

Jugendzahnärztlicher Dienst

Zahngesundheitsbericht 2014



Stadt
Neumünster
Fachdienst Gesundheit

Jugendzahnärztlicher Dienst

Zahngesundheitsbericht 2014

Inhaltsverzeichnis

Kontakt	4
1 Einleitung	5
2 Grundlagen der Untersuchung	7
2.1 Untersuchungsablauf und Dokumentation	7
2.2 Gesetzliche Grundlagen	8
2.3 Definition der Untersuchungskriterien	8
3 Exkurs: Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindex	10
4 Ergebnisse der Kernzielgruppe im Schuljahr 2013/14	11
4.1 Übersichtsdarstellung der Ergebnisse in den Kindertagesstätten, Spielgruppen, Grundschulen, weiterführenden Schulen sowie Förderschulen	11
4.2 Ergebnisse der Grundschulprofile für Erstklässler	12
4.3 Vergleich der Untersuchungsergebnisse in den Kindertagesstätten 2013/14 mit 2010/11 und 2007/08	13
4.4 Vergleich der Untersuchungsergebnisse 2013/14 in Grundschulen Klasse 1 bis 4 mit den Ergebnissen 2010/11 und 2007/08	14
4.5 Vergleich Untersuchungsergebnisse der Grundschul Kinder in Neumünster mit dem Landesdurchschnitt in Schleswig-Holstein	15
4.6 Vergleich der Untersuchungsergebnisse an weiterführenden Schulen	16
5 Gruppenprophylaxe	18
6 Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse von 2013/14	20
7 Diskussion und Empfehlungen	21
7.1 Diskussion der Ergebnisse	21
7.2 Forderungen	23
7.3 Gesundheitsziele	23
Anhang	24
Mitarbeiterinnen	24
Tabelle zum Sozialindex (Stand: 31.12.2015)	24
Literatur/Quellen	25
Impressum	25

Kontakt

Stadt Neumünster
Fachdienst Gesundheit
Dr. Maria Schmidt

Meßtorffweg 8
24534 Neumünster

Telefon (04321) 942-2844
Fax (04321) 942-2800

fachdienst.gesundheit@neumuenster.de

1 Einleitung

»Eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, ist auf gesunde Kinder und Jugendliche angewiesen.«

So heißt es in der Stellungnahme der Kinderkommission des Deutschen Bundestages vom 14.10.2015 zum Thema »Kinder und Gesundheit«. Zahn- und Mundgesundheit sind zweifelsohne ein wichtiger Bestandteil der Allgemeingesundheit des Einzelnen und grundlegende Voraussetzungen für das physische und psychische Wohlergehen der Heranwachsenden.

Als Mittel zur Verbesserung der Zahngesundheit in allen Bevölkerungsschichten kann die Bedeutung der primären Prävention nicht hoch genug eingeschätzt werden. Unter primärer Prävention versteht man das Ausschalten von schädlichen Einflüssen, bevor sie ihre schädliche Wirkung entfalten können. Gerade im Bereich der Zahngesundheit sind erzielte Effekte von Prophylaxemaßnahmen (vgl. griechisch *prophylásson*: von vornherein ausschließen) gut messbar.

Um die Verbreitung der Karieserkrankung bei Kindern und Jugendlichen zu reduzieren, wurde im Jahr 1989 das Sozialgesetzbuch (SGB) V, welches auch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen regelt, um zwei wichtige Paragraphen erweitert: Paragraph 21 verpflichtet die Krankenkassen, gemeinsam mit den in den Ländern für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen und den Zahnärzten flächendeckende Prophylaxemaßnahmen zur Vermeidung von Zahnerkrankungen zu unterstützen. Paragraph 22 regelt den Anspruch der jugendlichen Versicherten auf Leistungen der Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen.

Diese Maßnahmen zeigten Wirkung: Zwischen 1989 und 2005 sank die Anzahl von Zähnen mit Karieserfahrung bei 12-jährigen Jugendlichen deutlich: Hatten im Jahr 1989 die 12-Jährigen noch durchschnittlich 4,1 Zähne mit Karieserfahrung, so waren im Jahr 2005 nur noch durchschnittlich 0,7 Zähne mit Karieserfahrung zu verzeichnen (MICHEELIS & SCHIFFNER 2006). In der Altersgruppe der 6- bis 7-Jährigen ist ein Rückgang von durchschnittlich 2,9 Zähnen mit Karieserfahrung im Schuljahr 1994/95 auf 1,9 Zähne mit Karieserfahrung im Jahr 2009 zu verzeichnen (PIEPER 2009). Deutschlandweit wiesen im Jahr 2009 53,9 % der 6- bis 7-Jährigen ein kariesfreies Gebiss auf (PIEPER 2009).

Auch wenn diese Entwicklung sehr erfreulich ist, so darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Karieslast insgesamt noch zu hoch ist und dass bestimmte soziale Gruppierungen besonders betroffen sind. Immer noch haben wenige Kinder viel Karies. Diese Tendenz ist auch in der Stadt Neumünster zu beobachten. Über die Hälfte der Milchzähne mit Karieserfahrung (55 %) war bei 29 % der Kinder mit Karieserfahrung zu finden.

Der Jugendzahnärztliche Dienst der Stadt Neumünster ist als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes dem Ziel verpflichtet, auf gesunde und gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse der Kinder und Jugendlichen in Neumünster hinzuwirken, gleiche Gesundheitschancen für alle anzustreben und die gesundheitliche Eigenverantwortung und Urteilsfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, vgl. hierzu Paragraph 1 Gesundheitsdienstgesetz (GDG) des Landes Schleswig-Holstein.

Um die vorhandenen Ressourcen in den Bereichen mit dem höchsten Betreuungsbedarf einzusetzen, wurde in den Rahmenvereinbarungen zwischen dem Land Schleswig-Holstein, den gesetzlichen Krankenkassen und der Stadt Neumünster eine Kernzielgruppe für die Maßnahmen

zur Verbesserung der Zahngesundheit festgelegt. In Neumünster sind dies die Kindertagesstätten, die Grundschulen, die Förderschulen und einige weiterführende Schulen. Durch die Auswertung der jährlichen Reihenuntersuchungen durch die Jugendzahnärztinnen werden die Einrichtungen mit hohem Kariesrisiko ermittelt und so die Kernzielgruppe überprüft.

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe werden in den Einrichtungen mit hohem Kariesrisiko durch die Mitarbeiterinnen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (AGJ) Neumünster verstärkt durchgeführt. Auch Kinder, die nicht durch die Initiative ihrer Eltern eine Zahnarztpraxis aufsuchen, können so aufgeklärt und betreut werden.

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden die Untersuchungsergebnisse aus dem Schuljahr 2013/14 mit den Daten des letzten Berichtes aus dem Schuljahr 2010/11 verglichen. Die im letzten Bericht formulierten Gesundheitsziele werden überprüft, neue Ziele werden formuliert.

Im Bericht von 2010/11 wurde das Ziel formuliert, bis zum Jahr 2015 bei mindestens 50 % der Erstklässler ein kariesfreies Gebiss zu erreichen. In den Gebieten mit besonders hoher sozialer Belastung sollte der Anteil der Erstklässler mit naturgesundem Gebiss weiter erhöht werden.

