



INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

N. Bartsch/J. Bauch
(Gesamtbearbeitung)

Gruppen- und Individual- prophylaxe in der Zahnmedizin

Ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit
in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis

Materialienreihe
Band 13



**Gruppen- und
Individualprophylaxe
in der Zahnmedizin**

Materialienreihe
Band 13

Norbert Bartsch, Jost Bauch
(Gesamtbearbeitung)

Gruppen- und Individual- prophylaxe in der Zahnmedizin

Ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit
in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis

Mit Beiträgen von:

Norbert Bartsch, Jost Bauch, Kathi Dittrich, Gudrun Eberle,
Johannes Einwag, Herbert Feser, Klaus-Dieter Hellwege,
Eduard H. Hörschelmann, Klaus G. König, Claus Leitzmann, Felix Magri,
J. Margraf-Stiksrud, Wolfgang Micheelis, Horst Pantke,
Erika Reihlen, Rainer Roehl, Friedrich Römer, Hans Peter Rosemeier
und Thomas Schneller

Herausgeber:

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

in Trägerschaft von

Bundesverband der Deutschen Zahnärztekammern e.V.

– Bundeszahnärztekammer –

– Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –
5000 Köln 41, Universitätsstraße 71-73



Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1992

Gesamtbearbeitung:

Prof. Norbert Bartsch
Fachbereich Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften
Freie Universität Berlin

Dr. Jost Bauch
Institut der Deutschen Zahnärzte
Köln

ISBN 3-7691-7828-9

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1992

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
A Gruppenprophylaxe	13
1 Das Konzept der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe	14
Bauch	
2 Didaktische Prinzipien der Gruppenprophylaxe	24
Bartsch	
3 Entwicklungspsychologische Determinanten bei Kindern und Jugendlichen	40
Feser	
4 Die drei Säulen der Prohylaxe	57
4.1 Die Mundhygiene	57
Reihlen	
4.2 Ernährung von Klein- und Schulkindern	77
Roehl/Leitzmann	
4.3 Ernährungserziehung in Kindergarten und Schule	86
Dittrich/Leitzmann	
4.3.1 Ernährungserziehung im Kindergarten – 3/4jährige	86
4.3.2 Ernährungserziehung im Kindergarten – 5/6jährige	91
4.3.3 Ernährungserziehung in der Grundschule – 1./2. Schuljahr	96
4.3.4 Ernährungserziehung in der Grundschule – 3./4. Schuljahr	101
4.3.5 Ernährungserziehung in der Schule – 5./6. Schuljahr	106
4.4 Fluoridierung	112
4.4.1 Möglichkeiten der Fluoridanwendung	112
Einwag	
4.4.2 Was man über Fluoride wissen sollte	126
Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Baden-Württemberg e.V.	

5	Medien für die Gruppen- und Individualprophylaxe	130
	Römer	
6	Spezifische Probleme in der Prophylaxe	141
6.1	Behinderte Kinder	141
	Hörschelmann	
6.2	Die präventive Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko	146
	Einwag	
6.3	Die Zahnarzhelferin in der Gruppenprophylaxe	150
	Hellwege	
7	Kooperationspartner	158
7.1	Die Krankenkassen	158
	Eberle	
7.2	Der Öffentliche Gesundheitsdienst ÖGD	163
	Reihlen	
7.3	Mitarbeit der Pädagogen	166
	Bartsch	
B	Individualprophylaxe	171
1	Was heißt zahnmedizinische Individualprophylaxe?	172
	König	
2	Zahnmedizinische Vorsorge – Individualprophylaxe – ein Leben lang	177
	Hellwege	
3	Erfolg mit Kindern und Jugendlichen – Pädagogische und psychologische Ansatzpunkte für die Arbeit im Altersbe- reich 12 bis 19 Jahre –	186
	Magri	
4	Kommentar zum Curriculum Individualprophylaxe in der kassenzahnärztlichen Versorgung	211
	Bartsch	
5	Curriculum Individualprophylaxe in der kassenzahnärztli- chen Versorgung – Eine Handreichung für Referenten zur Fortbildung von Zahnärzten, Zahnmedizinischen Fachhel- ferinnen (ZMF) und Zahnarzhelferinnen	213
	Autorenverzeichnis	262

Vorwort

Zahnmedizinische Gruppen- als auch Individualprophylaxe sind im Sozialgesetzbuch §§ 21 und 22 als Gemeinschaftsaufgabe von Krankenkassen, Zahnärzteschaft und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen verbindlich vorgeschrieben, d.h., diese zahnmedizinischen Prophylaxeformen werden in den nächsten Jahren zunehmen und im breiten Maße in die Praxis umgesetzt werden.

Praktische Hilfen für die Umsetzung sind rar. Ohne Zweifel ist der zahnmedizinisch-fachliche Bereich für die Gruppen- und Individualprophylaxe mittlerweile mit Hilfen und Materialien gut durchstrukturiert. Was bisher fehlt, sind pädagogisch-psychologische Hilfen, die den Zahnarzt bzw. das Prophylaxepersonal in den Stand versetzen, auch die fachspezifischen zahnmedizinisch-prophylaktischen Inhalte „an den Mann“ zu bringen. Sowohl von Zahnärzten als auch vom Prophylaxepersonal kann nicht von vornherein erwartet werden, daß sie für diese neuen Aufgaben hinreichend ausgebildet sind. Insbesondere im Bereich Psychologie und Pädagogik sind Defizite zu erwarten. Dies war für das Institut der Deutschen Zahnärzte – sowie für die Herausgeber – Veranlassung, das vorliegende Handbuch für die gruppenprophylaktische Arbeit in Kindergärten und Schulen und für die individualprophylaktische Arbeit in der Zahnarztpraxis herauszubringen, um auch die „Prophylaxeerbringer“ in psychologisch-pädagogischer Hinsicht so zu qualifizieren, daß die zahnmedizinische Prophylaxe auch den Zielpersonen vermittelt werden kann.

Aus diesem Grunde wurde die Altersspezifität der Zielgruppen besonders berücksichtigt. Derjenige, der insbesondere in zahnmedizinisch-fachlicher Hinsicht Informationen und Tips erwartet, sollte nicht enttäuscht sein, weil das zahnmedizinisch-fachliche Rüstzeug hier als Voraussetzung gesehen und der Schwerpunkt eindeutig auf die pädagogisch-psychologischen Aspekte gelegt wird.

Auch befaßt sich das Handbuch nur am Rande mit den politischen und organisatorischen Aspekten der Durchführung zahnmedizinischer Prophylaxe. Verweisen möchten wir in diesem Zusammenhang auf das von Helmut Stein und Helmut K. Specke herausgegebene Handbuch der

zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, das insbesondere die gesetzliche, finanzielle und organisatorische Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe behandelt. So nah allem Anschein nach dieses Handbuch der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe mit unserem Handbuch zur Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin für die prophylaktische Arbeit in Kindergärten, Schulen und Zahnarztpraxen liegen mag, beide Bücher ergänzen sich eher, als daß sie sich Konkurrenz machen.

