

Kurze Geschichte der Jugendzahnpflege von 1990 bis 2000

Am **1.1.1989** trat in Deutschland das Gesundheitsreformgesetz (GRG) in Kraft. Erstmals gab es hier im **§ 21 SGB V** bundesweite gesetzliche Regelungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe). Der Gesetzestext des **§ 21 Gruppenprophylaxe** sah unter anderem folgendes vor:

- „Die Krankenkassen haben ... Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen.“
- Dies soll „im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen“ erfolgen,
- „unbeschadet der Aufgaben anderer“, (z.B. der Aufgaben der Gesundheitsämter nach dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934) und
- „gemeinsam und einheitlich“.
- „Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.“

Am **1.1.1993** kamen zwei weitere Maßnahmen zum § 21 dazu, nämlich

- Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus und
- spezifische Programme für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko.

Am **1.1.2000** wurde der § 21 um folgende Vorschriften erweitert,

- Hinwirkung auf flächendeckende Maßnahmen,
- Durchführung bis zum 16. Lebensjahr in Schulen und Behinderteneinrichtungen mit überproportional hohem durchschnittlichen Kariesrisiko.

Im Gegensatz zu früheren gemeinsamen Zahngesundheitsprojekten [5] waren die Krankenkassen jetzt nicht mehr frei in ihrer Entscheidung über deren Förderung. Jetzt waren

sie gesetzlich zu Förderprogrammen und deren zumindest teilweiser Finanzierung verpflichtet. Alle Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mussten einbezogen werden. Das betraf die anfangs wenig beachtete Gruppe der 0- bis 3-Jährigen, die zum Teil Krabbelgruppen besuchten oder zu Hause betreut wurden, dann die Gruppe der Kinder zwischen 3 und 6 Jahren, die traditionell häufig in einem Kindergarten zu finden sind und schließlich die Schulkinder vom 1. bis zum 6. Schuljahr. Insgesamt betraf das in Deutschland rund 8 Millionen Kinder [1].

Die Strukturen für ein Zusammenwirken von Krankenkassen, Zahnärzten und Gesundheitsämtern sollten in Form von Arbeitskreisen / Arbeitsgemeinschaften auf kommunaler Ebene entstehen. Diese sollten als rechtsfähige oder nicht rechtsfähige Vereine operieren. Über Satzung, Organe (Vorstand, Mitgliederversammlung), Vorsitz und Haushaltsplan lagen anfangs nur wenige Informationen vor. Zwar waren die zahnärztlichen Teams der Gesundheitsämter diejenigen, die schließlich die Hauptarbeit vor Ort leisten mussten (und heute noch leisten), doch sie waren als Mitarbeiter kommunaler Verwaltungen in einer hierarchisch ungünstigen Position. Jetzt verhandelten die Landesverbände der Krankenkassen mit den Landeszahnärztekammern und den zuständigen Landesministerien über die Ausgestaltung des neuen Gesetzes. Angesichts der herrschenden Meinung einiger Politiker [2], die bisherige Jugendzahnpflege sei ineffektiv gewesen, fiel es den Vertretern der Zahnärztekammern nicht schwer, sich als kompetente Partner in der Gruppenprophylaxe zu etablieren, ja sogar „die Zuständigkeit nach § 21 SGB V für sich allein (zu) reklamieren“[3]. Vielerorts übernahmen sie den Vorsitz in den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG). Zu den dortigen Entscheidungsgremien aber hatten die Jugendzahnärzte normalerweise keinen Zutritt und konnten nur mancherorts in ihrer Eigenschaft als Vertreter der Landkreistage oder Städtetage teilnehmen.

Kurz: Die Gruppenprophylaxe wird heute von den Zahnärztekammern dominiert.

Hilfreich hierfür waren zweifellos die Erfolge der schon beschriebenen regionalen Projekte in den 80ern in Kindergärten, bei denen Zahnärztekammern mitgewirkt hatten. Dagegen war nach Aussage der Bundeszahnärztekammer (1988) „die zahnprophylaktische Betreuung ab Schulbeginn insuffizient. Der öffentliche schulzahnärztliche Dienst ... ist ... nicht in der Lage, eine ausreichende Betreuung der Kinder ab dem 6. Lebensjahr sicherzustellen“ [10]. Natürlich waren die Projekte von Zahnärztekammern und Krankenkassen damals auch nur auf wenige Regionen beschränkt und nicht etwa flächendeckend. Doch sie zeigten deutlich bessere Ergebnisse, als das Vorkriegs- und Nachkriegsmodell der „Schulzahnpflege im engeren Sinne“ [8]. Obwohl einzelne Jugendzahnärzte, wie Dr. Sigrist [9] bereits

im Jahr 1979, Wege zu einer erfolgreichen Jugendzahnpflege auch in den Schulen aufzeigten, blieb in den folgenden Jahren die Mehrheit der zahnärztlichen Dienste (oder besser Gesundheitsämter) hiervon offenbar unbeeindruckt; ja es gab sogar deutliche Stellenreduzierungen [4, 24].

