

Kurze Geschichte der Schulzahnpflege von 1970 bis 1990

1970 - 1980

In Hessen ließ man sich 1970 etwas Besonderes einfallen: Statt einer zentralen Aufklärungsaktion (Zahngesundheitswoche) mit dortiger Verteilung von kostenlosen Zahnpflegebeuteln flog ein Jugendzahnarzt mit einem Hubschrauber in alle Kreise und Städte und übergab dort den Schulanfängern persönlich ihre Zahnpflegebeutel [1]. Man informierte die Presse, denn „im Interesse der Zahngesundheit ist publizistische Aufklärungsarbeit mehr als nötig“ [1]. Ob diese Aktion die Zahngesundheit der Kinder verbesserte, ist nicht bekannt.

Im gleichen Jahr erschien der Bericht einer WHO-Expertenkommission zur Zahngesundheitserziehung [2], in dem unmissverständlich dargelegt wird, dass Aufklärung und Belehrung allein nicht zu einer gesundheitsfördernden Verhaltensänderung führen.

„In many countries, vast quantities of dental health materials have been distributed and countless numbers of dental health information programmes have been conducted for decades in schools and other settings. ... These programmes have been essentially of the ‘information-giving’ type, and their informational content has almost always been the same. In spite of the overwhelming evidence that providing teachers and children with information about dental health is not an effective method of obtaining behavioural change, this approach has continued to predominate.“ [2]

Praktische Zahnputzübungen gehörten in dieser Zeit noch nicht zur Schulzahnpflege, entsprechend war die Zahnputzhäufigkeit in der Bevölkerung, denn „wie Hänschen putzt, wird auch Hans putzen“. In Oberbayern [3] putzten nur 11% der Bevölkerung 2x tägl. Zähne und 72% der Landbevölkerung putzte nicht täglich. 21% der Landkinder hatte keine Zahnbürste, bei den 6-Jährigen sollen es sogar 40% gewesen sein. Nur 20% der 14-Jährigen Patienten an der Universitäts-Zahnklinik Halle/Saale putzten richtig [3], in der Bevölkerung waren es sicher weniger. Dennoch gab es auch Lichtblicke. So sollen zum Beispiel in einigen hessischen Kindergärten durch private Initiativen der Eltern Zahnputzräume eingerichtet worden sein.

Fast 30 Jahre nach Kriegsende und 10 Jahre nach Beginn einer staatlich geförderten Jugendzahnpflege in Hessen hatte sich der Kariesbefall der Kinder nicht wesentlich geändert (siehe Grafik GG50.pdf, Rubrik Gruppenprophylaxe und rechte Abb. in Schulzahnpflege 1945 - 1970). Anderenortes, beispielsweise in Reutlingen [5], Baden-Württemberg, sah es ähnlich aus. Trotz umfangreicher Aufklärungsaktionen, Ausstellungen, Broschüren, Merkblätter und Beiträge in Rundfunk und Fernsehen war „der bisher erzielte Erfolg ... durchaus unbefriedigend. Weite Kreise der Bevölkerung sind weder bereit, bei ihrer Ernährung Fragen der Zahngesundheit zu berücksichtigen, noch ihre Zähne richtig und regelmäßig zu putzen...“ [6]. Es machte sich eine gewisse Ratlosigkeit breit und die Unzufriedenheit wuchs [36]. In dieser Situation bemühte sich ein engagierter Jugendzahnarzt (Dr. H. Sigrist) in Reutlingen, das Schweizer Modell der Schulzahnpflege [4] zur „Reutlinger Methode“ zu modifizieren [5] und erreichte damit zwischen 1969 und 1977 einen beachtlichen Kariesrückgang. Leider fand die Reutlinger Methode in den folgenden Jahren überregional keine weitere Beachtung.

Am 01.10.1971 erschien die erste Ausgabe der Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“, das offizielle Organ des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG). Es war eine kluge Entscheidung des Verbandes, denn die Zeitschrift erreichte nicht nur die Verbandsmitglieder, sondern darüber hinaus viele Funktionsträger bei den Krankenkassen, Länderministerien und Zahnärzteverbänden. Leider wurde die Anzahl der Hefte in neuerer Zeit (2012) auf zwei pro Jahr reduziert und gleichzeitig der Internetauftritt des Verbandes neu gestaltet. Man wolle zeitnah informieren und auf Termine hinweisen [8]. Für das sehr ansprechende Design und die Programmierung der Internetseite wurde die Firma „Form-Farbe-Style“ aus Altendorf bei Bad Schandau/Elbe engagiert. Das Internet ist ein modernes Medium, das allerdings eine nahezu grenzenlose Zahl von Informationen enthält und als Zugang, der nicht überall möglich ist, ein Bildschirmgerät erfordert. Dagegen ist eine Zeitschrift ein ganz persönliches Exemplar, das man jederzeit in die Hand nehmen und in der Aktentasche mit sich führen kann, das eigene Kommentare am Seitenrand ermöglicht, keine Energie verbraucht und vor allem zeitbeständiger ist. Bleibt zu hoffen, dass die Zielgruppe der Zeitschrift jetzt auch wirklich häufiger die Internetseite des BZÖG besucht und dass die zwei Exemplare pro Jahr noch wahrgenommen werden.