Das Autorenteam zeigt anschaulich die Interdisziplinarität des Vorhabens. Zahnmediziner, Ernährungswissenschaftler und Sozialwissenschaftler kommen zu Wort, um – bezogen auf die altersspezifischen Zielgruppen – Vorschläge aus ihrer Disziplin zu geben, um das komplexe und mühevoll Vorhaben der zahnmedizinischen Gruppen- und Individualprophylaxe für den „Prophylaxeerbringer“ zu erleichtern.

Besonderes Augenmerk wird dabei auf die didaktischen Prinzipien, die entwicklungspsychologischen Determinanten bei Kindern und Jugendlichen und auf die Kooperationspartner in der zahnmedizinischen Prophylaxe gerichtet. Schließlich sind alle prophylaktischen Bemühungen der Zahnärzteschaft in den Sand gesetzt, wenn nicht die Pädagogen und Eltern mitziehen, wenn nicht die Krankenkassen und der Öffentliche Gesundheitsdienst bereit sind, sich in der Prophylaxe zu engagieren.

Das Handbuch wendet sich somit nicht nur an Zahnärzte, sondern auch an Zahnarthelferinnen, Lehrer, Erzieher, Sozialpädagogen und Eltern, kurz, an alle Schlüsselpersonen, die potentielle Mitstreiter in der Gruppen- und auch Individualprophylaxe sind. Das grundsätzliche Konzept des Handbuches ist dabei, daß die zahnmedizinische Prophylaxe – wenn sie langfristig eine Verhaltensänderung initiieren will – veralltäglicht werden muß, d.h., prophylaktisches Verhalten muß in den Alltag der Zielperson als etwas Selbständiges integriert werden. Die Veranstaltungen der Gruppenprophylaxe sollten weitestgehend zum Alltag werden, indem Zahnarzt und Prophylaxepersonal sich in Prophylaxeveranstaltungen als Initiatoren von zahnmedizinisch-prophylaktischen Übungen und Veranstaltungen verstehen. Lehrer, Erzieher, Sozialpädagogen und Eltern sollten als Schlüsselpersonen diese Initiativen aufgreifen und selber gruppenprophylaktische Elemente in ihren Erziehungs- und Unterrichtsalltag integrieren.

Das Handbuch geht von einem theoretisch gesicherten Praxisbezug aus: „Nichts ist praktischer als eine gute Theorie“. Gute Praxisbeispiele sind daher sowohl theoretisch fundiert, als auch mehrfach erprobt. Sie dokumentieren und empfehlen Bewährtes, sind aber auch innovativ: Praxisbezug mit Kontinuität und Erneuerung.

Ziel des Handbuches ist es, den Zahnarzt und andere Personen zu ermutigen und zu befähigen, die einzelnen Aufgaben der Gruppen- und Individualprophylaxe möglichst professionell zu erfüllen. Dazu gehört nicht nur zahnmedizinischer Sachverstand, sondern auch pädagogisch-psychologisches Know-how sowie Techniken der Unterrichts- und Gesprächsführung. Notwendig ist eine didaktische Bündelung dieser Qualifikationen.

Dabei versteht sich das Handbuch nicht als ein „Rezeptbuch“. Ein Mißverständnis wäre, wenn der Leser den Anspruch hätte, daß Rezepte im Sinne von Regieanweisungen gewünschte Effekte garantieren – unabhängig von der vorgefundenen Ausgangslage. Vielmehr soll das Handbuch typische Modellsituationen aufarbeiten, die in der Praxis – angepaßt und abgewandelt je nach vorgefundener Situation – beispielhaft angewandt werden können.

Das Handbuch gibt Hilfen, ersetzt aber keinesfalls eigene Kreativität.

Oralprophylaxe für Kinder und Jugendliche wird hier als Gemeinschaftsaufgabe von Zahnärzten, Eltern, Pädagogen und Krankenkassen dargestellt. Einer allein wäre grundsätzlich nicht in der Lage, sachadäquat und flächendeckend Kariesprophylaxe durchzuführen. Hieraus begründet sich eine Kooperation aller Beteiligten. Entsprechend sind die Landesarbeitsgemeinschaften Zahngesundheit aufgebaut. In ihnen wirken Zahnärzte, Krankenkassen, Eltern und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände und der Pädagogen zusammen. Diese Zusammenarbeit auf höherer organisatorischer Ebene muß ebenfalls in eine Zusammenarbeit der „Prophylaxe Praktizierenden“ an der Basis münden. Alle ernstzunehmenden Konzepte der Zahngesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen sind Kooperationskonzepte, wiewohl es natürlich Unterschiede in dem jeweiligen Engagement einzelner Gruppierungen geben mag.

Auch in Ländern, wie beispielsweise der Schweiz, wo Dentalhygienikerinnen und Prophylaxehelferinnen die Aufgabe der zahnmedizinischen Prophylaxe übertragen wurde, funktioniert die zahnmedizinische Prophylaxe nur als Kooperationsaufgabe, weil diese ihre Tätigkeit in enger Abstimmung mit dem Zahnarzt, den Eltern und den Lehrern durchführen. In der Bundesrepublik Deutschland steht in den seltensten Fällen spezielles Prophylaxepersonal zur Verfügung. Wie man auch immer zu diesem Sachverhalt stehen mag, man muß ihn zunächst akzeptieren und versuchen, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, zahnmedizinische Prophylaxe für Kinder und Jugendliche zu erbringen.

In dieser Situation kommt dem freiwilligen Engagement aller Beteiligten eine besondere Bedeutung zu. Vielfach wird von den Landesarbeitsgemeinschaften Prophylaxe nach dem sog. zahnmedizinischen Obleutesy-

stem organisiert. Das sieht im Prinzip so aus, daß die niedergelassenen Zahnärzte zusammen mit ihren Helferinnen eine Patenschaft für einen oder mehrere Kindergärten eingehen, diese Kindergärten zahnmedizinisch prophylaktisch betreuen und Kindern, Eltern und Erzieherinnen mit Rat und Tat in allen Zahngesundheitsfragen zur Seite stehen. Zusätzlich kann von den Landesarbeitsgemeinschaften Hilfspersonal eingestellt werden, das spezielle Aufgaben der zahnmedizinischen Prophylaxe übernimmt. Ohne Zweifel ist zahnmedizinische Prophylaxe ohne zahnärztlichen Einsatz – sei es nun ein Jugendzahnarzt oder ein niedergelassener Zahnarzt – nicht durchführbar, d.h. aber nicht, daß er diese Aufgabe allein bewältigen soll und kann. Der Zahnarzt bringt insbesondere sein Fach- und Sachwissen ein, aber er ist auf die Mitarbeit der Erzieherinnen und Lehrer angewiesen. Sie sind die Erziehungsfachleute, die einen besonderen Zugang zu den Kindern und Jugendlichen haben. Ebenso müssen Eltern und Hilfskräfte in das prophylaktische Programm einbezogen werden. Dabei müssen viele Aufgaben delegiert werden.