Dafür musste der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) zu Beginn der Gruppenprophylaxe einige „Prügel“ einstecken, die von fast allen Seiten kamen, beispielsweise von der Bundeszahnärztekammer (siehe obiges Zitat), der AG Kinderzahnheilkunde [11], dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) [12], den Spitzenverbänden der Krankenkassen [3], dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte [13] und der Vereinigung Demokratischer Zahnmedizin (VDZM) [14]. Durch die gesetzliche Forderung nach Zusammenarbeit des ÖGD mit Krankenkassen und Zahnärzten traten plötzlich jahrelange Defizite der kommunalen zahnärztlichen Dienste hervor. Statt auf einen „flächendeckend funktionierenden öffentlichen Gesundheitsdienst“ [3] aufbauen zu können, sah man sich einem ausgeprägten Personalmangel gegenüber. Die realitätsfernen Vorstellungen über den zahnärztlichen ÖGD gipfelten in der Feststellung, die zahnärztlichen Dienste hätten jetzt freie Ressourcen, da die Jugendzahnärzte nur noch Kinder bis zum 12. und nicht mehr bis zum 18. Lebensjahr untersuchen müssten. Veraltete Konzepte, unzureichende Möglichkeiten der Weiterbildung, kein eigenes Budget und auch die Pflicht zur Aufgabenerfüllung nach Weisung (§3, Abs. 4 und 5 in [15]), besser bekannt als „Dienst nach Vorschrift“, erwiesen sich manchmal als ausgesprochen hinderlich.

Eine Planung eigener regionaler Prophylaxe-Projekte durch Jugendzahnärzte, deren Präsentation und Verteidigung vor einem Gremium von Fachkollegen und Geldgebern im Arbeitskreis, den Aufbau der notwendigen Strukturen und die Einstellung von Personal nach Bewilligung der Mittel, die Mittelverwaltung mit jährlichen Geschäftsberichten zum Beispiel für die Mitgliederversammlung des Arbeitskreises, die regelmäßige Schulung der Mitarbeiter, evtl. auch Qualitätszirkel, und vor allem eine echte Evaluation der Ziele des Projektes (Verbesserung der Zahngesundheit der Kinder) - all das muss man bekanntermaßen erst einmal lernen und das Vertrauen der Geldgeber erringen, bevor man es in der Praxis umsetzen kann. Projektmanagement muss man vor allem auch wollen und dürfen (da man Angestellter ist), denn hier übernimmt man selbst (und nicht das Gesundheitsamt) tatsächlich Verantwortung für Personal und Geld. Wenn etwas schief läuft, muss man es persönlich den Geldgebern erklären und vielleicht sogar Personal wieder entlassen, was immer auch rechtlich abgesicherte Arbeitsverträge erfordert. Das alles gehört auch zum Projektmanagement und deshalb reicht es nicht, lediglich hierzu eine Weiterbildung zu besuchen.

Auch wenn man es als Jugendzahnarzt geschafft hat und das Projekt im Landkreis einige Jahre gelaufen ist, wenn alle Zielparameter zu vollster Zufriedenheit erfüllt wurden, die Ergebnisse in einer wissenschaftlichen Zeitschrift publiziert wurden, alle Schulleiter und Verantwortlichen im Arbeitskreis hinter dem Projekt stehen, kann es trotzdem passieren, dass eine einzelne Person in einer übergeordneten Krankenkassen-Institution mit entsprechender Entscheidungsbefugnis das gesamte Projekt kippt und man erfährt noch nicht einmal die Gründe.