Mitglieder des Ausschusses für Jugendzahnpflege der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW) verfassten 1973 eine „Denkschrift zur Gestaltung der Jugendzahn-

pflege ...“, in der sie „eine hohe Kariesprävalenz ..., weitgehende Unwirksamkeit der bisherigen prophylaktischen Hygienemaßnahmen, ... Mangel an Jugendzahnärzten ... (und) Beschränkung auf die Schadensfeststellung ...“ konstatierten und „dringend notwendige Besserung dieses Zustandes“ forderten [zit. in 36]. Jugendzahnärzte müssten bisher keine spezielle Ausbildung nachweisen; sie seien Autodidakten. Für sie wurde in der Denkschrift eine Fachzahnarzausbildung zum „Kinderzahnarzt“ vorgeschlagen. Zahnarzhelferinnen sollten eine Aufstiegsmöglichkeit zur „Prophylaxehelferin“ erhalten und Laien sollten zu „Prophylaxehilfen“ ausgebildet werden [36]. Eine neu zu gründende „Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde“ sollte alle diesbezüglichen Bemühungen bündeln. Ein entsprechender Antrag des Präsidenten der LZK BW an die DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) wurde abgelehnt und stattdessen zunächst eine Arbeitsgruppe Kinderzahnheilkunde gegründet [36]. Nach vielversprechendem Beginn dieser Arbeitsgruppe mit dem Vorsatz einer engen Zusammenarbeit von Hochschullehrern und Jugendzahnärzten kam hinsichtlich der Jugendzahnpflege eine gewisse Ernüchterung. Zwar wurde der „antiquierte Grundsatz, die Jugendzahnpflege solle lediglich den Behandlungsbedarf wecken; ihn zu decken sei Sache der freien Praxis“, bemängelt [zit. in 36], doch realistische Möglichkeiten zu Veränderungen waren nicht in Sicht. Die Jugendzahnpflege war dem „Aufgabenbereich der Gesundheitsämter zugewiesen“ [36] und gesetzlich gebunden an die III. DVO zum Ges VG von 1934 (!). Ihre „einwandfreie“ Durchführung wurde nach wie vor von den Amtsärzten überwacht. Fehlende Erfolge in der Kariesprävention weckten jedoch Zweifel an diesem System. So kritisierte Prof. Gülzow, damaliger Vorsitzender der Arbeitsgruppe, in einem Beitrag der Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM 15 / 1975): „Auch die Jugendzahnpflege geht mit den augenblicklich geübten Praktiken keinen besonders effektiven Weg. Sich stets wiederholende Statistiken sind unnötig“ [zit. in 36]. Man wolle in der Arbeitsgruppe die „gezielte Zusammenarbeit zwischen Hochschullehrern und Jugendzahnärzten“ aufgeben, da sie „absolut nichts bringt“ [zit. in 36]. Die Vertreter der Jugendzahnpflege seien unbeeinflussbar. Daher wolle man in den Sitzungen der Arbeitsgruppe „nur noch Fragen der Hochschulen behandeln und lange Diskussionen mit Vertretern der Jugendzahnpflege vermeiden“ [zit. in 36]. Welche Chancen für die weitere Entwicklung der deutschen Jugendzahnpflege aus einer engen Zusammenarbeit zwischen Hochschule und BZÖG unter dem Dach der DGZMK damit ungenutzt blieben, lässt sich nur erahnen. Praxis und Wissenschaft hätten sich hervorragend ergänzen und die Jugendzahnärzte vielleicht schon damals aus den Fesseln der antiquierten III. DVO befreien können. Doch das sollte noch rund 30 Jahre dauern.