Das tägliche Zähneputzen im Kindergarten soll von den Erzieherinnen bzw. von den zahnärztlichen Hilfskräften überwacht werden, die Verteilung der Fluoridtabletten kann nur über die Erzieherinnen laufen. Ernährungsberaterinnen oder Ökotrophologen können zusätzlich eine Rolle spielen.

Hilfspersonal, Prophylaxehelferinnen oder gar „Putzmuttis“ allein wären ohne zahnärztliche Hilfe überfordert. Hierbei denken wir insbesondere an die 1985 mit Vehemenz einsetzende Fluoriddiskussion. Die Sorgen und Ängste der Eltern und Erzieherinnen müssen durch fachliche und sachliche Erläuterungen aufgefangen werden. Unter der Fachautorität des Zahnarztes kann es viel eher gelingen, daß das Programm fortgeführt und nicht aufgrund einer Fernsehsendung über Fluorid abgesetzt wird. Zudem ist mit dem Zahnarzt als Obmann eine enge und wünschenswerte Verzahnung zwischen Prophylaxe und Frühbehandlung möglich. Dies zeigt, daß der Zahnarzt für die zahnmedizinische Prophylaxe unverzichtbar ist.

Aus der Verhaltenspsychologie ist bekannt, daß erzieherische Maßnahmen besonders dann greifen, wenn das gesamte soziale Umfeld des Kindes „an einem Strang zieht“. Deshalb ist für den Erfolg in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe Kooperation aller Beteiligten unverzichtbar. Dabei haben sich folgende Grundsätze bewährt:

– Kinder lernen insbesondere durch Imitation der Bezugsperson. Dazu ist das gute Vorbild von Eltern, Erziehern und Lehrern von großer Bedeutung. Eine positive Verstärkung wünschenswerter kindlicher Ver-

haltensweisen wirkt anspornend und lernverstärkend, die eigene Aktivität des Kindes motiviert zu gesundheitsgerechtem Verhalten. Dem spielerischen Lernen ist gegenüber verbalen Belehrungen der Vorrang zu geben.

- Ein störendes Kompetenzgerangel zwischen Krankenkassen, Zahnärzten und Behörden ist geradezu tödlich für die zahnmedizinische Prophylaxe, weil sich Erzieher, Lehrer und Eltern oft zurückziehen und sagen, daß sich die Institutionen erst einmal einig werden sollen. Es wird dabei nicht bedacht, daß es auf die Mitarbeit von Erziehern und Lehrern in besonderem Maße ankommt. Diese müssen mit attraktiven Konzepten von Anfang an in die Arbeit einbezogen werden.
- Programme haben grundsätzlich werbeneutral zu sein. Werbung ist im Kindergarten und in der Grundschule verboten und ruft langfristig Widerstand hervor.
- Es wird zu starr an unrealistischen Dogmen festgehalten, weil sie ausschließlich zahnmedizinisch begründet sind und die begrenzten Lernmöglichkeiten der Kinder nicht ausreichend berücksichtigen: Die Forderung, sich nach jedem Verzehr von Süßwaren mindestens drei Minuten in einer lehrgangsartigen Systematik die Zähne zu putzen, ist unrealistisch und stellt eine pädagogische Überforderung dar, die Erzieher und Lehrer in eine unglaubliche Positionen bringt. Vielfach wurde der Versuch gemacht, zahnmedizinisches Lehrwissen unvermittelt Kindern, Lehrern und Eltern zu vermitteln. Diese Vorgehensweise ist im Ansatz falsch. Ausgangspunkt aller Betrachtungen muß sein, was unter Berücksichtigung der Zielgruppe, des pädagogischen Konzeptes, des Umfeldes, didaktisch vermittelbar ist. Zahnmedizinisch-wissenschaftliche Rechthaberei ist dabei fehl am Platze.
- Bisherige Zahngesundheitserziehung setzt oft zu wenig an den Ursachen (dem Zucker) an.
- Zu häufig wird Unterricht mit Unterhaltung verwechselt (z.B. der Film „Karius und Baktus“). Die Chance der Originalbegegnung wird nicht ausreichend wahrgenommen (z.B. Besuch einer Zahnarztpraxis, Zähneputzen im Kindergarten und in der Schule).
- Die Amtsautorität eines Zahnarztes und sein Vorbild werden nicht oft genug genutzt. Wenn sein Engagement nicht ansteckend wirkt, ist auch von Erziehern, Eltern und Lehrern keine Begeisterung zu erwarten. Der Zahnarzt hat eine motivierende Schlüsselfunktion. Materialien haben hier eine helfende Vermittlungsfunktion. Das Konzept in der zahnmedizinischen Prophylaxe muß nicht nur für den Zahnarzt und für die Kinder attraktiv sein, es muß auch die Erzieher und Eltern anspre-

chen, weil so sichergestellt ist, daß prophylaktisches Wissen und Motivation zum Unterrichts- und Erziehungsalltag wird.

Welche Empfehlungen können ausgesprochen werden?

1. Zahngesundheitserziehung sollte in ein Konzept einer *allgemeinen Gesundheitserziehung* eingebettet werden. An jeder Schule sollte langfristig ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen, der Aktionen zur Gesundheitserziehung koordiniert und das Kollegium motivierend berät und mit Materialien regelmäßig versorgt. Wichtig ist dabei die Erkenntnis, daß die Zahngesundheitserziehung nur ein kleiner Baustein einer allgemeinen Gesundheitserziehung sein kann. Wer mit bescheidenem Anspruch seine Bemühungen um die Mundgesundheit einbringen will, hat bessere Chancen als derjenige, der glaubt, es gäbe nichts wichtigeres als Zahngesundheitserziehung. Dieser wird systematisch Abwehrhaltungen provozieren und den Prozeß der Integration der Zahngesundheitserziehung in die allgemeine Gesundheitserziehung torpedieren.

2. Die Zahnarztpraxen sollten kinderfreundlich gestaltet sein, Besuche von Kindergruppen aus Kindergärten und Schulen zur Selbstverständlichkeit werden.

3. Kindergärten und Schulen sollten kostenlos mit Unterrichts- und Verbrauchsmaterial ausgestattet werden.

4. Die strukturellen Bedingungen für das tägliche Zähneputzen im Kindergarten – und langfristig auch in der Schule – sollten geschaffen werden.