Die große Anzahl an Einrichtungen in Neumünster mit hohem Betreuungsbedarf fordert großes Engagement aller Beteiligten bei der Aufklärung sowie einen erhöhten Zeitaufwand, um die Bereitschaft zur Eigeninitiative zur Vermeidung und Heilung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bei Eltern und Kindern zu erhöhen.

2 Grundlagen der Untersuchung

2.1 Untersuchungsablauf und Dokumentation

Die vom Jugendzahnärztlichen Dienst der Stadt Neumünster durchgeführten Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen haben zweifachen Charakter: Da sie flächendeckend und zur Ermittlung des Betreuungsbedarfes ausgeführt werden, handelt es sich um Reihenuntersuchungen. Für das einzelne Kind aber bedeutet der Kontakt mit der Jugendzahnärztin eine Vorsorgeuntersuchung. Die Jugendzahnärztinnen suchen den persönlichen Kontakt zum Kind und zu den Eltern. Sie bieten Beratung an und stehen als Gesprächspartnerinnen zur Verfügung. Ziel ist es, bei Eltern und Kindern eventuell vorhandene Ängste abzubauen und zum regelmäßigen Besuch einer Zahnarztpraxis zu motivieren.

Der Besuch der Jugendzahnärztin wird in der jeweiligen Einrichtung durch Elterninformation angekündigt. Die Untersuchungen werden mit standardisierten Methoden (Halogenspotlampe, zahnärztliches Untersuchungsbesteck) unter den Bedingungen vor Ort unter Beachtung der Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI) durchgeführt. Um die Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse zu gewährleisten, müssen die untersuchenden Zahnärzte und Zahnärztinnen an einer Kalibrierung teilnehmen.

In Schulen werden überwiegend Einzeluntersuchungen durchgeführt. In den Kitas werden die Kinder von der Jugendzahnärztin und der zahnmedizinischen Fachangestellten sowie der Handpuppe Alex spielerisch auf die Untersuchung vorbereitet und erhalten altersgerechte Informationen zum Thema Zähneputzen und Zuckerkonsum. Die Untersuchungen finden dann in kleinen Gruppen statt, wobei das zu untersuchende Kind mit dem Rücken zu den wartenden Kindern sitzt. Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen werden diagnostiziert, auch wird die Effizienz der Mundhygiene beurteilt. Sämtliche Befunde werden von der Zahnärztin angesagt und von der zahnmedizinischen Fachangestellten mit einem speziell für Jugendzahnärztliche Dienste entwickelten Programm auf einem Laptop erfasst.

Das Untersuchungsergebnis wird den Eltern schriftlich mitgeteilt. Immer wird der halbjährliche Kontrollbesuch beim Hauszahnarzt empfohlen. Bei Kieferfehlstellungen wird ein Beratungstermin beim Kieferorthopäden angeraten. Wenn erforderlich, wird die Versiegelung von bleibenden Molaren (Backenzähnen) und eine Verbesserung der Mundhygiene angeraten. Bei Behandlungsbedarf aufgrund von Karies oder Zahnfleischerkrankungen wird eine Behandlungsaufforderung ausgesprochen.

Der Behandlungsaufforderung wird leider nicht immer Folge geleistet. Es gibt eine große Anzahl von Kindern, die trotz einer, bzw. mehrerer Aufforderungen (persönliches, individuelles Anschreiben an die Eltern, Telefonate) über Jahre nicht zahnärztlich behandelt werden, was in zahlreichen Fällen zu einer dramatischen Verschlechterung der Mundgesundheit führt. In diesen Fällen ist ggf. eine Zusammenarbeit mit dem Amt für soziale Dienste (ASD) notwendig, um eine Behandlung zu erreichen, teilweise auch mit richterlicher Unterstützung. Bei besonders auffälligen Befunden (Kinder mit Kariesrisiko - Definition Kariesrisiko siehe Tabelle 1 auf Seite 9) werden Informationsbroschüren, die auch in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, mitgegeben. Die Mitgabe von Informationsmaterial wird dokumentiert. Auch Bildbroschüren, die ohne Text zahngesundes Verhalten erklären, sind vorhanden. Alle Kinder dieser Zielgruppe werden mindestens einmal im Jahr untersucht. An Schulen mit besonders hohen Kariesrisikowerten erfolgen Nachuntersuchungen in dem jeweiligen Schuljahr.

Mit Hilfe einer EDV-gestützten Datenauswertung wird für jede Einrichtung ein Risikowert ermittelt. In den Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko wird selektiv die Prävention verstärkt. Hier wird intensiver über die Wichtigkeit der Mundhygiene und die gesunde Ernährung aufgeklärt. Praktische Putzübungen und altersgerechte theoretische Lerneinheiten werden hier von den Prophylaxefachkräften der Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (AGJ) häufiger durchgeführt. Zusätzlich werden spezielle Intensiv-Fluoridierungsmaßnahmen angeboten.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Schleswig-Holstein sieht in § 3 Abs. 1 in Verbindung mit § 6 Gesundheitsdienstgesetz (GDG) die Gesundheitsberichterstattung (GBE) als verpflichtende Selbstverwaltungsaufgabe vor. Deshalb ist für den Jugendzahnärztlichen Dienst eine vergleichende Berichterstattung alle drei Jahre vorgesehen. Mit dem § 21 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung wurden ab 1989 die gesetzlichen Voraussetzungen für den weiteren Ausbau der Präventionsarbeit geschaffen.

Im § 21 Abs. 1 SGB V (Gruppenprophylaxe) heißt es: *»Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken.*

In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollen die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnbefundes, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.«

Diesen gesetzlichen Auftrag des präventiven Zusammenwirkens erfüllen in der Stadt Neumünster drei Partner: Die Krankenkassen ermöglichen die Durchführung der Gruppenprophylaxe durch die Finanzierung der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (AGJ) in Neumünster, die niedergelassenen Zahnärzte führen die Maßnahmen der Individualprophylaxe (vgl. Seite 5; § 22 SGB V) durch und die Stadt Neumünster beschäftigt die Jugendzahnärztin und zahnmedizinische Fachangestellte und stellt Räume im Fachdienst Gesundheit zur Verfügung.

2.3 Definition der Untersuchungskriterien

Naturgesundes Gebiss: Milchgebiss und bleibendes Gebiss sind kariesfrei. Es dürfen keine Füllungen vorliegen. Behandelte Zahnschäden als Unfallfolge beeinflussen den Status naturgesund nicht.

Saniertes Gebiss: Eine Behandlung der kariös erkrankten Zähne ist abgeschlossen. Diese kann durch Entfernen der Karies und anschließende Versorgung mit Füllungen oder durch Entfernen der erkrankten Zähne erreicht werden. Als saniert gelten auch von Karies befreite, nicht gefüllte Milchzähne, die als Platzhalter für das bleibende Gebiss dienen.

Behandlungsbedürftiges Milchgebiss: Die notwendige Behandlung hat noch nicht begonnen, bzw. die Sanierung der kariös erkrankten Milchzähne ist nur teilweise durchgeführt.