1975, drei Jahre nach dem Tod des DAJ-Geschäftsführers Dr. Hans Joachim Tholuck, veröffentlichte der DAJ seine Neukonzeption in Form neuer Richtlinien, die jetzt „Grundsätze“ hießen [12]. Darin wurden die Aufgaben der verschiedenen Akteure in der Jugendzahn- pflege aufgeführt, die der Eltern und Erzieher, der freipraktizierenden Zahnärzte, der Kran- kenkassen, der Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Mitarbeiter der Jugendzahnärzte. Die Aufgaben der Jugendzahnärzte blieben allerdings fast unverändert gegenüber den Richtlinien von 1953. Zusätzlich aufgeführt ist die Beratung bei der Planung und Einrichtung von Zahnpfle- geräumen in Kindergärten und Schulen. Hier reifte bereits der Gedanke an praktische Zahnputzübungen in diesen Einrichtungen. Leider blieb es in vielen Bundesländern man- gels Finanzierung bei der Idee. Neu war die Möglichkeit, „vorbeugende Maßnahmen, Er- nährungsberatung und Unterweisung in Mundhygiene“ [12] unter der Verantwortung eines Jugendzahnarztes auf zahnmedizinische Fachhelferinnen zu übertragen.

Das Bekanntwerden der ersten Erfolge der Schweizer Schulzahnpflege [9] und des Einsat- zes von Schulzahnpflegehelferinnen hatte in Deutschland möglicherweise auch Auswir- kungen auf diese neuen Grundsätze des DAJ von 1975, denn erstmalig sind hier freiwillige Mitarbeiter der Jugendzahnärzte aufgeführt, die nach Anleitung in Kindergärten und Grundschulen Gesundheitsaufklärung und Unterweisungen in Zahnpflege durchführen sollten - allerdings nicht gegen Entgelt, wie in der Schweiz, sondern ehrenamtlich! Ehrenamtliche „Zahnputzmuttis“ [5] kommen schon 1973 bei der „Reutlinger Methode“ zum Einsatz, weil sie engagiert und gewissenhaft seien und gut mit Kindern umgehen könnten [5]. Vorbild und Anregung war hier die Schulzahnpflege in der Schweiz. Man stell- te fest, dass der Anteil der Erstklässler mit kariesfreien (naturgesunden) bleibenden Zäh- nen in nur drei Jahren von 50% auf 60% angestiegen war und im gleichen Zeitraum der Anteil jener mit DMFT > 4 (heute Kariesrisiko-Kinder) von 10% auf 6% abfiel [2]. **Auch der Sanierungsgrad verbesserte sich aufgrund der aktiven Prophylaxe deutlich, und zwar unabhängig von der Anzahl der Schuluntersuchungen.** Geputzt wurde aus- schließlich mit einem Fluoridgelee [5]. In der Kontrollgruppe fand keine Prophylaxe statt. Eine aktive Kontrollgruppe mit handelsüblicher nichtfluoridhaltiger Zahnpaste anstatt Flu- oridgelee hätte interessante Einblicke in die Wirkung des Gelees gebracht zu einer Zeit, in der Fluoride noch nicht allgemein verfügbar waren und somit deren Nichtverwendung kei- ne ethischen Konflikte hervorgerufen hätte. Doch solche Gedanken fanden damals offen- bar keine Unterstützer.

Indessen waren die Diskussionen um eine richtige und wirkungsvolle Fluoridprophylaxe in vollem Gange. In Hessen wurden seit etwa 1960 regelmäßig täglich Fluoridtabletten mit

der Dosierung 1 mg für alle Kinder in Kindergärten ausgegeben, eine Dosierung, die man erst 20 Jahre später kritisch hinterfragte. In Österreich wurde schwangeren Frauen die Tablettenfluoridierung empfohlen. Dies hätte den Vorteil, „dass die Mutter, die während der Schwangerschaft aufgeschlossen ist für Gesundheitsfragen, sich an die regelmäßige Einnahme der Fluortabletten gewöhnt und danach wahrscheinlich später auch ihrem Kind die Tabletten regelmäßig geben wird“ [3].

