

VISION 2030

Optimale Mundgesundheit für alle erreichen

Michael Glick, David M. Williams, Ihsane Ben Yahya, Enzo Bondioni, William W.M. Cheung, Pam Clark, Charanjit K. Jagait, Stefan Listl, Manu Raj Mathur, Peter Mossey, Hiroshi Ogawa, Gerhard K. Seeberger, Michael Sereny, Tania Séverin



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Einleitung	5
Pfeiler 1: Universelle Versorgung für Mundgesundheit	7
Einleitung und Vision 2020	8
Hintergrund	8
Zentrale Herausforderungen	9
Unterstützende Ansätze	10
Zusammenfassung	11
Pfeiler 2: Integration der Mundgesundheit in die Agenda Allgemeingesundheit und Entwicklung	13
Einleitung und Vision 2020	14
Hintergrund	14
Zentrale Herausforderungen	16
Unterstützende Ansätze	17
Zusammenfassung	19
Pfeiler 3: Förderung eines resilienten Mundgesundheitspersonals für nachhaltigen Fortschritt	23
Einleitung und Vision 2020	24
Hintergrund	25
Zentrale Herausforderungen	26
Unterstützende Ansätze	28
Zusammenfassung	29
Ermöglichung einer reaktiven und resilienten Fachrichtung: ein Aufruf zur Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung	31
Einleitung und Vision 2020	32
Hintergrund	33
Zentrale Herausforderungen	33
Unterstützende Ansätze	34
Stakeholder	34
Der Bedarf an Leistungskennzahlen	34
Zusammenfassung	34
Eine Optimale Mundgesundheit für alle: Ein Aufruf zum Handeln	37
Anhänge	38
Anhang 1 – Vision 2030 – den Fortschritt messen	38
Anhang 2 – Referenzen und weiterführende Literatur	41
Anhang 3 – Glossar	44
Liste der Abkürzungen	44
Danksagung	50

Das Original wurde in englischer Sprache verfasst. Bei Abweichungen in der Übersetzung gilt der Wortlaut in der Originalsprache. Zur Vereinfachung und besseren Vergleichbarkeit mit dem Original wird teilweise auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet, wobei beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

Vorgeschlagene Zitierweise

Glick M, Williams DM, Ben Yahya I, et al. *Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All*. Geneva: FDI World Dental Federation; 2021.

Zusammenfassung

Vision 2030: Optimale Mundgesundheit für alle erreichen (Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All) zeigt Herausforderungen auf, mit denen sich die Zahnmedizin und alle Beteiligten im kommenden Jahrzehnt auseinandersetzen müssen und Strategien, diese Herausforderungen als Chancen zu nutzen, die Mundgesundheit zu verbessern, die Ungleichheiten in diesem Bereich zu reduzieren und einen Beitrag zur Verringerung der globalen Morbiditätslast durch orale Erkrankungen zu leisten. Eine zentrale Rolle bei diesen Strategien kommt der Einbindung der Mundgesundheit in politische Initiativen zu, wie z.B. die Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals - SDGs) der Vereinten Nationen (UN) sowie die universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage - UHC), die Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen, wie z.B. Bevölkerungsalterung sowie die Sicherstellung eines dafür geeigneten Gesundheitspersonals. Die Vision 2030 hat zum Ziel, den Berufsstand bei der Bereitstellung einer optimalen Mundgesundheit für alle zu unterstützen und niemanden auszuschließen.

Unsere Vision sieht vor, dass bis 2030 Mundgesundheit gestärkt, evidenzbasiert, integriert und umfassend sein wird. Dieser zukunftsweisende Bericht beschreibt, wie alle Beteiligten tatsächliche und sich abzeichnende tiefgreifende Veränderungen und Entwicklungen im globalen Gesundheitswesen angehen und Chancen aufgreifen können, um so ein leistungsstarkes Mitglied eines interdisziplinären Gesundheitsteams zu werden, das eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung erbringt. Der Bericht betont die Notwendigkeit, Mundgesundheit in alle Politikbereiche und relevanten Gesundheitsdebatten sowie gesundheitspolitischen Diskussionen miteinzubeziehen. Der Bericht:

1. beleuchtet wichtige globale Veränderungen im Gesundheitswesen;
2. skizziert, wie sich diese Veränderungen im kommenden Jahrzehnt auf den Bereich Mundgesundheit auswirken werden;
3. präsentiert Strategien und Lösungen für den zahnärztlichen Beruf;
4. unterstützt und ergänzt weitere wichtige Gesundheits- und Entwicklungsagenden, einschließlich der SDGs, der Nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs), der UHC und der Alterung weltweit;
5. setzt sich für effektive Präventionsmaßnahmen auf Bevölkerungsebene ein und betont die Bedeutung der professionellen Resilienz;

6. setzt sich für die Bereitstellung zahnmedizinischer Versorgung ein und eine Zahnärzteschaft, die sich innerhalb des gesamten Gesundheitspersonals als aktive Mitglieder einbringt; und
7. unterstützt die FDI und deren Mitgliedsorganisationen bei der Ausarbeitung langfristiger Advocacy-Strategien und Advocacy-Arbeit.

Die Vision 2030 basiert auf drei Pfeilern mit je einem Hauptziel. Diese Pfeiler werden von einer Strategie zur Aus-, Fort- und Weiterbildung unterstützt, die einen reaktiven und widerstandsfähigen Berufsstand gestalten, mit dem Wissen und den Fähigkeiten, Systemreformen anzuführen.

Pfeiler 1	Bis 2030 sind die essentiellen Elemente zahnmedizinischer Versorgung in allen Ländern elementarer Bestandteil des Gesundheitswesens und eine qualitativ angemessene Mundgesundheitsversorgung wird für alle verfügbar, zugänglich und bezahlbar werden.
Pfeiler 2	Bis 2030 sind personenzentrierte zahnmedizinische und medizinische Versorgung integriert und tragen zu einer effektiveren Prävention und Behandlung oraler Erkrankungen sowie zu einer verbesserten Allgemeingesundheit und Lebensqualität bei.
Pfeiler 3	Bis 2030 wird die Zahnärzteschaft mit einer Vielzahl medizinischer Berufsgruppen zusammenarbeiten und dadurch zu einer nachhaltigen, am gesundheitlichen Bedarf orientierten sowie personenzentrierten Versorgung beitragen.
← Aus- Fort- und Weiterbildung →	
<p>Bis 2030 verfügen Gesundheitsfachkräfte über das Wissen, die Kompetenzen und Fähigkeiten, um für eine effektive Prävention und Umgang mit oralen Erkrankungen einen angemessenen Beitrag zu leisten und um über sämtliche medizinische Disziplinen hinweg zusammenzuarbeiten, mit dem Ziel einer Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden.</p>	

Die Kenntnisse im Bereich Public Health werden sie dazu befähigen, auf Bevölkerungsebene einen effizienteren Beitrag zur Prävention oraler Erkrankungen zu leisten. Sie werden auch in der Lage sein, eine zentrale Rolle beim künftigen Umgang mit Krisenfällen im Gesundheitsbereich zu spielen.

Dieser Bericht unterstreicht auch die Verantwortung jeder Zahnärztin und jedes Zahnarztes, wenn es darum geht, ein angemessenes Kompetenzlevel im Berufsleben zu wahren sowie die Notwendigkeit, innerhalb der Gesundheitsgemeinschaft und Gesellschaft im weiteren Sinne eine Führungsrolle zu übernehmen. Es ist vorgesehen, abhängig von örtlichen und globalen Anforderungen, auftretenden Gesundheitsfragen sowie der Erreichung wichtiger Leistungsindikatoren, eine regelmäßige Aktualisierung vorzunehmen. Der Bericht ist nicht bindend, sondern versteht sich als Leitfaden, der auf lokale Bedürfnisse, Bedingungen und Umstände angepasst werden kann.

Einleitung

Die FDI World Dental Federation erkennt die grundsätzliche Bedeutung von Mundgesundheit für die Allgemeingesundheit und Wohlbefinden an. Es handelt sich dabei um ein Grundrecht, das aber viel zu wenige genießen. Es gibt nach wie vor große Ungleichheiten bei der Mundgesundheit, sowohl innerhalb eines Landes als auch zwischen einzelnen Ländern. Obwohl orale Erkrankungen größtenteils vermeidbar sind, bleibt die globale Belastung unbehandelter oraler Erkrankungen auf einem untragbar hohen Niveau. Der FDI-Bericht *Vision 2030: Optimale Mundgesundheit für alle erreichen* (Vision 2030) stellt sich dieser Realität und setzt sich mit den strategischen Herausforderungen auseinander, mit denen die Zahnärzteschaft und alle Beteiligten in den kommenden 10 Jahren konfrontiert sein werden. Der Vision 2030-Bericht fokussiert sich auf gegenwärtige und voraussichtliche Veränderungen sowie Tendenzen im Bereich der globalen Gesundheitsversorgung, die sich auf ihren Berufsstand auswirken werden und legt Strategien zur Einbindung unseres Berufsstandes als feste Mitglieder innerhalb des zunehmend personenzentriert arbeitenden Gesundheitspersonals fest. Der Bericht schlägt Wege vor, wie Herausforderungen in Möglichkeiten umgewandelt werden können, um die Mundgesundheit zu verbessern, Ungleichheiten beim Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung zu reduzieren und einen Beitrag zur Verringerung der globalen Morbiditätslast oraler Erkrankungen zu leisten. Er berücksichtigt Strategien zur Einbeziehung des Berufsstandes in politische Initiativen, wie z.B. die Ziele für nachhaltige Entwicklung der UN (Sustainable Development Goals - SDG) und die universelle Gesundheitsabsicherung (Universal Health Coverage - UHC), Strategien zur Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen - wie z.B. eine alternde Bevölkerung, sowie Strategien zur Schaffung einer Zahnärzteschaft, die ‚gebrauchstauglich‘ ist. Dieser Bericht befasst sich ausdrücklich damit, wie allen eine optimale Mundgesundheit zugute kommen kann – ohne dass dabei jemand zurückgelassen wird.

Der Vision 2030-Bericht erkennt an, dass es länder- und regionsspezifische Unterschiede bei den Herausforderungen im Bereich Mundgesundheit, denen man sich stellt, sowie Unterschiede bei den Gesundheitsprioritäten und verfügbaren Ressourcen geben wird. Daher gibt es keinen ‚allgemein gültigen‘ Pauschalansatz. Es wird den einzelnen Ländern obliegen, die in diesem Bericht enthaltenen Empfehlungen auf der Grundlage der eigenen besonderen Umstände auszulegen.

Die jüngste COVID-19-Pandemie hatte große Auswirkungen auf die Durchführung von Leistungen im Bereich Mundgesundheit, da die persönlichen Kontakte mit Patienten und der Umfang an sicheren Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt wurden. Dies war eine eindruckliche Erinnerung daran, wie unsicher die Welt ist, in der wir leben sowie ein Beispiel dafür, weshalb unser Berufsstand anpassungsfähig und resilient sein muss. Dieser Bericht möchte im kommenden Jahrzehnt der Politik und den Advocacy-Bemühungen als Anleitung dienen und legt daher seinen Schwerpunkt nicht auf diese Pandemie. Er berücksichtigt aber, was wir aus dieser Krise lernen können und wie sich der Berufsstand entwickeln sollte, um für die nächste große gesundheitliche Herausforderung – worin auch immer sie bestehen mag – gewappnet zu sein.

Unsere Vision ist, dass bis 2030 zahnmedizinische Versorgung gestärkt, evidenzbasiert, integriert und umfassend sein wird. Dieser zukunftsweisende Bericht beschreibt daher, wie die Zahnärzteschaft sich Herausforderungen stellen und Gelegenheiten ergreifen kann, um zu produktiven Mitgliedern eines an personenzentrierter Gesundheitspflege ausgerichteten Gesundheitspersonals zu werden. Dies betont die Notwendigkeit, dass Mundgesundheit in sämtliche Strategien und die daraus folgenden Gesundheitsdebatten und gesundheitspolitischen Diskussionen integriert werden sollte.

Der Bericht:

1. beschreibt die wichtigsten globalen Möglichkeiten und Herausforderungen, mit denen die Zahnärzteschaft in den kommenden zehn Jahren konfrontiert sein wird;
2. stellt Ansätze und Lösungen vor;
3. befasst sich mit Themen, die für den Zahnarztberuf relevant sind;
4. unterstützt und ergänzt weitere wichtige globale Gesundheits- und Entwicklungsagenden, einschließlich der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs); die Nichtübertragbaren Krankheiten (SDGs); universelle Gesundheitsversorgung (UHC) und globale Alterung der Bevölkerung;
5. spricht sich für eine effektive Prävention auf Bevölkerungsebene aus und betont die Bedeutung von Resilienz innerhalb des zahnmedizinischen Berufsstands
6. unterstützt die Bereitstellung von zahnmedizinischer Versorgung und einer Zahnärzteschaft als aktive Mitglieder des gesamten Gesundheitspersonals, und
7. unterstützt die FDI und ihre Mitgliedsverbände bei der Ausarbeitung langfristiger Strategien und Empfehlungen im Bereich Advocacy.

Pfeiler 1	Bis 2030 sind die essentiellen Elemente zahnmedizinischer Versorgung in allen Ländern elementarer Bestandteil des Gesundheitswesens und eine qualitativ angemessene Mundgesundheitsversorgung wird für alle verfügbar, zugänglich und bezahlbar werden
Pfeiler 2	Bis 2030 sind personenzentrierte zahnmedizinische und medizinische Versorgung integriert und tragen zu einer effektiveren Prävention und Behandlung oraler Erkrankungen sowie zu einer verbesserten Allgemeingesundheit und Lebensqualität bei.
Pfeiler 3	Bis 2030 wird die Zahnärzteschaft mit einer Vielzahl medizinischer Berufsgruppen zusammenarbeiten und dadurch zu einer nachhaltigen, am gesundheitlichen Bedarf orientierten sowie personenzentrierten Versorgung beitragen.
← Aus- Fort- und Weiterbildung →	
Bis 2030 verfügen Gesundheitsfachkräfte über das Wissen, die Kompetenzen und Fähigkeiten, um für eine effektive Prävention und Umgang mit oralen Erkrankungen einen angemessenen Beitrag zu leisten und um über sämtliche medizinische Disziplinen hinweg zusammenzuarbeiten, mit dem Ziel einer Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden.	

Die Vision 2030 basiert auf drei Pfeilern, mit je einem Hauptziel. Diese Pfeiler werden von einer Strategie zur Aus- und Weiterbildung unterstützt, die einen reaktiven und widerstandsfähigen Berufsstand gestalten, mit dem Wissen und den Fähigkeiten, Systemreformen anzuführen.

Mit diesen Pfeilern betont Vision 2030 die Verantwortung der Zahnärzteschaft bei der Wahrung eines angemessenen Kompetenzniveaus während des gesamten Berufslebens sowie die Notwendigkeit, dass das Gesundheitspersonal, unsere Fachrichtung und Berufsverbände in der Lage sind, sich anzupassen und sich angesichts Katastrophenereignissen und anderer Herausforderungen als resilient zu erweisen. Zudem betont Vision 2030 die Notwendigkeit, innerhalb der medizinischen Berufsgruppen eine Führungsrolle einzunehmen.

Dieser Bericht wird auf Basis lokaler und globaler Erfordernisse, neu aufkommender Gesundheitsfragen und Erreichen von Leistungskennzahlen in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Er hat keinen bindenden Charakter, sondern er stellt stattdessen eine Reihe von Empfehlungen bezüglich lokaler Bedürfnisse, Bedingungen und Umständen zur Verfügung. Im *Anhang 1* werden eine Reihe von Zielen und Indikatoren vorgeschlagen, um Fortschritte bei der Erreichung der Ziele der Vision 2030 zu messen.

PFEILER 1: Universelle Versorgung für Mundgesundheit



ÜBERGEORDNETES ZIEL

Bis 2030 sind die essentiellen Elemente zahnmedizinischer Versorgung in allen Ländern elementarer Bestandteil des Gesundheitswesens und eine qualitativ angemessene Mundgesundheitsversorgung wird für alle verfügbar, zugänglich und bezahlbar werden.

Einleitung und Vision 2020

Von Bismarck bis Beveridge gab es zahlreiche historische Versuche, Gesundheitspflege jedermann verfügbar, erschwinglich und zugänglich zu machen. Die Erklärung von Alma-Ata aus dem Jahre 1978 schaffte ein gesteigertes Bewusstsein für das allgemeine Recht auf Gesundheit (Universal Health Right), das vorsah, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, eine finanzielle Absicherung und Zugang für alle zu qualitativ angemessenen Gesundheitsdiensten, zu medizinischen Berufsgruppen, zu Medikamenten und zu Technologien zu gewährleisten. Ausgehend von diesem Konzept und weiteren historischen Beispielen wurde die allgemeine Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage - UHC) bei der Weltgesundheitsversammlung im

Jahre 2005 verabschiedet. Die UHC soll laut der Weltgesundheitsorganisation „sicherstellen, dass jedermann Zugang zu den benötigten fördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gesundheitsdiensten hat, und zwar in hinreichender Qualität, damit diese wirksam sind. Gleichzeitig soll gewährleistet werden, dass die Inanspruchnahme dieser Gesundheitsdienste die Menschen nicht in finanzielle Schwierigkeiten bringt.“ Die UHC ist auch eine der Zielsetzungen im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Ziel 3.8) und wurde als „wirksamstes Konzept des Gesundheitswesens“ bezeichnet.

Vision 2020 betonte die Bedeutung eines verbesserten Zugangs zu zahnmedizinischer Versorgung wie folgt:

„Unsere Vision ist es, dass bis 2020 Ungleichheiten beim Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung erheblich reduziert werden und dass der weltweite Bedarf und Nachfrage nach zahnmedizinischer Versorgung dank einer gesteigerten Mundgesundheitskompetenz, der Entwicklung einer rationellen Personalplanung, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Patientenbindung sowie einer verbesserten Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitspersonals im Bereich Mundgesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Behandlung, weitgehend abgedeckt wird.“

In den vergangenen zehn Jahren wurde allerdings immer häufiger festgestellt, dass Ungleichheiten beim Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung verringert werden können, und zwar nicht nur über den Zugang, sondern indem man sicherstellt, dass hochwertige zahnmedizinische Leistungen bei Bedarf zur Verfügung stehen und dabei keine riesige finanzielle Belastung für die Nutzer solcher Gesundheitsdienste darstellen.

Hintergrund

Die Bereitstellung hochwertiger, optimaler und bezahlbarer fördernder, präventiver, kurativer, palliativer und rehabilitativer Gesundheitsdienste für jedermann ist das größte Bestreben im Bereich globale Gesundheit. Die UHC stellt die Gesundheitsplattform für konzertierte Maßnahmen gegen ein breites Spektrum an Beeinträchtigungen der Gesundheit zur Verfügung. Da verschiedene Länder weltweit damit begonnen haben, Maßnahmen zu ergreifen, um deren Gesundheits- und Entwicklungsprogramme für die UHC zu definieren bzw. neu zu gestalten, besteht ein eindeutiger Bedarf, das Thema Mundgesundheit

angemessen darin zu positionieren. Mundgesundheit muss ein wesentlicher Bestandteil dieser Plattform sein, da orale Erkrankungen einen signifikanten Anteil an Erkrankungen in einer Gesellschaft ausmachen. Orale Erkrankungen sind sowohl eine Ursache als auch Folge von Armut und vorhandener sozialer Ungleichheiten. Sie haben auch erhebliche Auswirkungen auf die Bereiche Ausbildung und Arbeit und erschweren eine nachhaltige Entwicklung aufgrund anfallender übermäßiger wirtschaftlicher Verluste und eingeschränkter Ernährung, Ausbildung und Beschäftigungsmöglichkeiten.

Zentrale Herausforderungen

Zahlreiche nationale Gesundheitssysteme sind momentan nicht entsprechend konfiguriert, um eine zahnmedizinische Versorgung anbieten zu können. Da die UHC nun im Begriff ist, der Stimulus für eine Umgestaltung der Gesundheitssysteme zu werden, muss zahnmedizinische Versorgung eine herausragende Rolle darin einnehmen.

Gesundheitssysteme im Bereich Mundgesundheit weltweit sollten gewisse Herausforderungen meistern, um das Vorhandensein gerechter, erschwinglicher und verfügbarer zahnmedizinischer Versorgung für jedermann zu gewährleisten. Diese Herausforderungen beinhalten:

1. Starker Mangel an ausreichend qualifiziertem Gesundheitspersonal im Bereich Mundgesundheit in gewissen Regionen der Welt;
2. Ein mangelhafter Zugang zu ländlichen Gebieten und sonstigen unterversorgten Bevölkerungsgruppen;
3. Zu hohe Behandlungskosten für viele arme und ausgegrenzte Menschen;
4. Hindernisse wie z.B. unzureichende Transportanbindungen sowie ein Mangel an geeigneten Technologien;
5. Die Ausgrenzung oraler Gesundheitsdienste aus dem Gesundheitssystem, insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen;
6. Begrenzte Anwendung von Prävention und Förderung der Mundgesundheit.