Behandlungsbedürftiges bleibendes Gebiss: Die notwendige Behandlung der bleibenden Zähne hat noch nicht begonnen, bzw. ist nicht zu Ende geführt.

Die verwendeten Parameter naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert sind nach den landeseinheitlichen Untersuchungskriterien beschrieben. Das Kriterium Behandlungsbedürftig reicht von Kindern mit sehr vielen kariösen Zähnen bis zu Kindern mit weitgehend sanierten Gebissen und einem defekten Zahn. Die Aussage dieses Parameters hat daher nur Übersichtscharakter. Der Sanierungsgrad der Zähne steigt mit dem Alter der Kinder. Ebenso verhält es sich mit dem Parameter naturgesund: Eine kleine Füllung, bzw. eine kleine Karies verhindert den Status naturgesund.

Kariesrisiko: Definition nach DAJ (Deutsche Gesellschaft zu Förderung der Jugendzahnpflege)	
Kinder bis 3 Jahre	1 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne
4-jährige Kinder	3 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne
5-jährige Kinder	5 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne
6- und 7-jährige Kinder	6 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne oder 1 oder mehr kariöse bleibende Zähne
8- und 9-jährige Kinder	8 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne oder 2 oder mehr kariöse bleibende Zähne
10- bis 12-jährige Kinder	1 und mehr bleibende Zähne mit Karies an Glattflächen oder am Kontaktpunkt zum Nachbarzahn

Tab. 1 Definition Kariesrisiko

Der Zahnstatus mit seinen drei Parametern naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert ermöglicht nur eine grobe Bewertung des Gebisszustandes. Mit Hilfe der dmf(t)/DMF(T)-Werte können genauere Aussagen über den Zahngesundheitszustand getätigt werden. Der dmf(t)-Wert (Milchgebiss) bzw. DMF(T)-Wert (bleibendes Gebiss) ist ein internationaler Index für die Summe kariöser, gefüllter oder bereits wegen Karies entfernter Zähne. Die englischen Abkürzungen bedeuten: d = Decayed (kariös), m = Missing (fehlend), f = Filled (gefüllt), t = Teeth (Zähne). Je kleiner die dmf(t)- bzw. DMF(T)-Werte sind, desto besser ist die Zahngesundheit. Als Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko gelten diejenigen, deren dmf(t)/DMF(T)-Werte einen für ihre jeweilige Altersgruppe festgelegten Grenzwert überschreiten (siehe auch Definition Kariesrisiko auf dieser Seite).

Der DMF(T)-Wert ist hier nur erwähnt, Schwerpunkt dieses Berichtes sind die Vergleiche der Parameter naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert vom Schuljahr 2013/14 mit denen von 2010/11.

Allerdings können mit Hilfe der dmf(t)-, bzw. DMF(T)-Werte Aussagen über die Verteilung der Karies gemacht werden (siehe Einleitung). Aus dem Schuljahr 2013/2014 konnte mit Hilfe der dmf(t) – Werte ermittelt werden, dass 55 % der kariösen Milchzähne von Erstklässlern bei 29 % dieser Kinder zu finden ist.

3 Exkurs: Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindex

Im aktuellen Zahngesundheitsbericht 2014 zeigt sich erneut, dass die Mundgesundheit der untersuchten Kinder in den Bezirken mit einer höheren sozialen Belastung im Mittel schlechter einzustufen ist als in den Bezirken mit einer niedrigeren sozialen Belastung, siehe hierzu auch die Zahngesundheitsberichte 2008 und 2011.

Um im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung ortsbezogene Aussagen treffen zu können und um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von 2014 mit den Zahngesundheitsberichten von 2011 und 2008 zu gewährleisten, wurden die sechzehn Bezirke der Stadt Neumünster in ein Kern- und ein Randgebiet aufgeteilt. So wurden aus den Bezirken mit einem größeren Sozialindex (höhere soziale Belastung) und aus den Bezirken mit einem kleineren Sozialindex (geringere soziale Belastung) die Gebiete Kern und Rand festgelegt.

Grundlage für die Aufteilung war die Annahme, dass ein messbarer Zusammenhang zwischen der sozialen Belastung in einem Bezirk und dem Gesundheitszustand der dort lebenden Bevölkerung besteht.

Abbildung 1 veranschaulicht dieses dadurch, dass Bezirke mit einer hohen sozialen Belastung hellgrün markiert wurden. Umgekehrt haben dunkelgrün markierte Bezirke eine geringere soziale Belastung. Kern- und Randgebiet sind willkürliche Bezeichnungen und sollen eine Veranschaulichung ihrer Lage innerhalb der Stadt vermitteln, wie aus Abbildung 1 ersichtlich wird.

Der Sozialindex eines Bezirkes berechnet sich aus den standardisierten Werten des Sozialhilfebezuges, der Arbeitslosigkeit und des Wohngeldbezuges im Verhältnis zur jeweiligen Einwohnerzahl und der gesamten Einwohnerzahl in Neumünster. Eine Auflistung der einzelnen Parameter, die zur Berechnung des Sozialindex führten, finden Sie im Anhang auf Seite 24.

Vergleiche in Bezug auf die Mundgesundheit zwischen Kern- und Randgebiet beschränken sich auf die Kinder in den Grundschulen (1. bis 4. Klasse) und in den Kindertagesstätten, da hier eine wohnortnahe Unterbringung am wahrscheinlichsten ist.

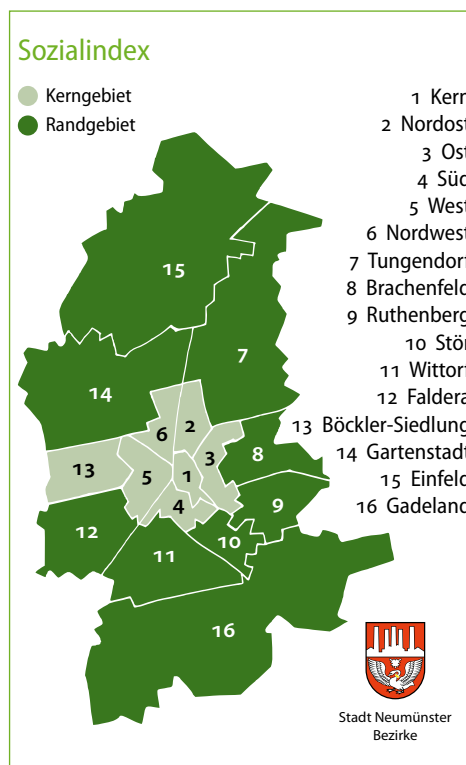


Abb. 1 Sozialindex Neumünster

4 Ergebnisse der Kernzielgruppe im Schuljahr 2013/14

4.1 Übersichtsdarstellung der Ergebnisse in den Kindertagesstätten, Spielgruppen, Grundschulen, weiterführenden Schulen sowie Förderschulen

Insgesamt zeigt der Vergleich der untersuchten Kinder der Schuljahre 2007/08, 2010/11 und 2013/14, dass die Anzahl der untersuchten Kinder sich auf einem gleichbleibend hohen Niveau befindet. Der Anstieg der Schülerzahlen der Klassen 5 bis 9 ist bedingt durch die Schulreform, vgl. Kapitel 4.6 auf Seite 16.