5. Eine Fortbildung von Erziehern und Lehrern sollte weniger nur informative Belehrungen zum Inhalt haben, als vielmehr eine praktische Motivierung durch selbsttätiges Tun und durch Erfahrungsaustausch. Sich wiederholende Aktionen, Wettbewerbe, Ausschreibungen, Weiterbildungskurse und Besuche des Zahnarztes, können für eine beständige Motivation von Erziehern, Lehrern und Kindern sorgen. Mit Landes- und Kreisarbeitsgemeinschaften sind die Voraussetzungen geschaffen, daß alle Instanzen – ohne jede Bevormundung und ohne den Versuch der Durchsetzung von Eigeninteressen – sich zur partnerschaftlichen Kooperation aus gesellschaftlicher Verantwortung für die Gesundheit der Kinder zusammenfinden. Mit kooperativen Strukturen und dem richtigen pädagogischen gesundheitserzieherischen Konzept müßte es gelingen, die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen auf breiter Front in der Bundesrepublik Deutschland zu verbessern.

N. Bartsch/J. Bauch

A Gruppenprophylaxe

1 Das Konzept der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe

Jost Bauch

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe bedeutet, daß die Inhalte der Zahngesundheitserziehung in sozialen Gruppen (Kindergarten- und Schulkindergruppen) vermittelt werden. Diese Form der „Gruppenprophylaxe“ gilt als besonders effektiv und wird in der Altersgruppe der 3-12jährigen als die geeignete Form der gesundheitserzieherischen Intervention angesehen: Einmal, weil Informationsvermittlung und Verhaltensbeeinflussung in Gruppen besonders „ökonomisch“ ist – die Information gleichzeitig von vielen Rezipienten genutzt werden kann – zum weiteren, weil in der Altersgruppe der 3-12jährigen organisiertes Lernen grundsätzlich in Gruppen vollzogen wird. Kinder und Jugendliche lernen am besten in Gruppen, wo sie sich nicht nur an Erziehenden, sondern auch an den Gruppenmitgliedern orientieren.

In diesem Sinne setzt sich die Gruppenprophylaxe von anderen Prophylaxe-Formen ab, die andere Vor- und Nachteile aufweisen und für andere Ziel- und Altersgruppen geeignet sind. Abzugrenzen ist die Gruppenprophylaxe („Semikollektive-Prophylaxe“) einerseits von der „Populationsprophylaxe“ als reine Form der Kollektivprophylaxe und von der Individualprophylaxe.

Unter Populationsprophylaxe sind solche Maßnahmen zu verstehen, die eine Bevölkerung oder Bevölkerungskreise erfassen und denen man sich nicht entziehen kann. Wenn beispielsweise in den Wasserwerken bestimmte Hygienevorschriften für das Trinkwasser umgesetzt werden, so sind dies populations-prophylaktische Maßnahmen. Eine populations-prophylaktische Maßnahme im Bereich der Zahnmedizin wäre die Trinkwasserfluoridierung, womit durch Zusatz von Fluoriden im Trinkwasser für eine bestimmte Region ein kollektiver Kariesschutz installiert wird.

Solche populationsprophylaktischen Maßnahmen sind, weil sich ihnen so gut wie keiner entziehen kann, höchst effektiv und effizient. Andererseits sind sie sehr umstritten, weil sie eine „Zwangsmedikation“ der Bevölkerung darstellen; denn diese Maßnahmen wirken auch, wenn der einzelne von diesen Maßnahmen nichts weiß oder diese gar ablehnt. In einer liberalen Demokratie wie in der Bundesrepublik Deutschland sind

solche Maßnahmen so gut wie nicht durchsetzbar, weil sie in die körperliche Integrität des Menschen eingreifen.

Die Individualprophylaxe dagegen ist die gesundheitserzieherische Betreuung eines einzelnen Menschen. Diese Maßnahmen sind aufwendig, weil nur ein einzelner Mensch der „Rezipient“ dieser Maßnahmen ist, die Reichweite also sehr klein ist. Der Vorteil der Individualprophylaxe ist aber, daß auf die individuelle Gesundheitssituation des „Prophylaxe-Rezipienten“ eingegangen werden kann, die gesundheitserzieherische „Dosis“ kann genau auf die Lebens- und Gesundheitssituation des Individuums abgestimmt werden. Werden Kollektive prophylaktisch betreut, gilt dies nur auf einem gewissen Verallgemeinerungs- und Abstraktionsniveau, weil Inhalt der Gesundheitserziehung nur sein kann, was für alle gilt. Die Individualprophylaxe kann dann konkreter werden: Die prophylaktischen Maßnahmen können genau auf das Einzelindividuum abgestimmt werden, die individuellen Bedürfnisse können konkret berücksichtigt werden.

Individualprophylaktische Maßnahmen sind oftmals sehr effektiv, aber insgesamt gesehen wenig effizient, weil die Reichweite sehr gering ist und ein hoher Aufwand betrieben werden muß. Die Individualprophylaxe bietet sich weniger als Basisprophylaxe an, weil allgemeine Grundkenntnisse und Verhaltensweisen in Gruppen effizienter vermittelt werden können, sie eignet sich eher als zusätzliche „Intensiv-Prophylaxe“ für beispielsweise besondere Risiko-Personen oder gefährdete Teil-Populationen.

Die hier zu diskutierende Gruppenprophylaxe liegt genau in der Mitte von Populationsprophylaxe und Individualprophylaxe. Sie ist zwar – wie die Populationsprophylaxe – eine Kollektivprophylaxe, hat aber nicht deren Reichweite und vor allem nicht deren Zwangscharakter. Wie in der Individualprophylaxe wird in der Gruppenprophylaxe bewußte und für das Individuum kontrollierbare Gesundheitserziehung und Einübung in Gesundheitsverhalten betrieben, allerdings auf einem kollektiven notwendigen Abstraktionsniveau. Diese Art der Prophylaxe ist besonders für Kinder und Jugendliche geeignet, die in Gruppen-Verbänden verfügbar sind und formelles Lernen in der Gruppe gewöhnt sind. Für Erwachsene dagegen ist eher die Individualprophylaxe geeignet, sie erwarten auch in der Gesundheitserziehung individuelle Ansprache.

Im V. Buch des Sozialgesetzbuches, § 21, wird die Gruppenprophylaxe für die Verhütung von Zahnerkrankungen für bis zu 12jährige festgeschrieben. § 21 legt fest, daß die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen diese gruppenprophylaktischen Maßnahmen zu organisieren haben. Auch wird bereits inhaltlich festgelegt, daß die gruppenprophylaktischen Maßnahmen sich auf Ernährungsberatung,

Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken sollen. Inhaltlich spezifiziert wurden diese inhaltlichen Vorgaben vom Deutschen Ausschuß für Jugendzahnpflege, der 1988 Grundsätze für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres verabschiedet hat.