Ein Projekt wäre auf den Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) passgenau zugeschnitten gewesen - die verantwortliche Übernahme der gesetzlich im § 21 vorgegebenen Erfolgskontrolle der Gruppenprophylaxe. Vielleicht war die politische Kraft nicht vorhanden oder man war nicht Willens oder in der Lage, ein solches deutschlandweites Projekt zu initiieren und hierfür Fördergelder zu beantragen. Stattdessen übernahm es die DAJ und die Gesundheitsämter der Städte und Kreise liefern seit Jahren hierfür kostenlos die Untersuchungsdaten. Anders als heute fanden sich in den Jahren 1951, 1952 und 1954, in denen es an wirklich allem fehlte, in denen es weder Computer noch Taschenrechner gab, dennoch engagierte Jugendzahnärzte aus dem Verband der beamteten und angestellten Zahnärzte VDBZ (gegr. 1951), dem Vorgänger des BZÖG, für eine Auswertung der Untersuchungsdaten aus Westdeutschland und die Veröffentlichung der Ergebnisse. An dieses enorme Engagement unter weitaus schwierigeren Voraussetzungen und ungleich höherer zeitlicher Belastung sei hier erinnert.

Entsprechende Forderungen der Bundeszahnärztekammer [10] führten schließlich mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 zur Einführung der Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen ab dem 6. bis zum 18. Lebensjahr und somit zu einer Konkurrenzsituation mit der Gruppenprophylaxe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Wieder einmal hatten die Zahnärztekammern einen berufspolitischen Sieg errungen und ihre Forderungen an den Gesetzgeber [10] durchgesetzt. Für die Kinder und Jugendlichen allerdings brachte diese Regelung durchaus Vorteile. Auch für die Zahnarztpraxen war die Individualprophylaxe eine echte Errungenschaft. Endlich wurden die zeitaufwendigen, oft frustrierenden Beratungen und Unterweisungen der Kinder und deren Eltern überhaupt vergütet. Da das jetzt von der Krankenkasse bezahlt wurde, so dachten sicher viele Patienten, musste es doch irgendwie nützlich sein. Die Bereitschaft in der Bevölkerung, Prophylaxeleistungen selbst zu bezahlen, war zu dieser Zeit nur sehr gering ausgeprägt.

Eine besondere Situation für die kommunale Jugendzahnpflege finden wir in Rheinland-Pfalz mit 2 und Bayern mit 5 Jugendzahnärzten [25], d.h., die Gruppenprophylaxe findet dort seit Jahren praktisch ohne Jugendzahnärzte statt. Dennoch rangieren beide Länder beim Vergleich der Indikatoren für die Zahngesundheit der Schulkinder (dmft / DMFT bzw. Anteil naturgesund) nicht generell auf den hinteren Plätzen [6, 7]. Bei der letzten bundesweiten Untersuchung der DAJ 2009 [7] belegte Rheinland-Pfalz im Ranking der Bundesländer sowohl bei den Schulanfängern, als auch den 12-Jährigen gute Mittelplätze. Bayern dagegen rangiert im hinteren Drittel, allerdings zusammen mit den beiden Bundesländern Thüringen und Sachsen-Anhalt mit jeweils 42 bzw. 20 Jugendzahnärzten [25]. Zwar mag das Beispiel Rheinland-Pfalz regional die Auffassung nähren, die Jugendzahnpflege könne gut von niedergelassenen Zahnärzten übernommen werden, doch blieben dann viele Fragen hierzu unbeantwortet, beispielsweise die, warum die Länder Bayern und Thüringen nahezu gleich schlechte Ergebnisse vorlegen [6, 7] trotz vollkommen unterschiedlicher Strukturen heute und in der Vergangenheit. Eine knifflige Angelegenheit, nicht nur für zahnärztliche Standesvertreter.

Für die zahnärztlichen Dienste waren plötzlich, zusätzlich zu ihren bisherigen gesetzlichen Aufgaben („unbeschadet der Aufgaben anderer“), neue Aufgaben durch ein neues Gesetz (SGB V) hinzugekommen, von denen keiner wusste, wie sie bei der vorhandenen Personaldecke erledigt werden sollten. Zu den vielen Diskussionen kamen aber langsam auch Erfolgsmeldungen über neues Prophylaxepersonal bei den Arbeitskreisen und die Einrichtung von Prophylaxeteams, die neben den Untersuchungen jetzt auch Zahnputzinstruktionen durchführten. Es setzte sich bei den Krankenkassen offensichtlich die Erkenntnis durch, dass Gruppenprophylaxe vor allem personalintensiv ist und Prophylaxehelferinnen „**der** Schlüssel zur erfolgreichen Umsetzung einer wirkungsvollen Gruppenprophylaxe“ sind [4]. Die Arbeitskreise konstituierten und ihre Mitglieder arrangierten sich und bis auf Ausnahmen entwickelte sich ein reges „Vereinsleben“. Bald boten auch andere Organisationen ihre Unterstützung bei der Ernährungsberatung oder der pädagogischen Umsetzung der Maßnahmen an. Gemeinsame Sitzungen förderten die Netzwerkbildung. Sogar EU - Gelder, z.B. für das Projekt GUKIS (Gesundheitserziehung und Krebsprävention in Schulen), sollen bewilligt worden sein. Viele Projekte und Ideen wurden in eben so vielen Sitzungen diskutiert und manches Projekt verlief auch wieder im Sand.