Die wesentlichen Punkte bei der Integration des Themas Mundgesundheit in die UHC-Leistungspakete



Abbildung 1. Die wichtigsten Handlungsbereiche bei der Integration des Themas Mundgesundheit in die UHC-Domänen; die wesentlichen Punkte

Unterstützende Ansätze

Klinische Anwendung

- Entwickeln Sie krankheitsspezifische Fürsorgekonzepte und Management-Richtlinien und stellen Sie diese bereit.
- Integrieren und nutzen Sie fortlaufende Programme zur Qualitätsverbesserung, um hochwertige, ethisch und wissenschaftlich abgesicherte zahnmedizinische Leistungen anzubieten.
- Verstehen und befassen Sie sich mit dem Ruf nach verantwortlichen Aufsichtsstellen zur Einhaltung von Therapiestandards und Preisgestaltung und entwickeln Sie eine angemessene Technologiebewertung im Bereich der Mundgesundheit.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Bauen Sie einen Personalbestand auf, insbesondere auf dem Niveau der Basisgesundheitsversorgung, um einen Zugang zu den Gesundheitsdiensten, Bezahlbarkeit und Eignung zu gewährleisten.
- Bauen Sie eine solide Basis auf von weiterem Fachpersonal im Bereich Mundgesundheit (z.B. Dentalhygieniker) und nichtärztlichen Gesundheitsdienstleistern (Gemeindeggesundheitspersonal, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie weitere Fachkräfte aus Gesundheitsberufen) und versetzen Sie sie in die Lage, im Rahmen ihres Tätigkeitsbereichs eine adäquate zahnmedizinische Versorgung zu gewährleisten, insbesondere bei der Primärversorgung.

Forschung & Evaluierung

- Fördern Sie die Implementationsforschung für evidenzbasierte zahnmedizinische Eingriffe und zur Stärkung der Gesundheitssysteme, die solche Eingriffe anbieten.
- Entwickeln Sie national relevante zahnmedizinische Indikatoren bei Routinekontrollen und Evaluierungen sowie deren Einbeziehung in jährliche Erhebungen.
- Führen Sie eine umfangreiche Datenrecherche für eine bessere Ressourcenverteilung und entwerfen Sie konsequente Interventionen.
- Forschen Sie im Bereich Gesundheitsökonomie, um die Politik über die Finanzierbarkeit zahnmedizinischer Eingriffe zu informieren und um eine Kosteneffizienz und Bezahlbarkeit zahnmedizinischer Abläufe, Medikamente und Technologie zu ermitteln.

Technologie & Innovation

- Fördern Sie lokale, bezahlbare und nachhaltige technologische Lösungen (auch als „frugale Innovationen“ bezeichnet) zur Verbesserung des Zugangs zu Informationen aus dem Bereich Mundgesundheit, wie z.B. m-health, e-health sowie innovative Kommunikations-Tools im Bereich Verhaltensänderung.
- Verbessern Sie die Effizienz zahnmedizinischer Leistungen und Systeme durch die Entwicklung effektiver Technologien (in Theorie und Praxis), die sicher (einfach korrekt anzuwenden), bezahlbar, akzeptabel und nachhaltig sind.

Politik & Advocacy

- Definieren Sie eine Liste ethisch und wissenschaftlich fundierter grundlegender zahnmedizinischer Leistungen basierend auf nationalen Prioritäten und deren Finanzierung.
- Stärken Sie die Bevölkerung/Gemeinschaft (mit besonderem Augenmerk auf die schutzbedürftigsten Gruppen) und die auf das Gesundheitswesen ausgerichteten Ansätze, um eine Reihe hochwertiger Gesundheitsdienste, einschließlich der Mundgesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Linderung, anzubieten.
- Betreiben Sie Lobbyarbeit bei Regierungen, um Budgetmittel (basierend auf nationalen Prioritäten/ progressiver Universalisierung) für zahnmedizinische Leistungen und Präventionsprogramme, insbesondere bei der Primärversorgung, zu erhöhen (siehe auch Fallstudie 1).
- Stimmen Sie die öffentlichen und privaten Sektoren ausreichend aufeinander ab, um eine kooperative Funktionsfähigkeit zu erreichen, indem man bestehende Lücken in den Gesundheitssystemen im Bereich Mundgesundheit schließt.

-
- Arbeiten Sie mit Versicherungsgesellschaften zusammen, um den Versicherungsschutz für zahnmedizinische Leistungen zu erhöhen und eine finanzielle Absicherung gegen extrem hohe Eigenbeteiligungen für zahnmedizinische Leistungen, zu gewährleisten.
 - Drängen Sie mit Hilfe von aktiver Advocacy-Arbeit darauf, dass Indikatoren für Mundgesundheit ein Teil der routinemäßigen Gesundheitskontrollen in allen Ländern werden.
-

Zusammenfassung

Eine universelle Mundgesundheitsversorgung ist ein ehrgeiziges Konzept, das eine starke Regierungsunterstützung erfordert mit besseren Finanzierungsmodellen für das Gesundheitswesen sowie einem Management des Fachpersonals für Mundgesundheit, mit größerem Augenmerk auf Gesundheitsmanagement und bürgernahe Dienstleister. Mundgesundheit ist ein integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und hat direkte Auswirkungen auf Menschen und deren Leben. Bessere Einrichtungen im Bereich zahnmedizinischer Versorgung unterstützen die Menschen und sorgen für bessere Ergebnisse (im Hinblick auf Ausbildung und Beschäftigung) und verhindern, dass sie in Armut geraten. Die frühzeitige Erkennung hat zu einem Rückgang der Behandlungskosten geführt. Optimale kultursensible zahnmedizinische Leistungen vor Ort, durchgeführt von einem mit angemessenen Mitteln ausgestatteten und gut geführten Gesundheitssystem, haben das Potential, sich mit vielfältigen Herausforderungen im Bereich Mundgesundheit zu befassen, insbesondere wenn sie in anderen Bereichen von

einer proaktiven Mundgesundheitspolitik unterstützt werden. Neben dem immanenten Wert für die allgemeine Gesundheit, wird eine universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage - UHC) auch positive externe Effekte auf Entwicklung, die Geschlechtergleichstellung und soziale Solidarität haben. Innerhalb des Gesundheitssektors sollte einer primären zahnmedizinischen Versorgung größte Bedeutung zukommen, und zwar sowohl aufgrund ihrer Fähigkeit, sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen einen maximalen gesundheitlichen Nutzen zu verschaffen als auch ihrer Fähigkeit, ein nachhaltiges Niveau der Gesundheitsausgaben im Bereich zahnmedizinische Versorgung zu gewährleisten.

Das Basispaket für zahnmedizinische Versorgung variiert je nach Land und Region und in Abhängigkeit von den jeweils vorherrschenden Bedingungen, dem Niveau der verfügbaren Basisgesundheitsversorgung sowie dem Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes.

Um ein Basispaket gemäß lokalen, nationalen und regionalen Prioritäten zu erstellen, müssen vier wesentliche Komponenten gegeben sein, und zwar:

1. Krankheitsprävention und Früherkennung;
2. wohnortnahe Behandlung, bezahlbar und zugänglich;
3. bessere Ergebnisse im Bereich Mundgesundheit zu niedrigeren Kosten;
4. Konvergente Plattformen für ein Bewusstsein im Bereich Mundgesundheit

Im September 2019 wurde auf dem UN-Treffen hochrangiger Experten zum Thema universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage - UHC) offiziell anerkannt, dass der Bereich Mundgesundheit ein Teil der UHC-Agenda ist. Die FDI spielt nun eine Schlüsselrolle dabei, sicherzustellen, dass auf Länderebene Mundgesundheit in die UHC-Strategien und Pakete integriert wird. Politische Entscheidungsträger hören oft unterschiedliche Meinungen aus verschiedenen Advocacy-Gruppen, Denkfabriken (Thinktanks) und Forschungsgruppen und es ist für sie nicht einfach, zu bestimmen, auf Grundlage welcher

Informationen sie handeln sollen. Die FDI vertritt weltweit die nationalen Zahnärzteverbände und Expertengruppen und ist tatsächlich in der Lage, bei der Frage, wie man Gesundheitssysteme im Bereich Mundgesundheit stärken und zahnmedizinische Versorgung verbessern kann, nationalen Regierungen Lösungen und einen Fahrplan an die Hand zu geben. Partnerschaften mit anderen Advocacy-Gruppen des Gesundheitswesens sorgen für die nötigen Mittel und Anerkennung, um das Thema Mundgesundheit nah an Fragen zur Allgemeingesundheit zu orientieren und zu einem gemeinsamen Handeln aufzurufen.

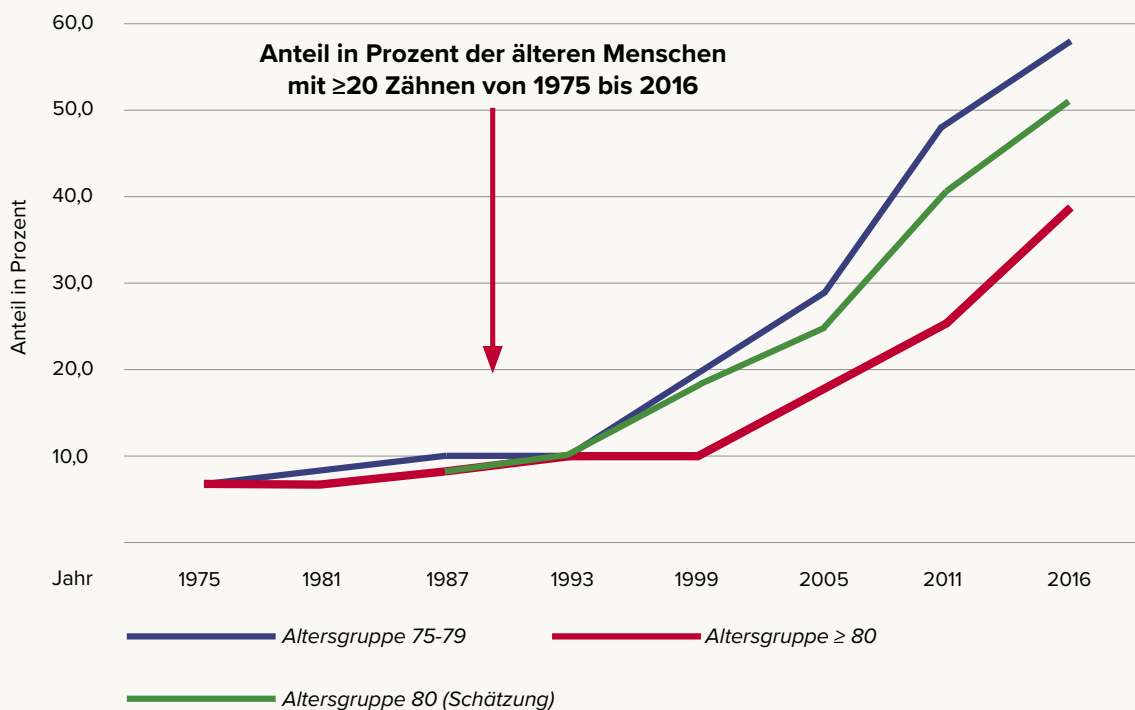
Fallstudie 1 Die Kampagne für Mundgesundheit 8020 in Japan

Das japanische Ministerium für Gesundheit und Soziales und die Japan Dental Association starteten 1989 die „Kampagne 8020“, um die Menschen dazu zu bringen, bis zu deren 80. Lebensjahr 20 oder mehr eigene Zähne zu bewahren. Damals hatten lediglich 7% der Menschen im Alter von 80 Jahren und älter 20 oder mehr Zähne. Das übergeordnete Ziel der Kampagne war es dafür zu sorgen, dass bis zum Jahr 2022 mehr als 50% der Menschen, älter als 80 Jahre alt, 20 oder mehr Zähne haben.

Die Kampagne übernahm zur Erreichung des Ziels einen multisektoralen, lebenslangen Ansatz, um Zahnverlust zu vermeiden. Daran beteiligten sich mehrere Sektoren und es wurden Initiativen durchgeführt, die sich an alle Generationen richteten. Das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales stellte lokalen Regierungen und zahnärztlichen Verbänden Subventionen zur Durchführung verschiedener Initiativen im Bereich Mundgesundheit zur Verfügung. Dazu zählten ärztliche Untersuchungen für werdende Mütter und Kleinkinder zwischen 1,5 und 3 Jahren sowie weitere Zielaltersgruppen (40, 50, 60 und 70 Jahre sowie 75 Jahre und älter). Das Ministerium für Bildung,

Kultur, Sport, Wissenschaft und Technologie sorgte für die Initiativen an den Schulen. Dazu gehörten jährliche ärztliche Untersuchungen durch einen Schulzahnarzt für Kinder zwischen 6 und 18 Jahren, wobei Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 14 Jahren Schulprogramme zum Thema fluoridhaltige Mundspülungen nahegelegt wurden.

Im Jahre 2000 wurde die Förderstiftung 8020 gegründet, bei der es hauptsächlich um Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit der Kampagne ging. Das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales führte 2016 eine nationale Umfrage zum Thema Zahnerkrankungen durch und stellte fest, dass 51% der 80-Jährigen in Japan mehr als 20 Zähne hatten. Dies war ein Anzeichen dafür, dass die Kampagne ihr Ziel sechs Jahre vor dem Zieljahr 2022 erreicht hatte. Ein weiteres Ergebnis war außerdem, dass die Prävalenz von Karies bei Kindern zurückging. Die Forschungsarbeiten der Förderstiftung 8020 waren schließlich der Anstoß für das „Gesetz der Zahn- und Mundgesundheitsförderung“ im Jahre 2011. Dies war ein weiterer Beleg für die Bedeutung der Mundgesundheitsförderung



Mehr als die Hälfte der 80-Jährigen hatte mehr als 20 Zähne im Mund. Quelle: Umfrage zum Thema Zahnerkrankungen in Japan (2016) (Survey of Dental Disease in Japan - 2016) (Geändert). Geändert bedeutet, dass die Linie für die Altersgruppe der 80-Jährigen erstellt wurde und eine Schätzung ist.

PFEILER 2: Integration der Mundgesundheit in die Agenda Allgemeingesundheit und Entwicklung



ÜBERGEORDNETES ZIEL

Bis 2030 sind sind personenzentrierte zahnmedizinische und medizinische Versorgung integriert und tragen zu einer effektiveren Prävention und Behandlung oraler Erkrankungen sowie zu einer verbesserten Allgemeingesundheit und Lebensqualität bei.

Einleitung und Vision 2020

Das Vision 2020-Dokument unterstrich die Bedeutung einer Integration der Mundgesundheit in eine allgemeine Gesundheitsagenda und erläuterte dies wie folgt:

„Wir sind der Ansicht, dass die Zeit nun reif ist für die Ausarbeitung eines neuen Modells für zahnmedizinische Versorgung, das den Bereich Mundgesundheit als einen integralen Bestandteil der Allgemeingesundheit betrachtet und auf die Bedürfnisse und Ansprüche der Öffentlichkeit sowie das Recht jedes Einzelnen auf eine gute Mundgesundheit eingeht. Wir glauben, dass wir in der Lage sein werden, unsere Fachrichtung an die Spitze einer weltweiten Bewegung hin zu einer optimierten Gesundheit mit Hilfe einer guten Mundgesundheit setzen können. Hierfür müssen wir den Fokus unseres Modells von (i) einem traditionell kurativen, meist pathogenen Modell hin zu einem salutogenetischeren Modell verschieben, das seinen Schwerpunkt auf Prävention und Förderung einer guten Mundgesundheit setzt sowie (ii) von einem eher exklusiv geprägten Ansatz hin zu einem integrativen Ansatz, der sämtliche Stakeholder berücksichtigt, die einen Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheit der Allgemeinheit leisten können.“

Hintergrund

Trotz der größten Bemühungen der Zahnärzte bleibt die globale Belastung unbehandelter oraler Erkrankungen auf einem untragbar hohen Niveau und geht mit ausgeprägten Ungleichheiten innerhalb sowie zwischen einzelnen Ländern einher. Fortschritte bei der Zahnbehandlung haben zu deutlichen Verbesserungen bei der Mundgesundheit geführt, aber dies erfolgte hauptsächlich in Ländern mit einem hohen Einkommen und selbst dort hat nicht die gesamte Bevölkerung davon profitiert. Die armen Bevölkerungsgruppen leiden unter einer unverhältnismäßig hohen Zahl an Krankheiten. Eine wirksame bevölkerungsweite Krankheitsprävention wurde noch nicht umgesetzt und bezahlbare, angemessene Behandlungen sind nicht jedermann zugänglich. Das Scheitern der meisten Ansätze beim Versuch, Mundgesundheit zu verbessern und Ungleichheiten zu verringern, sind auf Maßnahmen zurückzuführen, die sich auf Faktoren wie z.B. Lebensgewohnheiten und verhaltensrelevante Einflüsse konzentrieren, anstatt sich mit den eigentlichen Ursachen zu befassen. Dies erfordert ein radikales Umdenken unseres Ansatzes, wobei einer wirksamen Prävention auf Bevölkerungsebene eine weitaus größere Bedeutung beigemessen wird. In diesem Sinne wird inzwischen zunehmend anerkannt, dass orale Erkrankungen mit den anderen wichtigen nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) Risikofaktoren und soziale Faktoren teilen und gemeinsam haben (*Abbildung 2*). Dieser Grundsatz wurde 2011 in der politischen Erklärung der Vereinten Nationen (UNO) anlässlich des Treffens hochrangiger Experten zum Thema Prävention und Kontrolle von NCDs geäußert. Dort wurde darauf

hingewiesen, dass „Nierenerkrankungen, orale Erkrankungen und Augenerkrankungen einen beachtlichen Gesundheitskostenfaktor für viele Länder darstellen und dass diese Erkrankungen gemeinsame Risikofaktoren (CRFs) aufweisen und von gemeinsamen Antworten auf nichtübertragbare Krankheiten Nutzen ziehen können.“

Der in der politischen Erklärung der Vereinten Nationen (UNO) zum Thema NCDs 2011 vorgebrachte wichtige Grundsatz liefert eine triftige Begründung für eine stärkere Integration von Mundgesundheit in die allgemeine Gesundheitsagenda. Dies hat bereits zu einer engeren Abstimmung des Bereiches Mundgesundheit mit der umfassenderen Agenda geführt, die sich mit der Prävention von NCDs befasst, die weltweit die Hauptursache für Tod und Behinderungen sind. Die FDI ist nun folglich Mitglied der NCD-Allianz, die sich dazu verpflichtet hat, die Prävention und Kontrolle von NCDs überall zu einer Priorität zu machen.

Es ist unrealistisch zu erwarten, dass Zahnärzte und sonstiges Personal der Zahnärzteschaft, wenn sie isoliert agieren, erfolgreich dabei sind, für wirksame Maßnahmen bezüglich der sozialen und wirtschaftlichen Gesundheitsdeterminanten einzutreten, nicht zuletzt deshalb, weil diese wichtigen Faktoren chronischer Krankheiten außerhalb des Gesundheitssektors liegen. Jedoch wird eine engere Einbindung der Mundgesundheit in die allgemeine Gesundheitsagenda die Möglichkeit schaffen, nicht nur die Belastung oraler Erkrankungen weltweit durch eine wirksamere Prävention zu reduzieren, sondern es

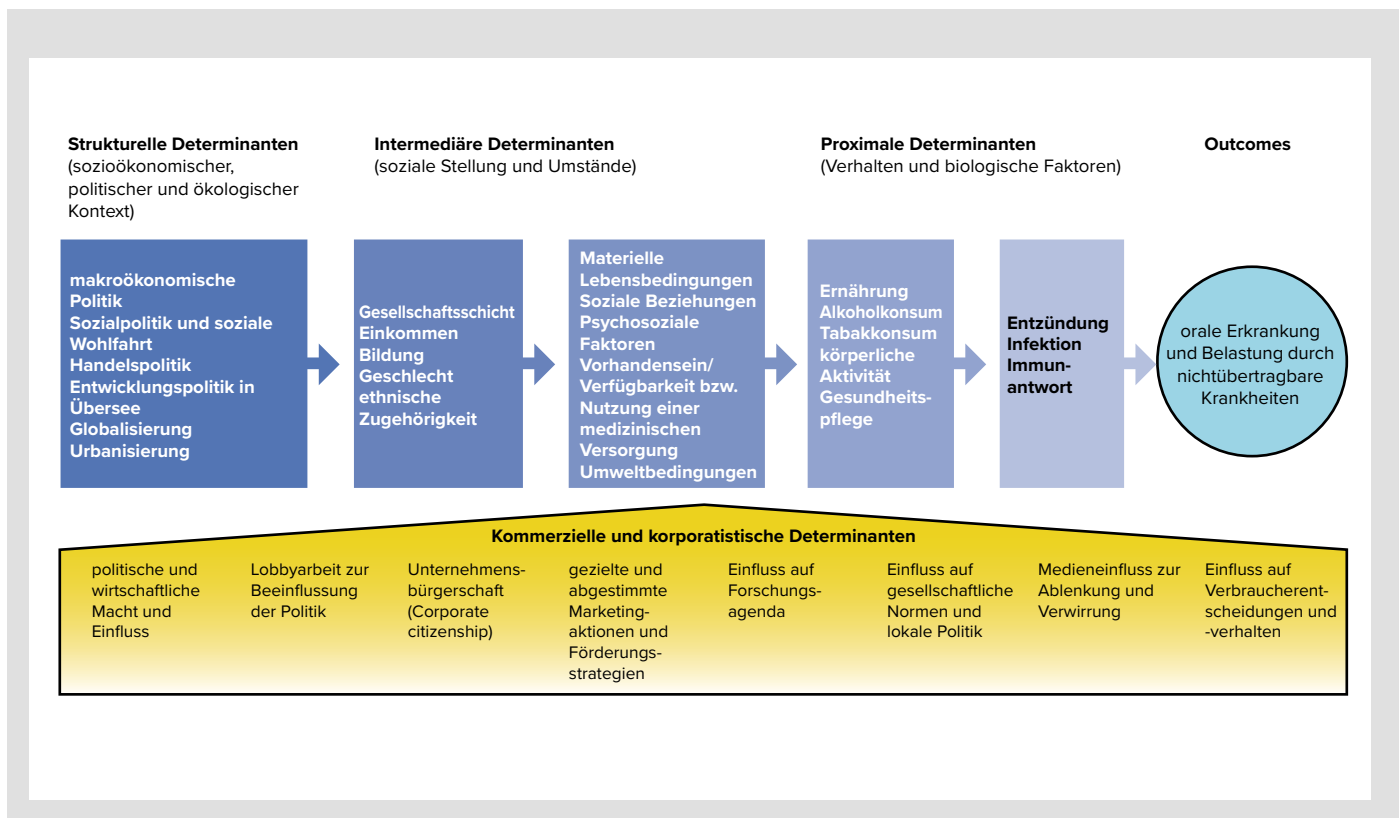


Abbildung 2. Veröffentlicht mit freundlicher Genehmigung von The Lancet. Quelle: Peres MA, Macpherson LM, Weyant R et al., Oral diseases: a global public health challenge (Orale Erkrankungen: eine globale Herausforderung für das Gesundheitswesen). Lancet. 2019;394:249260.