In diesen Grundsätzen werden als Inhalte gruppenprophylaktischer Maßnahmen verstanden

- Ernährungsberatung
- Mundhygiene
- Verbesserung der Schmelzqualität durch Fluoride
- Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch.

Diese Maßnahmen werden differenziert nach Maßnahmen zur Durchführung einer Gruppenprophylaxe in Kindergärten (Altersgruppe bis 6 Jahre) und Maßnahmen zur Durchführung einer Gruppenprophylaxe in Schulen (Altersgruppe bis 12 Jahre).

Für die Gruppenprophylaxe in Kindergärten heißt es, daß die Maßnahmen unter Leitung eines fachkompetenten Zahnarztes und koordiniert von Landes- und Kreisarbeitsgemeinschaften bzw. Gesundheitsämtern durchgeführt werden sollen.

Die Maßnahmen beinhalten

- regelmäßiges Demonstrieren und Üben des Zähneputzens
- Ernährungsberatung
- kontrollierte Ausgabe von Fluoriden (nach zahnärztlichen Weisungen)
- Besuch des Zahnarztes im Kindergarten und Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch.

Ergänzt werden diese Maßnahmen durch

- Besuche in einer Zahnarztpraxis zwecks Angstabbau
- Rollenspiele
- Informationsveranstaltungen für Eltern und Erzieherinnen
- die Ausgabe von Informations- und Aufklärungsmaterialien.

Für die Durchführung der Gruppenprophylaxe in Schulen werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Aufklärung über die richtige Mundhygiene
- Demonstrieren und Üben des richtigen Zähneputzens
- Ernährungsberatung
- kontrollierte Ausgabe von Fluoriden
- Besuch des Zahnarztes in der Schule und Motivation zum regelmäßigen Besuch in der Zahnarztpraxis
- Informationsveranstaltungen für Lehrpersonal.

Diese Maßnahmen können ergänzt werden durch:

- Klassenwettbewerbe zum Thema zahnmedizinische Prophylaxe
- Briefe, Schriften und Mitteilungen z. B. für Eltern und Schüler.

Auch diese Maßnahmen sollen unter Leitung eines fachkompetenten Zahnarztes von den Landes- und Kreisarbeitsgemeinschaften bzw. von den Gesundheitsämtern koordiniert und durchgeführt werden.

Ca. 30 Prozent der Kinder zwischen 3-6 Jahren besuchen keinen Kindergarten. Auch diese Kinder sollen nach Maßgabe des DAJ in den Genuß zahnprophylaktischer Maßnahmen kommen. Insbesondere die Eltern dieser Kinder müssen für die Zahnprophylaxe motiviert werden. So können beispielsweise spezielle Veranstaltungen im Gesundheitsamt für Eltern und Kinder durchgeführt oder bestimmte Aufklärungsaktionen organisiert werden. Auch eine Versorgung mit Fluorid-Tabletten durch den Zahnarzt sollte durch Verordnung sichergestellt werden. Auch die Kinder im Vorkindergartenalter, also bis zum 3. Lebensjahr, sollten prophylaktisch betreut werden. Neben den Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der U 2 bis U 8 sowie der in der Regel bis zum 2. Lebensjahr angewandten kombinierten Rachitis- und Kariesprophylaxe, sollten die Kinder bis zum Erreichen des Kindergartenalters regelmäßig mit Fluorid-Tabletten versorgt werden. Dies ist Aufgabe der Gesundheitsämter und Zahnärzte. Auch sehen die DAJ-Grundsätze spezielle Maßnahmen für behinderte Kinder und Aufklärungen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung vor.

Die zahnmedizinischen gruppenprophylaktischen Maßnahmen in Kindergärten und Schulen werden von den Landesarbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege bzw. Zahngesundheit gesteuert. Die jeweilige Landesarbeitsgemeinschaft entscheidet auch vor Ort, nach welchem organisatorischen Muster die Gruppenprophylaxe durchgeführt wird. In den Bundesländern ist die Situation oft sehr unterschiedlich, sie kann sogar von Region zu Region erheblich variieren. So stellt sich die Frage der Organisation gruppenprophylaktischer Maßnahmen in den Gebieten anders, wo es noch einen funktionierenden Öffentlichen Gesundheitsdienst gibt, als in den Gebieten, wo dieser nicht mehr existent ist. Dort, wo es hauptamtliche Jugendzahnärzte noch gibt, werden diese einen Großteil der gruppenprophylaktischen Aktivitäten in Kindergärten und Schulen abdecken. Doch in den meisten Bundesländern ist der Öffentliche Gesundheitsdienst nicht mehr so stark vertreten, daß er eine kontinuierliche und flächendeckende Betreuung von Kindergärten und Schulen sicherstellen kann.

Die Situation war Veranlassung für den Gesetzgeber, die Krankenkassen und die Zahnärzteschaft im § 21 in die Pflicht zu nehmen und – unbeschadet der Aufgaben Anderer – gruppenprophylaktische Maßnahmen sicherzustellen. So hat die Zahnärzteschaft ein sogenanntes Ob-

leute- oder Patenschaftsmodell entwickelt, das im wesentlichen auf zwei Säulen beruht:

1. Ein niedergelassener Zahnarzt stellt sich als Obmann für einen Kindergarten oder eine Schule zur Verfügung und betreut diesen in allen prophylaktischen Fragen.

2. Erzieher und Erzieherinnen an Kindergärten werden als pädagogische Schlüsselpersonen an der Jugendzahnpflege beteiligt. Diese werden u.a. von den Kammern fortgebildet, so daß diese in Zusammenarbeit mit dem zahnärztlichen Obmann die prophylaktische Betreuung der Kinder durchführen können.

Mit der Organisation des Obleuteprogrammes ist in den letzten Jahren innerhalb der zahnärztlichen Gruppierungen ein Streit entstanden, ob und in welchem Ausmaß das Obleuteprogramm der niedergelassenen Zahnärzteschaft eine Alternative zur öffentlichen Jugendzahnpflege darstellt. Nach unserer Ansicht ist dieser Streit müßig. Denn das Obleutekonzept stellt kein Alternativkonzept zur Jugendzahnpflege des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dar, sondern ist angetreten, um die weißen Flecken in der Jugendzahnpflege auszufüllen und dafür Sorge zu tragen, daß in den Gebieten und Regionen, in denen kein Öffentlicher Gesundheitsdienst präsent ist, eine prophylaktische Betreuung der Kinder und Jugendlichen ermöglicht wird.

