

Kurze Geschichte der Schulzahnpflege von 1945 bis 1970

1945 - 1960

Wenige Jahre nach Ende des 2. Weltkrieges gab es bereits wieder Kontakte zwischen den verbliebenen ehemaligen Akteuren der Schulzahnpflege mit dem Ziel, diese in Deutschland bald wieder aufleben zu lassen. Mit großem Geschick, Organisationstalent und profunden Kenntnissen des Faches beteiligte sich auch der 1945 pensionierte ehemalige Direktor der Frankfurter Schulzahnklinik Dr. Hans Joachim Tholuck (1888 - 1972) [1]. Es gelang bereits am 8. Juli 1949 eine Nachfolgeorganisation des „Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen“ ins Leben zu rufen - den gemeinnützigen „**Deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege**“ (DAJ). Getragen wurde der DAJ von folgenden Organisationen:

- Präsidium des Deutschen Ärztetages
- Bundesverband der Deutschen Zahnärzte
- Deutscher Städtetag
- Deutscher Landkreistag
- Deutscher Städtebund
- Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Landkrankenkassen
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Innungskrankenkassenverbände
- Hauptverband der Betriebskrankenkassen
- Verband der Angestellten-Krankenkassen
- Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
- Verband der privaten Krankenversicherung
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
- Vereinigung der Verbände der Ortskrankenkassen

Geschäftsführer wurde Dr. Tholuck und er blieb es bis zu seinem Tod 1972. Zur Stärkung des inneren Zusammenhalts der neuen Organisation und für deren Außendarstellung verfasste Tholuck eine Reihe von Aufsätzen, in denen er die Erfolge der zurückliegenden 50 Jahre Schulzahnpflege in Erinnerung rief und dabei auch die Verdienste vieler Persönlichkeiten hervorhob. So erwähnt er im Aufsatz der ZM 23/52 [9] namentlich 41 Personen und im Aufsatz der ZM 3/59 [10] 63 Personen, die sich in den letzten Jahrzehnten für die Schulzahnpflege verdient gemacht hätten. „Planmäßige Schulzahnpflege“ im Sinne von Alfred Kantorowicz in mehr als 30 Schulzahnkliniken, d.h., jährliche Untersuchung, Nachuntersuchung und frühzeitige Behandlung kariöser Schäden (Lehre vom kleinen Loch) habe schon 1927 bewiesen, so Tholuck in seinem 1952 erschienen Beitrag [9], dass eine vollständige Sanierung der Gebisse der Schuljugend möglich ist. Leider sei es durch zwei Weltkriege und zwei Inflationen nie zu der notwendigen Breitenwirkung der „planmäßigen

Schulzahnpflege“ gekommen. Seine positive Bilanz aus den ersten 50 Jahren Schulzahn-
pflege lautete dennoch:

„Der deutsche Schulzahnarzt hat seine Pflicht getan;
er wird auch in Zukunft seine Aufgabe zu meistern wissen.“

In vielen Landkreisen waren es zunächst erst einmal die niedergelassenen Zahnärzte und
Dentisten, die etwa ab 1949 wieder unentgeltlich für die Schulzahnpflege zur Verfügung
standen. Bald konnte sichergestellt werden, dass die Landkreise die Behandlungskosten
für bedürftige, nicht versicherte Kinder übernahmen. Allerdings gab es schon früh Be-
schwerden der Gesundheitsämter wegen unzureichender und „pro domo“ ausgeführter
Untersuchungen. Die geforderten Statistiken der Zahnärzte seien zudem mit Vorsicht zu
bewerten. In manchen Kreisen übernahmen deshalb Schulärzte für einige Zeit die zahn-
ärztliche Untersuchung.

Aus Sicht der niedergelassenen Zahnärzte waren die Untersuchungen der Kinder zu die-
ser Zeit wohl eher weniger erfreulich und es gab sicher keinen, der sich gewünscht hätte,
wie 15 Jahre vorher, „unbesoldeter Hilfsarzt“ beim Amtsarzt zu sein. Wenn man schon un-
entgeltlich untersuchte, so wollte man verständlicherweise wenigstens von der Behand-
lung profitieren. Das war durchaus nicht selbstverständlich und auch nicht sonderlich lukra-
tiv, da einerseits die Eltern frei unter den Zahnärzten, auch denen, die nicht an den Unter-
suchungen beteiligt waren, wählen konnten und es zudem lediglich eine sog. „Scheinpau-
schale“ gab (Pauschale pro Krankenschein, unabhängig von der Zahl der Füllungen).

Obwohl die Karies bei Kindern und Jugendlichen während des Krieges zurückgegangen
war, zeigten regionale Untersuchungen recht unterschiedliche Belastungen [23], deren ge-
sundheitspolitische Bedeutung vom **Verband der beamteten und angestellten Zahnärz-
te VDBZ** (gegr. 1951), dem Vorgänger des BZÖG, erkannt wurde. Er initiierte deutschland-
weite Untersuchungen mit zentral geführter Kariesstatistik, die nicht nur „Einblick in die un-
terschiedlichen örtlichen Kariesverhältnisse“ bot, sondern von der auch „die Arbeitsbedin-
gungen in den einzelnen Stadt- und Landkreisen weitgehend abhängig sind“ [24]. Die Er-
gebnisse sollten veröffentlicht werden. Damit hätten die Zahnärzte des ÖGD schon 60
Jahre früher das Steuerungsinstrument aktivieren und weiterentwickeln können, das man
heute Gesundheitsberichterstattung nennt. Diese zukunftsweisenden Befunderhebungen
von 1951, 1952 und 1954 beinhalteten bereits sog. Intensitätswerte für jede Altersgruppe,
die dem mehr als 10 Jahre später in Deutschland eingeführten DMFT - Index äquivalent
waren [24]. In Anbetracht der damaligen gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen

um die Prävention und Prophylaxe in Deutschland und der schwachen Position des ÖGD [14] waren diese Aktivitäten des VDBZ eine von den Amtsärzten und dem DAJ unterstützte Richtungsentscheidung, deren Potenzial leider nicht erkannt wurde. Schon 1954 löste sich der Verband wieder auf. Es dauerte über 40 Jahre und bedurfte erheblicher zusätzlicher Mittel, bis wieder eine regelmäßige bundesweite Kariesstatistik vorlag (Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe des DAJ ab 1994).