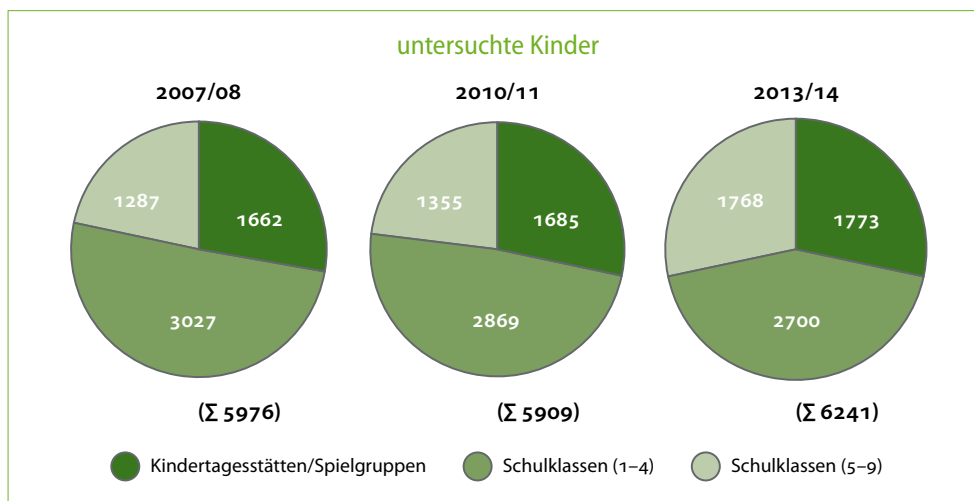


Abb. 2 untersuchte Kinder in den Schuljahren 2007/08, 2010/11 und 2013/14

Die Vorgabe der Kernzielgruppe für Neumünster betrug im Schuljahr 2013/14 laut Rahmenvereinbarungen 5992 Kinder und Jugendliche. Diese Vorgabe ergibt sich aus der Anzahl der in den Einrichtungen gemeldeten Kindern, abzüglich 10 %, da – bedingt durch Krankheit, Ängstlichkeit, Verweigerung oder Entschuldigung durch die Eltern – nie alle Kinder an den Untersuchungen teilnehmen.

Es wurden 32 Kindergärten und Spielgruppen, 12 Grundschulen, 6 weiterführende Schulen und 3 Förderschulen aufgesucht. In der Waldorfschule und den Waldorf-Kitas war unser Besuch auch im Schuljahr 2013/14 nicht erwünscht. Insgesamt wurden 6241 Untersuchungen durchgeführt (siehe auch Abbildung 2); das entspricht 104 % der Vorgabe laut Rahmenvereinbarungen. Laut Kindertagesstättenbedarfsplanung wurden in Neumünster zum Stichtag 31.12.2013 2104 Kinder im Alter von 3 bis unter 6,5 Jahren gezählt. In Kitas oder Spielgruppen befanden sich laut Belegung 2083 Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren. Um die Vergleichbarkeit mit den anderen Gesundheitsberichten zu gewährleisten und aufgrund der Definition der Kernzielgruppe, wurden hier ausschließlich die 3- bis 6-jährigen Kinder berücksichtigt. 1773, also 85,2 % der 3- bis 6-jährigen Kinder in den Kitas oder Spielgruppen wurden untersucht. Es ist anzunehmen, dass mehr als 84 % der Kinder dieser Altersgruppe in Neumünster untersucht wurden.

Es wurden 2700 Schulkinder der Klassen 1 bis 4 untersucht. An den aufgesuchten Schulen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 2789 Kinder gemeldet, das entspricht einem Untersuchungsgrad von 97 %. An den aufgesuchten weiterführenden Schulen und den Förderschulen wurden von 1972 gemeldeten Schulkindern insgesamt 1768 Kinder der Klassen 5 bis 9 untersucht. Das entspricht einem Untersuchungsgrad von 90 %.

Von 6844 Kindern ab 3 Jahren, die sich im Schuljahr 2013/14 in den obengenannten Einrichtungen befanden, wurden 6241 (91 %) von den Jugendzahnärztinnen des Fachdienstes Gesundheit untersucht. An 2 Schulen mit besonders hohen Kariesrisikowerten erfolgten zudem 218 Nachuntersuchungen.

4.2 Ergebnisse der Grundschulprofile für Erstklässler

In Anlehnung an das Mundgesundheitsziel der WHO von 2010, bei 50 % der 5- bis 6-jährigen Kinder naturgesunde Gebisse zu erreichen, wurde für Neumünster das Ziel formuliert, bis zum Jahr 2015 50 % der Erstklässler, das sind 6- bis 7-jährige Kinder, als naturgesund zu erfassen. Dieses Ziel wurde im Schuljahr 2013/14 nicht erreicht.

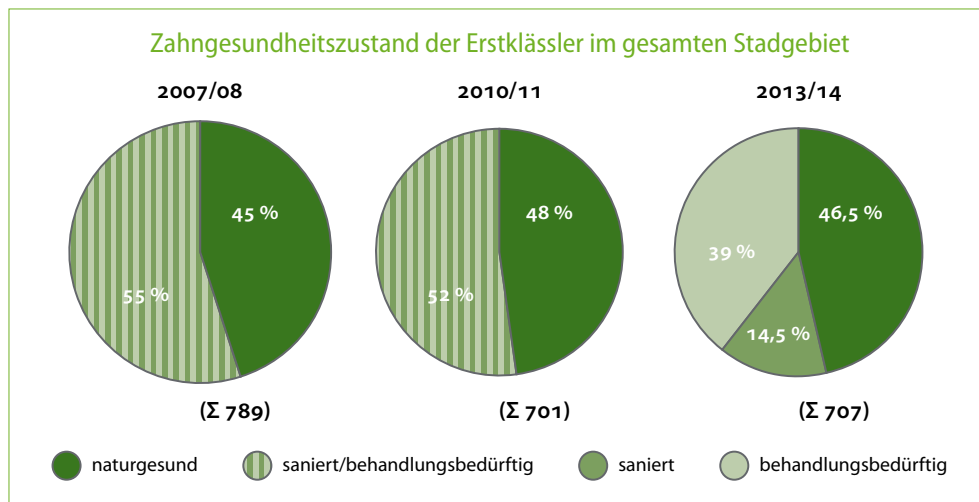


Abb. 3 Zahngesundheitszustand der Erstklässler im gesamten Stadtgebiet

Die Abbildung 3 auf Seite 12 gibt eine Übersicht über die Untersuchungsergebnisse bei Erstklässlern der Grundschulen im gesamten Stadtgebiet im Vergleich mit den Erhebungsdaten aus den Jahren 2007/08 und 2010/11. Die Anzahl der Erstklässler mit naturgesunden Gebissen ist von 48 % im Schuljahr 2010/11 auf 46,5 % im Schuljahr 2013/14 leicht gesunken, im Vergleich