Das Obleuteprogramm ist somit kein Alternativkonzept zum Öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern ein substitutives Konzept. Auch die Frage, welches System – das der öffentlichen Jugendzahnpflege oder das des Obleutekonzeptes der niedergelassenen Zahnärzteschaft – effektiver sei, ist damit müßig. Natürlich wird ein System der hauptamtlichen Jugendzahnpflege effektiver sein können als ein freiwilliges Obleutesystem, das ja von den Zahnärzten „nebenbei“ neben dem Praxisbetrieb erbracht wird. Aber diese Frage der Effektivität steht hier gar nicht zur Debatte, sondern es geht darum, ob in weiten Gebieten der Bundesrepublik Deutschland überhaupt irgendeine Form von Prophylaxe für die Kinder und Jugendlichen erbracht wird, und da ist ein freiwilliges, vielleicht weniger effektives System besser, als gar kein System. Dies ist die reale Alternative und nicht die Diskussion, welches System letztendlich effektiver sei.

Daß das Obleutesystem gleichwohl gute Resultate bringt, ist in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen belegt. Für die Landesarbeitsgemeinschaften kann dies nur bedeuten, daß sie bei Beachtung der lokalen und regionalen Gegebenheiten ein optimales Betreuungskonzept für die jeweilige Region erarbeiten müssen. Dort, wo es einen Öffentlichen Gesundheitsdienst gibt, muß dieser mit den Aktivitäten der Zahnärzteschaft koordiniert werden, aus dem möglichen Gegeneinander muß auf alle Fälle ein konzertiertes Miteinander der Beteiligten ge-

macht werden. Viele Kooperationsmodelle sind dabei möglich. So ist es möglich, daß die Gesundheitsämter die Geschäftsstellen der Kreisarbeitsgemeinschaften bilden und damit die Aktivitäten der Prophylaxe vor Ort koordinieren. Auch ist es möglich, eine Arbeitsteilung vorzunehmen, daß die niedergelassenen Zahnärzte die Kindergärten betreuen und die öffentlichen Jugendzahnärzte die Schulen. Hier sind vor Ort die unterschiedlichsten Kooperationsformen möglich, die möglichst einvernehmlich abgestimmt werden sollten.

Wer auch immer letztlich die gruppenprophylaktischen Maßnahmen durchführt, einige organisatorische Eckpfeiler müssen hier genannt werden, die als unverzichtbar für eine effektive Organisation der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gelten:

1. Sowohl die Erzieherinnen als auch die Lehrer müssen Vermittlungspersonen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe sein. Erzieherinnen und Lehrer sind durch ihre pädagogische Ausbildung und durch den täglichen Umgang mit den Kindern die entscheidenden Vermittlungspersonen, um die zahnmedizinische Prophylaxe in den Unterricht bzw. im Erziehungsprozeß im Kindergarten zu „veralltäglichen“. Richtig ist, daß keine Prophylaxehelferin und auch kein Zahnarzt mit einem zweimaligen oder häufigeren Besuch im Kindergarten nur annähernd die Intensität der Betreuung erreichen können, die Lehrer und Erzieher erreichen, wenn sie das Thema Zahngesundheit im Kindergarten- und Schulalltag umsetzen.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist zu bedenken: Marthaler hat formuliert, daß mindestens im Jahr sechs Kontakte nötig sind, um eine entsprechende Betreuung in der Prophylaxe der Kinder und Jugendlichen sicherzustellen. In der Bundesrepublik Deutschland scheitern häufigere Besuche, mehr als zweimal im Jahr, am Widerstand der Pädagogen und Träger der Verbände, da sie eine schwerwiegende Beeinflussung des Erziehungsprozesses beinhalten. Mit dem Konzept der Übertragung zahnmedizinischer Prävention an Lehrer und Erzieher kann man diese Klippen umfahren und bei erfolgreicher Motivation der Pädagogen eine viel häufigere Besetzung des Themas im Erziehungs- und Betreuungsalltag erreichen. Alle Konzepte, egal, wer letztendlich für die prophylaktische Betreuung verantwortlich zeichnet, müssen sich dieser Begrenzung klar sein, und für alle Konzepte ist diese Vermittlungsinstanz der Erzieher und Lehrer unverzichtbar.

Es kommt weniger darauf an, ob es dem Obmann, dem Jugendzahnarzt oder der Prophylaxehelferin gelingt, vier, fünf oder gar sechsmal in den Kindergarten zu kommen, viel wichtiger ist es, eine grundsätzliche Sensibilisierung der Erziehungspersonen vor Ort zu erreichen. Mit dieser Veralltäglichung der Prävention über die Erziehungspersonen wird das Dilemma des Gegensatzes von pädagogisch-didaktischer Konzeption

und fachlicher Unterweisung aufgelöst. Oft fügen sich die vorwiegend kognitiv ausgelegten Konzepte der zahnmedizinischen Prophylaxe nicht dem pädagogischen Grundanliegen. Oft passen sie nur schlecht in die jeweilige didaktische Konzeption hinein, zumal dann, wenn die zahnmedizinische Prophylaxe von zahnmedizinischem Personal durchgeführt wird, wo also den relevanten Erziehungspersonen im Fall zahnmedizinischer Prävention die Betreuung aus den Händen genommen wird. Dieses „aus den Händen nehmen“ führt oftmals zu den oben beschriebenen Widerständen der Pädagogen.

Gelingt es dagegen, die zahnmedizinische Prävention zu einem Anliegen der Erzieher selbst zu machen, wird es leichter möglich sein, daß die Konzepte zahnmedizinischer Prophylaxe auch in die pädagogische Gesamtkonzeption der jeweiligen Erziehungsagentur einfließen. Gleichwohl darf dieses Konzept der Diffundierung zahnmedizinischer Prophylaxe in den Erziehungsalltag der Erzieher und Lehrer keine Ausrede sein, nun nicht mit entsprechendem Personal und Manpower zahnmedizinische Prophylaxe vermitteln zu wollen. Aber auch hier müssen die „Prophylaxeerbringer“ sensibel und flexibel auf die jeweilige Situation eingehen. Es mag viele Pädagogen geben, die froh sind, wenn sie den Bereich zahnmedizinischer Prophylaxe an spezielles Personal abgeben können, andere Pädagogen werden sich dagegen vehement wehren. Im ersten Fall muß das Prophylaxepersonal die Möglichkeit des direkten Umgangs mit den Kindern beim Schopfe ergreifen, im letzten Fall muß das Prophylaxepersonal stärker auf die Wünsche und auf die Intentionen der Erzieher eingehen und sich im Engagement direkt vor der Gruppe zurücknehmen. Bei alledem bleibt klar, daß der Einsatz der Erzieherinnen und Lehrer als Vermittlerpersonen für eine erfolgreiche zahnmedizinische Prophylaxe unverzichtbar ist.