Anfang 1953 startete die erste Fluoraktion in Hessen (Verteilung von Fluorid-Tabletten) in der Hoffnung, dem damaligen hohen Kariesbefall der Kinder entgegen wirken zu können [17, 20]. Seit dieser Zeit ist die Fluoridprophylaxe der Kinder und Jugendlichen in ganz Deutschland beherrschendes Thema der Jugendzahnpflege. Im Verlauf der ersten Fluoraktion sollten Schulzahnärzte auf Anweisung des Ministeriums, aber auch vertraglich verpflichtete niedergelassene Zahnärzte auf Honorarbasis, die teilnehmenden Kinder untersuchen und anhand einer Statistik die Wirkung der Fluortabletten belegen. Sowohl die Ergebnisse dieser ersten Fluoraktion, als auch die der nachfolgenden zweiten Aktion (ab etwa 1959) sucht man in begutachteten wissenschaftlichen Zeitschriften vergebens, obwohl über viele Jahre täglich Fluoridtabletten verabreicht wurden. Das Fazit des Hessischen Ministeriums lautete lediglich: „Beide Aktionen verliefen positiv“ [20].

Am 28. September 1953 erschienen vom DAJ die ersten **„Richtlinien für eine planmäßige Jugendzahnpflege im Bundesgebiet“**. Einleitend wird ausgeführt, dass naturgesunde oder frühzeitig sanierte Zähne die Voraussetzung seien, um zahnbedingte Herderkrankungen, wie Rheuma, Herz-, Nieren- und Gelenkerkrankungen zu vermeiden (Tuberkulose wird nicht mehr erwähnt). Für den Begriff „Schulzahnpflege“ wird jetzt, z.T. synonym, auch „Jugendzahnpflege“ verwendet, da auch Vorschulkinder ab dem 3. Lebensjahr einbezogen waren.

Zu den **Aufgaben der Jugendzahnpflege** zählte der DAJ:

- die Untersuchung, die Nachuntersuchung und Überwachung als **„Schulzahnpflege im engeren Sinne“**,
- die möglichst frühe Behandlung und
- vorbeugende Maßnahmen.

Es sei hier auf die merkwürdige Verwendung der Bezeichnung „Zahnpflege im engeren Sinne“ für Untersuchung, Nachuntersuchung und Überwachung hingewiesen. Die Erhe-

bung des Zahnstatus in der Untersuchung und die fortlaufenden weiteren Untersuchungen bis Schulaustritt, die mit Überwachung der notwendigen Sanierung bezeichnet werden, haben mit Zahnpflege im heutigen Sinne wenig gemeinsam. Allenfalls wäre die heute oft verwendete Bezeichnung „Vorsorgeuntersuchung“ angebracht, allerdings nur im Sinne von „Verhinderung größerer Zahnschäden durch sofortige Behandlung“. Ebenso deutet die Bezeichnung „planmäßig“ auf die Beibehaltung der Ziele aus früheren Jahrzehnten hin. Noch 1960 konnte man lesen: „Die „Lehre vom kleinsten Loch“, das zu füllen ist, des Altmeisters Kantorowicz, ist die Grundlage aller Bemühungen, um zu einem möglichst hohen Sanierungsstand zu gelangen“ [8].

Die Untersuchung, die Nachuntersuchung nach etwa einem halben Jahr und die Überwachung oblagen dem Schulzahnarzt.

Für die **Behandlung** werden in den Richtlinien drei Systeme genannt:

1. Das Behandlungssystem (Bonner System), bei dem der Schulzahnarzt nach der Untersuchung aller Kinder auch die evtl. notwendige Behandlung übernimmt.
2. Das Überweisungssystem, bei dem behandlungsbedürftige Kinder vom Schulzahnarzt in die freie Zahnarztpraxis ihrer Wahl überwiesen werden.
3. Das gemischte System (Frankfurter System), bei dem nicht alle Kinder in die freie Zahnarztpraxis überwiesen werden, sondern bestimmte Gruppen vom Schulzahnarzt behandelt werden.

Unter **Vorbeugung** verstand der DAJ

- die Zuführung von Vitamin D „über den zweiten Winter hinaus“ zwecks Bildung gesunden Zahnschmelzes,
- Belehrungen über regelmäßiges und richtiges Zähneputzen durch den Schulzahnarzt und die Lehrer,
- zweckmäßige „zahnscheuernde“ Nahrungsmittel, wie „altbackenes Vollkornbrot, Äpfel und Möhren“.
- Fluoridtabletten sollten 1953 mit Hinweis auf laufende Versuche (Fluoraktion in Hessen) noch nicht verteilt werden.

Die Aufzählung der Vor und Nachteile dieser drei Behandlungssysteme in den ersten Richtlinien der DAJ von 1953, vor allem die Schilderung der Nachteile des Bonner Systems, dürfte vielleicht ein Grund dafür gewesen sein, dass manche Städte und Landkreise, beispielsweise in Hessen, erst 10 Jahre später, etwa ab 1960, begannen, hauptamtliche Jugendzahnärzte neu einzustellen. Bis dahin untersuchten angestellte Schulärzte und nie-