Am 31. Mai 1977 trat die Prüfungsordnung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf für Zahnärzte im ÖGD in Kraft. Sie ermöglichte den Jugendzahnärzten nach erfolgreicher Absolvierung eines Lehrganges die Anerkennung als „Zahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen“ und damit eine bessere berufliche Qualifikation. Im Fach Methodenlehre beispielsweise wurden Grundlagen der medizinischen Statistik und Epidemiologie vermittelt, die sie aus ihrem Studium der Zahnmedizin nicht kannten. Allerdings führte diese zusätzliche Qualifikation nicht automatisch und leider auch eher selten in die höhere Gehaltsgruppe, die für Ärzte der Gesundheitsämter üblich war. Das förderte nicht gerade die Motivation. Hinzu kam „das hier und da noch anzutreffende Herablächeln ärztlicher Kollegen auf das ebenso verzweifelte wie aussichtslose Bemühen des Jugendzahnarztes, das lückenlose, gut gestellte, kariesfreie oder doch gut sanierte Gebiss bei jungen Menschen zu erkämpfen“ [10]. Dieser Satz des Präsidenten der Zahnärztekammer Nordrhein 1975 zeigt die mancherorts bestehende damalige Meinung über die Jugendzahnpflege - „aussichtslos“. Schuld an diesem Dilemma sei der verzweifelte Jugendzahnarzt, der nicht „zu kämpfen versteht“. Das war inkorrekt, denn die im Betreuungssystem fehlenden, aber für den Erfolg wichtigen, praktischen Zahnputzübungen wären, sofern gewollt, beim vorherrschenden Personalbestand zeitlich nur durch Verzicht auf einen Teil der Reihenuntersuchungen möglich gewesen. Eine Zustimmung der Amtsärzte, die immer noch nach III. DVO des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Ges VG) von 1934 darüber zu wachen hatten, dass die Schulzahnpflege „einwandfrei“ durchgeführt wird, ist schwer vorstellbar, denn sie hätten möglicherweise auf Teile der Zuschüsse des Landes (1,10 DM pro untersuchtes Kind in Hessen) verzichten müssen. Initiativen wie die „Reutlinger Methode“, bei der „Zahnputzmuttis“ über Jahre kostenlos in Schulen Zahngesundheit unterrichteten und die Materialien (Zahnbürsten, Zahnpaste) von den Eltern bezahlt wurden, waren damals und wären auch heute sicher nicht in allen Regionen kontinuierlich einsetzbar. Manchmal war es vielleicht zum verzweifeln - das System der damaligen Jugendzahnpflege.

Das Dilemma der Karieserkrankungen, die „bisher nicht wirkungsvoll bekämpft werden konnten“, beschäftigte Ende der 70er Jahre auch Bundestagsabgeordnete [11]. Das Scheitern „aller Bemühungen in den 60er Jahren, ein Bundesjugendzahnpflegegesetz zu verabschieden“ sei die Ursache für die Vernachlässigung „gesundheitserzieherischer Maßnahmen“ [11]. Aufgrund von „Widerständen aus dem Bereich der Kultusministerien, aber auch infolge einer zu geringen Zahl von Jugendzahnärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst“ seien die Aktivitäten der Länder zu gering und zu „wenig effektiv“ gewesen [11]. In einem erneuten Anlauf wolle man die guten Erfahrungen aus der Schweiz nutzen, deren Betreuungssystem bereits über 10 Jahre funktioniere und zu einer Kariesreduktion von 50% geführt habe, wurde betont. Leider kam auch diese Idee nicht zur Ausführung. Erst 1994 entschied sich ein kleiner Arbeitskreis Jugendzahnpflege in Südhessen zur Einführung des Schweizer Prophylaxesystems in Kindergärten und Schulen [13], das funktionell mit dem hessischen Patenschaftsmodell kombiniert werden konnte (www.akj-kreisgg.de).

Der Bundesregierung sei der „Stellenwert einer wirksamen und wirtschaftlich tragbaren Prophylaxe“ bewusst, führte Frau Dr. Neumeister (MdB) in ihrem 1979 erschienen Beitrag aus [11]. Man trage sich mit dem Gedanken, zusätzliche Maßnahmen „durch ein entsprechendes Prophylaxe-Programm in der zahnärztlichen Praxis“ einzuführen. Leider gebe es noch keine „wissenschaftlich gesicherten ... Vorsorgeprogramme“ [11] und daher müsse die zahnmedizinische Forschung hierzu intensiviert werden (offenbar hielt man die selbst angeführten, guten Ergebnisse der Schweizer Schulzahnpflege für wissenschaftlich nicht gesichert). In der Zwischenzeit sollten die Krankenkassen „den ihnen noch verbleibenden Freiraum“ nutzen und Präventivmaßnahmen für die zahnärztliche Praxis schon mal in den Leistungskatalog aufnehmen [11]. Tatsächlich wurde dieses Vorhaben Ende der 80er Jahre umgesetzt. Für niedergelassene Zahnärzte war das ein gutes Signal, denn sie bekamen nun endlich ihre zeitaufwändigen Zahnputzinstruktionen bei ihren Patienten vergütet. Doch auch in der Gruppenprophylaxe wehte bald ein frischer Wind.