2. Auch in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist der Zahnarzt unverzichtbar. Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob es sich um einen Zahnarzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, oder um einen Obmann handelt, es kommt im wesentlichen auf die Verfügbarkeit des Zahnarztes und auf sein Engagement vor Ort an. Wichtig ist, daß der Zahnarzt sich als fachlicher Betreuer darstellt, er sich also in das pädagogische Grundkonzept, das von den Erziehern und Lehrern vorgegeben wird, einfügt. Es wäre falsch, wenn der Zahnarzt – getragen von eigenen pädagogischen Überzeugungen – versucht, ein eigenes Curriculum vor Ort durchzusetzen. Auch sollte der Zahnarzt in gewisser Weise Selbstbeschränkung üben, er muß in der zahnmedizinischen Prophylaxe nicht alles selber machen, eine sinnvolle Delegation an entsprechendes Personal ist nötig und wünschenswert.

So können Zahnputzübungen, Remotivationen, die tägliche Verteilung von Fluorid-Tabletten, Ernährungsspiele und ähnliches selbstverständlich an das entsprechende Prophylaxepersonal delegiert werden. Dabei

muß der Zahnarzt die Aktivitäten des Prophylaxepersonals in fachlicher Hinsicht überwachen, und er muß zuständig sein für die Grundlagen der zahngesunden Ernährung, der Mundhygiene und der Fluorid-Applikation. Von der Bevölkerung wird der Zahnarzt als der Sachwalter der Zahngesundheit angesehen, dabei spielt er eine ganz besondere Rolle bei dem Elternabend und besonders bei dem Besuch des Kindergartens in seiner Zahnarztpraxis. Nur er kann sachgerechte Informationen über das Biotop Mundhöhle vermitteln, nur er kann als adäquater Ansprechpartner die Eltern motivieren und Defizite und sensible Fragen der Fluorid-Applikation vor Ort beantworten. Die Devise ist auch hier: Weniger ist oftmals mehr. Der Zahnarzt sollte nicht alles in der zahnmedizinischen Prophylaxe selber machen wollen, er sollte aber da, wo speziell seine fachliche Autorität ist, mit besonderem Engagement sich für die zahnmedizinische Prophylaxe einsetzen.

3. Die Rolle des „Hilfspersonals“.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es seit langer Zeit Streit über die Rolle von paramedizinischen Berufen, wie Prophylaxehelferin, Dentalhygienikerin, Zahnarzhelferin usw. in der Gruppenprophylaxe. Länder wie die Schweiz zeigen, daß speziell ausgebildete Dentalhygienikerinnen in der Gruppenprophylaxe große Erfolge vorweisen können. Im Grunde stoßen in der Frage nach dem Hilfspersonal zwei Extrempositionen aufeinander: Die eine Position besagt, daß die gesamte Gruppenprophylaxe in die Hände von Prophylaxehelferinnen und Dentalhygienikerinnen gehört, der Zahnarzt sei für die Gruppenprophylaxe überqualifiziert und damit denkbar ungeeignet. Aufgabe des Zahnarztes sei die Behandlung von Zahnschäden und nicht die Prophylaxe.

Die andere Extremposition besagt, daß auch die Gruppenprophylaxe in die Hand des Zahnarztes gehöre, er als „Sachwalter Mundgesundheit“ im Grunde für alles zuständig sei, die Helferin ihm höchstens assistierend zur Seite treten könne, keinesfalls aber selbständig in der Prophylaxe agieren dürfe. Beide Extrempositionen sind mittlerweile von der Realität überholt und als „ideologische Kampfposition“ erkannt worden.

In der Praxis bewährt hat sich in der Bundesrepublik Deutschland allein ein partnerschaftliches Modell, das das Engagement sowohl vom Zahnarzt, als auch von der Helferin vorsieht. Dabei muß es eine klare Rollenverteilung zwischen beiden geben, beide führen für die Gruppenprophylaxe wichtige und selbständige Aufgaben durch, die nicht vorschnell hierarchisiert werden sollten. Natürlich ist es denkbar, daß analog zur Schweiz „Dentalhygienikerinnen“ alles übernehmen. Aber: Dann muß eine eigene Berufsgruppe ausgebildet, ein eigenes Berufsbild geschaffen werden, was mit hohen Kosten verbunden ist.

Bei der angespannten Kostensituation im Gesundheitswesen ist in den nächsten Jahren nicht zu erwarten, daß für dieses extra ausgebildete und bereitgestellte Personal das entsprechende Geld zur Verfügung steht. Das heißt, man wird auch in Zukunft auf die Hilfe der niedergelassenen Zahnärzteschaft angewiesen sein, um präventive Betreuung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen. Um nun eine Rollenverteilung zwischen Zahnarzt und Prophylaxepersonal vorzunehmen, könnte man Punkt für Punkt konkrete Aufteilungen vornehmen, also beispielsweise die eingehende Eingangsmotivation dem Zahnarzt überlassen und die Remotivation dem Prophylaxepersonal übergeben. Eine solche Differenzierung scheint aber zu statisch zu sein. Vielmehr muß Ausgangspunkt der Überlegungen sein, welche speziellen sinnvollen Leistungen für die Gruppenprophylaxe durch die spezielle Rolle von Zahnarzt und Helferin jeweils erbracht werden können.

So ist der Zahnarzt, da er über die entsprechende fachliche Autorität verfügt, natürlich da besonders sinnvoll einsetzbar, wo es um die Vermittlung von Fachwissen geht und wo der Einsatz seiner Fachautorität sinnvoll ist, um bei Kindern und Jugendlichen wünschenswerte Erkenntnis- und Verhaltensprozesse auszulösen. Die Helferin dagegen verfügt über eine geringere soziale Distanz zu den Kindern und Jugendlichen, kann also eher als konkretes Identifikationsobjekt für Kinder und Jugendliche dienen. Sie ist somit besser geeignet für konkrete Übungen vor Ort in der Gruppe. Aus diesen Überlegungen ergibt sich, daß sowohl Zahnarzt als auch Helferin einen je spezifischen effektiven Beitrag in der Gruppenprophylaxe leisten können.

Es dürfte klar sein, daß die Eltern einen äußerst wichtigen Beitrag leisten, um das Prophylaxeverhalten der Kinder zu regulieren. Das heißt, die Eltern müssen in das Prophylaxekonzept selbstverständlich mit eingebunden werden, und da ist an erster Stelle die Fachautorität des Zahnarztes gefragt und unverzichtbar.

Bei der Umsetzung, den Übungen in der Mundhygiene, bei der Durchführung von Ernährungsspielen, dort wiederum sollten die Helferinnen eine dominantere Rolle spielen. Grundsätzlich muß man sich auch darüber im klaren sein, daß die Gruppenprophylaxe sich nicht auf die Kariesprophylaxe beschränken kann. Oft jedoch wird ein trivialisiertes Modell von Mund- und Zahnprophylaxe vertreten unter dem Motto: Prophylaxe ist häufiges Zähneputzen in Gruppen.