dergelassene Zahnärzte, letztere anfangs unentgeltlich, später gegen Entgelt. Ein Grund für die einsetzende Förderung der Jugendzahnpflege etwa ab 1960 durch verschiedene Bundesländer war zweifellos der sich verschlechternde Zustand der Kinderzähne [17]. Als Teil eines Förderprogramms wurden beispielsweise in Hessen ab 1960 und bis 1985 vielen Städten und Landkreisen finanzielle Zuschüsse des Landes für die Jugendzahnpflege gewährt und damit die Anstellung von Jugendzahnärzten erleichtert [17]. Pro untersuchtes Kind soll es anfangs einen Betrag 1,10 DM, jedoch nicht mehr als 10.000 DM pro Jahr gegeben haben. Um den vollen Zuschuss zu bekommen, musste der Jugendzahnarzt also rund 10.000 Kinder pro Jahr untersuchen - eine Leistungsvorgabe durch die hierfür verantwortlichen Amtsärzte, die sich noch sehr lange in den Gesundheitsämtern erhalten hat. Selbst noch in jüngster Zeit (2006) findet man als Leistungskennzahl für den öffentlichen Zahngesundheitsdienst die „Anzahl der untersuchten Personen“ [16]. Eine dazugehörige Leistungsbeschreibung lässt keinen Zweifel daran, dass möglichst alle Kinder zu untersuchen sind, denn „die Untersuchungsmaßnahmen begleiten das einzelne Kind im Laufe seiner Schullaufbahn mindestens von 6. bis zum 12. Lebensjahr und stellen insoweit ein in sich geschlossenes Betreuungssystem dar“ [16]. Da die jährlichen Kosten für die Jugendzahnärzte der Gesundheitsämter (etwa) gleich waren und ein interkommunaler Vergleich der Kosten je Leistung (hier je Untersuchung) angestrebt wurde [16], laufen die Reihenuntersuchungen mancherorts noch heute auf ein „je mehr, desto effizienter“ hinaus und blockieren viele weitere nützliche Maßnahmen (hierzu auch 30).

Als Outcome ist nach wie vor eine vollständige zahnärztliche Sanierung gewünscht [16] und man ist der Auffassung, dass die Outcome-Kennzahl OCK1 = „Sanierte Personen bei Nachuntersuchung dividiert durch die Anzahl der Nachuntersuchungen“ als Wirkungskennzahl „ein Maß für die unmittelbare Wirkung der Arbeit des ÖGD“ ist [16]. Dabei bestehen für Jugendzahnärzte in der Regel weder eigene Behandlungsmöglichkeiten, wie in den ehemaligen Schulzahnkliniken, noch eine Weisungsbefugnis gegenüber niedergelassenen Zahnärzten. OCK1 ist daher eher ein Maß für die Compliance der Eltern und natürlich der Kinder. Durch die obige Definition der Wirkungskennzahl als unmittelbare Wirkung ihrer Arbeit wird den Mitarbeitern der zahnärztlichen Dienste, insbesondere den Jugendzahnärzten, ungerechtfertigt eine Schuld zugewiesen für nicht sanierte Zähne.

Nach einem leichten Rückgang durch die Nachkriegszeit nahmen die Zahnschäden der Kinder wieder zu [8, 17] und führten in vielen Bundesländern zu einem Ausbau der Jugendzahnpflege. Beklagt wurde in dieser Zeit, dass sich die zahngesundheitliche Aufklärung in den letzten Jahrzehnten verzettelt habe [3]. Mit der Gründung des „Vereins für

Zahnhygiene“ im Januar 1957, einem Zusammenschluss der Hersteller von Zahnpfleagemitteln, wolle man dem entgegenwirken. Bereits im Dezember 1957 wurden gemeinsame Merkblätter, Plakate und andere Medien dieses Vereins ohne Firmenreklame herausgegeben. Kritisiert wurde auch, dass das Gesundheitswesen Angelegenheit der Bundesländer sei, die allein darüber entscheiden könnten, was sie unter „einwandfreier“ Schulzahnpflege nach der **III. Durchführungsverordnung (DVO) des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Ges VG) von 1934**, die immer noch galt, verstehen. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 7. Februar 1957 „wurde das Ges VG als Grundlage zur Organisation des ÖGD in allen Bundesländern festgeschrieben“ [14]. Infolgedessen war es zu einer „völligen Zersplitterung der Art der Durchführung der Jugendzahnpflege“ gekommen [8]. Vielerorts gab es überhaupt keine Jugendzahnpflege, manchenorts Verträge mit niedergelassenen Zahnärzten, woanders hauptamtliche und auch nebenamtliche Jugendzahnärzte. Noch existierende Schulzahnkliniken hatten ihre Arbeit wieder aufgenommen nach dem Bonner System, dem Frankfurter System oder Mischungen von beiden. Nachsorge wurde sowohl in den Schulzahnkliniken, als auch in den Praxen durchgeführt. Manchem war dieses Mit- und Nebeneinander ein Dorn im Auge, andere (auch Tholuck) sahen in dieser Vielfalt gerade auch eine Chance, dass überhaupt Jugendzahnpflege stattfand, zumal die Bevölkerung auf dem Land zu dieser Zeit oft unversorgt geblieben sein soll [3]. Dort, wo jährliche Reihenuntersuchungen für alle Schulkinder möglich waren, entstand bald ein anderes Problem - ein erhöhter Behandlungsbedarf, der bei damaliger pauschaler Vergütung durch die Krankenkassen schwer zu bewältigen war. Zur Milderung dieses Problems sollen beispielsweise Lübecker Zahnärzte im Schuljahr 1953/54 etwa 30.000 Zähne ohne Einzelleistungsvergütung gefüllt haben [8]. Die sogenannte „Scheinpauschale“ wurde erst 1961 im Rahmen der Jugendzahnpflege für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche abgeschafft.

1960 - 1970

Die Bedeutung eines einheitlichen Jugendzahnpflegegesetzes wurde von vielen Vertretern aus Zahnmedizin und Politik erkannt, doch es kam nicht dazu - „aus Rechtsgründen“ [20]. Möglicherweise spielten eher die Erfahrungen niedergelassener Zahnärzte mit den vielen Schulzahnkliniken und Kassenzahnkliniken aus den ersten 30 Jahren des letzten Jahrhunderts eine Rolle, als sie sich mit all ihrer politischen Kraft gegen eine gesetzliche Verankerung von Schulzahnkliniken und damit einer Behandlung der Kinder durch staatlich angestellte Zahnärzte stemmten. Die Berliner Senatsdirektorin Dr. von Renthe-Fink [4] bezeich-

nete die Situation 1961 als „leider völlig festgefahren“. „Wenn es nach dem Wunsch der freipraktizierenden Zahnärzte“ ginge, sollten die Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst auch nicht „die geringste Behandlung“ durchführen dürfen. Dieser Zustand sei „unbiologisch, künstlich und geradezu grotesk“.