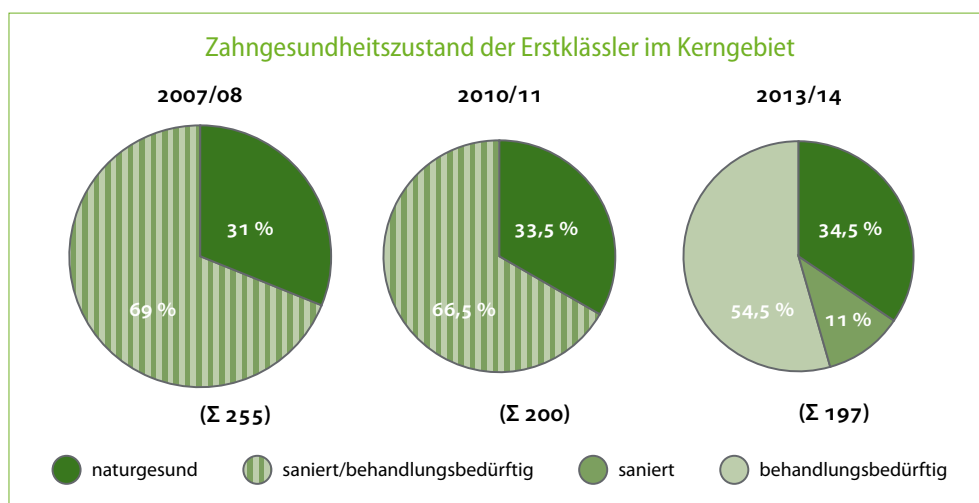


Abb. 4 Zahngesundheitszustand der Erstklässler im Kerngebiet

mit dem Schuljahr 2007/08 aber leicht angestiegen. Sanierte Zähne hatten 14,5 % der Erstklässler, während bei 39 % ein Behandlungsbedarf bestand.

Die Unterschiede in der Anzahl der naturgesunden Gebisse zwischen Kerngebiet und Randgebiet sind sehr deutlich: Dem Anteil naturgesunder Gebisse im Kerngebiet von 34,5 % stehen im Randgebiet 51 % naturgesunde Gebisse gegenüber. Auch bei Behandlungsbedürftigkeit und Sanierungsgrad werden Unterschiede deutlich: Während im Kerngebiet 54,5 % der Erstklässler behandlungsbedürftige Zähne hatten, waren es im Randgebiet 33,5 %. Sanierte Zähne hatten im Randgebiet 15,5 %, im Kerngebiet waren es 11 % (Abb. 4 und Abb. 5).

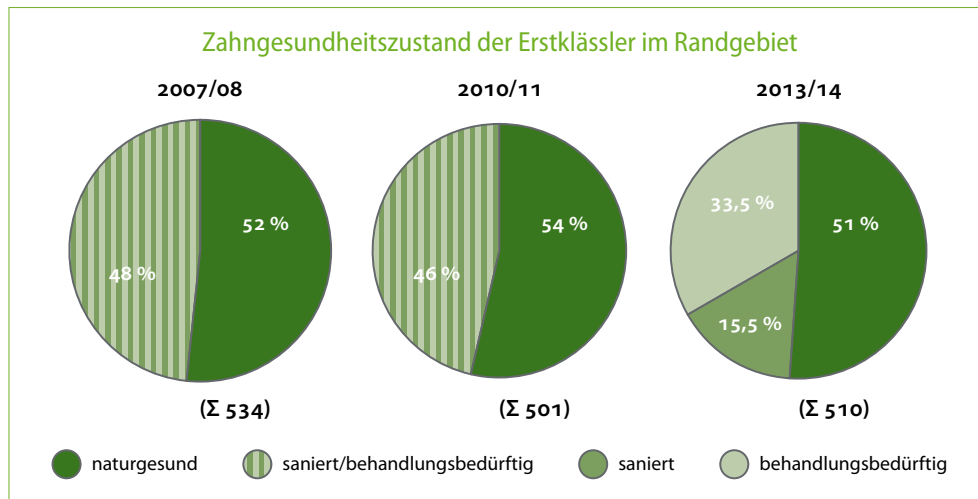


Abb. 5 Zahngesundheitszustand der Erstklässler im Randgebiet

Die im letzten Zahngesundheitsbericht formulierten Gesundheitsziele für 2010 konnten in Neumünster auch im Schuljahr 2013/14 nicht erreicht werden. Weitere Anstrengungen sind sowohl im Kern- als auch im Randgebiet nötig, um die Mundgesundheit der Erstklässler zu verbessern.

4.3 Vergleich der Untersuchungsergebnisse in den Kindertagesstätten 2013/14 mit 2010/11 und 2007/08

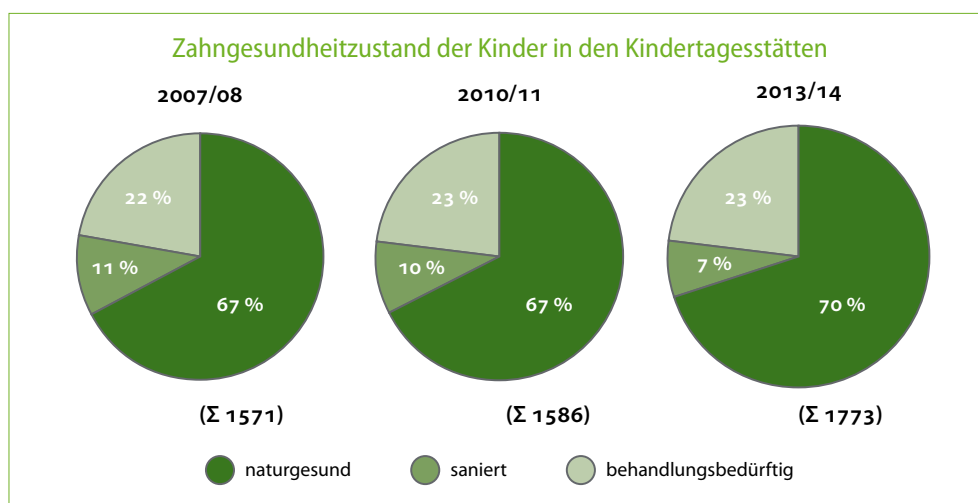


Abb. 6 Zahngesundheitszustand der Kinder in den Kindertagesstätten

Abbildung 6 auf Seite 13 zeigt Untersuchungsergebnisse der Kindertagesstätten und Spielgruppen im Schuljahr 2013/14 im Vergleich zu den Ergebnissen aus 2010/11 und 2007/08.

Im Schuljahr 2013/14 wurden 1773 Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren untersucht. Davon hatten 1242 Kinder (70 %) ein naturgesundes Gebiss, bei 404 Kindern (23 %) bestand Behandlungsbedarf und 127 Kinder (7 %) hatten sanierte Zähne. Auch bei den Kindertagesstätten ergeben sich Unterschiede zwischen dem Randgebiet und dem Kerngebiet mit hoher sozialer Belastung. Naturgesunde Zähne hatten im Randgebiet 76 % der Kita-Kinder, im Kerngebiet waren es nur 62 %. Behandlungsbedürftige Zähne hatten im Kerngebiet 30 %, im Randgebiet lag die Behandlungsbedürftigkeit nur bei 17 % (siehe Abbildungen 6 und 7).