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe hat – auch wenn sie ohne Zweifel den Schwerpunkt auf die Kariesprophylaxe setzt – das gesamte Spektrum der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zu beachten und in die präventiven Bemühungen einzubeziehen. Zur Gruppenprophylaxe gehören auch Fragen der Parodontologie, der Funktionsstörungen des Kauorgans, der bösartigen Neubildung in der Mundhöhle und Gebißan-

omalien. In der prophylaktischen Betreuung dieser Krankheitsformen sind Helferinnen alleine natürlich überfordert. Auch hier bleibt der Einsatz des Zahnarztes letztendlich unverzichtbar. Grundsätzlich ist aber die Arbeitsteilung zwischen den wesentlichen drei beteiligten Gruppen zu beachten: Der Zahnarzt ist zuständig als fachliche Autorität, die Sozialpädagogin ist zuständig für das pädagogische Konzept und für die veralltäglichte Form der prophylaktischen Betreuung, die Zahnarzthelferin oder die Prophylaxehelferin ist zuständig für die Durchführung der konkreten Übungen vor Ort. Alle drei Tätigkeitsschwerpunkte sind dabei relativ gleichgewichtig, und erst das kooperative Miteinander dieser drei Beteiligten wird in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe die entsprechenden Erfolge bringen.

2 Didaktische Prinzipien der Gruppenprophylaxe

Norbert Bartsch

Gruppenprophylaxe als pädagogisch-zahnmedizinische Intervention

In den letzten Jahren hat sich sowohl in der einschlägigen Literatur als auch in der Praxis der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Grundschulen die Erkenntnis durchgesetzt, daß Zahngesundheitserziehung – wie es das Grundwort „Erziehung“ auch aussagt – primär eine pädagogische und sekundär eine zahnmedizinische Intervention darstellt. Nachdem diese Phase der Legitimation beendet ist, rücken nunmehr Fragestellungen in den Vordergrund, die sowohl Voraussetzungen und Folgen pädagogisch-zahnmedizinischer (besser: zahngesundheitserzieherischer) Interventionen reflektieren, als auch Wege suchen, Ziele und Inhalte moderner Gruppenprophylaxe mit geeigneten Methoden und Medien zu vermitteln. Mit anderen Worten, es geht um didaktische Probleme vor dem Hintergrund einer Gesundheitserziehung als Unterrichts- und Erziehungsprinzip.

„Gesundheitserziehung wird als Teil der grundlegenden Bildungsarbeit verstanden, deren zentrale Aufgabe in der Gestaltung einer umfassend fördernden Lernumwelt der Kinder besteht, die sich durchgängig in alltäglichen Situationen und Ritualen des Zusammenseins von Kindern und Lehrern und in der Verwirklichung wichtiger Rahmenbedingungen für das Lernen ausdrücken muß. Erst in zweiter Linie beinhaltet sie die explizite Thematisierung gesundheitserzieherischer Sachverhalte und das Einüben eines gesundheitsorientierten Verhaltens im engeren Sinne.“ (KASPER 1985, 26)

Kinder sind Kinder

In der Gruppenprophylaxe sind Kinder unsere Adressaten. Auf ihre (entwicklungsbedingt anderen) Lernmöglichkeiten, ihre Interessen nach erfolgreicher Bewältigung aktueller Lebenssituationen, ihre bisherigen Lernerfahrungen und ihre Bedürfnisse müssen sich pädagogisch-medizinische Interventionen einstellen.

Lernen ist ein aktiver Aneignungsprozeß, in dem Verstehen, Erleben und Handeln vernetzt sind. Besonders im Spiel wird dieses ganzheitliche Lernen deutlich. Hierbei kann das Kind probierend Ernstsitua-

tionen vorwegnehmen, ohne Sanktionen befürchten zu müssen: z.B. kann es die Angst vor dem Zahnarzt durch Rollenspiel allmählich abbauen lernen.

Die eigene Aktivität, die Freude an erlebnisreichem, anschaulichem, praktischem Tun (Handlungslernen) motiviert das Kind immer wieder. Unter Motivation soll hier der Antrieb verstanden werden, ein Verhalten auszuüben, d.h. zu beginnen, bewußt zu steuern und beizubehalten. Positiv lernverstärkend wirken dabei mehrere Faktoren: Soziale Verstärker begünstigen durch alle Formen ehrlicher Zuwendung das Lernen, wie verbales Lob, Körperkontakte, freundliche Mimik und Gestik. Auch materielle Verstärker haben diese Funktion, auch wenn diese Form der Lernbegräftigung pädagogisch umstritten ist (Gefahr der Konsumorientierung).

Kinder lernen durch Imitation von Bezugspersonen, mit denen sie sich identifizieren können. Identifikationsobjekte sind im Kindesalter vor allem die Eltern, aber auch Gleichaltrige und „Autoritätspersonen“ oder Idole (z.B. Zahnarzt, Lehrerin, Erzieherin, Fernsehstar). Dieses „Lernen am Modell“ (BANDURA 1976) ist um so intensiver

- je stärker das Bedürfnis des Kindes ist, das erstrebte Verhalten zu erlernen (z.B. Zähneputzen wie die „Großen“ zu können),
- je angenehmer die auslösende Situation wahrgenommen wird (z.B. lustiges gemeinsames Familienputzen statt strengem Drill),
- je attraktiver die Belohnung ist (Märchen erzählen statt Aufkleber schenken).

Verhaltensweisen, die in früher Kindheit *erworben werden, sind später sehr änderungsresistent*, gleichgültig, ob es sich um gesundheitsgerechtes oder gesundheitsriskantes Verhalten handelt. Wie kommt das? Durch Beobachtung eines Vorbilds ahmt das Kleinkind das Verhalten der Eltern nach und übernimmt es kritiklos (z.B. Bonbons zur Belohnung). Infolge selektiver Wahrnehmung werden nachfolgend nur diejenigen Informationen und Einstellungen registriert, die diese Praxis als sinnvoll abstützen (z.B. Bonbons als Ersatz für Zuwendung). Irritationen (z.B. Warnung vor Kariesgefahr) werden nicht oder kaum wahrgenommen, weil das verklärte Bild der geliebten Eltern nicht in Frage gestellt werden darf, um eigene Identitätsfindung nicht zu gefährden.

Es ist wohl deutlich geworden, daß die Eltern die Schlüsselfunktion zum Aufbau einer gesundheitsgerechten Mundhygiene innehaben. Institutionelle Zahngesundheitsförderung kann diese Familienerziehung ergänzen und ggf. korrigieren. Es gilt, die Chance einer Idolwirkung wahrzunehmen, da Zahnarzt, Erzieherin oder Lehrerin gegenüber den Eltern (andere) Vorteile haben:

- Sie sind „sozial attraktiv“, d.h., sie nehmen in ihrer sozialen Stellung eine für Kinder erstrebenswerte „Machtposition“ ein.