Im Laufe der Jahre erreichten die niedergelassenen Zahnärzte die Aufnahme von Vorsorgeuntersuchungen in den Vergütungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen und damit ihr angestrebtes Ziel, Prävention und Behandlung in ihrer Hand zu halten.

„In den wenigen Jahren der Präventionsdiskussion im Rahmen der Sozialreform war also bereits entschieden - und auch seitens der führenden Medizinalbeamten akzeptiert -, dass diejenigen präventiven Leistungen, die unmittelbar therapeutische Konsequenzen hatten, in die Sozialversicherung überführt und von niedergelassenen Kassenärzten übernommen werden sollten.“ [14]

An dieser Entwicklung mögen vielleicht auch die Richtlinien des DAJ von 1953 einen Anteil beigetragen haben. In der Kritik am Bonner System wird dort nämlich u.a. ausgeführt:

- **„Der zugleich untersuchende und behandelnde Schulzahnarzt untersteht keiner fachlichen Nachprüfung“**. Grundsätzlich trifft das natürlich auf den gesamten zahnärztlichen Berufsstand zu. Schulzahnärzten wird hier ein selbstverständlicher Sachverhalt ihres Berufsbildes als ein Mangel an Integrität unterstellt.
- **„Die Kosten für ...Besoldung des Schulzahnarztes... stellen...einen gleichbleibenden Faktor dar, ...der beim Überweisungssystem (nicht) entstehen würde.“**
- **„Das Überweisungssystem ist beweglich, anpassungsfähig und leicht einzurichten.“**

Wer auch immer 1953 Autor dieser Richtlinien gewesen ist, hat möglicherweise damit einen kleinen, aber substanziellen Beitrag zur Demontage der Schulzahnpflege in Deutschland geleistet und sie für viele Jahre auf „Schulzahnpflege im engeren Sinne“ reduziert. Der vielleicht größte Anteil am Niedergang der Schulzahnkliniken ist sicherlich dem „Gesetz über das Kassenarztrecht“ vom 17. August 1955 zuzuschreiben. Damit „war das Monopol der ambulanten kassenärztlichen Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung in der BRD als § 368 RVO gesetzlich gesichert“ [14]. Schulzahnkliniken konnten (bis auf Ausnahmen) nur dort weiter bestehen, wo Städte und Gemeinden die volle Finanzierung übernahmen. Doch dazu war man weder bereit noch in der Lage. Dass es auch anders geht, beweisen die Schulzahnkliniken in der Schweiz, die noch heute (2014) existieren [7] sowie die kinderzahnärztliche Betreuung in den Schulzahnkliniken der ehemaligen DDR [13]. Es

„müsste zumindest zu erreichen sein, dass den Eltern freigestellt wird (wie in der Schweiz, d.V.), wie sie ihr Kind behandeln lassen wollen, und dass damit die Schulzahnklinik in freier Konkurrenz neben die Behandlung in der freien Praxis gestellt wird.“ [4]

Wie lässt sich die Situation am Anfang der 60er Jahre, 15 Jahre nach Kriegsende und 60 Jahre nach Beginn der Schulzahnpflege in Deutschland beschreiben ?

- Ausreichende Verfügbarkeit von Material und Medien für die Aufklärung (z.B. vom Verein für Zahnhygiene),
- Durchführung von Zahngesundheitswochen mit Beteiligung von Presse, Rundfunk, Fernsehen, Kino, Plakate, Elternbriefe (in Hessen 1958, 1960, 1962),
- Erste Erfahrungen mit Tablettenfluoridierung (in Hessen seit 1953),
- Schulveranstaltungen und Elternabende mit Vorträgen von Zahnärzten und Lehrern,
- Kostenlose Verteilung von Zahnpflegebeuteln mit Zahnbürste, Becher und Zahnpasta im Rahmen verschiedener Aktionen, da ein großer Teil der Schulkinder keine eigene Zahnbürste besaß [4, 6].
- Festhalten an den seit Jahrzehnten bekannten Maßnahmen für die Jugendzahnpflege, wie jährliche Untersuchung, sofortige anschließende Behandlung beim Zahnarzt mit möglichst vollständiger Sanierung, Nachuntersuchung und Überwachung der Sanierung jetzt für alle Kinder vom 3. bis zum 18. Lebensjahr. Beim Rückblick geht es „um einen Lernprozess, damit wir aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen“ [22]. Davon war man damals allerdings noch weit entfernt.

Trotz vieler Bemühungen war der Zahnkariesbefall der Kinder nach wie vor hoch, wenn auch mit unterschiedlichen Angaben: Karies bei über 90% der Schulanfänger [5, 7] bzw. 30% der Vierjährigen [4]. Man suchte nach Lösungen. „Entschuldigungen für die bisherigen Versämnisse fehlen nicht. Zwei Weltkriege, zwei Inflationen ...“ [9]. Viele Akteure vertraten die Auffassung, diesem Problem nur durch eine gesetzlich verankerte bundeseinheitliche Jugendzahnpflege (Jugendzahnpflegegesetz) begegnen zu können [4]. In einigen Regionen versuchte man zudem wieder hauptamtliche Jugendzahnärzte einzustellen, um Einheitlichkeit und Kontinuität sowie eine aussagekräftige Statistik sicherstellen zu können, was beispielsweise bei damals 700 nebenamtlichen Vertragszahnärzten für die Jugendzahnpflege in Niedersachsen bezweifelt wurde [8]. Außerdem glaubte man, dass die Prophylaxe mit „Spurenstoffen“ (gemeint waren Fluoride) den Erfolg bringen könnte und sich zum neuen Aufgabengebiet der Jugendzahnärzte entwickeln würde. Vielerorts wurden

Programme zur Tablettenfluoridierung gestartet, in die man große Hoffnungen setzte.

Eine ganz einfache, aber wesentliche Maßnahme, die für einen merklichen Kariesrückgang bei den Kindern aller Altersgruppen unverzichtbar ist, fehlte: Die mehrmals jährlichen praktischen Zahnputzübungen, wie sie der amerikanische Zahnarzt Alfred Fones aus Bridgeport schon 1905 initiiert hatte.

