden muss. Die Anzahl der Kariesrisikokinder kann anhand der aktuellen Mundgesundheitsstudie der DAJ abgeschätzt werden, nach der in den verschiedenen Altersgruppen zwischen 5 und 30 Prozent der Risikogruppe zuzuordnen sind.

Bezüglich der Betreuungskapazitäten des Personals können die Erfahrungen aus verschiedenen Arbeitskreisen Anhaltspunkte geben. Demnach können an einem Vormittag bei etwa drei Schulklassen oder etwa zwei Kindergartengruppen die Untersuchung, eine kurze Mundgesundheitsunterweisung und –übung und eine Fluoridierung durchgeführt werden (in städtischen Gebieten mehr, in ländlichen ggf. weniger). Dies heißt, dass Zahnarzt, Zahnarthelferin und Prophylaxehelferin diese Leistungen einmal im Jahr bei etwa 11.000 bis 13.000 Kindern vornehmen können. Eine Prophylaxehelferin kann im Rahmen der Basisprophylaxe (eigenständig und an Vormittagen; auf einer halben bzw. einer 25-Std.-Stelle) ca. 11.000 Kinder pro Jahr mit je einer Fluoridlackapplikation plus Gesundheitserziehungsmaßnahmen versorgen. Bezogen auf zweimal jährliche Prophylaxe-Impulse kann die Prophylaxehelferin also etwa 5.500 Kinder betreuen.

Die Personalrelationen in der Intensivprophylaxe sind derzeit nur schwierig kalkulierbar, da es an Erfahrungen mangelt. Möglicherweise kann eine Prophylaxehelferin (eigenständig und an Halbtagen; auf einer halben bzw. einer 25-Std.-Stelle) im Rahmen der „aufsuchenden“ Intensivprophylaxe 2500 Kinder pro Jahr mit je zwei Betreuungsbesuchen bzw. 1250 Kinder mit vier Besuchen präventiv versorgen. Falls zusätzlich beispielsweise professionelle Zahnreinigungen in stationären oder mobilen Einrichtungen angeboten werden sollen, ist der zeitliche und personelle Aufwand vor allem von der Inanspruchnahmequote und der Art der durchgeführten Maßnahmen abhängig.

Ein für die Krankenkassen aus gesundheitsökonomischer Sicht prüffähiges Konzept zur Durchführung der Gruppenprophylaxe sollte sowohl die Art und Frequenz der Prophylaxemaßnahmen, die die Versicherten erreichen sollen, als auch den Anteil der Personal- und Sachmittel für die jeweiligen Maßnahmen der Basis- und Intensivprophylaxe beschreiben.

9 Qualitätssicherung und Dokumentation

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte ebenso wie für Prophylaxehelferinnen ist eine berufsbegleitende Fortbildung zu institutionalisieren und finanziell zu fördern. Zur Fortbildung zählt auch die Hospitation in vorbildlichen Einrichtungen. Die Weiterbildung, beispielsweise zur Gruppenprophylaxe-Helferin (Berliner Modell), ist ebenfalls zu fördern.

Die fachlich für die Gruppenprophylaxe Verantwortlichen haben geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität zu ergreifen. Eine regelmäßig wiederholte Supervision der in der Gruppenprophylaxe Tätigen ist ebenso wünschenswert wie der Erfahrungsaustausch auf regionaler Ebene.

Geeignete Dokumentationsverfahren für Tätigkeitsnachweise, Qualitätssicherung und Gesundheitsberichterstattung sind zu entwickeln und einzuführen. Gesundheitsberichterstattung soll aber kein Selbstzweck sein, sondern die Basis für Erfolgskontrollen, Kosten-Nutzen-Analysen und zielgerichtetes gesundheitsförderndes Handeln vor allem auf lokaler Ebene bilden. Dies schließt die Einführung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation nicht aus.

10 Erfolgskontrolle

Die Prüfung der Effektivitätsnachweise erfolgt durch die örtliche Arbeitsgemeinschaft oder die Krankenkassen selbst, ggf. unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Die Überprüfung des Erreichens der gesetzten Ziele macht eine differenziertere Gesundheitsberichterstattung als bisher üblich erforderlich. Es ist beispielsweise zu fordern, die Wirksamkeit der Gesundheitserziehungsmaßnahmen, die auf eine Verbesserung des Zahnpflegeverhaltens abzielen, gezielt zu überprüfen. Zielformulierungen und Ergebnisbeurteilungen der Gruppenprophylaxe sollen sich daher auf folgende Dimensionen der Mundgesundheit und des Mundgesundheitsverhaltens beziehen:

Mittels Reihenuntersuchung sind zu bestimmen:

- Karies und Füllungen
- Sanierungsgrad.

Mittels Stichprobenerhebung sind zu bestimmen:

- Plaque
- ggf. Gingivitis
- Häufigkeit des Zähneputzens
- Häufigkeit des Verzehrs von süßen Zwischenmahlzeiten in den Erziehungseinrichtungen und
- ggf. weitere Indikatoren für mundgesundheitsbezogene Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen.

Die Werte für Kariesbefall und Sanierungsgrad werden im Rahmen der Reihenuntersuchung bei allen betreuten Kindern erhoben. Für andere Indikatoren reicht eine Stichprobenerfassung aus. Als Stichprobe könnten z. B. drei Prozent der betreuten Einrichtungen gelten, wobei Einrichtungen mit hoher, mittlerer und niedriger Kariesprävalenz ausgewählt und dort die gleichen Altersgruppen alle zwei Jahre untersucht bzw. befragt werden. Hierzu sind ggf. Absprachen mit dem ÖGD zu treffen.

Eine Beschränkung auf die Erhebung allein klinischer Faktoren wäre unzureichend, da die Effekte der Mundgesundheitserziehung nur indirekt wiedergegeben würden. Daher ist eine zielgruppengerechte, einfach gehaltene Befragung der Kinder oder der Eltern erforderlich. Die Befragung wiederum sollte einen Kompromiss zwischen Aufwand und Ertrag und keinesfalls sozialwissenschaftliche Perfektion anstreben. Geeignete Fragen können beispielsweise den Studien zu Mundgesundheit und –verhalten des Instituts der Deutschen Zahnärzte entnommen werden. Es sei betont, dass auch „weiche“ quantitative und qualitative Angaben im Rahmen der lokalen Gesundheitsplanung von großer Bedeutung sind und überdies ein Instrument zur verstärkten Einbeziehung der Betroffenen in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung darstellen.

11 Schlussbemerkungen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten den vorstehend aufgezeigten Maßnahmenkatalog zur Verwirklichung einer effizienten Durchführung der Gruppenprophylaxe für unbedingt erforderlich. Sie sind sich zugleich darüber im klaren, dass die Umsetzung aller Maßnahmen eine große Herausforderung sein wird. Jedoch sollte seitens der Krankenkassen alles versucht werden, die erforderlichen Maßnahmen umzusetzen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind sich dessen bewusst, dass die Umsetzung ihres Konzepts nur schrittweise erfolgen kann, und dass auch kurzzeitige Rückschläge in den Bemühungen einkalkuliert werden müssen. Dennoch erscheint es den Spitzenverbänden der Krankenkassen unabdingbar, das vorgestellte Konzept zu verwirklichen, um für die eingesetzten finanziellen Mittel der gesetzlichen Krankenkassen bestmögliche Erfolge der Gruppenprophylaxe zu erzielen, die sich in einer wesentlichen Verbesserung des Mundgesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen in Deutschland manifestieren werden.