Mundgesundheitsfachkräften auch ermöglichen, sich noch besser in die Gesundheitsversorgung zum Nutzen der Gesellschaft einzubringen. Diese Strategie steht im Einklang mit dem horizontalen Ansatz, der sich gleichzeitig mit sämtlichen NCDs befasst.

Es herrschte weitgehend Übereinstimmung darüber, dass Ärzte und Gesundheitspersonal eine Rolle bei der Förderung einer guten Gesundheit und gesundheitlichen Chancengleichheit spielen. Zahnärzte sind aber auch in der Lage, sich aktiv an der Förderung der Chancengleichheit bei der Mundgesundheit zu beteiligen, und zwar sowohl für ihre Patienten als auch für die Gesellschaft im weiteren Sinne. Die Basisgesundheitsversorgung ist normalerweise der erste Kontakt mit den Gesundheitsdiensten und auch der Rahmen, in welchem der Großteil der medizinischen Versorgung erfolgt – sowohl allgemeine als auch orale Pflege. Mundgesundheitsteams, die mit den Teams der Basisgesundheitsversorgung zusammenarbeiten, haben ein weitgehend ungenutztes Potential, wichtige Verfechter, Wegbereiter und Vermittler für Mundgesundheit zu sein. Da die Risikofaktoren für Mundgesundheit und allgemeine Gesundheit dieselben sind, werden sich solche Aktivitäten förderlich auf eine gute Allgemeingesundheit auswirken. Wenn zahnmedizinische Versorgung

richtig in die allgemeine Gesundheitspflege integriert werden soll, ist es auch unerlässlich, dass sich das gesamte Team für zahnmedizinische Versorgung über die Bedeutung der sozialen Determinanten im Bereich Mundgesundheit bewusst ist und seine Aktivitäten in andere Gruppen integriert (siehe Fallstudie 2).

Laut Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Verwirklichung des bestmöglichen Gesundheitsniveaus ein Grundrecht aller Menschen. In der Adelaide-Erklärung setzt sich die WHO für eine Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in all Policies – HiAP) ein. Dieser Ansatz wird als wichtige Strategie angesehen, um dieses Menschenrecht voranzubringen. Die Evidenz, dass orale Erkrankungen gemeinsame Risikofaktoren und bestimmende Faktoren mit anderen NCDs aufweisen, rechtfertigt die Einbindung von Mundgesundheit in einen HiAP-Ansatz, d.h. eine Mundgesundheit in allen Politikbereichen (Oral Health in All Policies – OHiAP). Dies würde zu neuen intersektoralen Partnerschaften führen und den Schwerpunkt von Mundgesundheit – als einem aus technischen Eingriffen bestehenden Konzept - zu einem auf sozialer Gerechtigkeit und Wertschätzung der sozialen Gesundheitsdeterminanten basierenden Konzept verschieben.

Zentrale Herausforderungen

Alle Länder sollten dazu ermutigt werden, Aktionspläne für Mundgesundheit zu entwickeln, die wiederum in Strategien integriert werden, um die Problematik der nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) anzugehen, die einen wesentlichen Anteil oraler Erkrankungen ausmachen. Auch wenn einzelne Länder ihre eigenen Herausforderungen im Gesundheitsbereich, wirtschaftlichen Gegebenheiten und kulturelle Unterschiede aufweisen, kann die Einbindung der Mundgesundheit in die Basisgesundheitsversorgung in den Bereichen Krankheitsprävention, Verbesserung der allgemeinen Gesundheit und Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung von signifikantem Nutzen sein. Dieses Ziel wird nicht erreicht werden, wenn Mundgesundheit als ein separater Teil der Gesundheitsversorgung betrachtet wird. Somit trägt die FDI – in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der WHO und der Internationalen Vereinigung für zahnärztliche Forschung (International Association for Dental Research - IADR) – eine große Verantwortung bei den Bemühungen, zahnmedizinische Leistungen in sämtliche Gesundheitssysteme zu integrieren (siehe auch oben erläuterten OHiAP-Ansatz). Dies wird eine enge Zusammenarbeit erfordern - nicht nur innerhalb der Zahnärzteschaft - und es geht auch darum, kooperative Arbeitsbeziehungen mit den für die allgemeine Gesundheit zuständigen Behörden zu schmieden, wie z.B. die NCD-Allianz und die World Health Professions Alliance (WHPA).

Bei den Bemühungen, Mundgesundheit in die allgemeine Gesundheitsagenda zu integrieren, gilt es folgende wichtige Punkte zu beachten:

1. Komorbidität und Multimorbidität. Orale Erkrankungen treten nicht isoliert auf, sondern im Allgemeinen mit anderen NCDs, einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, metabolischen Syndromen und Diabetes Typ 2, die dieselben sozialen, wirtschaftlichen und durch die Lebensweise gegebenen Gesundheitsfaktoren aufweisen. In den WHO-Leitlinien zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Zucker, erbrachten letztendlich die Forschungsarbeiten in den Bereichen Mundgesundheit und Karies den Nachweis, der die WHO-Empfehlungen im Hinblick auf den Konsum von freiem Zucker stützt (siehe Fallstudie 3).

Tabakkonsum ist weltweit ein weit verbreiteter NCD-Risikofaktor und dessen spezifische Auswirkungen auf Mundhöhlenkrebs und Parodontalerkrankungen bedeuten, dass das für zahnmedizinische Versorgung zuständige Team eine zentrale Rolle bei der Förderung und Anwendung von Tabakentwöhnungs-Programmen

spielt. Ein explizites Ziel der Tabakentwöhnungs-Programme ist die Aufnahme von Mundgesundheit in das umfassende Gesundheitsprogramm. Ein hervorragendes Beispiel dieses Ansatzes von Gesundheitsförderung ist das staatlich geförderte Programm in Indien (siehe Fallstudie 4).

Bei der Einführung von bürgernahen und patientenzentrierten Krankheitsmanagement-Strategien, ist es kostengünstiger, sich mit oralen und systemischen Erkrankungen gemeinsam zu befassen. Dies steht im Einklang mit dem zuvor genannten horizontalen Ansatz, der sich gleichzeitig mit sämtlichen NCDs auseinandersetzt und ein wichtiges Kernprinzip der NCD-Allianz ist (Abbildung 3). Aus Perspektive von Gesundheitssystemen ist dies ein wichtiger Ansatz, insbesondere im Kontext begrenzter Ressourcen.



Abbildung 3. Gemeinsames Kurzdossier der FDI-NCD-Allianz mit Schwerpunkt auf den Zusammenhängen zwischen oralen Erkrankungen und NCDs sowie mit Empfehlungen für deren Prävention und Kontrolle. <https://www.fdiworlddental.org/resources/brochures/accelerating-action-on-oral-health-and-ncds>

2. Das Frühwarnsystem. Es ist offensichtlich, dass orale Anzeichen und Symptome, wie z.B. Geschwüre, weiße und rote Flecken, Schwellungen, Pigmentstörungen und Schmerzen im Mundbereich, Empfindungsverlust, orofaziale Dysfunktionen, Mundgeruch sowie Mundtrockenheit (Xerostomie), frühzeitige Anzeichen für chronische Erkrankungen in anderen Organen sein können. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die bidirektionale Beziehung zwischen Parodontalerkrankungen und Diabetes Typ 2, und den Zusammenhang zwischen oralen Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die Bedeutung von oralen Erkrankungen als eine ‚frühzeitige Warnung‘ für eine sich abzeichnende Erkrankung anzuerkennen.

Somit gibt es ein starkes Argument für Zahnärzte, um gemeinsam mit deren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den Bereichen Untersuchungen und frühzeitige Erkennung chronischer Erkrankungen, wie z.B. Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zusammenzuarbeiten.

Zahnärztinnen und Zahnärzte haben nicht nur die Aufgabe, systemische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, sondern es setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass eine bessere Kontrolle oraler Erkrankungen den Krankheitsverlauf systemischer Erkrankungen verbessern könnte. Das gesamte Gesundheitspersonal muss sich somit über den Beitrag einer guten Mundgesundheit für die allgemeine Gesundheit bewusst sein sowie über die Notwendigkeit einer engeren Einbindung und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten des Gesundheitspersonals, einschließlich der Zahnärzteschaft.

3. Rolle der Gesundheitsüberwachung. Die Zahnärzte haben einen einzigartigen Zugang zur „gesunden“ Bevölkerung und spielen somit eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsüberwachung. Dies ist ein wichtiges Argument für regelmäßige Zahnuntersuchungen. Je erfolgreicher Zahnärzte dabei sind, jedermann zu erreichen, insbesondere die benachteiligten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen, desto effektiver wird die Rolle der Gesundheitsüberwachung sein.

Die Prävalenz aller NCDs, einschließlich oraler Erkrankungen, tendieren aufgrund der kumulativen Wirkung der sozialen und wirtschaftlichen Gesundheitsdeterminanten dazu, im Laufe des Lebens zuzunehmen. Schwerwiegende orale

Erkrankungen in der Kindheit, insbesondere Karies im frühen Kindesalter, sind ein Anzeichen für einen schlechteren Gesundheitszustand im späteren Leben, mit einer Veranlagung für die Entwicklung von NCDs, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Atemwegserkrankungen. Die frühzeitige Erkennung dieser besonderen Risikogruppe sowie entsprechende Gesundheitsmaßnahmen haben daher das Potential, die Sterblichkeit und Zahl der Erkrankungen im späteren Leben zu reduzieren und die allgemeine Gesundheitssituation zu verbessern.

4. Integration der Resilienz von Gesundheitssystemen als Antwort auf unvorhergesehene Herausforderungen. Größere Katastrophen und sonstige unvorhergesehene Ereignisse, darunter die durch SARS-CoV-2 verursachte globale COVID-19-Pandemie, um ein Beispiel zu nennen, sind von Natur aus unvorhersehbar. Sie verursachen plötzliche, extreme und unterschiedliche Anforderungen an die Gesundheitssysteme und können zu starken Beeinträchtigungen bei der Bereitstellung einer Notfallversorgung, die in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis selbst steht, führen. Zahnärzte und zahnärztliches Fachpersonal verfügen über das Wissen und die Fertigkeiten – bzw. können es sich leicht weiteres aneignen – als Mitglieder des Teams an der Seite weiterer Fachkräfte dieses in Krisenzeiten auf weitere Aufgaben innerhalb von Gesundheitssystemen anzuwenden. Mit Hilfe dieses direkten Integrationsprozesses können sie zur Resilienz von Gesundheitssystemen beitragen, indem Klinik-Experten bei den klinischen Aufgaben an die vorderste Linie geschickt werden (*siehe Fallstudie 5*).

Unterstützende Ansätze

Klinische Anwendung

- Schärfen Sie das Bewusstsein der Patienten für Themen der Allgemeingesundheit, wie z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Bluthochdruck und sonstige chronische Krankheiten.
- Beziehen Sie Untersuchungen für eine Reihe von Krankheiten ein, bevor diese zu einem medizinischen Problem werden. Die frühzeitige Erkennung systemischer Störungen aufgrund von oralen Manifestationen sowie die Anwendung von Speichelflüssigkeit bzw. anderem oralen Gewebe als Biomarker haben sich mittlerweile bewährt. Die Einrichtung einer stärkeren Vernetzung mit ärztlichen Kollegen würde zur Schaffung eines wertvollen Forums für frühzeitige Interventionen sowie zu einer signifikanten Kostenreduzierung und somit zu einem bezahlbareren Gesundheitswesen führen.
- Sprechen Sie Bewegungsmangel und Fettleibigkeit, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen an und zwar nicht nur über die Förderung von Sport und Leibesübungen, sondern auch über einen Zugang zu sicherem Sport und Übungen mit einem Mundschutz zur Vermeidung von Traumen und Gehirnerschütterungen bei Kontaktsportarten.
- Unterstützen Sie Tabakentwöhnungs-Programme.
- Stärken Sie die Primärprävention und stellen Sie sicher, dass jeder Einzelne befähigt ist, Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen, insbesondere mittels einer motivierenden Gesprächsführung (Gesundheitscoaching).

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Beziehen Sie die Lehre an zahnärztlichen und medizinischen Universitäten, Krankenpflegeschulen sowie der Sozialwissenschaften an Universitäten weltweit ein. Lehrpläne an zahnmedizinischen Fakultäten sollten das Thema Mundgesundheit in der allgemeinen Gesundheitsagenda einschließen, wobei weniger Gewicht auf medizinische Eingriffe, sondern ein größerer Fokus auf soziale Faktoren, dem CRF-Ansatz, Primärprävention sowie patientenzentrierter Versorgung gelegt werden sollte. Moderne medizinische und zahnmedizinische Lehrpläne sollten das Ziel haben, Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Bereichen interprofessionelle Kommunikation, Evidenzsynthese, kritisches Denken und lebenslanges Lernen zu entwickeln.
- Verbessern Sie die intra- und interprofessionellen Ausbildung und Verfahren, wobei die Zahnarztpraxis als eine Eintrittspforte in das Gesundheitssystem genutzt wird. Dies würde die Möglichkeit schaffen für: medizinische Kontrollen/ Vorsorgeuntersuchungen in Zahnarztpraxen; Schutzimpfungen; Risikobewertungen bei systemischen Erkrankungen, mit Überweisungen soweit erforderlich; Anleitung zu einem gesunden Lebensstil, einschließlich Ernährung. Es gehört bereits zum Aufgabengebiet von Zahnärzten im Bereich der Kariesprävention Ernährungsberatungen anzubieten. Dies könnte auf Beratungen über gesunde Ernährungsmöglichkeiten, maßgeschneiderte diätetische Beratung bis hin zu individuellen Risiken und Umständen und unter Berücksichtigung von Ernährungsbeschränkungen sowie kulturellen Aspekten von Diätetik und Ernährung, erweitert werden.
- Fördern Sie die Mundgesundheitskompetenz bei Patienten sowie sämtlichen Gesundheitsfachkräften unter Zuhilfenahme sozialer Medien und Smartphone-Technologie und sonstiger geeigneter Medien.
- Ermutigen Sie Zahnmedizinstudierende dazu, an Konferenzen außerhalb der Zahnmedizin teilzunehmen, um so zu gewährleisten, dass sie über breitere Gesundheitsthemen und -trends informiert sind.

Forschung & Evaluierung

- Evaluieren Sie die Gesundheitsökonomie integrierter Gesundheitsfürsorgesysteme zur Unterstützung der Überprüfung von Vergütungssystemen im Gesundheitswesen, die UHC erleichtern und ein größeres Gewicht auf Prävention statt Intervention legen. Arbeiten Sie mit Anbietern, Industrie und Geschäftspartnern sowie Versicherungsunternehmen zusammen, um den Zugang zu benachteiligten Gruppen zu verbessern.
- Erheben Sie Daten zu medizinischen Parametern, wie z.B. HbA1C, Blutdruck, Gewicht, Körpermasseindex in zahnklinischen Einrichtungen, einschließlich Forschungseinrichtungen.
- Führen Sie Forschungen der Gesundheitsökonomie im Bereich Primärprävention durch, um die Hypothese zu testen, dass „zahnärztliche Interventionen zwar teuer sind, im Gegensatz dazu aber Mundgesundheit günstig sein kann.“

Technologie & Innovation

- Betonen Sie den Wert lokaler, bezahlbarer und nachhaltiger technologischer Lösungen, insbesondere in Bereichen, wie z.B. Neugestaltung von Gesundheitsdienstleistungen, wo es zahlreiche Möglichkeiten gibt, die Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit zu innovieren und zu verbessern.
- Ermutigen Sie Industriepartner dazu, die Integration neuer Technologien in bedürftigen geografischen Gebieten zu unterstützen.
- Erleichtern Sie die Nutzung integrierter Praxisverwaltungssoftware und elektronischer Patientenakten.
- Fördern Sie die Nutzung von Diagnoseschlüsseln.

Politik & Advocacy

- Verbessern und stärken Sie bei wichtigen globalen Gesundheitsfragen die Kooperationsstrukturen zwischen der FDI, IADR und WHO, so dass Einheit und Synergien dabei helfen werden, die Kernbotschaften zu stärken.
- Arbeiten Sie mit anderen medizinischen Berufsgruppen zusammen, um Strategien für die Integration von Gesundheitsversorgung und sozialer Betreuung auf sämtlichen Ebenen zu entwerfen:
 - bevölkerungsweite politische Maßnahmen zur Verbesserung des Bewusstseins für NCDs, einschließlich oraler Gesundheitszustand (mit Hilfe von Gesetzgebung, Regulierung und Information);
 - an Schulen, Arbeitsplatz und in Gemeinschaften durchgeführte bürgernahe Programme, um Mundgesundheit, allgemeine Gesundheit und allgemeines Wohlbefinden zu fördern;
 - patientenzentrierte Gesundheitsdienstleistungen unter Zuhilfenahme von Tools wie z.B.

Gesundheitscoaching, um eine individuelle Gesundheitsversorgung für Personen mit (oft komorbiden) Störungen der Mundgesundheit und allgemeinen Gesundheit anzubieten.

- Suchen Sie nach Möglichkeiten, um die Zahnmedizin mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen (SDGs) anzugleichen. Dies erfolgt durch einen interdisziplinären und transektoralen Ansatz ausgehend von SDG3 für Gesundheit und Wohlbefinden, SDG10 für Ungleichheiten und SDG17 zur Verbesserung der Vernetzung mit anderen Stakeholdern. Denken Sie auch daran, ob es Möglichkeiten gibt, wo Mundgesundheit in eine Reihe anderer SDGs miteinbezogen werden könnte.
- Integrieren Sie Strategien, um zahnmedizinisches Amalgam – als Teil der Politik zur Prävention und Kontrolle von NCDs – stufenweise abzubauen.
- Kommunizieren Sie ‚unsere Geschichten‘ außerhalb der Zahnmedizin und Gesundheit, z.B. an Politiker und politische Entscheidungsträger in Ländern weltweit. Unsere starken Argumente bei der Integration von Mundgesundheit in die Allgemeingesundheit verdienen eine weite Verbreitung an eine Reihe von Stakeholdern (siehe unten).
- Arbeiten Sie einen überzeugenden Aktionsplan zur Reduzierung des Zuckerkonsums aus und weisen Sie darauf hin, dass Zucker ein wirtschaftlicher Gesundheitsfaktor ist.
- Reduzieren Sie mittels einer Förderung effektiver Besteuerung von zuckerhaltigen Getränken und anderen zuckerhaltigen Produkten den Zuckerkonsum (WHO best buys).
- Fördern und unterstützen Sie vom Mundgesundheitsteam durchgeführte Programme zur Tabakentwöhnung
- Fördern Sie die Entwicklung von Patientenfürsprechergruppen und die Kooperationen mit diesen Gruppen.
- Identifizieren Sie Sprecher für die Mundgesundheit, wie z. B. Prominente.
- Erweitern Sie die Reichweite der Advocacy-Aktivitäten im Bereich Mundgesundheit und sprechen Sie dabei nicht nur die bekanntesten Zahn- und oralen Erkrankungen an, wie z.B. Karies und Parodontalerkrankungen. Durch das Nichterwähnen der weniger bekannten, aber oftmals verheerenderen Erkrankungen des Mundbereiches (wie z.B. Mundhöhlenkrebs), lässt man die Gelegenheit aus, darauf hinzuweisen, dass es im Bereich der Mundgesundheit schwerwiegende Ungleichheiten gibt, insbesondere im Zusammenhang mit Armut und Zugang zu bezahlbarer Gesundheitsversorgung. Cancrum oris / Noma beispielsweise tritt nur in den äußerst verarmten Bevölkerungsgruppen auf und in weiten Teilen der ländlichen Gebiete Indiens, Chinas, Indonesiens sowie in den subsaharischen Ländern Afrikas und lediglich wenige der Kinder, die mit orofazialen Spalten auf die Welt kommen, überleben die ersten Lebenswochen.
- Setzen Sie UHC um. Eine der effektivsten Strategien, sich mit Ungleichheiten auseinanderzusetzen und Recht und Gerechtigkeit im Hinblick auf Gesundheitsversorgung zu stärken, besteht darin, eine UHC mit gleichen Zugangsmöglichkeiten, Standards und Bezahlbarkeit zu erreichen. Dies trägt zum Erlangen von SDG 10 (Reduzierung von Ungleichheiten), SDG 16 (soziale Gerechtigkeit) und SDG 17 (partnerschaftliche Arbeit) bei.

Monitoring & Tracking

- Überwachen Sie Inzidenz, Mortalität und Morbidität im Zusammenhang mit verschiedenen oralen Erkrankungen.