Man konnte oder wollte sich damals nicht vorstellen, dass alleinige Belehrungen und Aufklärungen über den Wert eines gesunden Gebisses durch die Autorität des Zahnarztes bei Kindern keine nachhaltige Wirkung hervorruft. Erst 30 Jahre später war zu lesen [15], dass „nachweisbare Erfolge in der Gruppenprophylaxe nicht nur durch theoretische Wissensvermittlung, sondern vor allem durch praktische Umsetzung erzielt werden“ (hierzu auch [19]). Für die praktischen Zahnputzübungen mit den Kindern waren gar keine Zahnärzte notwendig. Jede angelernte Hilfskraft und selbstverständlich jede Zahnarzhelferin konnte das auch mit gutem Erfolg, wie wir heute wissen [7]. Vielleicht befürchtete man deshalb, dass ein wesentlicher Teil der Jugendzahnpflege so in die Hände von „Nicht-Zahnärzten“ fallen könnte. Vielleicht hielt man einen solchen Vorschlag auch einfach für naiv, da er nach damaliger Meinung keine Aussicht auf Erfolg versprach. Noch heute (2014) steht die „Mundhygiene“ von allen Maßnahmen im § 21 SGB V an letzter Stelle.

Notwendig wäre schon viel früher eine Komplettierung der Ziele mit nur gering veränderten Prioritäten gewesen. Neben den bisherigen Untersuchungen und frühen Sanierungen der kariösen Zähne wäre gleichberechtigt die praktische Zahnputzübung getreten. Die „Lehre vom kleinen Loch“ war nicht falsch und keinesfalls durfte auf die Sanierung verzichtet werden. Doch nach Jahrzehnten Schulzahnpflege ohne deutliche Verringerung der Kariesinzidenz wäre es an der Zeit gewesen, auch scheinbar erfolglose Maßnahmen zusätzlich in Betracht zu ziehen. Heute wissen wir, dass der Erfolg der Jugendzahnpflege nicht allein am Sanierungsgrad gemessen werden darf, sondern vorrangig am Anteil naturgesunder Gebisse und der Schwere des Kariesbefalls.

Sanierung ohne Zahnputzübungen bringt langfristig keinen Erfolg.

„Ist es nicht besser, Karies zu verhüten, als diese zu heilen?“, fragte Tholuck zwar schon 1952 [9], doch er meinte damit nicht die praktischen Zahnputzübungen, sondern die Umsetzung der Forschungen der Deutschen Fluorkommission (DAJ) in Hessen (Fluorprogramm mit Tabletten), die „bahnbrechend vorangeht“.

Erstmals 1959 soll es Zahnputzübungen in den Schulen des Kantons St. Gallen (Schweiz) gegeben haben [7]. Bald darauf übernehmen Hausfrauen als SZPH (Schulzahnpflegehelferinnen) die regelmäßigen Zahnputzübungen in Schulen und Kindergärten. Sie wurden vom Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich (später von der Stiftung für SZPH) auf ihre Aufgaben vorbereitet und erhielten ausreichende Instruktionmaterialien. Der Einsatz von Frauen aus der Bevölkerung, die ja gleichzeitig als Multiplikatoren wirkten, und die regelmäßigen Putzübungen brachten den Durchbruch. Schon 1980 war die Karies drastisch zurückgegangen [7, 26]. Die Erfolge der Schweizer Schulzahnpflege sind mit zwei Namen eng verbunden: **Prof. Thomas Marthaler** und **Dr. Felix Magri**.

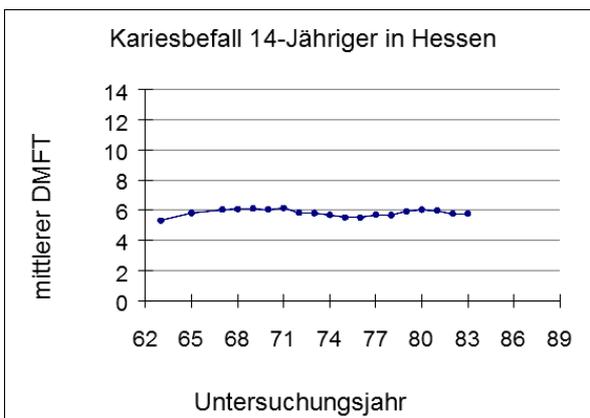
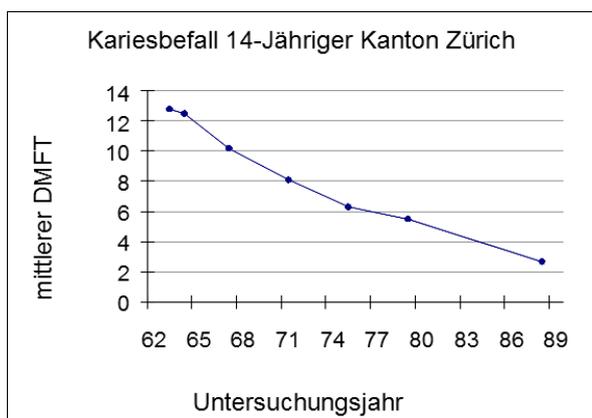


Abb. links: Rückgang des mittleren DMFT bei 14 jährigen Schülern im Kanton Zürich [26,27], (zum DMFT siehe Rubrik Reihenuntersuchung).