Eine **erste Bestandsaufnahme** der Ergebnisse **der Gruppenprophylaxe** 6 Jahre nach Inkrafttreten des § 21 SGB V bot **1995** die Jahrestagung der BZÖG, auf der verschiedene, oben schon zitierte Referenten, ihre Interpretationen darlegten. In der Abschlussdiskussion

resümierte man [16], dass

- es noch keine flächendeckende Basisprophylaxe gibt,
- es noch keine flächendeckende Fluoridierung gibt,
- noch nirgendwo mit einer Intensivprophylaxe begonnen wurde,
- für Jugendzahnärzte Fortbildungskurse von zweitägiger bis max. zweiwöchiger Dauer sinnvoll wären, z.B. in Epidemiologie, Statistik, Datenerfassung und Organisation von Prophylaxeprogrammen,
- Prophylaxehelferinnen ebenfalls ein Ausbildungsprogramm durchlaufen sollten von zwei- bis dreiwöchiger Dauer,
- die Erfüllung von Qualitätsmerkmalen ein „funktionierendes epidemiologisches Dokumentationssystem“ voraussetzt, mit dem es möglich sei, „auf Knopfdruck die entsprechenden Grafiken abzurufen“. Damit könne „der Jugendzahnarzt „den Finger in die Wunde“ legen und aufzeigen, wie mit entsprechender Finanzierung ein effizientes Programm gestartet werden kann.“

Der Wunsch von Burghard Hahn (VDZM) bei dieser ersten Bestandsaufnahme der Gruppenprophylaxe im Jahr 1995 [14] lautete:

„Von den Kommunen wie auch von den Jugendzahnärztlichen Diensten wünschen wir uns, dass sie mit Schwung und Phantasie zu derart zündenden Ideen kommen, dass ihre am Ort zuständigen Arbeitsgemeinschaften gar nicht anders können, als ihre Teams zu unterstützen.

Wir müssen ihnen aber auch sagen, wenn es vorkommen sollte, dass dieser Dienst irgendwo mehr verwaltet wird, als Prophylaxe zu betreiben, wenn er sich zudecken lässt durch sachfremde Aufgaben wie Zahnersatzgutachten für Sozialämter, Beihilfestellen usw., dann hat er dort auch keine personelle oder finanzielle Unterstützung vonseiten der Arbeitsgemeinschaften verdient“ [14].

Nach Einführung der Gruppenprophylaxe mit § 21 SGB V und dessen Erweiterungen in den Jahren 1993 und 2000 wurden auch die **DAJ - Grundsätze** verändert und angepasst. Die **letzte Version** stammt vom **20.06.2000** [18]. Sie konkretisiert die im Gesetzestext angeführten Maßnahmen (siehe oben) und beinhaltet zwei Anlagen.

In Anlage 1 ist definiert, wann ein Kind in Abhängigkeit vom Alter ein **hohes Kariesrisiko** aufweisen soll. Dieses dichotome Merkmal wird mit „JA“ beantwortet, wenn folgende zahnärztliche Befunde vorliegen [18]:

DAJ - Kriterien zur Bestimmung des hohen Kariesrisikos

	<u>Alter</u>	<u>Befund</u>
bis	3 Jahre	nicht kariesfrei, dmft > 0
	4 Jahre	dmft > 2
	5 Jahre	dmft > 4
	6-7 Jahre	dmft/DMFT >5 oder DT > 0
	8-9 Jahre	dmft/DMFT >7 oder DT > 2
	10-12 Jahre	DMFS > 0 (Flächenkaries)

(Zur Definition des dmft / DMFT siehe Rubrik Reihenuntersuchung)