Zusammenfassung

Angesichts der überwältigenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Anstieg der Belastungen durch NCDs weltweit, ist es unbedingt erforderlich, dass man bei den globalen Gesundheitssystemen den Fokus verstärkt auf Prävention legt. Dies wird eine wirksame Umsetzung integrierter Strategien erfordern, die sich mit den gemeinsamen sozialen und wirtschaftlichen Gesundheitsdeterminanten befassen. Unbehandelte orale Erkrankungen machen einen beträchtlichen Teil der Belastung durch NCDs aus und es ist unbedingt notwendig, dass zahnmedizinische Leistungen in die Gesundheitssysteme weltweit integriert werden, damit eine Reduzierung dieser Belastung

erzielt werden kann. Darüber hinaus muss dem Gesundheitspersonal die Bedeutung von Mundgesundheit für die allgemeine Gesundheit und Wohlbefinden, als auch die Rolle, die es und die Zahnärzteschaft dabei spielen, dies für deren Patienten zu erreichen, verstärkt ins Bewusstsein gebracht werden. Zur Verwirklichung dieser Vision werden wir noch viel mehr wirksame Advocacy-Arbeit seitens der Zahnärzteschaft benötigen, um auf die Bedeutung guter Mundgesundheit hinzuweisen. Wir müssen zudem die Rolle hervorheben, die das Gesundheitspersonal und die Gesellschaft als Ganzes bei der Erreichung und Wahrung dieser Visionen spielen.

Fallstudie 2 Qualis Health / Comagine

Comagine Health, The National Interdisciplinary Initiative on Oral Health, Delta Dental of Washington und Kaiser Permanente definierten die Eckpunkte eines kooperativen zahnmedizinischen Ansatzes bezüglich Mundgesundheit. Dieser ist anwendbar, egal ob die medizinische und zahnmedizinische Versorgung vollständig im selben Team integriert sind, in einer gemeinsamen Einrichtung untergebracht sind oder an verschiedenen Standorten unabhängig voneinander arbeiten.

Mit diesem Ansatz nutzen die Teams in der Primärversorgung den Rahmen für eine zahnmedizinische Gesundheitsversorgung (Oral Health Delivery Framework), um sich über orale Erkrankungen zu erkundigen und danach zu suchen

sowie eine Risikobewertung bezüglich oraler Erkrankungen durchzuführen. Sie handeln mit dem Ziel, das Risiko zu verringern indem sie eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung anbieten, Fluoridlack anwenden, Medikationsumstellungen vornehmen, um die Speichelfunktionen zu schützen und, falls nötig, strukturierte Empfehlungen bzw. Überweisungen an das zahnmedizinische Team abgeben bzw. vornehmen. Zahnmedizinische Teams vereinbaren mit ihren ärztlichen Kollegen einen Zugang zu sämtlichen Patientendaten, einschließlich einer Problemliste sowie Medikamenten-/Allergenliste, die vor einer zahnärztlichen Untersuchung vorbereitet werden.

Primärversorgungspraxis	Informationsaustausch	Die Zahnarztpraxis
<ol style="list-style-type: none"> Das Pflorgeteam nutzt bei der routinemäßigen Patientenbehandlung den „Ask, Look, Decide, Act-Framework“. Das Pflorgeteam stellt vorbeugende und verhaltensmedizinische Eingriffe bereit. Falls nötig, wird eine Überweisung bzw. Übergabe veranlasst. Der Patient bekommt festgelegte Zahnarzttermine. Ein Einweisungsschein wird samt Trackingfunktion ausgestellt und an die Zahnklinik geschickt. Falls ein Patient nicht zu einem Termin erscheint, wird der Primärversorgungsdienst benachrichtigt und kontaktiert den Patienten. Der Konsultationsbericht geht in die elektronischen Patientenakte ein und wird an den überweisenden Arzt weitergeleitet. 	<p>Mögliche Technologien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefon • SMS • Fernzugriff auf die Patientenakte • Gemeinsame elektronische Unterlagen • Register auf Landes-/Regionalebene • HL-7 C-CDA (Health Level Seven International Consolidated Clinical Document Architecture) 	<ol style="list-style-type: none"> legt einen Zahnarzttermin für den Patienten fest. bekommt wichtige klinische Daten von der Primärversorgungspraxis benachrichtigt die Primärversorgungspraxis zu Trackingzwecken sobald der Patient eintrifft prüft mittels verschiedener Datenquellen Lücken bei der Prävention bzw. Behandlung chronischer Erkrankungen. befasst sich mit zahnmedizinischen Fragen und dokumentiert den Schweregrad einer Erkrankung in Form von strukturierten Daten. befasst sich mittels Protokollen mit Lücken bei der Prävention bzw. Behandlung von chronischen Erkrankungen schickt der Primärversorgungspraxis einen Konsultationsbericht.

Sobald der Patient sich in der Zahnklinik befindet, nutzen zahnmedizinische Teams Gemeinschaftsregister und einen Fernzugriff auf die Patientenakte, um jegliche Lücken bei der vorbeugenden Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsvorsorge von chronischen Erkrankungen zu identifizieren. Neben der Abdeckung des zahnmedizinischen Bedarfs bei den Patienten, folgen die zahnärztlichen Teams Standardprotokollen, die in Überweisungsvereinbarungen mit der Primärversorgung festgelegt sind, um Versorgungslücken zu schließen, indem sie z. B. Impfungen durchführen, Tests anordnen

und beraten. Zahnärzte vervollständigen Empfehlungen und schicken Krankenberichte an die überweisenden Ärzte zurück. Die Möglichkeiten eines Informationsaustausches beinhalten eine Vielzahl von Technologien, die den medizinischen und zahnmedizinischen Teams zur Verfügung stehen. Die Daten aus Arzt- und Zahnarztpraxen werden zusammengeführt, um Gesundheitsberichte der Bevölkerung zu erstellen, die die Häufigkeit und Schwere oraler Erkrankungen einer Population dokumentieren und um die Auswirkungen integrierter Eingriffe zu messen, die entwickelt wurden, um die Mundgesundheit der Bevölkerung zu messen.

Fallstudie 3 Die Politik Neuseelands beim Zuckerverbrauch: die Abschaffung zuckerhaltiger Getränke in Krankenhäusern und Schulen

Zuckerhaltige Getränke sind die wichtigste Quelle beim Zuckerkonsum von Kindern in Neuseeland sowie ein wesentlicher Risikofaktor für Karies, Fettleibigkeit und Diabetes Typ 2. Die New Zealand Dental Association spielte eine wesentliche Rolle und nutzte Fachleute aus dem öffentlichen Gesundheitswesen und Dentalfachleute zur Unterstützung von Maßnahmen gegen die Hersteller zuckerhaltiger Getränke. Dank dieser Bemühungen wurde ein viel größeres Bewusstsein für die Gefahren zuckerhaltiger Getränke geschaffen.

Das Nelson-Krankenhaus war 2014 das erste seiner Art in Neuseeland (und weltweit), das eine Politik für zuckerfreie Getränke initiierte (Sugar Sweetened Beverage (SSB) free policy) und darauf hinwies, dass der Verkauf zuckerhaltiger Getränke in besagtem Krankenhaus unangebracht sei. Eine erfolgreiche Advocacy-Arbeit und Leadership führten zu einem Dominoeffekt und innerhalb von 18 Monaten hatten sämtliche Krankenhäuser in Neuseeland eine entsprechende Politik umgesetzt. Eine erhebliche Anzahl an Krankenhäusern hat auch eine Water-Only-Politik umgesetzt.

Im Zuge der Advocacy-Aktivitäten sprach man auch den lokalen Bürgermeister und Stadtverwaltung an, die eine SSB-freie Politik auf den Weg brachten. Wieder einmal war Leadership, in diesem Fall durch den Bürgermeister und gemeinsam mit dem Nelson-Krankenhaus, ausschlaggebend und die Stadtverwaltung war die erste, die eine solche Politik



umsetzte. Zahlreiche andere Stadtverwaltungen in Neuseeland folgten diesem Beispiel.

Die Schulleiterinnen und Schulleiter folgten diesem "Modell", initiierten eine Water-Only-Politik und waren Vorbilder für andere Schulen. Das Bildungsministerium wurde dazu ermutigt, Leadership an den Tag zu legen und es legte Schulen in ganz Neuseeland nahe, eine Water-Only-Politik einzuführen.

Eine der wichtigsten Supermarktketten wandte – in Übereinstimmung mit diesem erfolgreichen Advocacy-Ansatz – eine Politik an, um den Verkauf von Energy Drinks an Jugendliche unter 16 Jahren einzuschränken und nur zuckerfreie Getränke an den Supermarktkassen anzubieten.

Die Bemühungen im Advocacy-Bereich funktionieren und bieten auf lokaler bis nationaler Ebene Beispiele für Best Practice an. Der Schlüssel zum Erfolg ist es, den Status Quo in Frage zu stellen.

Fallstudie 4 Tabakentwöhnungs-Programme in Indien

In Indien hat das Ministerium für Gesundheit und Familie – in Zusammenarbeit mit dem Dental Council of India und der WHO – Leitlinien an alle 310 Dental Colleges im Land herausgegeben, um Tabakentwöhnungs-Zentren einzurichten. Dieses Programm beinhaltet auch eine Tabakentwöhnungs-Beratung, die ein obligatorisches Lehrmodul im Studienplan ist. Dies ist ein Paradebeispiel einer Synergie zwischen dem nationalen Tabakkontrollprogramm (National Tobacco Control Programme - NTCP) und des nationalen Programmes



für Mundgesundheit (National Oral Health Programme - NOHP) in Indien, das zu einem umfassenden Präventionsplan gegen NCDs geführt hat.

Fallstudie 5 Resilienz bei der zahnmedizinischen Versorgung: Dr. Swati Nehete



„Ich bin Dozentin (Senior Clinical Lecturer) im Bereich restaurative Zahnheilkunde an der Queen Mary Universität in London. Während der Bombenanschläge in Mumbai 1993 und der COVID-19-Pandemie 2020 sammelte ich meine Erfahrungen in

krisenbedingter Umstrukturierung. Beide Ereignisse beanspruchten meine persönlichen Ressourcen und Resilienz.

Im März 1993 führten Zusammenstöße zwischen zwei extremistischen religiösen Gruppierungen in Mumbai (Indien) zu einer Reihe von 12 Bombenexplosionen in der ganzen Stadt. Diese verursachten 257 Todesopfer und 1 400 unschuldige Zivilisten wurden verletzt. Ich war damals Zahnmedizinstudentin und folgte dem Aufruf für Freiwillige, da mein zahnmedizinisches Studium mir die notwendigen übertragbaren Kompetenzen vermittelt hatte, um Wunden zu nähen und den Verletzten Erste Hilfe zu leisten. Dies war zweifelsohne eine erschütternde Erfahrung, aber sie gab mir ein dauerhaftes Gefühl für Sinnhaftigkeit. Und sie veranschaulichte mir, wie wichtig übertragbare klinische Kompetenzen sind, falls ich in der Zukunft in ähnlichen Umständen gebraucht werden sollte.

Anfang 2020 brachte die COVID-19-Pandemie die Ressourcen des britischen Gesundheitsdienstes (UK National Health Service) an die Grenzen der Belastbarkeit. Sämtliche nicht-essentiellen und

freiwilligen Gesundheitsdienstleistungen wurden suspendiert, damit Ärzte, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie sonstiges Gesundheitspersonal an vorderster Linie eingesetzt werden konnten, um Covid-Patienten eine Intensivpflege zu gewährleisten. Ich folgte einem Aufruf für Freiwillige zur Unterstützung dieses Transfers von medizinischem Personal in die Intensivstationen, bot meine Dienste an und wurde von der Zahnmedizin in die Entbindungsstation versetzt. Dort wurde ich entsprechend geschult, um meinen Dienst auf dieser Station verrichten zu können. Meine Tätigkeit dort umfasste Blutentnahme und Venenpunktion, die Überprüfung von Blutresultaten, stationenspezifische Kompetenzen, Ausstellung von Rezepten sowie Assistenz Tätigkeiten. Rückblickend kann ich sagen, dass meine vorherigen in meiner Weiterbildung erworbenen Erfahrungen in der Gesichtschirurgie von unschätzbarem Wert waren und mir dabei geholfen haben, ein vollwertiges Mitglied auf der Entbindungsstation zu werden.

Die Bombenanschläge in Mumbai und die COVID-19-Pandemie stellten plötzliche, unerwartete und große Herausforderungen für das Gesundheitssystem und alle betroffenen Personen dar. Meine Erfahrung hat mich jedoch gelehrt, dass man als Gesundheitsfachkraft bei der Antwort unserer Gesundheitssysteme eine Rolle spielt. Wir sind bestens positioniert, um eine positive Kraft in diesen schwierigen Zeiten zu sein und auf unsere Resilienz und Durchhaltevermögen zurückgreifen zu können sowie die übertragbaren Kompetenzen zu nutzen, die wir uns im Rahmen unseres jeweiligen Ausbildungshintergrundes angeeignet haben.“

PFEILER 3: Förderung von Resilienz des Mundgesundheitspersonals für nachhaltigen Fortschritt



ÜBERGEORDNETES ZIEL

Bis 2030 wird die Zahnärzteschaft mit einer Vielzahl medizinischer Berufsgruppen zusammenarbeiten und dadurch zu einer nachhaltigen, am gesundheitlichen Bedarf orientierten sowie personenzentrierten Versorgung beitragen.

Einleitung und Vision 2020

Im Vision 2020-Bericht wurde der Bereich Gesundheitspersonal bei der Mundgesundheit kurz angesprochen, ohne dass dabei eine besondere Strategie entwickelt wurde.

„Unsere Vision ist, dass bis 2020 Ungleichheiten beim Zugang zu zahnärztlicher Versorgung erheblich reduziert werden und dem weltweiten Bedarf und Nachfrage nach zahnärztlicher Versorgung dank einer verbesserten Mundgesundheitskompetenz, der Entwicklung einer rationalen Personalplanung, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Strategien zur Patientenbindung sowie einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Mitgliedern des Gesundheitspersonals in Bezug auf Mundgesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Behandlung, stärker Rechnung getragen wird.“

Zehn Jahre später stellen epidemiologische und demografische Veränderungen, veränderte makroökonomische Bedingungen sowie rasant zunehmende medizintechnische Innovationen nach wie vor eine Herausforderung bei der Planung der Zukunft für das Gesundheitspersonal im Bereich Mundgesundheit dar. Eine Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz in Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen (High- and Middle-Income Countries - HMICs) mag ein Motor für umfassende Verbesserungen hinsichtlich der Häufigkeit von Karies und Parodontalerkrankungen sein. Während in Ländern mit hohem Einkommen, das Altern der Bevölkerung zu einigen Veränderungen bei Mustern der oralen Morbidität geführt hat, geben wirtschaftliches Wachstum und damit einhergehende Veränderungen beim Konsumverhalten (z.B. Zuckerkonsum) Anlass zur Sorge im Hinblick auf einen möglichen Anstieg von Karies in Ländern mit einem niedrigen und mittlerem Einkommen (Low- and Middle-Income Countries - LMIC). Um das gesamte Potential der Effizienzsteigerungen auszuschöpfen zu können, erfordern die Entwicklung und Umsetzung neuer Behandlungstechnologien außerdem eine gute Abstimmung mit sinnvollen Strategien bei der Personalplanung.

Seit der Veröffentlichung des Vision 2020-Berichts, spielt ökologische Nachhaltigkeit für die Zahnmedizin eine immer wichtigere Rolle. Die

Notwendigkeit, die Ressourcenverschwendung zu reduzieren, einschließlich der Verschwendung von Humanressourcen, Zeit, Ausstattung und Dentalmaterialien impliziert grundlegende Herausforderungen, mit denen sich die Zahnmedizin künftig auseinandersetzen muss. Dies ist aber auch eine Gelegenheit für die Zahnmedizin, ihr Engagement, Können und Kompetenz unter Beweis zu stellen, wenn es darum geht, sich zu einer nachhaltigen Entwicklung zu bekennen.

Das Minamata-Übereinkommen („Quecksilber-Konvention“) des Umweltprogramms der Vereinten Nationen (UNEP) erfordert zu guter Letzt bei der Nutzung von Amalgam eine stufenweise Verringerung und einen Best-Practice-Managementprozess bei Amalgamabfällen und hebt neun Bestimmungen hervor. Die FDI unterstützt das Minamata-Übereinkommen uneingeschränkt und Staaten werden dazu aufgefordert, mehr zu tun, als es die beiden erforderlichen Maßnahmen gemäß *Anhang A*, Teil II des Übereinkommens zur Verringerung von zahnmedizinischem Amalgam, vorsehen. Das Minamata-Übereinkommen stellt für den Berufsstand eine einzigartige Gelegenheit dar, die Bedeutung der Primärprävention von Karies hervorzuheben und darauf hinzuweisen, dass dies die bestmögliche Strategie ist, zahnmedizinisches Amalgam stufenweise zu verringern.

Hintergrund

Die globale Strategie der WHO in Bezug auf Humanressourcen für Gesundheit beinhaltet ein Ziel, das vorsieht, Investitionen für Humanressourcen für Gesundheit mit dem augenblicklichen und künftigen Bedarf der Bevölkerung abzustimmen. Bislang beschränkt sich die Planung der Personalressourcen für die Mundgesundheit jedoch auf vereinfachende Zielwerte für das Verhältnis von Zahnärzten zu Einwohnern oder von konstanten Leistungen zu Einwohnern und berücksichtigt nicht ausreichend die Höhe und die Veränderungen der Bedürfnisse der Bevölkerung.

69% der Zahnärzte weltweit betreuen 27% der Weltbevölkerung und daher besteht die Gefahr, dass es eine gleichzeitige Über- und Unterversorgung bei der zahnmedizinischen Versorgung gibt. Selbst innerhalb ähnlich wohlhabender Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) gibt es große Unterschiede beim Verhältnis Zahnarzt-Bevölkerung. Dort wo Ressourcen knapp sind, ist eine sorgfältige Ressourcennutzung nötig, um jedermann einen Zugang zu einer hochwertigen zahnmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Dies wird folgende Punkte beinhalten: eine ausreichende Anzahl an hinreichend kompetenten Mundgesundheitsfachkräften, um zahnmedizinische Interventionen vornehmen zu können; eine angemessene Behandlungszeit; und einen Zugang zu bezahlbaren, sicheren und wirksamen Dentalmaterialien.

Die weltweite Abwanderung von Gesundheitspersonal, einschließlich Zahnärzte, ist ebenfalls ein seit Langem bestehendes Phänomen, da diese auf der Suche nach besseren Löhnen und Arbeitsbedingungen in anderen Ländern sind. In vielen Fällen werden sie von wohlhabenderen Ländern abgeworben und es besteht folglich

die Gefahr einer großen Schwächung der Gesundheitsinfrastruktur in ihren Herkunftsländern. Gut ausgebildetes Personal sowie das „richtige Team am richtigen Ort“ zu haben, ist daher eine Schlüsselkomponente. Es gibt nicht ausreichend Daten zur Migration von Zahnärztinnen und Zahnärzten und auch kein ausreichendes geteiltes Wissen über die Zusammenhänge der Migration von Arbeitskräften, Bedarf und Planung, mit denen man sich auseinandersetzen muss, damit geeignete Strategien ausgearbeitet werden können.

Die Bereitstellung zahnärztlicher Versorgung wird geprägt durch fortwährende medizintechnische Innovationen, Tendenzen hin zu personalisierteren Prozessen, sowie veränderte Krankheitsmuster durch demografische und epidemiologische Veränderungen. Neue Behandlungsansätze haben zu einer höheren Produktivität der Leistungserbringung geführt. Die den Zahnärzten zur Verfügung stehende Zeit kann daher für Aktivitäten, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen weiter verbessern könnten, so teilweise genutzt werden. Hightech-Innovationen hingegen erfordern eine Menge an neuem Wissen und Investitionen und führen womöglich nicht immer zu einer Verringerung der sozialen Ungleichheiten bei der Mundgesundheit und Behandlung innerhalb eines Landes sowie zwischen einzelnen Ländern. Um die bestmögliche Wertschöpfung für die Gesellschaft zu nutzen, müssen Ressourcen- und Personalplanung hinsichtlich technologischer Innovationen und individueller Präferenzen reaktiv und anpassungsfähig sein, wobei auch epidemiologische und demografische Veränderungen sowie Mobilität der Bevölkerung und des Fachpersonals berücksichtigt werden müssen.

Zentrale Herausforderungen

Der zahnmedizinische Berufsstand wird in den kommenden Jahrzehnten mit einer Reihe zentraler

Herausforderungen konfrontiert werden, darunter lassen sich folgende bereits jetzt feststellen:

- 1. Auf der Makroebene** haben die meisten Länder weltweit damit zu kämpfen, erfolgreich belastbare Ressourcen für die Mundgesundheit und Modelle zur Personalplanung zu entwickeln und umzusetzen. Die Herausforderungen beinhalten den Mangel an verlässlichen Daten hinsichtlich des Bedarfs der Menschen im Bereich Mundgesundheit und somit auch einen begrenzten Einblick in die Brauchbarkeit verschiedener Ansätze zahnärztlicher Versorgungssysteme, um auf diesen Bedarf einzugehen. Unter jenen Ländern, die sich für eine modellbasierte Personalplanung entschieden haben, hat die Mehrheit versorgungsorientierte Ansätze umgesetzt, die ganz klar nicht auf die sich ständig verändernden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung eingehen.
- 2. In praktischer Hinsicht** tauchen zahlreiche neue Herausforderungen auf. Themen wie z.B. Arbeitsbedingungen, Löhne, Einzel- oder Mehrbehandlerpraxis, Arbeitszeiten, Work-Life-Balance, Burnout, gesellschaftliche und wirtschaftliche Gesundheitsdeterminanten, Anstellung statt Selbständigkeit bestimmen darüber mit, ob die Arbeitskräfte bleiben oder den Beruf wechseln.
- 3. Neu entstehende Technologien**, welche die Patientenversorgung mit Hilfe besserer Füllungsmaterialien sowie erweiterter Behandlungsmöglichkeiten womöglich verbessern können. Diese Technologien können sich aber als zu teuer erweisen und somit weltweit nicht allen Gesundheitsdienstleistern und Patienten zugänglich sein und stellen daher eine weitere Herausforderung dar.