Abb. rechts: Annähernd unveränderter mittlerer DMFT bei 14 jährigen Schülern in Hessen (Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt 1963 - 1983)

Ein bundeseinheitliches Jugendzahnpflegegesetz war 1964 gescheitert. Noch immer, wie seit 1934, hatte der Amtsarzt nach III. DVO des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Ges VG) „darüber zu wachen, dass die Schulzahnpflege einwandfrei durchgeführt wird“. Ein „Berufsbild“ des Jugendzahnarztes war allerdings 1961 vorsorglich schon beschrieben worden, das zur Durchführung des erwarteten Jugendzahnpflegegesetzes (das es noch nicht gab) gehören sollte [4]. Das dort beschriebene Aufgabengebiet rechtfertigte nach Auffassung des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG, gegr. 1955) eine Anstellung im Beamtenverhältnis als Medizinrat. „Nicht zuletzt dadurch würde die Stellung des Schulzahnarztes in der Schule Lehrern und Erziehern gegenüber wesentlich gefördert werden.“ [4]. Der BZÖG soll außerdem die Anstellung eines „zahnärztlichen Referenten“ vorgeschlagen haben zur „Wahrnehmung der sozialhygienisch wichtigen zahnärztlichen Belange beim Gesundheitsamt“ [4]. Als dessen Aufgabengebiet stellte man sich vor:

1. Medizinalwesen: Prüfung zahnärztlicher Berufsunterlagen (was sicher Aufgabe der Zahnärztekammern ist), Korrespondenz mit anderen Dienststellen und Überwachung der süchtigen Zahnärzte.
2. Gutachtertätigkeit: Beihilfe und Sozialhilfe, da man zurecht annahm, dass die Zahl der Gutachten steigen würde.
3. Jugendzahnpflege: Erstellung einer „wissenschaftlich verwertbaren Statistik“ [4].

Der Referent ist (zum Glück) wohl die Ausnahme geblieben.

Solche Themen, Möglichkeiten der Nebentätigkeit und die Laufbahn für Medizinalbeamte sollen nach Beobachtung eines Zeitzeugen in den 60ern Hauptthemen der Sitzungen im ÖGD-Bundesverband gewesen sein [25].

Im Oktober 1967 einigten sich (ohne Gesetzeskraft) der BZÖG, der Bund der Deutschen Medizinalbeamten und der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ) „auf ein für alle Länder einheitliches Berufsbild für den Zahnarzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes ...“ [29]. Wichtig sei die Durchführung der Jugendzahnpflege mit folgenden Aufgaben [29]:

1. Untersuchung der Kleinkinder und Schulpflichtigen aller Schularten
2. Nachuntersuchungen
3. Schriftliche Benachrichtigung der Eltern über Behandlungsnotwendigkeit
4. Aufklärung und Belehrung der Kinder und Eltern; kieferorthopädische Beratung
5. Nachgehende Gesundheitshilfe
6. Kariesprophylaxe
7. Schriftliche Befunderhebung und Statistik

„Leider lag auch hier das Schwergewicht der Aufgabenstellung wieder bei Untersuchung, Befunderhebung und Statistik; Kariesprophylaxe war dagegen offensichtlich von geringerer Bedeutung. Eine vertane Chance! ... Insbesondere beim Vergleich mit Nachbarländern wie der Schweiz nahm die Unzufriedenheit über die Ineffektivität der prophylaktischen Maßnahmen in der BRD ständig zu. Als wichtigste Ursache bezeichnete man immer wieder und (fast) überall das praktizierte System der öffentlichen Jugendzahnpflege: Die einseitig auf die Erstellung von Statistiken ausgerichtete Erfassung von Zahndefekten und Stellungenfehlern sei - auch wenn im Bedarfsfall eine Überweisung an den niedergelassenen Zahnarzt erfolge - nicht nur für den Jugendzahnarzt unbefriedigend; sie sei auch kein Mittel wirksamer Kariesbekämpfung.“ [29]

Nicht nur durch das Kassenarztrecht (s.o.) sondern auch durch den „sozialen Fortschritt im Versicherungswesen“ habe die Einrichtung der Schulzahnklinik an Bedeutung verloren. Die Behandlung sei „immer mehr an den praktizierenden Zahnarzt übergegangen, während der Schulzahnarzt vor allem diagnostisch und belehrend tätig ist“ [5]. Wie zur damali-

gen Zeit die Reihenuntersuchung praktisch ablief, veranschaulicht die Abbildungen 14 in [2]. Noch 1974 vermerkt Arnold [6], dass ein routinierter Jugendzahnarzt pro Stunde 140 Volksschüler untersuchen könne. Pro Kind verblieben dabei noch nicht einmal 30 Sekunden. Wie sich bei derartigen Leistungsvorgaben im Verlauf eines Vormittags Befinden und Urteilsvermögen eines Jugendzahnarztes ändern, kann nur derjenige beurteilen, der das einmal mitgemacht hat. Das heutige Zeitbudget ist dagegen geradezu üppig, 25 Schüler in 45 Minuten, 100 Schüler pro Tag. Man kann sicher davon ausgehen, dass der Kariesbefall bei der damaligen Untersuchungsmethode noch deutlicher als heute unterschätzt wurde.

Das Grüne Gehirn - Erläuterungen und Rechtsgrundlagen zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens

Diese Sammlung von Gesetzen und Kommentaren war (und ist) gewissermaßen die „Bibel“ der Gesundheitsämter. Die Fassung von 1967 [11] ist bezüglich der Jugendzahnpflege insofern von Bedeutung, als deren Inhalte und die Bezugnahme auf den Runderlass des Reichs- und Preußischen Ministers des Inneren vom 30.9.1937 und auf die III. DVO des Ges VG von 1934 für die Jugendzahnpflege noch mindestens 30 Jahre unverändert blieben. Überraschend ist zudem der Bezug auf die vom DAJ 1953 formulierten „Richtlinien für eine planmäßige Jugendzahnpflege im Bundesgebiet“, die de facto zur Rechtsgrundlage erhoben wurden und somit eine Handlungsgrundlage für die Jugendzahnärzte bildeten, obwohl sie keinerlei Gesetzeskraft besaßen.