Diese Vorhersage des zukünftigen Kariesbefalls in den nächsten Jahren aus einem gerade erhobenen Gebissbefund bei einer Reihenuntersuchung kann naturgemäß nicht sicher sein, da über die Jahre verschiedene Einflussfaktoren mitspielen [29]. Selbst wenn man diese weitgehend mit berücksichtigt, erreicht man bei der Genauigkeit der Vorhersage für etwa zwei Jahre höchstens eine Sensitivität von etwa 60% und eine Spezifität von etwa 80% [29]. Bei einer angenommenen Prävalenz der Risikokinder von 30% trifft damit die Vorhersage im Falle eines vierjährigen Kindes mit Karieserfahrung nur mit etwa 56% zu, dass es bei der Einschulung wieder die DAJ - Kriterien erfüllt. Vierjährige ohne dieses Risiko werden zu etwa 82% auch bei der Einschulung ohne Risiko sein. Jahre später werden die Vorhersagen noch unsicherer. Das ist jedoch am Tag der Untersuchung nicht relevant, denn man möchte mithilfe spezifischer Interventionen dieses Risiko so beeinflussen, dass möglichst viele Kinder mit der Zeit aus dem Risikobereich herausfallen. Dabei toleriert man, dass diese Interventionen auch solche Kindern einschließen, die später (auch ohne solche Interventionen) kein Risiko mehr gezeigt hätten. Für die praktische Gruppenprophylaxe wird derzeit der obige Konsensvorschlag empfohlen [26].

Alle Kinder zwischen 3 und 12 Jahren, für die o.g. Befunde zutreffen, haben laut dieser Definition ein **hohes Kariesrisiko**. Begrifflich wird sich jeder Leser des **§ 21 SGB V** aber die Frage stellen, wann denn ein Kind ein **besonders hohes Kariesrisiko** aufweist, denn nur für solche Kinder sollten spezifische Programme entwickelt werden. Man muss wohl erst einmal davon ausgehen, dass beide Begriffe synonym verwendet werden.

„Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist“ [§ 21 SGB V] sollen gekennzeichnet sein durch ein Ka-

riesrisiko, das „deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt“ [19]. Um derartige Einrichtungen aus den Untersuchungsbefunden herauszufiltern, müsste also erst einmal der **Landesdurchschnitt des Kariesrisikos** (nicht zu verwechseln mit dem Landesdurchschnitt des DMFT) bekannt sein. Ein solcher Wert wurde bisher, soweit mir bekannt ist, nie erhoben.

Die zweite Anlage beschäftigt sich mit „Auswahlkriterien für Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen eine Intensivbetreuung gemäß § 21 SGB V stattfinden soll“, weil diese Einrichtungen ein „**erhöhtes durchschnittliches Kariesrisiko**“ aufweisen [18]. Die DAJ bezieht sich dabei auf ein inhaltlich entsprechendes Schreiben der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe vom 14.06.2000.

Am 16.06.1994 verabschiedete der DAJ eine „Empfehlung ... zur Durchführung der Intensivprophylaxe bei **Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko** im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V“ [26].

Spricht man vom Kariesrisiko eines Kindes oder einer Einrichtung, so muss man folglich aufpassen und darf sich von den verschiedenen Bezeichnungen nicht beirren lassen:

- Kinder können ein **erhöhtes**, ein **hohes** oder ein **besonders hohes** Kariesrisiko aufweisen. Bisherige Kriterien für eine Klassifikation (siehe oben) gelten aber nur für das hohe Kariesrisiko. Für die anderen beiden Kategorien gibt es bisher noch keine Kriterien. Da die Zuordnungen: **kein Risiko - erhöht - hoch - besonders hoch** durchaus als Ordinalskala betrachtet werden kann, für die jeweils auch Kriterien notwendig sind, wäre nach beinahe 30 Jahren eine Klärung der „Begriffsvielfalt“ durch die DAJ sehr wünschenswert.
- Das durchschnittliche Kariesrisiko von Einrichtungen kann **erhöht** oder **überproportional hoch** sein. In beiden Fällen ist wahrscheinlich das gleiche gemeint.

Der Unterschied zwischen Kindern und Einrichtungen besteht in diesem Zusammenhang in der Ausprägung des Merkmals „Kariesrisiko“. Während Kindern ein dichotomes Merkmal mit den Ausprägungen „0“ und „1“ zugeordnet wird (Kinder haben ein hohes Kariesrisiko oder sie haben es nicht), handelt es sich beim durchschnittlichen Kariesrisiko von Einrichtungen um einen Wert aus dem Intervall von 0 bis 1 (oder von 0% bis 100%).