Um den Widerstand hinsichtlich neuer Ansätze für Aus-, Fort- und Weiterbildung zu überwinden, sollte eine starke Partnerschaft zwischen Klinikern und akademischer Lehre entwickelt werden, um die Veränderungen zu begleiten.

Als Antwort auf diese und andere unvorhergesehenen Herausforderungen wird der zahnmedizinische Berufsstand 2030:

- **am Menschen orientierte Gesundheitsversorgung anbieten**, die auf deren Bedürfnisse eingeht und partnerschaftlich erfolgen wird. Dies basiert auf Respekt, Engagement, Würde und Mitgefühl. Regelungen innerhalb Gesundheits- bzw. Versicherungssystemen sollten diese Partnerschaft vereinfachen und nicht einschränken. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung sollte die Regel sein.
- **als wertvolles Mitglied interdisziplinärer Versorgungsteams anerkannt sein**, da Mundgesundheit ein wesentlicher Bestandteil der Allgemeingesundheit ist und dieselben Risikofaktoren teilt. Zahnärzte können Kompetenz einbringen, Prävention erfolgreich zu gestalten.
- **an intra- und interprofessionellen Kooperationen teilnehmen**. Zahnärzte sind unter den medizinischen Fachkräften diejenigen, die bei der Prävention, Früherkennung und Behandlung oraler und systemischer Erkrankungen an vorderster Linie stehen. Sie sollten daher innerhalb des Zahnarztberufes und in Bezug auf andere Gesundheitsberufe bei der Verbesserung der Mundgesundheit eine Führungsrolle einnehmen. Dadurch leisten Sie einen Beitrag zur Verbesserung der Allgemeingesundheit und Lebensqualität aller Menschen.
- **sich für eine ständige Fortbildung und Verbesserung einsetzen**. Dies erfordert einen Aufwand an Ressourcen, wie z. B. intellektuelle, Ausbildungs-, Forschungs- und finanzielle Ressourcen, sowie Zeit. All dies sollte zu besseren und kostengünstigeren Gesundheitsergebnissen für Patienten und Gesundheitssysteme führen.
- **Resilienz fördern**. Auf fachlicher Ebene ist es notwendig, die Entwicklung neuer Modelle der Personalplanung, Qualitätsverbesserung, Schulungen und Ausbildung mittels einer starken Partnerschaft zwischen Klinikern und Lehrkräften zu erleichtern, um so einen rechtzeitigen und effizienten Wissenstransfer bei evidenzbasierten Verfahren zu vereinfachen. Auf individueller Ebene sind Zahnärzte tagtäglich mit intensiven Anforderungen konfrontiert. Zu ihren täglichen Patienten zählen Kleinkinder, ältere Menschen mit einer sich auf die Behandlung auswirkenden Bandbreite an Medikamenten, ängstliche Menschen, Drogenabhängige, Menschen mit Behinderungen sowie finanziell schwächer gestellte Menschen. Der Mund eines

jeden Patienten ist ein potentiell infektiöser Bereich und setzt den Zahnarzt einem hohen Infektionsrisiko aus. Weiterhin muss sich der Zahnarzt an zahlreiche Gesundheitsvorschriften halten, fortlaufend Fachlektüre konsultieren, neue Technologien erlernen und erhebliche finanzielle Belastungen tragen (Tilgung von Studentenschulden und/oder eine Praxis eröffnen und unterhalten). Der Zahnarzt kann auch Arbeitgeber sein, der sich mit berufsrechtlichen Normen auseinandersetzen muss. Um in einem solchen Kontext eine Resilienz aufzubauen, muss der Zahnarzt eine gute Work-Life-Balance entwickeln, um so einem Burnout vorzubeugen.

- **moralische Verantwortung zeigen.**

Zahnmedizinische Versorgung findet nicht in einem luftleeren Raum statt und soziale und andere Veränderungen wirken sich direkt auf die Behandlungen und die Zahnärzte aus. Die gesamte Zahnärzteschaft muss sich ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft bewusst sein und eine moralische Führungsrolle übernehmen.

- **soziale Verantwortung tragen.** Zahnärzte sind in vielen Fällen Interessensvertreter – nicht nur für ihre Patienten, sondern auch für das Gesundheitssystem, in dem sie tätig sind. Sie müssen auch eine besondere Betreuung für ihre schutzbedürftigen Patienten und solchen mit besonderen Bedürfnissen leisten.

- **für die Bewältigung der vielen Herausforderungen gerüstet sein, mit denen er konfrontiert wird.** In intellektueller, emotioneller, aber auch in materieller Hinsicht müssen Zahnärzte so ausgestattet sein, dass sie ihren Patienten - auch in kritischen Situationen - tagtäglich eine hochwertige Gesundheitspflege gewährleisten können. Dies ist nicht nur eine individuelle Aufgabe, sondern sie muss von den nationalen Gesundheitssystemen unterstützt werden.

- **aktiv an Mentoringprogrammen teilnehmen.** Mentoren- und Coachingprogramme sind angesichts der rasanten gesellschaftlichen Veränderungen (einschließlich demografischer, epidemiologischer und technologischer Innovationen) wichtiger denn je. Eine positive Fehlerkultur, offene Kommunikation, Transparenz und Professionalität sollten aufgegriffen werden. Eine kontinuierliche berufliche Weiterbildung in Form einer aktiven Teilnahme beim (selbst) reflexiven Lernen ist grundlegend. Eine sinnvolle Rückmeldung an/von Kollegen ist bezüglich persönlicher und beruflicher Entwicklung unerlässlich.
- **sich für Mundgesundheitsprogramme für alle einsetzen.** Die Zahnärzteschaft wird jede Gelegenheit nutzen, um sich für lebenslange Mundgesundheitsprogramme einzusetzen - nicht nur für ihre Patienten, sondern auch für jene, die nicht regelmäßig einen Zahnarzt aufsuchen. Dies kann auf politischer Ebene, auf Ebene eines nationalen Zahnärzteverbandes, in Zusammenarbeit mit Schulen und Kindergärten sowie durch gezielte Aufklärungskampagnen in der Öffentlichkeit erreicht werden.
- **gut mit Fachkollegen und Patienten kommunizieren.** Eine klare Kommunikation mit Fachkollegen und Patienten über Behandlungen stellt sicher, dass die Erwartungen gesteuert werden und die Patientencompliance wahrscheinlich höher sein wird.

Unterstützende Ansätze

Klinische Anwendung

- Streben Sie Professionalität an: kontinuierliche (Selbst-)Reflexion der Zahnärzte bezüglich der Qualität der oralen Gesundheitspflege und der sozialen Verantwortung innerhalb und außerhalb der Zahnmedizin sowie ständige Anpassung der Maßnahmen für gesellschaftliche Verantwortung, z.B. Minamata-Übereinkommen, Abfallwirtschaft, Verwendung von Kunststoffen, universelle Gesundheitsabsicherung, Zuckerkonsum, Rauchen, interprofessionelle Ausbildung etc.
- Fördern und setzen Sie am Menschen orientierte und integrierte Behandlungsansätze durch.
- Beaufsichtigen und Überweisen: fördern Sie Flexibilität („wer macht was“), einschließlich Fernbetreuung.
- Fördern Sie die Verwendung der besten Umweltpraktiken, um die Emissionen von Quecksilber und Quecksilberverbindungen im Wasser und auf dem Land einzudämmen (Minamata-Übereinkommen, Anhang A, Teil II).
- Wenden Sie beste Praktiken im Beruf an, reduzieren sie Einwegartikel und sorgen Sie für eine sachgerechte Entsorgung von Abfall aus der klinischen Praxis.
- Befolgen Sie sämtliche, für zahnmedizinische Versorgung relevante ISO-Standards.

Aus-, Fort- und Weiterbildung *(siehe auch: Ermöglichung einer reaktiven und resilienten Fachrichtung: ein Aufruf zur Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung)*

- Demonstrieren Sie eine lebenslange Exzellenz im Beruf durch ständige Weiterbildung, Auswertung von Evidenz und Beitrag zu Stipendien.
- Stellen Sie fortlaufende Ausbildungen und Schulungen für bestehende zahnmedizinische Fakultäten bereit.
- Stellen Sie Kollegen aus anderen Fachrichtungen eine bessere Ausbildung bereit – durch eine intra- und interprofessionelle Ausbildung und kollaborative Arbeitspraxis.

Forschung & Evaluierung

- Erhöhen Sie die Transparenz durch:
 - Monitoring der Epidemiologie im Bereich Mundgesundheit;
 - Definieren von Qualität für zahnmedizinische Versorgung und Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen;
 - fortlaufende Aktualisierung der Evidenz hinsichtlich Effektivität und Effizienz verschiedener zahnärztlicher Versorgungsformen, z.B. „Skill Mix“ unter Einbeziehung des Modells Humanressourcen für Gesundheit (wie in Abbildung 4 beschrieben).

Technologie & Innovation

- Fördern Sie Qualitätsverbesserung durch die Nutzung elektronischer Rückmeldungssysteme (z.B. Dashboard-Systeme für Qualitätszirkel).
- Binden Sie Technologie in die Personalplanung mit ein, da dies die Produktivität beeinflussen könnte.

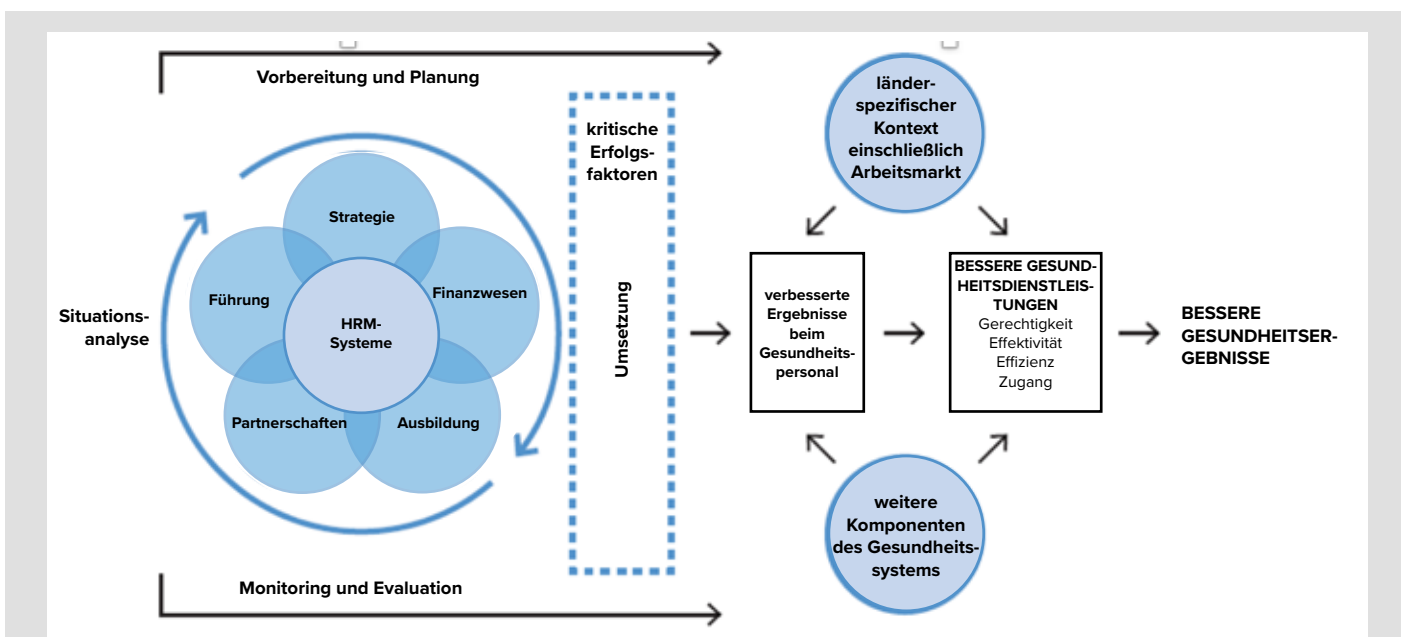
Strategie & Advocacy

- Wenden Sie einen auf die Bedürfnisse der Mundgesundheit basierten Rahmen bei der Ressourcen- und Personalplanung an (siehe Fallstudie 6).
- Schaffen Sie mit leistungsbezogenen Zahlungen Anreize bei der Krankheitsprävention und hochwertiger zahnärztlicher Versorgung.
- Richten Sie sich bei Ihrer Planung nach gesundheitlichem Bedarf statt nach der Nachfrage.
- Fördern Sie eine am Menschen orientierte Versorgung durch eine Optimierung der Gesundheitsfachkräfte und befähigen Sie Gesundheitsfachkräfte aus allen Fachrichtungen in vollem Umfang in den Bereichen zu arbeiten, in denen sie ausgebildet, zugelassen wurden und kompetent sind.
- Entwickeln Sie mit Regierungen einen landesweiten Notfallplan, um sicherzustellen, dass immer ausreichend zahnärztliche Materialien und Kapazitäten zur Deckung des Bedarfs der Gesundheit der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

- Entwickeln Sie eine politische Strategie und klare Vorgaben bei der Verschreibung von Antibiotika, gemeinsam mit einer wirksamen Überwachung sowie weiterer Studien zum rationalen und verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika („Antibiotic Stewardship“)

Monitoring und Tracking

- Überprüfen Sie die Dichte und Verteilung der Zahnärzte im Verhältnis zur Epidemiologie.
- Überprüfen Sie die Migration der Bevölkerung und Gesundheitsanbieter.
- Überprüfen Sie die Anwendung von zahnmedizinischem Amalgam im Rahmen des Minamata-Übereinkommens.
- Überprüfen Sie die sich verändernden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung für eine bedarfsgerechte Ressourcenplanung.
- Überprüfen Sie aufkommende Innovationen bei den Behandlungstechniken, die zu einer Verbesserung der Effizienz führen können und beziehen Sie diese in eine auf die Bedürfnisse der Mundgesundheit basierte Ressourcen- und Personalplanung ein.



Das Modell Humanressourcen für Gesundheit (HRH Action Framework) bietet einen einfachen aber umfassenden technischen Rahmen zur Unterstützung von Ländern bei der Entwicklung und Umsetzung von Strategien für ein wirksames und nachhaltiges Gesundheitspersonal. Es enthält sechs Handlungsfelder (Richtlinien, Finanzen, Ausbildung, Partnerschaften, Leadership und HR-Managementsysteme) sowie vier Aktionszyklen (Situationsanalyse, Planung, Umsetzung, Monitoring und Evaluierung).

Quellen und weiterführende Literatur:

<https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/haf/en/#:~:text=The%20HRH%20Action%20Framework%20is,effective%20and%20sustainable%20health%20workforce.>

Abbildung 4: Modell Humanressourcen für Gesundheit

Zusammenfassung

Weltweit ist es anerkannt, dass Humanressourcen für Gesundheit bei der Bereitstellung einer wirksamen und jedermann zugänglichen medizinischen Versorgung eine grundlegende Bedeutung spielen. Dies beinhaltet ein besonderes Augenmerk auf Prävention, Screening und Monitoring für systemische Gesundheitszustände, umweltfreundliche Praktiken sowie eine angemessene, verantwortungsvolle Anwendung von Technologien zum Nutzen der Patienten. Erfolgreiche

Planung hinsichtlich Ressourcen und Personal für die Mundgesundheit sind äußerst wichtig für die Nachhaltigkeit eines Gesundheitssystems und sollte in enger Zusammenarbeit mit Regierungen, Universitäten und der Zahnärzteschaft entwickelt werden, da sie die richtige medizinische Versorgung am richtigen Ort, zur rechten Zeit, durch die richtige Anzahl an Personen und für jene, die sie am meisten benötigen, umfasst.

Fallstudie 6 Bedarfsorientierte Planung

Als Teil des EU H2020-Projekts ADVOCATE und im Sinne der WHO-Empfehlungen bei der Personalplanung im Gesundheitswesen, wurde ein Modell für die bedarfsorientierte Planung von zahnmedizinischem Personal ausgearbeitet. Das Modell berücksichtigt folgende Punkte:

1. Der Bedarf an zahnärztlicher Versorgung wird durch die Gesundheit der Bevölkerung bestimmt und nicht nur durch deren Größe;
2. Der Bedarf an zahnmedizinischem Personal leitet sich aus der benötigten Versorgung ab;
3. Keine der oben genannten Zusammenhänge ist über die Zeit konstant.

Das Modell kann genutzt werden, um Szenarien zu identifizieren, für eine Veränderung im zahnmedizinischen Personal (im Vergleich zum Status quo). Die Anwendung des oben genannten Rahmens / Modells kann ganz besonders wirksam sein, wenn es wiederholt und mittels einer Zusammenarbeit zwischen allen relevanten Stakeholdern angewandt wird („Co-Production“). Für politische Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich sind solche Modelle ganz besonders nützlich, da sie eine fundierte Entscheidungsfindung unterstützen in Bezug auf:

- Szenario-Analyse: Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Entwürfe zahnmedizinischer Versorgungssysteme.
- Prioritätensetzung im Bereich der Lehre: Anzahl/Art von Studienplätzen; Studieninhalte.
- Prioritätensetzung im Bereich zukünftige Forschung: z.B. Datenerhebung zum Monitoring / zur Vorhersage von Krankheiten.



Ermöglichung eines reaktiven und resilienten Berufsstandes: ein Aufruf zur Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Das Fundament für die drei Pfeiler schaffen



ÜBERGEORDNETES ZIEL

Das Ziel, einen reaktiven und resilienten Berufsstand auszubilden, besteht darin, zu gewährleisten, dass bis 2030 Gesundheitsfachkräfte über das Wissen, Kompetenzen und Eigenschaften verfügen werden, um einen angemessenen Beitrag zur effektiven Prävention und Umgang mit oralen Erkrankungen zu leisten und über Fachdisziplinen hinweg zusammenzuarbeiten, um Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern.

Einleitung und Vision 2020

Der Vision 2020-Bericht legte fest, dass:

„Unsere Vision ist, dass bis 2020 unsere jungen Absolventen von reaktiven, dynamischen und modularen Lehrplänen profitieren können, deren Inhalte ein modernstes Wissen und Technologie widerspiegeln, die genutzt werden können, um eine optimale zahnmedizinische Versorgung und darüber hinaus, den Lernenden ein umfassendes kritisches Denken und analytische Fähigkeiten als Grundlage für eine Karriere, basierend auf lebenslangem Lernen und stetiger beruflicher Weiterbildung, mit auf den Weg geben. Des Weiteren stellen wir uns vor, dass ein stärkerer Fokus auf die öffentliche Gesundheit und eine transprofessionelle Ausbildung einen großen Beitrag leisten wird, um die Zusammenarbeit mit medizinischen Fachkräften zu erleichtern und somit die Anerkennung unserer Fachrichtung stärken wird. Ebenso wird die Übernahme der Verantwortung für die Ausbildung von medizinischer Berufsgruppen im Bereich Mundgesundheit unsere Fachrichtung in die Position einer natürlichen Führungsrolle befördern und dies wird unsere Bedeutung auf passende Art und Weise hervorheben.“

Die im Vision 2020-Bericht geäußerten Prinzipien sind immer noch gültig, jetzt da wir unseren Blick in die Zukunft richten. Nun legen wir aber klare

Strategien für das Erreichen der Vision dar und schlagen Kennziffern vor, die es uns ermöglichen werden, den Fortschritt zu messen.

Hintergrund

Die weltweite Belastung durch unbehandelte orale Erkrankungen ist nach wie vor auf einem unannehmbar hohen Niveau und geht mit ausgeprägten Ungleichheiten innerhalb eines Landes sowie zwischen einzelnen Ländern einher. Man wird einen stärkeren Fokus auf die Prävention auf Bevölkerungsebene richten, soziale und wirtschaftliche Gesundheitsdeterminanten anerkennen sowie einen gemeinsamen Risikofaktoransatz umsetzen müssen, um diese Herausforderung zu bewältigen. Man wird auch eine intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit benötigen. Diese hohen Anforderungen werden eine veränderte und angepasste Ausbildung im Bereich Mundgesundheit erfordern, um Fachpersonal in diesem Bereich auszubilden und ihnen das notwendige Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln. Unsere zukünftigen Absolventen werden Kompetenzen in den Bereichen Leadership, Teamwork und Systemänderungen benötigen, um zu gewährleisten, dass die Gesundheitssysteme eine optimale Mundgesundheit bieten, und dabei niemanden ausgrenzen.

Im kommenden Jahrzehnt wird es - mehr als jemals zuvor - eine überwältigende Menge an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Nachrichten und Meinungen geben, die aus zahlreichen und oftmals unzuverlässigen Quellen stammen. Das Auftreten globaler Krisen und Katastrophen, wie z.B. Pandemien, unterstreicht auch die Notwendigkeit eines starken Berufsstandes. Wenn die Zahnärzteschaft angesichts des sich rasch wandelnden Umfelds über die notwendige Resilienz

verfügen soll, dann wird sie hochentwickelte kritische Denkfähigkeiten benötigen, in der Lage sein müssen, wissenschaftliche Informationen zu analysieren und zusammenzufassen sowie die Fähigkeit besitzen, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen. In einem Lehrplan einer zahnmedizinischen Fakultät gibt es nicht ausreichend Zeit, Studenten das nötige Wissen über Mundgesundheit und Allgemeingesundheit zu vermitteln bzw. wie man Mundpflege in den Bereich allgemeine Gesundheitsversorgung integriert. Der Studienabschluss stellt somit keine Ende der Lernerfahrung dar. Es ist vielmehr der Beginn eines lebenslangen Lernprozesses.