„Ende der siebziger Jahre kam Bewegung in unsere alte, traditionelle und verdienstvolle Jugendzahnpflege. Ein regelrechter Prophylaxe-Tourismus nach Basel (Schweiz) entwickelte sich“ [14]. Dort war es gelungen, die Zahl der kariesfreien Schulanfänger von 7% im Jahr 1960 auf 46% im Jahr 1979 zu erhöhen [25]. Hier war der Beweis erbracht, dass ein geeignetes Prophylaxeprogramm notwendige Zahnsanierungen deutlich reduziert und mehr leistet als „Schulzahnpflege im engeren Sinne“ [15]. Viele Projekte und Aktionen wurden in Deutschland gestartet oder liefen bereits seit einiger Zeit. „Neue Wege in der Jugendzahnpflege“ beschriftet beispielsweise die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (LAG) Niedersachsen, indem sie neben Aufklärung der Eltern und

Fortbildung der Erzieherinnen vor allem Zahnputzräume in über 1000 Kindergärten einrichtete, in denen täglich das Zähneputzen geübt werden konnte [16]. Ähnliche Aktivitäten wurden aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis berichtet [17], wo in allen Kindergärten ebenfalls Zahnputzinstruktionen vermittelt wurden und tägliches Zähneputzen in diesen Einrichtungen fast überall stattfand. Hier stieg der kariesfreie Anteil der 3 bis 6 Jährigen von 20% im Jahr 1970 auf 51% in 1982. Als weitere Aktionen könnten beispielhaft das Prophylaxeprogramm der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf [18], die Aktion „Gesunde Zähne“ der AOK Heilbronn [19], die „Aktion Gesunde Zähne“ von AOK Groß-Gerau und BKK der Adam Opel AG [20], die Kariesprophylaxe in Stuttgart [32] oder die schon erwähnte „Reutlinger Methode“ [5] aufgeführt werden. Die meisten Projekte wurden von Firmen, Krankenkassen, Sparkassen, Zahnärztekammern u.a. unterstützt.

Allen Aktionen gemeinsam war das praktische Zähneputzen mit den Kindern.

Ein echter Durchbruch! Gleichwohl bestand noch Unsicherheit: „Die Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Komponenten eines Kariesprophylaxeprogramms (Zahnpflege, Ernährungsumstellung, Fluoridverabreichung) ist deshalb schwierig, weil meistens in kontrollierten Untersuchungen alle Komponenten gemeinsam zur Anwendung kommen“ [21]. Für den Anteil an der Kariesreduktion liefere die Zahnpflege etwa 20% [21]. Eine andere Schätzung aus dem gleichen Jahr 1980 lieferte 30% [22] und eine neuere Arbeit aus dem Jahr 2000 gar bis zu 50% [23]. Ganz gleich, wie hoch der Anteil wirklich gewesen sein mag, es war ein bedeutender Anteil. Mit der Einführung der praktischen Zahnputzübungen wurde gleichzeitig neben der Tablettenfluoridierung die Fluoridanwendung in Form von Gelen und Lacken intensiviert. Dies war vielleicht dem Umstand geschuldet, dass man nach einer so langen „Durststrecke“ endlich einmal positive Resultate sehen wollte. Allerdings hatte schon damals alleiniges Zähneputzen mit einer fluoridierten Zahnpasta im Rahmen eines Prophylaxeprogramms im Kindergarten gute Resultate geliefert [17]. Seit etwa 2005 legte sich die Fluorid-Euphorie etwas, sodass heute die tägliche Verwendung einer fluoridierten Zahnpasta normalerweise ausreicht. Lediglich bei einer kleinen Gruppe von Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko (§21 SGB V) werden manchmal noch zusätzliche Fluoridanwendungen, z.B. Lackierungen, empfohlen [31]. Doch zurück in die 70er....

Der Erfolg hat bekanntlich viele Väter. Kaum zeigten sich die ersten positiven Resultate, meldeten sich viele Autoren zu Wort, um ihre Sicht der Dinge kundzutun. Über neue oder alternative Wege der Kariesprophylaxe, mit oder ohne einzelne Maßnahmen oder deren verschiedenartige Kombinationen wurde berichtet und versucht, ein optimales Modell herauszuarbeiten. Wissenschaftler, u.a. aus den Fachgebieten Ernährung, Verhaltenspsycho-

logie, Unterrichtswissenschaften, Soziologie, Biologie und Zahnheilkunde, aber auch Fachleute aus Ministerien und Ämtern, nutzten die Anfang 1979 erschienene neue Zeitschrift „Kariesprophylaxe“ (später „Oralprophylaxe“ und heute „Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde“), zur Darstellung ihrer Meinungen und Forschungsergebnisse. Mitherausgeber war der 1957 gegründete Verein für Zahnhygiene, ein Zusammenschluss der Hersteller von Zahnpflegemitteln [24]. Vorausgegangen war die Jahrestagung der DGZMK 1978 in Nürnberg mit dem Thema „Jugendzahnheilkunde heute - die Entscheidung für morgen“. Nach lebhafter Diskussion habe Prof. Marthaler (Zürich) an die Teilnehmer appelliert, „es sei genug geforscht und geredet worden, jeder möge nun an seinem Platz mit der Prophylaxe beginnen“ [14].