Folgende Aufgaben waren gemäß Grünem Gehirn zu erfüllen:

1. Hauptuntersuchung aller Kinder vom 3. bis 18 Lebensjahr mindestens 1x / Jahr, möglichst 2x / Jahr.
Jeweils Mitteilungen an die Eltern.
2. Nachgehende Gesundheitshilfe, d.h., Nachuntersuchung aller Kinder, die in der Hauptuntersuchung fehlten, in der Hauptuntersuchung als behandlungsbedürftig galten (Kontrolle der Sanierung),
besonders kariesanfällig sind,
jeweils Mitteilungen an die Eltern.
3. Kieferorthopädie und andere zahnärztliche Betreuung
individuelle Beratung der Eltern und Kinder über Entstehung und Folgeerscheinung von Fehlbildungen,
Erfassung und Betreuung von Kindern mit Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten,
Beachtung von Kindern mit Parodontopathien.
4. Systematische Aufklärung, Belehrung und Gesundheitserziehung über den Wert gesunder Zähne, Karies, Zahnpflege, Ernährung, Zahnfleischerkrankungen, Anomalien.
5. Vorbeugende Maßnahmen
Schwangerenberatung, Säuglings- und Kleinkindfürsorge, Lutschgewohnheiten, Fluoromedikation.
6. Karteiführung und Statistik „als Grundlage jeder sozialhygienischen Arbeit“.

7. Gutachtertätigkeit für Sozialämter und Beihilfestellen, sachverständige Amtshilfe.

Empfohlen wurde ein hauptamtlicher Jugendzahnarzt zur Betreuung von 12.000 Jugendlichen in einem Landkreis.

Da die meisten Landkreise froh waren, überhaupt einen Jugendzahnarzt bezahlen zu können, der oft auch nur halbtags beschäftigt war, klafften Vorgabe und Realität meistens weit auseinander. Man konzentrierte sich auf die zeitlich möglichen zahnärztlichen Untersuchungen und Gutachten, gelegentliche Beratungen der Eltern auf Anfrage und einige Elternabende. Nur etwa 50% der Kinder (oft weniger) konnten im Mittel untersucht werden [6], ein Anteil, der bis heute nahezu unverändert blieb (DAJ-Dokumentation 2009/2010). Echte Nachuntersuchungen nach einem halben Jahr waren selten möglich. In der Regel sah man die Kinder erst bei der nächsten Hauptuntersuchung wieder.

Hierzu ein **Beispiel** aus einem Südhessischen Landkreis um etwa 1970 mit einem Jugendzahnarzt und einer Jahrgangsstärke von etwa 2.500 Kindern, davon 50% behandlungsbedürftig. Die Hauptuntersuchung von 15 Jahrgängen (bis 18. Geburtstag) wäre bei $15 \times 2.500 = 37.500$ Kindern vorgesehen gewesen, dazu eine Nachuntersuchung der 18.750 behandlungsbedürftigen Kindern, ergibt jährlich 56.250 zu untersuchende Kinder und ebenso viele Elternmitteilungen. Bei 200 möglichen Untersuchungstagen im Jahr und 100 Untersuchungen pro Tag, konnten etwa 20.000 Kinder pro Schuljahr untersucht werden. In der Praxis ist diese Zahl über die Jahre nur in Ausnahmefällen erreicht worden. Allein für die geforderten zahnärztlichen Untersuchungen hätten drei Jugendzahnärzte hauptamtlich ganztags angestellt werden müssen, wie es auch der Empfehlung entspricht. Erst dann wäre auch eine Erledigung der Aufgaben 3 bis 7 einigermaßen zufriedenstellend möglich gewesen. Eine hoffnungslose Situation für den Landkreis und für den Jugendzahnarzt.

Die Idee, diese Vielzahl an Untersuchungen (Screening) von Zahnarzthelferinnen vornehmen zu lassen, war naheliegend [6, 28], zumal hierbei de facto keine Diagnose mit unmittelbarer therapeutischer Konsequenz [28], also Feststellung einer Zahnkrankheit als Grundlage einer zahnärztlichen Behandlung, sondern ein Massenscreening erfolgt, das sich deutlich von einer Ausübung der Zahnheilkunde unterscheidet. „Berufspolitische Bedenken, insbesondere solche wirtschaftlicher Art, wären unbegründet, weil Filteruntersuchungen in aller Regel erhebliche Zunahme des Behandlungsbedarfs auf dem Fuße folgt“ [6]. Hinsichtlich der Validitätsparameter bei zahnärztlichen Reihenuntersuchungen (nicht bei hochwertigen kariesepidemiologischen Studien) sind medizinische Hilfskräfte Zahnärzten ebenbürtig [21] und überdies erheblich kostensparender. Vergleiche der Konsequenzen möglicher Fehler zwischen den Tätigkeiten einer Zahnarzthelferin beim Massenscreening und bei der Ausführung delegierbarer Leistungen nach §1 Abs. 5 Zahnheilkundengesetz weisen auf ein erheblich höheres Schädigungspotential bei den delegierbaren Leis-

tungen hin (Röntgen ohne Apex, fehlende Kontaktpunkte nach Füllungspolitur). Im Gegensatz dazu führen gelegentliche Fehleinschätzungen von Zahnärzthelferinnen beim Screening, die sich in der Summe nicht wesentlich von denen der Zahnärzte unterscheiden [21], zu keiner unmittelbaren gesundheitlichen Schädigung der Kinder, da falsch positive Beurteilungen vom Hauszahnarzt direkt nach Überweisung und falsch negative beim nächsten halbjährlichen Besuch richtiggestellt werden. Bevölkerungsgruppen, die Kontrolltermine beim Hauszahnarzt generell selten oder gar nicht wahrnehmen, werden dieses Verhalten auch nach einem Screening nicht ändern, ganz gleich, wer das Screening durchgeführt hat. Dennoch scheinen solche Ideen damals wie heute sowohl bei den Zahnärztekammern als auch den Jugendzahnärzten großes Unbehagen hervorzurufen - wehret den Anfängen. Dabei würde der Jugendzahnarzt „entlastet von ermüdender Routine und gewänne Zeit für Tätigkeiten, die seiner Ausbildung angemessen sind“ [6].