Bedeutende Entwicklungen in der Debatte zur Gesundheitsversorgung, wie z.B. die Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals - SDGs), universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage - UHC), soziale und wirtschaftliche Gesundheitsdeterminanten, gemeinsame Risikofaktoren, personenzentrierte Gesundheitspflege, intra- und interprofessionelle Integration sowie eine transektorale Zusammenarbeit, stellen große Herausforderungen und Möglichkeiten für die Zahnmedizin dar. Sie bieten insbesondere eine einzigartige Gelegenheit Führung und Evidenz anzubieten für, sowie die anschließende Ausbildung über die Bedeutung und Relevanz von Mundgesundheit bei der Erlangung umfassender Gesundheit und Wohlbefinden. Dies wird sowohl das gesamte Fachpersonal für Mundgesundheit als auch die Zivilgesellschaft betreffen.

Resilienz und Leadership müssen bei sämtlichen Fortbildungsmaßnahmen betont und angewandt werden auf:

- **jeden einzelnen Zahnarzt:** sich rasch verändernde Arbeitsbedingungen, eine ständig wachsende Menge an wissenschaftlichen Erkenntnissen und technische Innovationen erfordern eine fortlaufende persönliche und berufliche Entwicklung, einschließlich lebenslanges Lernen, kulturelle Kompetenzen und Wahrung einer guten Work-Life-Balance, um eine angemessene Sicherheitsqualität bei der zahnmedizinischen Versorgung sicherzustellen und einen berufsbedingten Burnout zu mildern.
- **den zahnmedizinische Berufsstand als Ganzes:** sich rasch verändernde demografische und epidemiologische Bedingungen, sich ändernde makroökonomische Voraussetzungen und technische Innovationen erfordern Ressourcen im Bereich Mundgesundheit und eine auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen ausgerichtete Personalplanung sowie eine rasche Anpassung auf Veränderungen.
- **die Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen im Bereich Mundgesundheit:** steigende Kosten für Gesundheit und zahnmedizinischer Versorgung stehen in zunehmendem Konflikt mit einer nachhaltigen Entwicklung und erfordern daher, dass der Bereich Mundgesundheit die fortlaufende Wertschöpfung der zahnmedizinischen Versorgung für die Gesellschaft unter Beweis stellt, Programme mit einer großen Wertschöpfung priorisiert und Programme streicht, die nicht die Werterwartungen der Gesellschaft zufriedenstellt.

Die in den Pfeilern 1, 2 und 3 beschriebenen Möglichkeiten und Herausforderungen betonen die Notwendigkeit, bestehende Ausbildungssysteme zu überdenken und zu reformieren mit dem Ziel eines reaktiven und resilienten Berufsstandes.

Dieser Abschnitt des Vision 2030-Berichts legt den Grundstein hierfür und stellt so sicher, dass die Zahnärzteschaft so ausgestattet ist, um heutigen und zukünftigen globalen und lokalen Bedürfnissen und Bedingungen zu entsprechen.

Zentrale Herausforderungen

Unser Berufsstand steht vor folgenden Herausforderungen:

1. Beziehen Sie wissenschaftliche Informationen in die klinische Anwendung ein und leiten Sie diese Informationen an andere Gesundheitsfachkräfte weiter, wie diese Informationen genutzt werden können, um Patienten in einem Gesundheitsumfeld mit neuen Technologien und Behandlungsmethoden zu informieren und aufzuklären, und wie man diese Informationen zur Förderung von Mundgesundheit und Wohlbefinden zum Nutzen der gesamten Bevölkerung anwendet;
2. Bilden Sie verantwortungsvolle und zuverlässige Führungskräfte im Bereich Mundgesundheit aus;
3. Bilden Sie Gesundheitsfachkräfte aus, die in der Lage sind, während ihrer gesamten Karriere kompetent zu bleiben;
4. Integrieren Sie den Bereich Mundgesundheit in die Lehrpläne und Fortbildungsprogramme für das gesamte Gesundheitspersonal;
5. Tragen Sie zu einer kollaborativen Ausbildung und Praxis bei und setzen Sie diese um;
6. Befähigen Sie Menschen dazu, ihr ganzes Leben für ihre eigene Mundgesundheit und Wohlbefinden Verantwortung zu übernehmen

und streben Sie dabei eine gesundheitliche Chancengleichheit an.

Es müssen Strategien zur Bewältigung dieser Herausforderungen ausgearbeitet werden, und zwar nicht nur für die gesunde Bevölkerung, sondern auch für Patienten mit speziellen Bedürfnissen, für medizinisch komplexe Patienten, für eine alternde Bevölkerung, für eine ständig wachsende Zahl an Migranten, um so zu gewährleisten, dass niemand ausgeschlossen wird.

Neu aufkommende Technologien werden die Patientenpflege durch die Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) verbessern, Gesundheitsanbietern eine digitale Ausstattung und Geräte zur Durchführung einer Reihe von Behandlungsverfahren an die Hand geben sowie langlebige, sichere und alternative Füllungsmaterialien, die alle die Auswahl an Behandlungsmöglichkeiten verbessern werden. Diese technologischen Fortschritte müssen jedoch unter dem Gesichtspunkt von Kosten und Nutzen evaluiert werden und für jedermann bezahlbar sein.

Verschiedene und innovative Ansätze können womöglich existierende traditionelle Ausbildungs- und Schulungsmethoden herausfordern. Dies muss bei geplanten Veränderungen berücksichtigt werden.

Unterstützende Ansätze

Es sind eine Reihe unterschiedlicher Ansätze nötig, um die im vorherigen Abschnitt beschriebenen zentralen Herausforderungen zu bewältigen:

- Ein besserer Fokus auf die prä- und postdoktorale Ausbildung und Weiterbildungskurse für die Zahnärzteschaft im Bereich evidenzbasierter Zahnmedizin (gegenwärtig beste wissenschaftliche Evidenz, klinische Expertise sowie Werte und Präferenzen der Patienten), kritisches Denken und Biostatistik, um zu lernen, wie man an neue wissenschaftliche Informationen für Zahnarztpraxen und Forschung gelangt, sie abrufbar, analysiert und anwendet.
- Die Zahnärzteschaft lehren, wie man Mundgesundheit unterstützen kann (*siehe Fallstudie 7*) und Patienten befähigen, für ihre eigene Gesundheit und Wohlbefinden Verantwortung zu übernehmen.
- Eine kontinuierliche Weiterbildung und Training für bestehende zahnmedizinische Fakultäten.
- Eine Verbesserung der interdisziplinären kollaborativen Lehre und Praxis, z.B. durch Nutzung der Zahnarztpraxis als Portal in ein umfassendes Gesundheitssystem mit medizinischen Untersuchungen und Screening, Bereitstellung von Schutzimpfungen, Bewertung und Handeln bei gemeinsamen Risikofaktoren systemischer Erkrankungen, Ernährungsberatung.
- Förderung und Umsetzung von personenzentrierten Gesundheitspflegeansätzen.
- Förderung der Mundgesundheitskompetenz von Patienten und allen medizinischen Berufsgruppen (*siehe Fallstudie 8*).
- Zusammenarbeit mit Industriepartnern, zur Integration neu aufkommender Technologien in die UHC (Universelle Gesundheitsversorgung).

Stakeholder

Die Hauptverantwortung bei der Ausbildung der zukünftigen Zahnärzteschaft wird in den Händen von zahnärztlichen und allgemeinmedizinischen Fakultäten, Organisationen und Akkreditierungsstellen bleiben. Der Umfang dieser Ausbildungen wird aber jedoch auch die Beteiligung einer Reihe weiterer Stakeholder einbeziehen, einschließlich:

- Gesundheitsanbieter und Akkreditierungsstellen für Weiterbildungsprogramme;
- Studierendenverbände, die in biomedizinischen Disziplinen tätig sind;
- sämtliche Gesundheitsfachkräfte und Berufsverbände;
- Organisationen aus Forschung und Innovation;
- Patientenvertretungen;
- Menschen und Zivilgesellschaft;
- Gesundheitsökonomien und politische Entscheidungsträger;
- Industrie, Handel und Partnerschaften für öffentliche Zwecke.

Zusammenfassung

Das für Mundgesundheit zuständige Gesundheitspersonal wird künftig viel stärker anpassungsfähig, resilient, mit einer interkulturellen Kompetenz/Bewusstsein/Sensibilität ausgestattet sowie agil sein mit einem stärker ganzheitlich ausgerichteten Ansatz zu Gesundheit und Wohlbefinden. Die Kenntnisse in Public Health

Der Bedarf an Leistungskennzahlen

Es müssen eine Reihe von Leistungskennzahlen ausgearbeitet werden, damit die Effektivität der Ausbildung für eine optimale Mundgesundheit für alle beurteilt werden kann. Dies wird z.B. folgende Punkte beinhalten:

- soziale und wirtschaftliche Gesundheitsdeterminanten;
- Verhältnis zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit;
- Prävention und Management oraler Erkrankungen;
- Grundlagenforschung, klinische und translationale Forschung;
- evidenzbasierte Praxis und kritisches Denken;
- Nutzung geeigneter Technologien;
- Professionalität, Teamwork und soziale Verantwortung;
- kollaborative Ausbildung und Praxis.

werden sie befähigen, einen wirksameren Beitrag bei der Prävention oraler Erkrankungen auf Bevölkerungsebene zu leisten. Es wird sie zudem in die Lage versetzen, eine zentrale Rolle bei zukünftigen Krisenfällen im Gesundheitsbereich zu spielen.

Fallstudie 7 Zahnärztliche Ausbildung in Malawi: Das MalDent Project

Beim MalDent Project handelt es sich um eine Zusammenarbeit der Universität Malawi (University of Malawi - UoM, College of Medicine) und der Universität Glasgow unterstützt von der schottischen Regierung. Das primäre Ziel war es, das erste Bachelorprogramm (Bachelor of Dental Surgery - BDS) in Malawi als Teil der Antwort auf den ernsthaften Mangel an Zahnärzten im Land (42 Zahnärzte für eine Bevölkerung von 18,8 Mio. Menschen) anzubieten.

Die gemeinsame Arbeit zwischen 2017 und 2019 ermöglichte die Schaffung eines BDS-Lehrplans, der Zahnärzte ausbilden sollte, die „allgemein kompetent und auf lokaler Ebene relevant“ sind, so der Rektor des UoM College of Medicine. Nach Erteilung der Genehmigung der Universität durch den malawischen Senat im März 2019, trat im August 2019 erstmals eine Gruppe von BDS-Studenten das Programm an. Das Maldent-Projekt (www.themaldentproject.com) hat eine Personalstrategie eingerichtet, bietet in der Entwicklungsphase des Projekts Unterstützung beim Unterricht an, und finanziert auch den Entwurf eines Gebäudes auf dem Blantyre-Campus, in dem die klinische Unterweisung erfolgen wird.

Der Lehrplan enthält einen signifikanten Bereich zur Prävention oraler Erkrankungen, der eng mit einem zweiten Aktivitätenbereich zusammenhängt, nämlich die Ausarbeitung einer nationalen Zahngesundheitspolitik und Umsetzungsstrategie. Dies geschieht in Form einer Zusammenarbeit zwischen dem klinischen Personal der schottischen Dental Schools, School of Public Health & Family Medicine am UoM College of Medicine, der WHO Afrika sowie dem malawischen Regierungsministerium für Gesundheit und Bevölkerungsfragen.

Ein Präventionsprogramm für Zahnerkrankungen bei Kindern, basierend auf dem schottischen "Childsmile" Modell (www.child-smile.org.uk) wird durch ein unterstützendes Forschungsprogramm zur Evaluierung von Modellen der Gesundheitsversorgung begleitet werden. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf begleitetem Zähneputzen an Schulen. Nach Erbringung eines entsprechenden Nachweises des Ausbildungskonzeptes, wird das Präventionsprogramm in die malawische Mundgesundheitspolitik integriert werden.



Fallstudie 8 Welttag der Mundgesundheit (World Oral Health Day - WOHD)

Die Ausbildung medizinischer Berufsgruppen zur Erlangung der Kompetenzen und Eigenschaften, um auf angemessene Weise einen Beitrag für eine wirksame Prävention und Umgang mit oralen Erkrankungen zu leisten, kann nur dann effektiv sein, wenn dies mit einer verbesserten Gesundheitskompetenz einhergeht. Gesundheitsfachkräfte müssen mit den Bevölkerungen, für die sie zuständig sind, zusammenarbeiten, um eine erfolgreiche Kommunikation zu gewährleisten. Es handelt sich dabei um eine wechselseitige Beziehung, bei der Menschen einen aktiven Part bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen einnehmen und starke Kompetenzen hinsichtlich Gesundheitsinformationen entwickeln und medizinisches Fachpersonal wirksame Kommunikationsfähigkeiten im Gesundheitswesen benötigt. Dies ist die Prämisse, unter welcher der Welttag der Mundgesundheit (World Oral Health Day - WOHD) 2007 ins Leben gerufen wurde. Dessen Ziel ist es, Menschen die Tools und das Wissen an die Hand zu geben, um orale Erkrankungen vorzubeugen und zu kontrollieren. Der WOHD, begangen jedes Jahr am 20. März, vereint die Welt im Bemühen, die Last der häufigsten Erkrankungen zu verringern.

Der WOHD wird von der FDI gefördert und unterstützt und ist die weltweit größte



Foto mit freundlicher Genehmigung der Cambodian Dental Association

Aufklärungskampagne zum Thema Mundgesundheit, die:

- Menschen **befähigt**, persönlich zu handeln;
- Schulen und Jugendgruppen dazu **ermutigt** Lernaktivitäten zum Thema Mundgesundheit zu leisten;
- eine einheitliche Plattform für Mundgesundheitspersonal und die breitere Gesundheitsgemeinschaft **zur Verfügung stellt**, um die Bevölkerungen, für die sie zuständig sind, auszubilden;
- Regierungen und politische Entscheidungsträger dazu **drängt**, sich mit Hilfe der von ihnen getroffenen Entscheidungen für eine bessere Mundgesundheit für jedermann einzusetzen.

Die FDI stellt eine ganze Bandbreite an Kampagnenmaterial und Ressourcen bereit, einschließlich Toolkits, Broschüren, Informationsblätter, Poster, soziale Medien, die auf Landesebene individuell angepasst und erstellt werden können. Das Material hilft bei der Verbesserung der Gesundheitskompetenz, da Aufklärungsbotschaften zur Prävention und Kontrolle oraler Erkrankungen umfassend und auf breiter Basis verbreitet werden: Massenveranstaltungen, einschließlich Laufveranstaltungen, Zahnputzmarathons und Benefizveranstaltungen sowie jene Initiativen, die in einem anderen Kontext organisiert werden, wie z.B. Zahnarztpraxen, Krankenhäuser, Universitäten, Schulen und Regierungsgebäude weltweit. Soziale Medien haben ebenfalls als Medium wesentlich zugenommen, um die Reichweite von Botschaften zum Thema Mundgesundheit zu vergrößern.

Nach seinen bescheidenen Anfängen 2007, wurde der WOHD im Jahre 2020 in 177 Ländern begangen mit einer Kampagnenreichweite von mehr als 2 Milliarden Menschen. (www.worldoralhealthday.org).



**World Oral
Health Day**
20 March

Optimale Mundgesundheit für alle erreichen: Ein Aufruf zum Handeln

Es gibt bei der Mundgesundheit große Ungleichheiten, sowohl innerhalb eines Landes als auch zwischen einzelnen Ländern sowie konkurrierende Gesundheitsprioritäten und verfügbare Ressourcen, um sich damit zu befassen.

Das grundlegende Ziel von Vision 2030 ist es, die Zahnärzteschaft zu vereinen beim gemeinsamen Ziel, allen eine optimale Mundgesundheit zu ermöglichen. Es wird den einzelnen Ländern obliegen, die in diesem Bericht enthaltenen Empfehlungen auf der Grundlage der eigenen besonderen Umstände auszulegen. Dieser Bericht befasst sich damit, wie wir die Herausforderungen bewältigen können und legt dabei drei wichtige Ziele fest, mit denen eine optimale Gesundheit für alle gewährleistet werden kann. Im Folgenden sind dies:

- **grundlegende Leistungen im Bereich Mundgesundheit werden in die Gesundheitsversorgung eines jeden Landes integriert** und eine qualitativ angemessene Mundgesundheitsversorgung wird für alle verfügbar, zugänglich und bezahlbar werden.

- **orale und allgemeine patientenzentrierte Gesundheitspflege werden integriert**, und dies führt zu einer effektiveren Prävention und Umgang oraler Erkrankungen und zu einer verbesserten Gesundheit und Wohlbefinden;
- **die Zahnärzteschaft wird mit einer Vielzahl medizinischer Berufsgruppen zusammenarbeiten** und dadurch zu einer nachhaltigen, am gesundheitlichen Bedarf orientierten sowie personenzentrierten Versorgung beitragen.

Dieser Bericht betont auch die Verantwortung einzelner Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Erlangung eines angemessenen Kompetenzniveaus während ihres Berufslebens sowie die Notwendigkeit, eine Führungsrolle innerhalb der Gesundheitsgemeinschaft und der Gesellschaft als Ganzes zu übernehmen. Die Empfehlungen in diesem Bericht verstehen sich nicht als reglementierende Vorgabe, sondern sollten auf der Grundlage besonderer Bedürfnisse und Umstände ausgelegt und angegangen werden.

Es wird nicht einfach sein, diese Ziele zu erreichen und die beschriebenen Herausforderungen zu bewältigen. Daher wird die Zahnärzteschaft Entschlossenheit und sowohl persönliche als auch berufliche Resilienz an den Tag legen müssen. Der Nutzen für die Gesundheit in Form einer verbesserten Mundgesundheit, aber auch einer verbesserten Allgemeingesundheit und Wohlbefindens sind jedoch beträchtlich.

Vision 2030 ist ein Aufruf zum Handeln an den Berufsstand, aber es werden auch Empfehlungen gegeben, mit denen die gesteckten Ziele erreicht werden können.

JETZT IST ES AM BERUFSSTAND, EINE ANTWORT ZU LIEFERN.

ANHANG

Anhang 1 – Vision 2030: Messung der Fortschritte auf dem Weg zur Verwirklichung

Pfeiler 1: Allgemeine Absicherung für Mundgesundheit

Gesamtziel	Gesamtindikatoren
Bis 2030 werden die Bereiche Mundgesundheit und Lebensqualität verbessert, die Prävalenz und Morbidität oraler Erkrankungen wird mittels Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation um ein Drittel reduziert	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein angemessener Fluoridierungsmaßnahmen auf Gemeinschaftsebene • Vorhandensein von Präventionsstrategien auf Bevölkerungsebene hinsichtlich Störungen der Mundgesundheit • Vorhandensein von Richtlinien zur Reduktion des Zuckerkonsums • Maßnahmen im Bereich Mundgesundheit-Lebensqualität (Oral Health related Quality of Life - OHRqOL) sind aufgelistet • Prävalenz von Karies (nach Altersgruppen unterteilt) • Prävalenz von Parodontalerkrankungen • Prävalenz von Mundhöhlenkrebs • Prävalenz sonstiger oraler Erkrankungen mit einer signifikanten Morbidität
Weitere Ziele	Weitere Indikatoren
Bis 2030 hat jede Person, einschließlich der am stärksten benachteiligten Personen, Zugang zu angemessenen zahnmedizinischen Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil an Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung mit eingebetteten Leistungen im Bereich Mundgesundheit • Anteil der Bevölkerung, die durch öffentliche und/oder private Dienstleister im Bereich zahnmedizinischer Versorgung abgedeckt sind • Zahl der Menschen pro 1 000 Einwohner, die durch eine Krankenversicherung bzw. Vorsorgeplan im Bereich Mundgesundheit abgedeckt sind • Prozentualer Eigenanteil bei der oralen Gesundheitspflege (Out of Pocket (OOP) expenditure), pro Person im Verhältnis zu allgemeinen OOP Ausgaben
Bis 2030 haben sich die Investitionen bei der primären zahnmedizinischen Versorgung erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Dichte und Verteilung der Zahnärzte, die auf der Ebene der Basisgesundheitsversorgung arbeiten • Dichte und Verteilung des sonstigen Personals im Bereich Mundgesundheit, das auf der Ebene der Basisgesundheitsversorgung arbeitet
Bis 2030 wird ein angemessener rechtlicher und regulatorischer Rahmen geschaffen, um faire, gerechte und bezahlbare zahnmedizinische Leistungen anzubieten	<ul style="list-style-type: none"> • Man versteht und befasst sich mit dem Ruf nach verantwortlichen Aufsichtsstellen zur Einhaltung von Therapiestandards, Preisgestaltung sowie mit der Entwicklung einer angemessenen Technologiebewertung im Bereich Mundgesundheit
Bis 2030 hat sich der Bereich Mundgesundheit als politische Priorität etabliert	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein einer nationalen Mundgesundheitspolitik • Vorhandensein eines Chief Dental Officers • Einbindung von Mundgesundheit in die UHC- Leistungspakete (UHC benefit packages)
Bis 2030 werden wichtige bereichsübergreifende Partnerschaften über den zahnmedizinischen Sektor hinaus mit weiteren Gesundheits- und Entwicklungsprogrammen geschlossen	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl von Gesundheitsprogrammen (nicht übertragbare und übertragbare Krankheiten - non-communicable diseases [NCD] and Non-NCD), die Mundgesundheitsförderung und Mitteilungen zur Krankheitsprävention einschließen • Anzahl von Entwicklungsprogrammen (Ernährung, Ausbildung, Wasser- und Abwassersektor), die Mundgesundheitsförderung und Mitteilungen zur Krankheitsprävention einschließen

Pfeiler 2: Integration der Mundgesundheit in die Agenda Allgemeingesundheit und Entwicklung