Nur für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko fordert der Gesetzgeber **spezifische Programme, nicht für Einrichtungen**. Wenn das durchschnittliche Kariesrisiko von Einrichtungen überproportional hoch ist (deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt), dann sollen die o.g. Maßnahmen des § 21, Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene, lediglich über das 12. Lebensjahr hinaus bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden. **Der Begriff Intensivprophylaxe taucht im Gesetz nicht auf.**

Allerdings werden hier auch keine Angaben über die jährliche Häufigkeit der aufgeführten Maßnahmen gemacht, sodass der Gedanke naheliegt, die o.g. Maßnahmen für Kinder mit hohem Kariesrisiko häufiger und intensiver durchzuführen [26]. Bereits mit dieser Idee war ein „spezifisches Programm“ gefunden, das die Akteure unter Führung der Krankenkassen „für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko“ laut Gesetz zu entwickeln hatten, denn nähere Vorgaben hierzu stehen nicht im Gesetz. Es sollte lediglich spezifisch sein nur für diese Kinder, nicht für die anderen, die kein hohes Kariesrisiko besitzen. Im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen ist es allerdings schwierig, Risikokinder, evtl. auch in Kleingruppen, zu separieren. Derartiges Vorgehen kann heutzutage schnell zu Ausgrenzung und Akzeptanzproblemen führen. Einfacher war da schon eine andere Interpretation des § 21 SGB V. Es sei durch das Gesetz „ein intensivprophylaktischer Behandlungsansatz vorgegeben, der sich auf Einrichtungen bezieht“ [23].

Diese Interpretation des Gesetzes hat erstaunlich viele Anhänger gefunden und wird heute deutschlandweit praktiziert, denn es ist natürlich viel einfacher, eine ganze Schule zu betreuen (auch intensiv), als mit einzelnen Kindern hieraus (ggf. in Kleingruppen) Intensivprophylaxe durchzuführen. Eine Verweisung der Kinder mit hohem Kariesrisiko im Anschluss an die Reihenuntersuchung in eine Zahnarztpraxis zur Durchführung eines spezifischen, auf die jeweiligen Bedürfnisse dieser Kinder zugeschnittenen Programms, z.B. mit einem speziellen Überweisungsschein, wäre durchaus im Sinne des Gesetzes (§ 21) gewesen und entspricht auch den Empfehlungen der DAJ [26]. Das aber wurde von den Krankenkassen (die auch im DAJ vertreten sind) kategorisch abgelehnt. **„Eine klare Absage erteilen die Spitzenverbände der Krankenkassen den Ideen verschiedener Zahnärztekammern, die „ungedekelten“ Gelder der Gruppenprophylaxe in die niedergelassenen Praxen zu holen“** [20]. Ob hier das Prinzip der Einrichtungsbetreuung tatsächlich effektiver ist, als Intensivprophylaxe in Zahnarztpraxen, wurde schon angezweifelt [21]. Erstens beinhalten Einrichtungen, die ein erhöhtes durchschnittliches Kariesrisiko aufweisen, nicht nur Kinder mit hohem Kariesrisiko, sondern auch solche ohne dieses Risiko, die in der Regel sogar in der Mehrzahl sind und an Intensivprophylaxe, die sie nicht benötigen,

teilnehmen. Das ist nicht wirtschaftlich. Zweitens kann regional, wegen begrenzter Ressourcen, nur ein gewisser Anteil solcher Einrichtungen intensivprophylaktisch betreut werden, Kinder mit hohem Kariesrisiko gibt es aber in allen Einrichtungen. Datenanalysen zeigen [21], dass man mit diesem Konzept der Intensivprophylaxe in Einrichtungen insgesamt nur einen kleinen Teil der Kinder mit hohem Kariesrisiko in der Region erreicht.

Intensivprophylaxe in der Zahnarztpraxis verlangt, dass die Kinder dorthin kommen. Dies sei „in der Vergangenheit auf ganzer Linie gescheitert“ [27]. Als Begründung für diese Aussage werden keine wissenschaftlichen Studien angeführt, sondern die „Auskunft mehrerer Jugendzahnärzte in Berlin“ [27], die versucht hatten, Kariesrisikokinder zur Intensivbetreuung ins Gesundheitsamt zu holen. Dass solche Versuche scheitern können, war von vornherein klar, denn Eltern gehen zur „Zahnbehandlung“ ihrer Kinder normalerweise nicht in ein Gesundheitsamt. Ein Sonderschulprojekt im Kreis Groß-Gerau / Hessen über drei Jahre, bei dem niedergelassene Zahnärzte die Intensivprophylaxe übernahmen und die Kinder in die Praxen begleitet wurden, zeigte dagegen durchweg positive Ergebnisse [28]. 84% der Kinder blieben dem Projekt über drei Jahre treu. Während des Projektes stieg der Sanierungsgrad von 40% auf über 90%, der Anteil Kinder mit Versiegelungen von 21% auf 100% und der Anteil Kinder mit guter oder perfekter Zahnputztechnik von 20% auf 84%. Das wichtigste Ergebnis aber war, dass sich innerhalb der drei Projektjahre keine neue Karies entwickelte - der DMFT blieb konstant. Da diese Ergebnisse offenbar nicht in das damalige Meinungsbild übergeordneter Entscheidungsgremien passte, wurde das Projekt zum Bedauern aller regionalen Akteure nach drei Jahren ohne Begründung eingestellt.