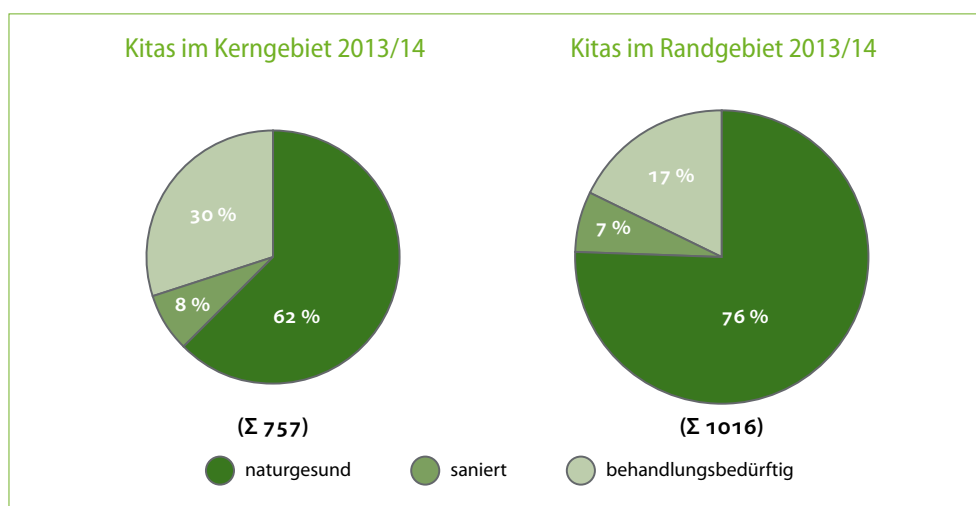


Abb. 7 Vergleich Kita-Kinder im Kern- und Randgebiet

Da im Rahmen der Inklusion eine zunehmende Anzahl von Kindertagesstätten integrative Gruppen haben, wurden im Unterschied zur Gesundheitsberichterstattung aus 2010/11 auch die Kinder in integrativen Kitas erfasst. Im Schuljahr 2010/11 waren 99 Kinder in zwei integrativen Kitas untergebracht. Davon hatten 58 Kinder (59 %) ein naturgesundes Gebiss. Im Schuljahr 2013/14 waren in diesen beiden Kitas 102 Kinder untergebracht. Davon hatten 76 (75 %) ein naturgesundes Gebiss.

Der Anteil der 3- bis 6-jährigen Kinder in Kindertagesstätten mit naturgesundem Gebiss ist im Schuljahr 2013/14 auf 70 % gestiegen.

Obwohl in 2010/11 die beiden integrativen Kitas nicht berücksichtigt wurden, ist ein Vergleich mit 2010/11 möglich, da der Anteil der in 2010/11 nicht berücksichtigten Kinder nur ca. 5 % beträgt (102 Kinder in den in 2010/11 nicht berücksichtigten integrativen Kitas von 1773 untersuchten 3- bis 6-jährigen Kindern in den Kitas insgesamt).

4.4 Vergleich der Untersuchungsergebnisse 2013/14 in Grundschulen Klasse 1 bis 4 mit den Ergebnissen 2010/11 und 2007/08

In der Gruppe der Grundschul Kinder der Klassen 1 bis 4 waren an den Grundschulen 2789 Kinder gemeldet. Es wurden 2700 Kinder untersucht, das entspricht einem Untersuchungsgrad von 97 %. Der überwiegende Teil dieser Kinder ist zwischen 6 und 11 Jahre alt und befindet sich im

Zahnwechsel. Da dieser individuell sehr unterschiedlich abläuft, bietet sich ein eher inhomogenes Bild bei den Untersuchungsergebnissen. Deswegen wurden bei den Untersuchungen 2010/11 ab der Klassenstufe 3 nur noch behandlungsbedürftige Zähne dokumentiert. Zähne, die kurz vor der Exfoliation (dem Herausfallen) standen, wurden nicht erfasst. Auch Zähne, die wegen Karies verloren gegangen waren (missing), wurden nicht erfasst, da in diesem Fall keine Behandlungsbedürftigkeit vorlag.

Ab dem Schuljahr 2011/12 wurden als Teil der Rahmenvereinbarungen Untersuchungsstandards festgelegt, die eine vollständige Erhebung des Milchzahnbefundes bis zur 4. Klasse vorsehen. Nach diesen Standards wurden die Untersuchungen auch im Schuljahr 2013/14 durchgeführt.

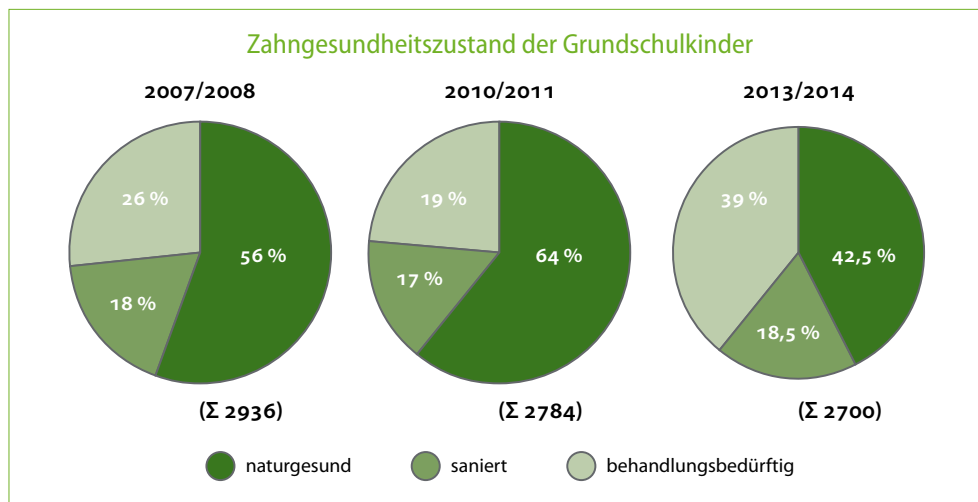


Abb. 8 Zahngesundheitszustand der Grundschul Kinder (Klassen 1 bis 4)

Abbildung 8 zeigt, dass in den Grundschulklassen 1 bis 4 von 2639 Kindern 1119 (42 %) naturgesunde, 1032 (39 %) behandlungsbedürftige und 488 (19 %) sanierte Zähne haben. Die große Differenz beim Prozentsatz der naturgesunden Gebisse im Vergleich zu 2010/11 (42 % naturgesunde Gebisse in 2013/14 gegenüber 64 % in 2010/11) ergibt sich aus der Tatsache, dass gemäß der Neufestlegung der Untersuchungsstandards in 2013/14 auch in den Klassenstufen 3 und 4 ein vollständiger Milchzahnbefund erhoben wurde.

4.5 Vergleich Untersuchungsergebnisse der Grundschul Kinder in Neumünster mit dem Landesdurchschnitt in Schleswig-Holstein

Ein Vergleich der in einem Untersuchungszeitraum von 2012 bis 2015 erhobenen Daten, zeigt dass die Anzahl der Erstklässler mit naturgesunden Zähnen in Neumünster um 12 % geringer ist als im Landesdurchschnitt: Im Landesdurchschnitt hatten 59 % der Erstklässler naturgesunde Zähne, während es in Neumünster nur 47 % waren (siehe auch Abbildung 9).