Gesamtziel	Gesamtindikatoren
Bis 2030 gibt es Schulungsprogramme in den Bereichen Prävention und Behandlung von Drogenmissbrauch, einschließlich Suchtstoffe und schädlicher Alkoholkonsum	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von Schulungsprogrammen, die sich mit der Prävention und Behandlung von Drogenmissbrauch, einschließlich Suchtstoffe und schädlicher Alkoholkonsum, befassen
Bis 2030 wird das Bewusstsein über die Bedeutung von veränderbaren gemeinsamen Risikofaktoren im Zusammenhang mit nicht übertragbaren Krankheiten in der ganzen Bevölkerung gestärkt werden	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von Schulungsprogrammen und/oder Kampagnen, um die Bedeutung von veränderbaren gemeinsamen Risikofaktoren im Zusammenhang mit nicht übertragbaren Krankheiten zu stärken
Bis 2030 gibt es in jedem Land Richtlinien zur Zuckerreduktion	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von Richtlinien zur Zuckerreduktion – gemäß der WHO-Richtlinien
Bis 2030 beinhalten Gesundheitsüberwachungssysteme Indikatoren für Mundgesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung der Indikatoren für Mundgesundheit in das nationale Gesundheitsüberwachungssystem
Bis 2030 werden Daten zur Mundgesundheit in medizinische Datenmanagementsysteme integriert	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung von umfassenden Informationen zur Mundgesundheit in alle medizinischen Datenmanagementsysteme
Bis 2030 sind Tabakentwöhnungs-Programme in die zahnärztliche Aus- und Weiterbildung und die Praxis integriert	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung von Tabakentwöhnungs-Programmen in die zahnärztliche Aus- und Weiterbildung und die Praxis • Prävalenz des Tabakkonsums

Pfeiler 3: Förderung von Resilienz des Mundgesundheitspersonals für nachhaltigen Fortschritt

Ziele	Gesamtindikatoren
Bis 2030 wird personenzentrierte Versorgung vom Gesundheitspersonal durchgeführt, das in diesen Bereichen im Rahmen seiner Tätigkeit arbeitet und darin ausgebildet, geschult, befugt und kompetent ist	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein formaler Definitionen zum Umfang der Ausübung des gesamten Gesundheitspersonals • Vorhandensein eines formalen Registrierungsvorgangs für das gesamte Gesundheitspersonal • Dichte und Verteilung der Gesundheitsfachkräfte und des Fachpersonals im Bereich Mundgesundheit • Vorhandensein von routinemäßig gemeldeten Qualitätskennzahlen, um die Qualität zahnärztlicher Versorgung zu überprüfen
Bis 2030 sind die Dienstleister im Bereich zahmedizinischer Versorgung in eine umfassende Gesundheitspersonalplanung integriert	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von Fachpersonal, das auf Bedarfe bzgl. Mundgesundheit ausgerichtet ist, als Teil routinemäßiger Gesundheitsdienste und Ressourcenplanung
Bis 2030 ist die Anwendung von zahmedizinischem Amalgam weltweit zurückgegangen	<ul style="list-style-type: none"> • zahmedizinisches Amalgam wurde stufenweise reduziert (Ja/Nein) • Vorhandensein von erschwinglichen, sicheren und zuverlässigen Alternativen • Menge an verkauftem zahmedizinischem Amalgam
Bis 2030 ist die Verwendung von weichmacherhaltigen Dentalmaterialien weltweit erheblich zurückgegangen	<ul style="list-style-type: none"> • Menge an verkauften Dentalkompositen
Bis 2030 ist die Verschreibung von Antibiotika in der Zahnmedizin weltweit erheblich zurückgegangen. Dadurch verringert die Zahnmedizin einen möglichen Beitrag zu antimikrobiellen Resistenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung der (internationalen) Richtlinien bei der Verschreibung von Antibiotika • Vorhandensein von schriftlichen Nachweisen, aus denen hervorgeht, dass die Einhaltung der Richtlinien routinemäßig und wirksam kontrolliert und überprüft wird
Bis 2030 gibt es seitens der Gesundheitssysteme Strategien zur Minderung der Auswirkungen der Migration des Gesundheitspersonals und der Bevölkerungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von Krisenmanagementstrategien hinsichtlich Mundgesundheit (Flüchtlinge, Ausbrüche von Infektionskrankheiten, nationale Katastrophen, etc.)
Bis 2030 gibt es seitens der Gesundheitssysteme Strategien zur Vermeidung der negativen Auswirkungen des drohenden Mangels an zahmedizinischem Fachpersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein einer langfristigen Personalplanung • Vorhandensein von Strategien zur Mitarbeiterbindung
Bis 2030 schließen sich die Gesundheitssysteme einem transparenten Qualitätsmonitoring zahnmedizinischer Versorgung an	<ul style="list-style-type: none"> • eingerichtete Systeme zur Sicherstellung der Einhaltung sämtlicher, für zahnmedizinische Versorgung relevanten ISO-Standards • Prozentualer Anteil von Zahnarztpraxen pro Land, die offiziell anerkannte Audit- und Rückmeldungssysteme nutzen, einschließlich von Patienten gemeldeten Qualitätskennzahlen

Anhang 2 Referenzen und weiterführende Literatur

Pfeiler 1

1. Beard TC, Redmond S. Declaration of Alma-Ata. *The Lancet*. 1979;313(8109): 217–8.
2. World Health Organization. *Arguing for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204355/9789241506342_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Accessed 14 July 2020].
3. United Nations. *Sustainable Development Goals*. Available from: <https://sdgs.un.org/goals> [Accessed 14 July 2020].
4. World Health Organization. *Universal Health Coverage Day*. Available from: <https://www.who.int/life-course/news/events/uhc-day/en/> [Accessed 14 July 2020].
5. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, et al. *FDI Vision 2020: shaping the future of oral health*. *Int Dent J*. 2012;62(6): 278–91. Available from: doi.org/10.1111/idj.12009.
6. Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. *Universal health coverage: a unique policy opportunity for oral health*. *J Dent Res*. 2015;94(3 Suppl): 3S-5S.
7. Williams DM, Mathur MR. *Oral health inequalities: A major public health challenge for Asia-Pacific*. *Nature India*. 2017; 3–4. Available from: www.natureasia.com/en/nindia/article/10.1038/nindia.2017.21 [Accessed 14 July 2020].
8. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan. *Health Japan 21 (Second Term)*. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html [Accessed 14 July 2020].
9. Ministry of Health Labour and Welfare Japan. *Ministerial Notification No. 430. MHLW. 2012*. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047330.pdf> [Accessed 29 February 2020].
10. Yamashina T, Kamijo H, Fukai K. *The 8020 Campaign for oral health promotion in Japan. Its History, Effects, and Future Visions*. In Japan Dental Association. *The current evidence of dental care and oral health for achieving healthy longevity in an aging society*. 2015. p. 276-284. Available from: <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015En.pdf> [Accessed 14 July 2020].
11. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan. *Survey of Dental Diseases*. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html> [Accessed 14 July 2020].
12. Zaitzu T, Saito T, Kawaguchi Y. *The oral healthcare system in Japan*. *Healthcare (Basel)*. 2018;6(3): 79. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/6/3/79>

Pfeiler 2

1. Williams DM, Mossey PA, Mathur MR. *Leadership in Global oral Health*. *J Dent*. 2019;87: 49-54.
2. United Nations, General Assembly. *United Nations political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases) A/66/L.1 (16 September 2011)*. UNGA: Available from: <https://undocs.org/en/A/66/L.1> [Accessed 14 July 2020].
3. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Available from: <https://www.who.int/about/mission/en/> [Accessed 20 January 2020].
4. World Health Organization. *The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf [Accessed: 20 January 2020].
5. Meier BM, Brodish PH, Koivusalo M. *Human rights provide justification for the Health in All Policies*. *Health and Human Rights*. 2013;June. Available from: <https://www.hhrjournal.org/2013/06/human-rights-provide-justification-for-the-health-in-all-policies-approach/> [Accessed 20 January 2020].
6. World Health Organization. *Sugars intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 14 July 2020].
7. Mossey PA, Modell B. *Epidemiology of Oral Clefts 2012: An international perspective*. In Cobourne MT ed. *Cleft Lip and Palate*.

- Epidemiology, Aetiology and Treatment. *Frontiers of Oral Biology* Vol 16. Basel: Karger; 2012. p. 1-18.
8. Hummel J, Phillips KE, Holt B, Hayes C. *Oral Health: An Essential Component of Primary Care*. White Paper. Seattle, WA: Qualis Health; 2015 Available from: <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/White-Paper-Oral-Health-Primary-Care.pdf> [Accessed 14 July 2020].
 9. Mosen D, Pihlstrom D, Snyder J, Smith N, Shuster E, Rust K. *Association of Dental Care with Adherence to HEDIS Measures*. Perm J. Winter. 2016; 20(1):33-40. Available from: doi.org/10.7812/TPP/15-075.
 10. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. *Establishment of Tobacco Cessation Centres in Dental Institutes and an integrated approach in India – Operational Guidelines 2018*. New Delhi: Dental Council of India; 2018. Available from: http://www.dciindia.gov.in/Rule_Regulation/FinaloperationalguidelinesTCCindentalcolleges.pdf [Accessed 14 July 2020].
 11. New Zealand Dental Association. *Sugar Consensus Statement on Sugary Drinks*. Available from: https://www.nzda.org.nz/assets/files/Standards_Guidelines/Position_Statements/Consensus_Statement_on_Sugary_Drinks.pdf [Accessed 14 July 2020].

Pfeiler 3

1. World Health Organization. *Models and tools for health workforce planning and projections*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <https://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/> [Accessed 14 July 2020].
2. Listl S, Grytten JI, Birch S. *What is health economics?* *Community Dental Health*. 2019;36(4): 262-274.
3. Gallagher JE, Hutchinson L. *Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution*. *Int Dent J*. 2018;68(3): 183-189.
4. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Scholar Definition*. Available from: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-scholar-e> [Accessed 14 July 2020].
5. Byrne M, Tickle M. *Conceptualising a framework for improving quality in primary dental care*. *Br Dent J*. 2019;227(10): 865-868. Available from: doi.org/10.1038/s41415-019-0900-8.
6. Righolt AJ, Walji MF, Feine JS, Williams DM, Kalenderian E, Listl S. *An international working definition for quality of oral healthcare*. *JDR Clinical & Translational Research*. 2020;5(2): 102-106. Available from: doi.org/10.1177/2380084419875442.
7. Baâdoudi F, Duijster D, Maskrey N, Ali FM, et al. *Improving oral healthcare using academic detailing – design of the ADVOCATE Field Studies*. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2019;77(6): 1-8. Available from: doi.org/10.1080/00016357.2019.1582797.
8. Ahern S, Woods N, Kalmus O, Birch S, Listl S. *Needs-based planning for the oral health workforce - development and application of a simulation model*. *Human Resources for Health*. 2019;17(55). Available from: doi.org/10.1186/s12960-019-0394-0.
9. Balasubramanian M, Brennan DS, Spencer AJ, Short SD. *The international migration of dentists: directions for research and policy*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016;44(4): 301–312.

Ermöglichung eines reaktiven und resilienten Berufsstandes: ein Aufruf zur Reform der Aus- Fort- und Weiterbildung

1. Williams DM, Mossey PA, Mathur MA. *Leadership in global oral health*. *J Dent*. 2019;87: 49-54.
2. American Dental Association, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R, Glick M, Azarpazhooh A, Guyatt G (Eds). *How to Use Evidence-Based Dental Practices to Improve Your Clinical Decision Making*. Chicago, IL: ADA Publishing; 2019.
3. Kavarella A, Garcia LT, White L. (eds). *Special Issue: Shaping the future of dental education*. *A joint ADEE/ADEA partnership*. Report of the London meeting, May 2017. *Eur J Dent Educ*. 2018;22(1): i-vi. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/16000579/22/S1> [Accessed 15 July 2020]. Several articles under the heading “Advancing Dental Education in the 21st Century.” <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.21815/JDE.017.052>.
4. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. *When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care*.

Bull World Health Organ. 2019;97(8): 563–569. Available from: doi.org/10.2471/BLT.18.225201.

5. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division; *Board on Population Health and Public Health Practice*; Roundtable on Health Literacy, Wojtowicz A, Olson S. Integrating Oral and

General Health Through Health Literacy Practices: Proceedings of a Workshop. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.

6. Formicola AJ, Howard LB, Weintraub JA. *Advancing Dental Education in the 21st Century*. J Dent Edu. 2018;81(8): es1-es192.

Weiterführende Literatur

1. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. *Ending the neglect of global oral health – time for radical action*. The Lancet. 2019;394(10194): 261-272.
2. Peres, MA, Macpherson, LM, Weyant, RJ, et al. *Oral diseases: a global public health challenge*. The Lancet. 2019;394(10194): 249-260.
3. Herndon JB, Crall JJ, Aravamudan K, Catalanotto FA, Huang IC, Rudner N, Tomar SL, Shenkman EA. *Developing and testing pediatric oral healthcare quality measures*. J Public Health Dent. 2015 Summer;75(3): 191-201.
4. Byrne MJ, Tickle M, Glenny AM, Campbell S, Goodwin T, O'Malley L. *A systematic review of quality measures used in primary care dentistry*. Int Dent J. 2019 Aug;69(4): 252-264.
5. Righolt AJ, Sidorenkov G, Faggion CM Jr, Listl S, Duijster D. *Quality measures for dental care: A systematic review*. Community Dent Oral Epidemiol. 2019;47(1): 12-23.
6. Byrne M, O'Malley L, Glenny AM, Campbell S, Tickle M. *A RAND/UCLA appropriateness method study to identify the dimensions of quality in primary dental care and quality measurement indicators*. Br Dent J. 2020;228(2): 83-88.
7. Righolt AJ, Duijster D, van der Wees PJ, Listl S, Smits KPJ. *Dutch oral healthcare quality measures: a modified Delphi study*. Int Dent J. 2020; April. Available from: doi.org/10.1111/idj.12566.
8. Listl S. *Value-based oral healthcare: moving forward with dental patient-reported outcomes*. J Evid Based Dent Pract. 2019;19(3): 255-259. Available from: doi.org/10.1016/j.jebdp.2019.101344.
9. Riley W, Doherty M, Love K. *A framework for oral healthcare value-based payment approaches*. J Am Dent Assoc. 2019;150(3): 178-185.
10. United Nations Environment Programme. *Minamata Convention on Mercury*. Text and annexes. Available from: <http://www.mercuryconvention.org/Convention/Text/tabid/3426/language/en-US/Default.aspx> [Accessed 25 June 2020].
11. FDI World Dental Federation. *The Challenge of Oral Disease – A call for global action*. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/publications/oral-health-atlas/oral-health-atlas-2015> [Accessed 25 September 2020].
12. FDI World Dental Federation. *Universal Health Coverage: Oral Health for All*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/fact-sheets/universal-health-coverage-oral-health-for-all> [Accessed 25 September 2020].
13. FDI World Dental Federation. *Policy Statements and Resolutions*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements> [Accessed 25 September 2020].
14. FDI World Dental Federation. *Resources*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources> [Accessed 25 September 2020].

Abkürzungsverzeichnis

CRFA	Common risk-factor approach (Gemeinsamer Risikofaktoransatz)
FDI	FDI World Dental Federation (Zahnärztlicher Weltverband)
HiAP	Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikbereichen)
IADR	International Association for Dental Research (Internationale Vereinigung für zahnärztliche Forschung)
LMICs	Low- and middle-income countries (Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen)
NCDs	Noncommunicable diseases (Nichtübertragbare Krankheiten)
NCD Alliance	Noncommunicable Disease Alliance (NCD-Allianz)
OHiAP	Oral Health in All Policies (Mundgesundheit in allen Politikbereichen)
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OOP expenditure	Out-of-Pocket expenditure (Eigenauslagen)
SDGs	Sustainable Development Goals (Ziele für nachhaltige Entwicklung)
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UHC	Universal Health Coverage (Universelle Gesundheitsabsicherung)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Glossar

Begriff	Definition	Referenzquelle
Verfügbarkeit/ Vorhandensein, Zugang und Bezahlbarkeit	Verfügbarkeit/Vorhandensein Notwendigkeit eines ausreichend funktionierenden öffentlichen Gesundheitssystems und einer ausreichenden Zahl an Gesundheitseinrichtungen, Waren und Dienstleistungen und Programmen.	
	Physischer Zugang Das Vorhandensein guter Gesundheitsdienste in nicht allzu großer Entfernung für jene, die darauf angewiesen sind sowie patientenfreundliche Öffnungszeiten, Terminvereinbarungssysteme und sonstige Aspekte der Service-Organisation sowie Erbringung von Dienstleistungen, die es Menschen ermöglichen, bei Bedarf darauf zurückzugreifen. Universelle Gesundheitsabsicherung und allgemeiner Zugang, Bulletin der Weltgesundheitsorganisation 2013; 91:546–546A. Wie im Kontext der Menschenrechte definiert, „müssen sich Gesundheitseinrichtungen, Waren und Dienstleistungen innerhalb einer sicheren physischen Reichweite für alle Bevölkerungsgruppen befinden, insbesondere benachteiligte und schutzbedürftige Gruppen, wie z.B. ethnische Minderheiten und indigene Bevölkerungsgruppen, Frauen, Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen sowie HIV/AIDS-infizierte Menschen, einschließlich in ländlichen Gebieten.“	World Health Organization. <i>Availability, Accessibility, Acceptability</i> . Available from: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/AAAQ.pdf?ua=1 [Accessed 15 July 2020].
	Wirtschaftlicher Zugang bzw. Bezahlbarkeit Dies ist eine Maßeinheit hinsichtlich der Fähigkeit der Menschen, Dienstleistungen zu bezahlen ohne dabei in finanzielle Not zu geraten. Dies berücksichtigt nicht nur den Preis der Gesundheitsdienste, sondern auch indirekte Kosten und Opportunitätskosten (z.B. Beförderungskosten zur Gesundheitseinrichtung und zurück sowie Arbeitsausfälle). Die Bezahlbarkeit wird durch das gesamte Gesundheitsfinanzierungssystem und das Haushaltseinkommen beeinflusst.	World Health Organization. <i>Gender, equity and human rights</i> . Available from: https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/ [Accessed 15 July 2020].

Basispaket für zahnmedizinische Versorgung	<p>Ein Basispaket für zahnmedizinische Versorgung beinhaltet eine dringende Behandlung (Oral Urgent Treatment - OUT) bestehend aus drei grundlegenden Elementen (Schmerzlinderung, erste Hilfe bei oralen Infektionen und dentoalveolären Traumata, Überweisungen komplizierter Fälle), eine bezahlbare fluoridhaltige Zahnpasta (Affordable Fluoride Toothpaste - AFT) und eine atraumatisch-restaurative Behandlung (Atraumatic Restorative Treatment - ART)</p>	<p>FDI World Dental Federation. <i>The Challenge of Oral Disease – A call for global action</i>. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf [Accessed 15 July 2020].</p>
Tools zur Verhaltensänderungskommunikation (Behaviour Change Communication tools - BCC tools)	<p>Es handelt sich dabei um die strategische Anwendung von Kommunikationsansätzen zur Förderung von Veränderungen beim Wissen, Einstellung, Normen, Überzeugungen und Verhalten. Der Begriff bezieht sich auf die Koordinierung von Mitteilungen und Aktivitäten über unterschiedliche Kanäle, um große Teile der Gesellschaft zu erreichen, einschließlich einzelne Personen, die Gemeinschaft, Dienstleistungen und Politik.</p>	
Kollaborative Arbeitspraxis	<p>Man spricht in der Gesundheitsversorgung von kollaborativer Arbeitspraxis, wenn eine große Zahl medizinischer Berufsgruppen mit einem unterschiedlichen beruflichem Hintergrund bei ihrer Arbeit mit Patienten, deren Familien, Pflegern und Gemeinschaften umfassende Dienstleistungen erbringen und so eine rundum hochwertige Pflegedienstleistung garantieren. * Arbeitspraxis umfasst klinische und nicht-klinische Gesundheitstätigkeiten, wie z.B. Diagnose, Behandlung, Beobachtung, Gesundheitskommunikation, Management.</p>	<p>World Health Organization. <i>Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice</i>. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=23A79F87D7558248D7CFC786D80B8FAD?sequence=1 [Accessed 15 July 2020].</p>
Wirtschaftliche Gesundheitsdeterminanten	<p>Die wirtschaftlichen Gesundheitsdeterminanten sind vom privaten Sektor angewandte Strategien und Ansätze zur Förderung von gesundheitsschädlichen Produkten und Angeboten.</p>	<p>Kickbusch I, Allen L, Franz Ch. <i>The commercial determinants of health</i>. The Lancet. 2016;4(12): E895-E896. doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0.</p>
Gemeinsamer Risikofaktoransatz (Common risk-factor approach - CRFA)	<p>Der gemeinsame Risikofaktoransatz ist ein Leitprinzip zur Entwicklung evidenzbasierter und bevölkerungsweiter Eingriffe, die sich mit sozialen Gesundheitsdeterminanten befassen, um die Belastung von Krankheiten zu reduzieren.</p>	<p>FDI World Dental Federation. <i>Noncommunicable Diseases</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/noncommunicable-diseases [Accessed 15 July 2020].</p>
Basis-Gesundheitspaket (Essential health package)	<p>Ein detailliertes Verzeichnis der Eingriffe/Dienstleistungen (präventiv, heilend, rehabilitativ und palliativ) über die verschiedenen Pflegeniveaus, die von der Regierung auf nationaler Ebene zugelassen sind bzw. von einer größeren Gruppe von Akteuren vereinbart werden, wenn Dienstleistungen in Bereichen erbracht werden müssen, die sich außerhalb der staatlichen Kontrolle befinden. Diese Eingriffe sollten - um wirksam zu sein - allen zugänglich, sicher, am Menschen orientiert und von guter Qualität sein.</p>	<p>World Health Organization. <i>Working Paper on the Use of Essential Packages of Health Services in Protected Emergencies</i>. Available from: https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/EPHS-working-paper.pdf [Accessed 15 July 2020].</p>