Wegen des Zusammenhangs zwischen bestehender Karies und der Wahrscheinlichkeit des Kariesbefalls in der Zukunft, der sehr eng sein soll [23], könne man den durchschnittlichen DMFT - Wert einer Einrichtung als Surrogatparameter für deren durchschnittliches Kariesrisiko heranziehen, wenn es um die Auswahl von Einrichtungen für Intensivprophylaxe geht [23]. Hierzu soll nach DAJ ein DMFT-Ranking erfolgen, „bei dem je nach verfügbaren Ressourcen ein bestimmter Prozentsatz (10-15%) der Einrichtungen / Schulen mit den höchsten DMF - Mittelwerten ausgewählt wird“ [18]. Nun können Einrichtungen mit einem gleich hohen durchschnittlichen dmft bzw. DMFT durchaus recht unterschiedliche durchschnittliche Kariesrisiken haben, sodass ein Ranking der Einrichtungen nach DMFT durchaus nicht dem Ranking nach durchschnittlichen Kariesrisiken entsprechen muss. Überhaupt ergibt sich die Frage, wieso man den DMFT heranzieht, wo man doch mittels DAJ - Kriterien das durchschnittliche Kariesrisiko einer Einrichtung direkt berechnen kann.

Fazit: Mit den Auswahlkriterien der DAJ für Einrichtungen, in denen eine Intensivprophylaxe stattfinden soll, erreicht man nicht sicher die Einrichtungen mit dem höchsten mittleren Kariesrisiko. Überdies erreicht man nach einer wie auch immer gearteten Auswahl nur einen kleinen Teil der Kinder mit hohem Kariesrisiko. **Daher sollte das gesamte Konzept überdacht werden.** Entscheidet man sich für die Beibehaltung einer wie auch immer gearteten Risikogruppenstrategie, dann sollte auch der Vorschlag der Zahnärztekammern, solche Kinder zusätzlich einer Intensivprophylaxe in der Praxis mit speziell gekennzeichnetem Schein zuzuführen, **neu diskutiert und durchgerechnet** werden, denn zum Zahnarzt müssen diese Kinder in jedem Fall zwecks Sanierung ihrer kariösen Zähne. Selbstverständlich dürften Honorare für solche speziellen Fälle nicht „gedeckelt“ werden, zumal bei dem erhöhten Aufwand für die Intensivprophylaxe solcher Kinder ohnehin ein höherer Punktwert für die IP - Positionen angemessen wäre. Da auch die Gruppenprophylaxe bei weitem nicht alle diese Kinder in einer Region erreicht, ist der Einwand der Spitzenverbände der Krankenkassen, „eine nicht-aufsuchende Betreuung würde die Zielgruppe nur in sehr geringem Umfang erreichen“ [27], hinfällig. Überdies scheint die Bereitschaft, der Behandlungsaufforderung der Jugendzahnärzte zu folgen, deutlich gestiegen zu sein. Beispielsweise erhöhte sich der entsprechende Prozentsatz im Kreis Unna von 48% im Schuljahr 2001/2002 auf 81% im Schuljahr 2010/2011 [30]. „Ähnliche Programme waren bisher immer gescheitert. Es kamen nicht etwa die tatsächlich bedürftigen, sondern die eher gesunden Kinder zur Prophylaxe“ [20]. Dass auch zahngesunde Kinder zusätzlich zur Gruppenprophylaxe die Individualprophylaxe bei ihrem Zahnarzt in Anspruch nehmen, wird von allen Seiten propagiert, ist erfreulich und vom Gesetzgeber auch gewollt. Doch die dabei erbrachten Leistungen werden eben nicht aus Geldern der Gruppenprophylaxe vergütet, denn diese Kinder haben keinen speziell gekennzeichneten Verweisungsschein.