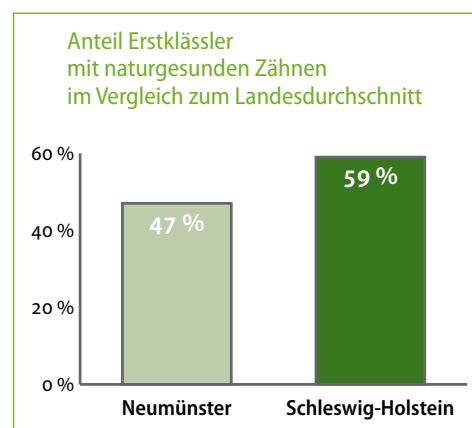


Abb. 9 Vergleich Erstklässler mit Landesdurchschnitt

Die Untersuchungsdaten zu bestimmten Fragestellungen (die sogenannten Risikoprofile z. B. Grundschulkindern, Erstklässler, Kita-Kinder) werden für Schleswig-Holstein über einen Zeitraum von drei Jahren (hier 2012 bis 2015) erhoben. Grund dafür ist, dass in den Flächenkreisen nicht alle Einrichtungen einmal pro Schuljahr erreicht werden können. So erklären sich die Unterschiede zu den Ergebnissen aus dem Schuljahr 2013/14, z. B. 46,5 % naturgesunde Zähne bei Erstklässlern im Vergleich zu 47 % bei den für den Landesvergleich von 2012 bis 2015 erhobenen Daten.

Auch bei der Behandlungsbedürftigkeit bei Grundschulkindern der Klassen 1 bis 4 zeigt sich, dass der Zahngesundheitszustand dieser Gruppe schlechter ist als der Landesdurchschnitt: Während im Landesdurchschnitt 19 % der Grundschulkindern ein behandlungsbedürftiges Gebiss haben, sind es in Neumünster 35 % (siehe Abbildung 10).

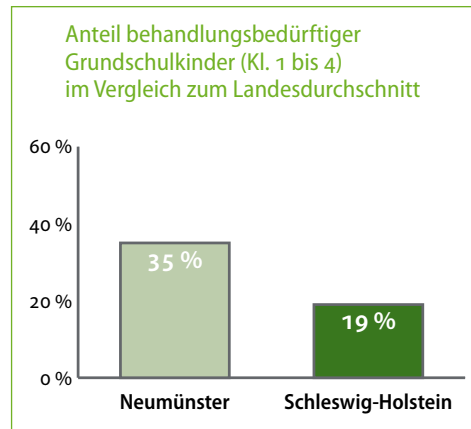


Abb. 10 behandlungsbedürftige Grundschulkindern

4.6 Vergleich der Untersuchungsergebnisse an weiterführenden Schulen

Mit Inkrafttreten der Schulreform 2010 zur Zusammenfassung von Haupt- und Realschulen zu Regionalschulen wurden im Schuljahr 2010/11 letztmalig Hauptschulen aufgesucht. Die zum Schuljahr 2014/15 gültige Schulreform führte nunmehr zu einem zweigliedrigen Schulsystem, bei dem auf die Grundschule nur noch zwei Schularten, nämlich Gemeinschaftsschule oder Gymnasium folgen.

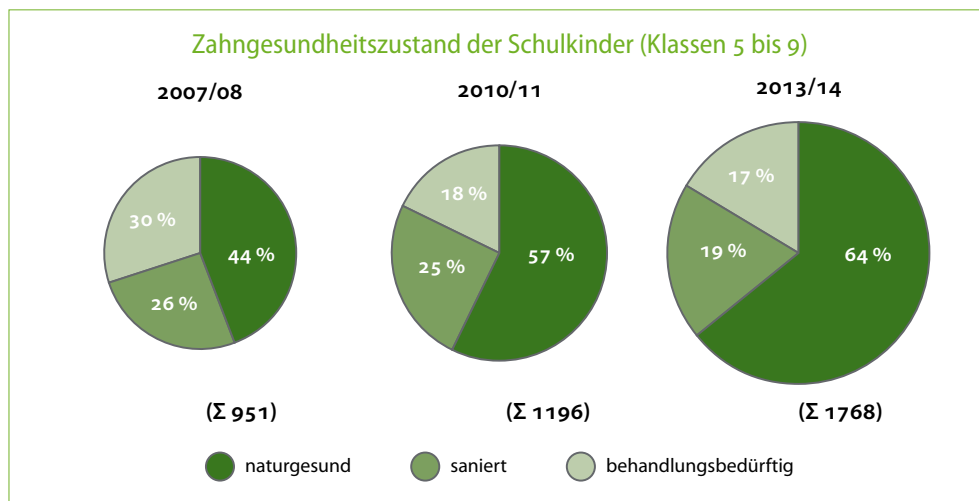


Abb. 11 Zahngesundheitszustand der Schulkinder an weiterführenden Schulen (Klassen 5 bis 9)

Durch diese Umstrukturierung erklärt sich auch die gestiegene Anzahl der untersuchten Kinder seit dem Schuljahr 2007/08. Die Schülerzahlen an den aufgesuchten Schulen sind durch ihre Überführung von zunächst in Regional- und später (2013/14) in Gemeinschaftsschulen gestiegen. Zudem wurde eine weiterführende Schule mehr untersucht.

Allerdings muss beachtet werden, dass an den Schulstandorten, die als Schulform jetzt die Gemeinschaftsschule aufweisen, auch Kinder untersucht wurden, die diese Standorte vorher nicht besucht haben.

Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist deshalb nur bedingt gegeben, obwohl – unabhängig von der Schulbezeichnung – im Schuljahr 2013/2014 die gleichen Schulstandorte aufgesucht wurden.

Im Schuljahr 2013/2014 wurden von den 1972 an 6 weiterführenden Schulen gemeldeten Kindern und Jugendlichen der Klassen 5 bis 9 1768 untersucht (Untersuchungsgrad 90 %). 1137 (64 %) der Schülerinnen und Schüler hatten ein naturgesundes Gebiss, bei 342 (19 %) waren die Zähne saniert und bei 289 (17 %) der Schülerinnen und Schüler wurde ein Behandlungsbedarf festgestellt.

Der Anteil der naturgesunden Gebisse in dieser Altersgruppe beträgt 64 % und dient als Richtgröße für die nächste vergleichende Gesundheitsberichterstattung.

5 Gruppenprophylaxe

Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Stadt Neumünster e. V. (AGJZP) wurde im Jahr 1995 gegründet und hat das Ziel, die Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Neumünster zu verbessern. Mitglieder der AGJZP sind Vertreter der örtlichen Krankenkassen, Vertreter der in Neumünster niedergelassenen Zahnärzte und Vertreter der Stadt.