<p>Freie Zucker</p>	<p>Freie Zucker werden Speisen und Getränken von den Herstellern, Köchen bzw. Verbrauchern beigefügt sowie jener Zucker, der natürlich in Honig, Sirup, Fruchtsäften und Fruchtsaftkonzentraten vorkommt. Die Bezeichnung bezieht sich nicht auf Zucker, der natürlich in Obst, Gemüse und Milch vorkommt.</p>	<p>World Health Organization. <i>Sugars intake for adults and children</i>. Geneva: World Health Organization; 2015 Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 14 July 2020].</p>
<p>Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in All Policies - HiAP)</p>	<p>HiAP ist ein öffentlicher und sektorübergreifender Politikansatz, der die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen systematisch berücksichtigt, Synergien anstrebt und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um so die öffentliche Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Als Konzept verkörpert es folgende Prinzipien: Rechtmäßigkeit, Verantwortung, Transparenz und Zugang zu Informationen, Teilnahme, Nachhaltigkeit sowie eine sektor- und ebenenübergreifende Zusammenarbeit mit den Regierungen.</p>	<p>World Health Organization. <i>Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action</i>, January 2014. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/ [Accessed 15 July 2020].</p>
<p>Gesundheitskompetenz</p>	<p>Der Grad, zu dem Menschen die Fähigkeit haben, grundlegende Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen sowie erforderliche Dienstleistungen, um die richtigen Gesundheitsentscheidungen zu treffen (Ratzan und Parker, 2000).</p> <p>Vollständige Quellenangaben: Ratzan SC, Parker RM. 2000. Introduction In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Selden CR, Herausgeber; , Zorn M, Herausgeber; , Ratzan SC, Herausgeber; , Parker RM, Herausgeber., Herausgeber. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.</p>	<p>Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, (eds). <i>What Is Health Literacy? in Health Literacy: A Prescription to End Confusion</i>. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/ [Accessed 14 July 2020].</p>
<p>Intra- und Interprofessionelle Ausbildung</p>	<p>Intraprofessionelle Ausbildung bedeutet, dass alle Studenten der Zahnmedizin (z.B. Zahnärzte, Zahntherapeuten, Zahnarzhelfer) gemeinsam ausgebildet werden. Umgekehrt bedeutet interprofessionelle Ausbildung, dass Studenten aus verschiedenen Gesundheitsberufen (z.B. Zahnärzte, Ärzte, Krankenpfleger) einen gemeinsamen Ausbildungsrahmenplan haben.</p>	<p>FDI World Dental Federation. <i>Optimal Oral Health through Inter-Professional Education and Collaborative Practice</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/news/collaborative-practice_digital.pdf [Accessed 15 July 2020].</p>
<p>Minamata-Übereinkommen</p>	<p>Ein globales Abkommen zum Schutz der menschlichen Gesundheit und der Umwelt vor den schädlichen Auswirkungen von Quecksilber.</p>	<p>FDI World Dental Federation. <i>Dental Amalgam Phase Down</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down [Accessed 15 July 2020].</p>
<p>Störungen der Mundgesundheit</p>	<p>Es handelt sich hierbei um Krankheitszustände, die sich auf die Mundgesundheit auswirken. Diese ist vielschichtig und umfasst die Fähigkeit zu sprechen, zu lächeln, zu riechen, zu schmecken, zu berühren, zu kauen, zu schlucken und mit Hilfe von Gesichtsausdrücken eine Reihe von Gefühlen sicher und schmerzfrei auszudrücken sowie Beschwerden und Erkrankungen der kraniofazialen Struktur.</p>	<p>FDI World Dental Federation. FDI's definition of oral health. Available from: https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health [Accessed 15 July 2020].</p>

Mundgesundheit in allen Politikbereichen (Oral Health in All Policies - OHiAP)	<p>Ähnlich wie beim Ansatz Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP), ist OHiAP ein öffentlicher und sektorübergreifender Politikansatz, der die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen systematisch berücksichtigt, Synergien anstrebt und schädliche Auswirkungen auf die Mundgesundheit vermeidet, um so die öffentliche Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.</p>	<p>World Health Organization. <i>Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action</i>, January 2014. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/hiapframework.pdf [Accessed 15 July 2020].</p>
Mundgesundheitskompetenz	<p>Das Regelwerk der amerikanischen Zahnärztervereinigung (American Dental Association - ADA) definiert Mundgesundheitskompetenz als den Grad, zu dem Menschen die Fähigkeit haben, grundlegende Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen sowie erforderliche Dienstleistungen, um die richtigen Gesundheitsentscheidungen zu treffen.</p>	<p>American Dental Association. <i>Health Literacy in Dentistry</i>. Available from: https://www.ada.org/en/public-programs/health-literacy-in-dentistry [Accessed 15 July 2020].</p>
Maßnahmen im Bereich Mundgesundheits-Lebensqualität (Oral Health-related Quality of Life - OHRQoL)	<p>OHRQoL sind definiert als „ein multidimensionales Konstrukt, das (unter anderem) den Komfort der Menschen beim Essen, Schlafen und sozialer Interaktion sowie deren Selbstwertgefühl und deren Zufriedenheit mit ihrer Mundgesundheit, widerspiegelt“ (Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten - US Department of Health and Human Services). Allgemein verbreitete OHRQoL-Instrumente umfassen OHIP, GOHAI, and OIDP.</p>	<p>FDI World Dental Federation. <i>Oral Health and Quality of Life</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-quality-of-life [Accessed 15 July 2020].</p>
Eigenauslagen (Out-of-Pocket expenditure - OOP)	<p>Eigenauslagen (OOPs) werden als von Einzelpersonen getätigte direkte Zahlungen an Gesundheitsdienstleister bei Inanspruchnahme deren Dienstleistungen, definiert.</p>	<p>World Health Organization. <i>Health financing. Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure</i>. Available from: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/ [Accessed 15 July 2020].</p>
Am Menschen orientierte (personen-zentrierte) Gesundheitsversorgung	<p>Eine am Menschen orientierte (personenzentrierte) Gesundheitsversorgung ist auf die gesundheitlichen Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen und Gemeinschaften ausgerichtet anstatt auf Krankheiten. Eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung erweitert das Konzept einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung für Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften sowie die Gesellschaft. Während eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung gemeinhin als Fokussierung auf eine Einzelperson aufgefasst wird, die eine Gesundheitsversorgung benötigt, umfasst eine am Menschen orientierte Gesundheitsversorgung diesen Kontakt/Begegnung zwischen medizinischem Fachpersonal und Patienten und richtet das Augenmerk auch auf die Gesundheit von Menschen in deren Gemeinschaft sowie auf deren entscheidende Rolle bei der Ausarbeitung einer Gesundheitspolitik und Gesundheitsdiensten.</p>	<p>World Health Organization. <i>Health Systems Strengthening Glossary</i>. Available from: https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html [Accessed 15 July 2020].</p>
Stufenweise Reduzierung von zahnmedizinischem Amalgam	<p>Im Jahre 2013 wurde das Minamata Quecksilber-Übereinkommen vereinbart. Es wurde 2017 ratifiziert. Bei der stufenweisen Reduzierung von zahnmedizinischem Amalgam geht es darum, dessen Verwendung durch eine verstärkte Prävention, Gesundheitsförderung und Forschung im Bereich innovativer Füllungsmaterialien, zu verringern, wobei eine adäquate klinische Performance gewahrt bzw. verbessert wurde. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Stärkung des Lehrplans der Zahnmedizinstudenten im Bereich Prävention und alternative Füllungsmaterialien und Methoden und gegebenenfalls einschließlich eines minimalinvasiven Ansatzes.</p>	<p>FDI World Dental Federation. <i>Dental Amalgam Phase Down</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down [Accessed 15 July 2020].</p>

<p>Basisgesundheitsversorgung</p>	<p>Die Basisgesundheitsversorgung ist ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz zu Gesundheit und Wohlbefinden, der auf die Bedürfnisse und Präferenzen von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften ausgerichtet ist. Er befasst sich mit den weiter gefassten Gesundheitsdeterminanten und konzentriert sich auf die umfassenden und zusammenhängenden Aspekte körperlicher, mentaler und sozialer Gesundheit und Wohlbefinden.</p> <p>Sie verschafft eine die ganze Person betreffende Gesundheitsvorsorge hinsichtlich der lebenslangen Gesundheitsbedürfnisse, und zwar nicht nur für eine Reihe spezifischer Erkrankungen. Die Basisgesundheitsversorgung stellt sicher, dass Menschen möglichst nahe an deren täglichem Lebensumfeld in den Genuss einer umfassenden Gesundheitsvorsorge kommen – dies reicht von Förderung und Prävention bis zu Behandlung, Rehabilitation und palliativer Pflege.</p>	<p>World Health Organization. <i>Primary health care</i>. Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/primary-health-care [Accessed 15 July 2020].</p>
<p>Qualität (der Gesundheitsversorgung)</p>	<p>Die Qualität der Gesundheitsversorgung umfasst sechs Bereiche. Dies setzt voraus, dass eine Gesundheitsversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> effektiv ist – die Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung, die sich, je nach Bedarf, an Evidenzgrundlagen und Ergebnissen bei allgemein verbesserten Gesundheitszuständen für Einzelpersonen und Gemeinschaften orientiert; effizient ist - die Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung, die Ressourcennutzung maximiert und Abfälle vermeidet; zugänglich ist - die Bereitstellung einer rechtzeitigen und in geografischer Hinsicht vernünftigen Gesundheitsversorgung, die in einem Umfeld erfolgt, in dem Kompetenzen und Ressourcen dem medizinischen Bedarf in angemessener Weise gerecht werden; akzeptabel/patientenzentriert ist - die Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung, welche die Präferenzen und Ansprüche der einzelnen Nutzer sowie die Kulturen von deren Gemeinschaften berücksichtigt; gerecht ist - die Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung, die in qualitativer Hinsicht aufgrund persönlicher Eigenschaften wie Geschlecht, Rasse, Ethnizität, Herkunft bzw. sozioökonomischer Status, nicht variiert; sicher ist - die Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung, die Risiken und Schaden für Nutzer auf ein Minimum begrenzt. <p>Im Bereich der Zahnmedizin definiert die FDI Qualität als einen iterativen Prozess, an dem Dentalfachleute, Patienten und sonstige Stakeholder an der Ausarbeitung und Wahrung von Zielen und Maßnahmen beteiligt sind, um so einen optimalen allgemeinen Gesundheitszustand zu erreichen.</p>	<p>World Health Organization. <i>Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems</i>. France: World Health Organization; 2006 Available from: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf [Accessed 15 July 2020].</p> <p>FDI World Dental Federation. <i>Quality in Dentistry</i>. Available from: https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/quality-in-dentistry [Accessed 15 July 2020]</p>
<p>Soziale Gesundheitsdeterminanten</p>	<p>Die sozialen Gesundheitsdeterminanten sind die Umstände, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Diese Umstände werden auf globaler, nationaler und lokaler Ebene durch die Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen geprägt. Die sozialen Gesundheitsdeterminanten sind größtenteils für gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich – die ungerechten und vermeidbaren Unterschiede beim Gesundheitsstatus, die man innerhalb eines Landes sowie zwischen einzelnen Ländern feststellt.</p>	<p>World Health Organization. <i>Social determinants of health</i>. Available from: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ [Accessed 15 July 2020].</p>

<p>Universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage - UHC)</p>	<p>Eine universelle Gesundheitsabsicherung (UHC) bedeutet, dass alle Menschen und Gemeinschaften die benötigten fördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gesundheitsdienste nutzen können, und zwar in einer ausreichenden Qualität, die die Effektivität gewährleistet. Dabei wird auch sichergestellt, dass die Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen den Nutzer nicht in finanzielle Schwierigkeiten bringt.</p> <p>Diese Definition einer UHC enthält drei zusammenhängende Ziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen – jeder, der solche Dienstleistungen benötigt, sollte sie auch bekommen und nicht nur jene, die dafür bezahlen können; 2. Die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen sollte ausreichend sein, um den Gesundheitszustand jener, die solche Dienstleistungen erhalten, verbessern; und 3. Menschen sollten vor finanziellen Risiken geschützt sein und es sollte sichergestellt werden, dass die Kosten dieser in Anspruch genommenen Dienstleistungen niemanden in finanzielle Schwierigkeiten bringen. <p>Die UHC beruht fest auf der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation von 1948, welche die Verwirklichung des bestmöglichen Gesundheitsniveaus als ein Grundrecht aller Menschen betrachtet sowie auf der Erklärung von Alma-Ata (1978) mit dem festgelegten Ziel einer „Gesundheit für alle“. Die UHC erstreckt sich quer durch alle Ziele für nachhaltige Entwicklung in Gesundheitsfragen und bringt Hoffnung auf eine bessere Gesundheit und Schutz der Ärmsten der Welt</p>	<p>World Health Organization. <i>Health financing for universal coverage</i>. Available from: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ [Accessed 15 July 2020].</p>
<p>Leistungsbezogene Zahlungen (Value-based payments bzw. Performance-based payments - PBP)</p>	<p>Leistungsbezogene Zahlungen (PBP): Zahlungen bzw. Finanzierungen, die von messbaren Maßnahmen bzw. von der Erreichung zuvor festgelegter Leistungsziele abhängig sind. Dies kann sich auf einen Geldtransfer durch einen Geber für ein Empfängerland bzw. auf eine Zahlung von Dienstleistern oder Organisationen zur Erlangung von Zielvorgaben beziehen.</p>	<p>WHO, derived from Eichler R. Can “Pay-for-Performance” increase utilization by the poor and improve the quality of health services. Washington, D.C., Center for Global Development, 2006. Available at: www.researchgate.net/publication/250779834_Can_Pay_for_Performance_Increase_Utilization_by_the_Poor_and_Improve_the_Quality_of_Health_Services</p> <p>World Health Organization. <i>Health Systems Strengthening Glossary</i>. Available from: https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html [Accessed 15 July 2020].</p>
<p>Personalplanung</p>	<p>Das Ziel von Personalplanungsprognosen ist es, auf einem finanziell machbaren künftigen Szenario basierende Strategieoptionen zu rationalisieren, wobei die zu erwartende Bereitstellung von Humanressourcen für Gesundheit (Human Resources for Health - HRH) mit den Anforderungen an das Personal innerhalb der Gesamtgesundheitsplanung übereinstimmt. Die Ausarbeitung einer Politik und Strategien im Bereich Humanressourcen für Gesundheit erfordert eine evidenzbasierte Planung zur Rationalisierung von Entscheidungsprozessen. Es gibt eine Reihe von Tools und Ressourcen, um Länder bei der Ausarbeitung eines nationalen strategischen HRH-Plans zu unterstützen.</p>	<p>World Health Organization. <i>Models and tools for health workforce planning and projections</i>. Switzerland: World Health Organization; 2010 Available from: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/models_hrh_planning/en/ [Accessed 15 July 2020].</p>

Danksagungen

Die FDI möchte den Vision 2030-Vorsitzenden der Arbeitsgruppe, Mitgliedern der Arbeitsgruppe sowie den externen Workshop-Teilnehmern für deren wertvolle Mitarbeit an der Ausarbeitung und Überprüfung des Inhalts ihren Dank aussprechen.

Arbeitsgruppe Vision 2030

Gemeinsame Vorsitzende

Prof. Michael Glick

Professor, Department of Oral Diagnostic Sciences
University at Buffalo
State University of New York
New York, USA

Prof. David M. Williams

Professor of Global Oral Health
Institute of Dentistry
Barts and The London School of Medicine and Dentistry
Queen Mary University of London
London, UK

Mitglieder

Prof. Ihsane Ben Yahya

FDI President Elect (Sept 2019–Sept 2021)
FDI World Dental Federation
Professor of Higher Education in Oral Medicine
and Oral Surgery
Faculty of Dentistry
HASSAN II University of Casablanca
Head of Oral Surgery Clinical Department
Consultation Center and Dental Treatment
CHU Ibn Rochd
Casablanca, Morocco

Prof. Stefan Listl

Professor and Chair
Department of Dentistry Quality and Safety of
Oral Health Care
Radboud University – Radboudumc
Nijmegen, the Netherlands
Head of Section for Translational Health Economics
Department of Conservative Dentistry
Heidelberg University Hospital
Heidelberg, Germany

Dr William W. M. Cheung

Vice Chair, FDI Education Committee
FDI World Dental Federation
Adjunct Associate Professor
University of Pennsylvania School of Dental Medicine
Honorary Clinical Associate Professor
University of Hong Kong Faculty of Dentistry
Managing Director
Dr. William Cheung & Associates
Hong Kong SAR, China

Dr Manu Raj Mathur

Head of Health Policy
Additional Professor
Public Health Foundation of India
Gurugram, India
Senior Lecturer
University of Liverpool
Liverpool, UK

Mr Enzo Bondioni

Executive Director
FDI World Dental Federation
Geneva, Switzerland

Peter Mossey

Professor of Craniofacial Development
Associate Dean of Internationalisation
School of Dentistry
University of Dundee
Dundee, UK

Mrs Pam Clark

Officer of the Order of Australia
Ambassador
Association of International Dental Manufacturers Industry
Affairs
Cattani Australasia
Appenzell, Switzerland

Dr Gerhard Konrad Seeberger

FDI President (Sept 2019– Sept 2021)
FDI World Dental Federation
Geneva, Switzerland
Dr. Gerhard & Tommaso Seeberger
Private Dental Practice
Cagliari, Italy

Prof. Hiroshi Ogawa

Head and Professor
Division of Preventive Dentistry
Graduate School of Medical and Dental Sciences
Niigata University
Member of the Public Health Committee
FDI World Dental Federation
Director
WHO Collaborating Centre for Translation of Oral
Health Science
World Health Organization
Niigata, Japan

Dr Michael Sereny

Dental Practitioner
Praxis Dres. Sereny
Hannover, Germany

Workshop-Teilnehmer

Dr Natalia I. Chalmers

Diplomate
American Board of Pediatric Dentistry
Dental Officer
Center for Drug Evaluation and Research Division
Dermatology and Dentistry
U.S. Food and Drug Administration
Silver Spring, USA

Dr Jamie Edelson-Tishman

Chair
Fundación ADM, IAP
Mexico City, Mexico

Siobhan Fitzpatrick

Consultant
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Mr Fred Freedman

Vice President
Member Services
Dental Trade Alliance
Arlington, USA

Prof. Jenny Gallagher

Dean of International Affairs
Newland-Pedley Professor of Oral Health Strategy
Honorary Consultant in Dental Public Health
Faculty of Dentistry
Oral and Craniofacial Sciences
King's College London
London, UK

Dr Chad P. Gehani

ADA President (2020)
American Dental Association
Adjunct Professor
New York University
New York, USA

Dr Jeff Hummel

Medical Director
Healthcare Informatics, Research and
Innovation Division
Comagine Health
Seattle, USA

Prof. Roger Keller Celeste

Associate Professor
Department of Preventive and Social Dentistry
Faculty of Dentistry
Federal University of Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Dr David M. Krol

Medical Director
New Jersey Healthy Kids Initiative
Clinical Associate Professor
Pediatrics and Adjunct Associate Professor
Pediatric Dentistry
The State University of New Jersey
New Brunswick, USA

Prof. Corrado Paganelli

Chair of the Board
International Federation of Dental Educators and
Associations
Dean of the Dental School
University of Brescia
Brescia, Italy

Dr Ave Pöld

Chair of the Advisory Board
International Association of Dental Students
Geneva, Switzerland

Dr Carlos Quinonez

Associate Professor and Program Director
Faculty of Dentistry
University of Toronto
Toronto, Canada

Dr Kristina L Wanyonyi

Clinical Senior Lecturer
Institute of Dentistry
Centre for Dental Public Health and Primary Care
Barts and The London School of Medicine and Dentistry
Queen Mary University of London
London, UK

Prof. Nermin Yamalik

Professor
Department of Periodontology
Faculty of Dentistry
University of Hacettepe
Ankara, Turkey

Die Mitglieder der Vision 2030-Arbeitsgruppe und Workshop-Teilnehmer tragen die alleinige Verantwortung für die in diesem Bericht geäußerten Meinungen und sie geben nicht zwangsläufig die Meinungen, Entscheidungen oder Politik der Institutionen, denen sie angeschlossen sind, wider.

Fallstudien

Die FDI dankt den folgenden Personen für deren Beitrag zum Bericht mittels der Bereitstellung von Fallstudien: **Dr Jeremy Bagg**,; **Dr Rob Beaglehole**, Spokesperson, New Zealand Dental Association, Auckland, New Zealand; and **Dr Swati Nehete**, Senior Clinical Lecturer in Restorative Dentistry, Centre for Teaching and Innovation, Institute of Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK.

FDI-Team

Dr Charanjit Jagait, Communications and Advocacy Director, FDI World Dental Federation
Mrs Tania Séverin, *Consultant, Polyscope Communication*

Unternehmenspartner

Die FDI bedankt sich bei ihren 2020-Unternehmenspartnern für die zur Unterstützung der FDI-Advocacy-Strategie erbrachten nicht-zweckgebundenen Mittel: **GSK, Henry Schein, Ivoclar Vivadent, 3M, and Wrigley Oral Healthcare Program.**



FDI World Dental Federation

Avenue Louis-Casari 51 • 1216 Geneva • Switzerland

+41 22 560 81 50 • info@fdiworlddental.org • www.fdiworlddental.org

©2021 FDI World Dental Federation