1980 - 1990

Die seit 1978 andauernden Diskussionen um die richtige Dosierung bei der Tablettenfluoridierung in Hessen führten im November 1983 zu einem Erlass des Hessischen Sozialministeriums [26]. Danach sollten ab 1984 nur ein reines Vitamin-D Präparat und als Kombinationspräparat nur eines mit Vitamin-D und einer reduzierten Dosierung von 0,25 mg Fluorid pro Tablette für die Kindergärten zur Verfügung stehen. Bisher betrug die Konzentration der von den Krankenkassen und aus Landesmitteln finanzierten Präparate 1 mg Fluorid pro Tbl. „In jüngster Zeit wird die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Fluors in der Kariesprophylaxe von verschiedenen Seiten bezweifelt. Solange die Bedenken nicht ausgeräumt sind, soll es für Sie (die Allgemein- und Kinderärzte d.V.) die Möglichkeit geben, ein fluorfreies Präparat zu verordnen.“ [26]. Diese gesundheitspolitisch durchaus nachvollziehbare Entscheidung (ohne heutige Kenntnisse über den fraglichen Nutzen der Tablettenfluoridierung) wurde von der Schriftleitung der Zeitschrift „Oralprophylaxe“ damals als Rückschlag für die Kariesprophylaxe bezeichnet. „Hessen wieder vorn?“ - spottete Friedrich Römer [26].

Ein Jahr später, am 1. Oktober 1985, verursachte die Fernsehsendung „Monitor“ handfeste Probleme im Spektrum der Kariesprophylaxe. Dort wurde behauptet, die in Kindergärten verabreichten Fluoridtabletten gegen Karies wären nicht wirksam und gesundheitlich bedenklich. Dem wurde natürlich schnell widersprochen. Das Bundesgesundheitsamt teilte mit: „Fluorhaltige **Arzneimittel (!)** sind bei bestimmungsgemäßigem Gebrauch zur Vorsorge gegen Zahnkaries unverändert wirksam und unbedenklich“ [27]. Das Hessische Sozialministerium wird jetzt froh über seinen Erlass vom November 1983 gewesen sein. Dennoch stellten viele Kindergärten die Verteilung von Fluoridtabletten ein.

Das Jahr 1984 hatte noch zwei weitere Überraschungen bereit. Zum einen wurden Pläne des Hamburger Senats zur Auflösung der Schulzahnärztlichen Dienste in der Hansestadt bekannt. Glücklicherweise kam es nicht dazu. Zum anderen beschloss die hessische Landesregierung, die Fördermittel für die Jugendzahnpflege in Höhe von etwa 500.000,- DM jährlich einzustellen [28]. Diese Streichung betraf den jährlichen Zuschuss für die Gesundheitsämter, die Kosten für Vordrucke, die Auswertung der Untersuchungsbefunde und die Bereitstellung der Fluoridtabletten. Diese Entscheidung konnte nicht abgewendet werden. Über die Gründe mag man spekulieren. Vielleicht war die Diskussion über das geplante Gesundheitsreformgesetz (GRG) schon angesprungen, das die Krankenkassen zur Mitfinanzierung der Gruppenprophylaxe verpflichtete, und man wollte rechtzeitig die eigene Ausgangsposition festlegen. Für den hessischen Landeshaushalt war diese Einsparung eher geringfügig und diese Entscheidung daher aus heutiger Sicht ein falsches Signal. Die Kommunen reagierten unterschiedlich. Als Befundvordrucke wurden z.B. Karteikarten eingeführt, die Auswertung der zahnärztlichen Befunde unterblieb für einige Jahre oder wurde mit dem Taschenrechner und später mit dem PC erledigt und auf die Fluoridtabletten hätte man schon damals gut verzichten können, denn schon vor 1988 „was already clear that the principal action of fluoride in reducing caries was by its effect on the demineralization and subsequent remineralization of enamel during caries initiation and progression [29].