Etwa 1970 waren die Probleme infolge der Eingliederung der Dentisten 1953 in den Berufsstand in den Hintergrund gerückt und spielten „in der Wahrnehmung der jungen Zahnärzte und der Studienanfänger keine Rolle mehr“ [18]. Der Zahnarztberuf gewann wieder an Attraktivität, zumal die Leistungen der Krankenkassen ausgeweitet wurden. Hierdurch stieg jedoch auch der Bedarf nach zahnärztlichen Leistungen in der Bevölkerung. Steigende Verdienstmöglichkeiten und zunehmendes Sozialprestige des freiberuflichen Zahnarztes sowie ungenügende Ausbildungskapazitäten der Universitäten gingen zu Lasten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der um seinen Nachwuchs fürchtete [12, 18]. Man versuchte, mithilfe genehmigter Nebentätigkeiten und der Aussicht auf Übernahme in das Beamtenverhältnis einen gewissen Anreiz für junge Zahnärzte zu schaffen, um zu vermeiden, „dass sich die Zahnärzteschaft im öffentlichen Dienst bald aus einer negativen Auslese zusammensetzen wird“. [12]. 1969 verfasste der Bundesverband der Ärzte des ÖGD in Münster eine Resolution in der beklagt wird, dass Arbeitsmethoden und Arbeitsmöglichkeiten in den Gesundheitsämtern nicht mehr zeitgemäß seien. Ärzte und Zahnärzte des ÖGD seien gegenüber anderen Ärztegruppen zunehmend finanziell benachteiligt und daher werde es „fast unmöglich, geeigneten Nachwuchs zu gewinnen... Der öffentliche Gesundheitsdienst der BRD befindet sich in einer krisenhaften Gesamtsituation... Die künftige Notlage im zahnärztlichen Gesundheitsdienst macht es erforderlich, dass die Berufslaufbahn attraktiver gestaltet wird.“ [12]. Zwar entsprach die Stellenbesetzung in den Gesundheitsämtern nicht den damaligen Anforderungen an die Jugendzahnpflege, doch es gab nicht überall einen Bewerbermangel. Bereits 1964 waren beispielsweise in Hessen, außer in einem Landkreis, in allen Städten und Kreisen Jugendzahnärzte beschäftigt.

Literatur

1. B. Kanther: Schulzahnarzt Hans Joachim Tholuck (1888-1972) und das Frankfurter System der Schulzahnpflege. Matthiesen Verlag 1998
2. A. Pöggeler: Der Stellenwert der Schulzahnpflege in der Lehrerliteratur von 1800-1960. Prüfungsarbeit, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf 1998
3. W. Holzauer: Über die Aufklärung in der Jugendzahnpflege. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 20: 37-40 (1958)
4. B. von Renthe-Fink: Die Stellung des Zahnarztes im öffentlichen Gesundheitsdienst. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 23: 67-77 (1961)
5. M. Schiller: Der Schüler und der Schularzt. In: W. Horney, P. Merkel, F. Wolf (Hrsg.): Handbuch für Lehrer. Bd. 1, Bertelsmann Verlag 1961
6. H. Arnold: Sozialmedizin in der Zahnheilkunde. Medizin von heute, Bd. 8 (1974)
7. T. M. Marthaler: Schulzahnpflege - eine Anleitung für Gemeinden und Schulzahnärzte. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO, 1997
8. K. Gedicke: Die Entwicklung der gesetzlichen Grundlagen der Jugendzahnpflege in den verschiedenen Teilen Deutschlands seit 1945. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 21: 403-417 (1960)

9. H. J. Tholuck: Ein halbes Jahrhundert praktische Schulzahnpflege. Zahnärztliche Mitteilungen 23, (1952) Sonderdruck ohne Seitenzahl
10. H. J. Tholuck: Ein halbes Jahrhundert Schul- und Jugendzahnpflege. Zahnärztliche Mitteilungen 3, 84-87 (1959)
11. L. Federhen: Das Grüne Gehirn. Thieme Verlag 1967
12. P. Hippchen: Die Zukunft des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 7-11 (2005) Sonderausgabe
13. K. Papmahl: Erfahrungen aus der kinderzahnärztlichen Betreuung in der DDR. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 18-19 (2005) Sonderausgabe
14. Th. Elkeles et al.: Prävention und Prophylaxe. Ed. Sigma - Rainer Bohn Verlag 1991
15. Rahmenvereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe insbesondere in Kindergärten und Schulen des Landes Hessen vom 27. Juni 1990

16. H. Mayer: Vom Output zum Outcome. Outcome-Kennzahlen für die Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. 2. Aufl. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf 2006
17. Förderung der Jugendzahnpflege in Hessen. Monographie. Hessischer Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen, April 1959
18. G. Schäfer und D. Groß: Die Entwicklung der zahnärztlichen Profession in der Bundesrepublik Deutschland (1949 - 1989) in genderspezifischer Perspektive. In: D. Groß und A. Karenberg: Medizingeschichte im Rheinland. Kassel University Press 2009
19. C. Pine et al. : An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents beliefs and motivating children. International Dental J, 312-323 (2000) Suppl Creating A Successful
20. Pressestelle des Hessischen Sozialministeriums: Rede des Hessischen Sozialministers Dr. Schmidt zur Dienstversammlung der hessischen Jugendzahnärzte in Langen am 13. Mai 1974
21. Y. L. Stella et al.: The diagnostic reliability of clinical dental auxiliaries in caries prevalence surveys - a pilot study. Community Dental Health 13, 145-149 (1996)
22. C. Sauerland und M. Schäfer: Editorial. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 3 (2005) Sonderausgabe
23. Verband der beamteten und angestellten Zahnärzte: Rundschreiben Nr. 2 (1952)
24. Verband der beamteten und angestellten Zahnärzte: Sonder-Rundschreiben (1954)
25. P. Grieve: Rückblick eines Außenstehenden. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 20-21 (2005) Sonderausgabe
26. T. M. Marthaler: Organisation und Resultate verschiedener Vorbeugungsprogramme in den Schulen. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 90, 773-784 (1980)
27. M. Steiner et al.: Zahngesundheit von Daueransässigen Schülern in 16 Züricher Landgemeinden im Jahr 1992. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 105, 1403-1411 (1995)
28. K. Bößmann: Unkonventionelle Überlegungen zur Verwirklichung von Prophylaxemaßnahmen in Kindergärten und Schulen. Oralprophylaxe 6, 171-174 (1984)
29. F. Römer: Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Mein Buch, Hamburg 2004
30. Evidence_summary-_dental_disease_2019.
<https://view-health-screening-recommendations.service.gov.uk/dental-disease/>