Die Intensivprophylaxe innerhalb der Gruppenprophylaxe bindet in Deutschland viele personelle und materielle Ressourcen. Nach über 30 Jahren wäre eine Evaluation aller zu diesem Zweck durchgeführter Interventionen durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, wie beispielsweise das IQWiG, sehr wünschenswert.

Literatur

1. Deutscher Ausschuss für Jugendzahnpflege: Jahresauswertung 1995 / 96
2. H. Neumeister MdB: Gesundheitserziehung und zahnmedizinische Prophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ? Kariesprophylaxe 1, 36-38 (1979)
3. B. Wiethardt: Standortbestimmung der Gruppenprophylaxe aus der Sicht der Krankenkassen. In: Kariesprävention in der Gruppe. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bericht & Materialien Band 13, 23-32 (1995)
4. Th. Neumann: Zur praktischen Umsetzung der Gruppenprophylaxe. In: Kariesprävention in der Gruppe. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bericht & Materialien Band 13, 7-16 (1995)
5. LAG Niedersachsen: Erfolgreiches Niedersachsen-Modell der Jugendzahnpflege. Oralprophylaxe 5, 73 (1983)
6. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. DAJ, Bonn 2005
7. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. DAJ, Bonn 2010
8. Deutscher Ausschuss für Jugendzahnpflege: Richtlinien für eine planmäßige Jugendzahnpflege im Bundesgebiet. DAJ, Heiligkreuzsteinach 1953
9. H. Sigrist: Die Reutlinger Methode. Kariesprophylaxe 1, 65-71 (1979)
10. Bundeszahnärztekammer: Um die Zukunft der Prophylaxe. Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer. Oralprophylaxe 10, 36-38 (1988)
11. AG Kinderzahnheilkunde: Um die Zukunft der Prophylaxe. Stellungnahme der AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK. Oralprophylaxe 10, 39 (1988)
12. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ): Um die Zukunft der Prophylaxe. Vorschläge des DAZ. Oralprophylaxe 10, 40-42 (1988)
13. K.J. Gerritz: Verhütung von Zahnerkrankungen durch Gruppenprophylaxe. In: Kariesprävention in der Gruppe. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bericht & Materialien Band 13, 45-53 (1995)
14. B. Hahn: Gruppenprophylaxe muss neue Wege gehen. In: Kariesprävention in der Gruppe. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bericht & Materialien Band 13, 69-80 (1995)
15. Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) vom 28.09.2007
16. Kariesprävention in der Gruppe. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bericht & Materialien Band 13, 93-95 (1995)

17. Rahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe insbesondere in Kindergärten und Schulen. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst Heft 4, 1993
18. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. Bonn 2000
19. Bundesdrucksache 14 / 1245 vom 23.06.1999
20. Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ... Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V vom 25.07.1995
21. M. Herzog et al.: Kinder mit hohem Kariesrisiko müssen spezifisch betreut werden. Zahnärztliche Mitteilungen 93, 102-104 (2003)
22. R. Weißbach, M. Herzog: Schätzung des Kariesbefalls 3-5 jähriger Kinder aus einstufigen Clusterstichproben. Gesundheitswesen 71, 121-126 (2009)
23. Gruppenprophylaxe 2000 - Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20.11.2000
24. B. Wiethardt: Ein neues Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gruppenprophylaxe. Oralprophylaxe 17, 129-130 (1995)
25. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe Schuljahr 2012 / 2013. DAJ, Bonn
26. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Empfehlung zur Durchführung der Intensivprophylaxe bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko ... vom 16.06.1994
27. H. Strippel: Stellungnahme zum Statement „Intensivbetreuung von Kariesrisikokindern“ der Bundeszahnärztekammer. Oralprophylaxe 17, 131-132 (1995)
28. M. Herzog, A. Thumeyer: Patenschaftsmodell für Sonderschulen. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 26, 137-142 (2004)
29. L. Stößer et al.: Studiendesign und Repräsentativität der Erfurter Kariesrisiko-Studie mit Schülern der ersten und fünften Klasse. In: L. Stößer: Kariesdynamik und Kariesrisiko, Quintessenz Verlag Berlin 1998
30. C. Sauerland, Ch. Hollinger: Die zahnärztliche Untersuchung durch den ÖGD - völlig überholt oder wichtiger denn je? Zahnärztlicher Gesundheitsdienst Heft 1, 2015