Auf der **55. Konferenz der Gesundheitsminister** (GMK) im November 1986 kam es zu einer EntschlieÙung zur „Intensivierung der Jugendzahnpflege unter Einbeziehung von Zahnärzten und Krankenkassen“. Es sei notwendig, „die anlaufenden Aktivitäten der Zahnärzteschaft und der Krankenversicherung, die im öffentlichen Raum von Kindergärten und Schulen stattfinden, in der RVO (Reichsversicherungsordnung) auf eine dauerhafte gesetzliche Grundlage zu stellen“. Folgende Regelungen seien erforderlich:

1. **Verpflichtung der Krankenkassen**, „gemeinsam mit den in den Ländern für die öffentliche Jugendzahnpflege zuständigen Stellen eine dauerhafte, flächendeckende und wirksame Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sicherzustellen“.
2. „Bereitstellung von **Mitteln durch die Krankenversicherung**.“
3. **Rahmenvereinbarungen** über Inhalte, Durchführung und Finanzierung der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe.
4. Die Maßnahmen sollen insbesondere **praktische Zahnputzanleitungen, Ernährungsberatung, Schmelzhärtung** und **regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen** beinhalten.

Außerdem sei eine „systematische Dokumentation und Erfolgskontrolle“ notwendig.

Diese EntschlieÙung war gewissermaßen der Startschuss für eine umfassende Neugestaltung der Jugendzahnpflege in Deutschland, bei der vorhandene Strukturen in den Ländern berücksichtigt werden sollten. Zwar ließ das entsprechende Gesetz (§21 SGB V) noch auf sich warten (bis 1.1.1989), doch die zahnärztlichen Dienste in Hessen wurden sogleich aufgefordert, auf Kreisebene Arbeitskreise Zahngesundheit zu bilden und dort die Geschäftsführung zu übernehmen. Ein guter Vorschlag, denn durch das Einbringen der zahnärztlichen Dienste (Personal und Räumlichkeiten) werden Strukturen geschaffen und gleichzeitig finanzielle Beiträge geleistet (z.B. [30]). Leider ging alles nicht so schnell, wie erwartet. Es dauerte in Hessen noch mehr als 5 Jahre, bis sich alle Arbeitskreise Jugendzahnpflege konstituiert hatten.

Im Ergebnis der 55. GMK führten die geschilderten erfolgreichen Aktivitäten verschiedener Arbeitskreise im politischen Raum zu der Erkenntnis, die Jugendzahnpflege nicht mehr allein den Ländern und ihren Kommunen zu überlassen. Solche Pläne wurden im Berufsverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) allerdings mit Skepsis aufgenommen. Man befürchtete offenbar einen Rückzug der Länder und Kommunen, sobald die Krankenkassen die Verantwortung für die Gruppenprophylaxe übernehmen [33]. In einer Zeit des Systemumbruches in Deutschland, in der beispielsweise fast die gesamten Strukturen der kinderzahnärztlichen Betreuung in der ehemaligen DDR verloren gingen [34], waren solche Befürchtungen nicht abwegig. Nach Auffassung von Dr. Fichtner, 26 Jahre 1. Vorsitzender des BZÖG, sollten „bewährte Leistungen unseres bewährten Jugendzahnpflegesystems ... wegen der besonders günstigen Kosten-Nutzen-Relation“ erhalten bleiben [33], denn diese gingen „weit über die einer Gruppenprophylaxe hinaus“. Sie seien „klinisch und statistisch effizient und darstellbar“ und „überzeugen vor Ort“ [33]. Anders sahen es die Kinderstomatologen der gerade untergegangenen DDR. Sie beschrieben den damaligen Zustand kinderzahnärztlicher Betreuung in der alten BRD wie folgt [35]:

- weitgehend fehlende gesetzliche Grundlagen,
- die Tätigkeit einer kleinen Zahl von Jugendzahnärzten beschränkt sich auf zahnärztliche Untersuchungen und einige vorbeugende Maßnahmen. Diese Kollegen haben praktisch keine therapeutischen Befugnisse (soziale Abwertung dieser Zahnärzte als „Löcherzähler“).
- Kariesbefall und Behandlungsbedürftigkeit bei Kindern sind bedeutend größer als in der DDR.

Ungewollt passte hierzu Fichtner's Devise, mit der der BZÖG bisher angetreten sei [33]:

**„Weitermachen, selbst wenn die Lage aussichtslos erscheint;
durchhalten, auch wenn kein Erfolg in Aussicht!“**

Literatur

1. Verein für Zahnhygiene: Rundschreiben an alle hessischen Gesundheitsämter vom 31.08.1970
2. WHO Techn. Rep. No. 449. World Health Organization, Genf 1970
3. H. Arnold: Sozialmedizin in der Zahnheilkunde. Medizin von heute, Bd. 8 (1974)
4. T. M. Marthaler: Die kariesprophylaktische Aktion im Kanton Zürich 1962 bis 1974... Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 85, 1147-1172 (1975)
5. H. Sigrist: Die Reutlinger Methode. Kariesprophylaxe 1, 65-71 (1979)
6. K. Binder: Aus dem International Documentation-Center for Preventive Dentistry (IDCD). Kariesprophylaxe 1, 96 (1979)
7. Pressestelle des Hessischen Sozialministeriums: Rede des Hessischen Sozialministers Dr. Schmidt zur Dienstversammlung der hessischen Jugendzahnärzte in Langen am 13. Mai 1974
8. G. Hantzsch: Editorial. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, Heft 1 (2012)
9. T. M. Marthaler: Die kariesprophylaktische Aktion im Kanton Zürich 1962 bis 1974... Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 85, 1147-1172 (1975)
10. Q. Amian: Jugendzahnpflege als Gemeinschaftsaufgabe. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 13 (2005) Sonderausgabe
11. H. Neumeister MdB: Gesundheitserziehung und zahnmedizinische Prophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ? Kariesprophylaxe 1, 36-38 (1979)
12. Deutscher Ausschuss für Jugendzahnpflege: Grundsätze für eine planmäßige Jugendzahnpflege. DAJ, Düsseldorf 1975
13. Schweizer Prophylaxe-Enklave in Deutschland. Bulletin für Schulzahnpflege-Instruktorinnen 100, 12 (September 2008)
14. E. Reihlen: Zehn Jahre Steglitzer „Vorschulprogramm Zahngesundheit“. Oralprophylaxe 11, 32-38 (1989)
15. Deutscher Ausschuss für Jugendzahnpflege: Richtlinien für eine planmäßige Jugendzahnpflege im Bundesgebiet. DAJ, Heiligkreuzsteinach 1953
16. LAG Niedersachsen: Erfolgreiches Niedersachsen-Modell der Jugendzahnpflege. Oralprophylaxe 5, 73 (1983)
17. K. Winter: Prophylaxe im Rheinisch-Bergischen Kreis. Oralprophylaxe 5, 97-101 (1983)

18. U. Prasuhn-Uphoff, U. Seichter: Das Prophylaxeprogramm der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf. Oralprophylaxe 7, 180-183 (1985)
19. F. Römer: Aktion „Gesunde Zähne“ der AOK Heilbron. Tagungsbericht. Oralprophylaxe 5, 41 (1983)
20. AKJ Kreis Groß-Gerau: 10 Jahre kontinuierliche Primärprophylaxe. Oralprophylaxe 17, 26 (1995)
21. G. Ahrens: Die Bedeutung der Mundhygiene für die Kariesprophylaxe. Kariesprophylaxe 2, 133-136 (1980)
22. Th. Marthaler: Organisation und Resultate verschiedener Vorbeugungsprogramme in Schulen. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 90, 773-784 (1980)
23. C. Pine et al. : An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents beliefs and motivating children. International Dental Journal 50, 312-323 (2000)
24. W. Holzhauer: Über die Aufklärung in der Jugendzahnpflege. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 20: 37-40 (1958)
25. M. Büttner: Das Schweizer System der kinderzahnärztlichen Betreuung. Kariesprophylaxe 2, 137-144 (1980)
26. F. Römer: „Hessen wieder vorn“? Oralprophylaxe 6, 62 (1984)
27. BGA - Pressedienst 17/1985 vom 8. Oktober 1985
28. F. Römer: „Rosa Zeiten für Karius und Baktus“ Oralprophylaxe 6, 192 (1984)
29. O. Fejerskov, J. Ekstrand, B. A. Burt: Fluoride in Dentistry. Munksgaard 1996
30. Arbeitskreis Jugendzahnpflege Kreis Groß-Gerau: Geschäftsbericht 2001
31. Guidelines on the use of fluoride in children. Europ Arch Paediatr Dent, 129-135 (2009)
32. K. Stelzer: Was kann eine umfassende Jugendzahnpflege leisten. Oralprophylaxe 10, 84-88 (1988)
33. H.-J. Fichtner: Möglichkeiten einer sinnvollen Umsetzung des GRG § 21. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 14-16 (2005) Sonderausgabe
34. K. Papmahl: Erfahrungen aus der kinderzahnärztlichen Betreuung in der DDR. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 18-19 (2005) Sonderausgabe
35. Vorstand der Gesellschaft für Kinderstomatologie der DDR: Stellungnahme zur künftigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 35, 17-18 (2005) Sonderausgabe
36. F. Römer: Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Mein Buch, Hamburg 2004