Die Finanzierung der AGJZP wird hauptsächlich von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Der Beitrag der Stadt besteht in der Finanzierung der anteiligen Personalkosten (Zahnärztin, Zahnarzthelferin) sowie in der Bereitstellung von Räumlichkeiten im Gesundheitsamt der Stadt Neumünster. Der Vorsitz und die Geschäftsführung der AG werden von der Jugendzahnärztin im Gesundheitsamt wahrgenommen. In den Jahren 2013 und 2014 wurden der AG von den gesetzlichen Krankenkassen 51.088 € pro Jahr zur Verfügung gestellt. Aus diesen Mitteln wurden 4 Prophylaxefachkräfte mit insgesamt 43 Wochenstunden beschäftigt. Außerdem wurden davon Zahnputzmaterialien, Arbeitsmittel und Sonderaktionen finanziert. Im Jahr 2013 wurde eine Prophylaxehöhle angeschafft: In einem lichtundurchlässigem Zelt wird nach dem Anfärben der Zähne mit Hilfe von Schwarzlicht der Zahnbelag (*Plaque*) sichtbar gemacht. So sehen die Kinder, wo noch besser geputzt werden muss.

Die wichtigsten gruppenprophylaktischen Maßnahmen sind die praktischen Zahnputzübungen mit den Kindern. Die theoretische Prophylaxe wird altersgerecht vermittelt, in den Kitas in spielerischer Form, z. B. durch Bastelarbeiten, Aufführung von Puppentheater, Angstabbau am Zahnarztstuhl oder Demonstration eines gesunden Frühstücks. Hierbei werden bewusst auch die Erzieherinnen als Multiplikatoren mit eingebunden.

In den Schulen werden Unterrichtseinheiten durchgeführt, die auch praktische Übungen enthalten, wie z. B. Arbeiten mit Styropor-Zähnen, um die Entstehung der Karies oder die Wirkung von Fluoriden zu demonstrieren (Eiertest). Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der altersgerech-

Eiertest:

Der Eiertest ist ein Säure-Schutz-Test und demonstriert die Wirkungsweise von Säure und Fluoriden.

Die Eierschale hat eine ähnliche Zusammensetzung wie der Zahnschmelz: Beide enthalten Kalzium-Mineralien. Beim Eiertest wird ein Ei in eine Essiglösung gegeben. So wie die durch Kariesbakterien gebildete Säure den Zahnschmelz auflöst, so entzieht die Essigsäure der Eierschale die Kalzium-Mineralien. Durch diesen chemischen Vorgang entsteht CO₂, das durch kleine Gasbläschen an der Eierschale sichtbar wird.

Legt man das Ei circa vier Minuten in eine Fluoridlösung und dann wieder in die Essiglösung, so entstehen an der Oberfläche keine Gasbläschen mehr. So wie das Fluorid die Eierschale schützt, so härtet es auch den Zahnschmelz und schützt ihn vor weiteren Säureangriffen der Kariesbakterien.

ten Wissensvermittlung von Mundhygiene, Kariesentstehung und Kariesvermeidung, Schutz der Zähne mit Fluoriden und vor allem gesunder Ernährung. Mit viel Kreativität und Engagement von Seiten der Mitarbeiterinnen werden diese Inhalte immer wieder neu verpackt, um sie interessant zu gestalten. Auch hier werden die Lehrkräfte als Multiplikatoren mit eingebunden.

Ziel ist, die Eigenverantwortung der Kinder zu stärken und zu vermitteln, dass sie selbst ihre Gesundheit durch konsequentes Handeln fördern können.

Insgesamt wurden 5356 Kinder mit Prophylaxemaßnahmen erreicht. 682 Kinder haben am Fluoridierungsprogrammteilgenommen und erhielten bis zu 4 Anwendungen. Diese Maßnahmen erfordern die Einverständniserklärung der Eltern und sind mit hohem zeitlichen und personellen Aufwand verbunden.

In jedem Jahr werden zusätzlich Sonderveranstaltungen durchgeführt, an denen die Kinder viel Spaß und Freude haben und die gleichzeitig die Motivation zu besserer Mundhygiene und gesunder Ernährung erhöhen sollen.

Großer Wert wird in Neumünster auf die Aufklärung der Eltern zum Thema Mundgesundheit bei Kindern gelegt. Das Projekt der morgendlichen Aufklärung der Eltern, wenn sie ihre Kinder in den Kindergarten bringen, wurde konsequent weitergeführt. Die Prophylaxefachkräfte informieren an einem Informationsstand in Kurzform über wichtige Grundlagen der Mundgesundheit. Es werden Giveaways verteilt wie z. B. Babyzahnbürsten oder der erste Trinkbecher. Im Schuljahr 2013/14 wurden hierbei 819 Einzelberatungen in 22 Kindertagesstätten durchgeführt.

Um frühzeitig aufzuklären und insbesondere die Eltern der 0- bis 3-jährigen Kinder zu erreichen, hat eine Prophylaxefachkraft sich auf die Aufklärung der werdenden Eltern und der Eltern von Kleinkindern konzentriert. Sie sucht Stillgruppen und Eltern-Kind-Gruppen auf und informiert dort über wichtige Grundlagen der Zahngesundheit. Im Schuljahr 2013/14 haben 12 Gruppenberatungen und 137 Einzelberatungen von Eltern und Multiplikatoren stattgefunden.

Als wichtiger Beitrag zur frühen Präventionsarbeit wird die halbjährlich im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) stattfindende Messe »Bauch und Baby« von einer Jugendzahnärztin und einer Prophylaxefachkraft besucht.

Als weiterer Ansatzpunkt für die Elternarbeit werden (erstmalig in 2013) die Elternabende für die ersten Klassen an 4 Innenstadtschulen mit besonders hohem Betreuungsbedarf besucht. Mit einer Power-Point-Präsentation vermitteln die Jugendzahnärztin und die für die jeweilige Schule zuständige Prophylaxefachkraft den Eltern unter dem Stichpunkt zuckerfreier Vormittag die entscheidende Bedeutung der Mundhygiene und der zahngesunden Ernährung für die Zahngesundheit ihrer Kinder.

Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen durch die Jugendzahnärztinnen dienen als Grundlage für die Steuerung aller Prophylaxemaßnahmen, die differenziert und dem Betreuungsbedarf entsprechend erfolgen müssen. So wurde z. B. die Frequenz der Besuche der Prophylaxefachkräfte in den Förderschulen und den Schulen mit höherem Kariesrisiko von 4 bis 6 Besuchen pro Jahr beibehalten.

Die konsequente Durchführung einer angemessenen Mundhygiene stellt für viele Familien (Eltern und Kinder) eine große Herausforderung dar: die Hälfte der Kinder putzt morgens vor der Schule nicht die Zähne. Die Reihenuntersuchungen zeigen, dass die Mundhygiene besonders an den Risikoschulen bei weitem nicht ausreichend ist. Um hier gegenzusteuern, wurde im Schuljahr 2014/15 ein Schulprojekt entwickelt, bei dem in einem kindgerecht gestalteten Stempelheft das morgendliche Zähneputzen und das Mitbringen eines zahngesunden Frühstücks über einen Zeitraum von 4 Wochen dokumentiert wird und am Ende von der Jugendzahnärztin kleine Belohnungen verteilt werden.

6 Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse von 2013/14

Vom Jugendzahnärztlichen Dienst des Fachdienstes Gesundheit wurden im Schuljahr 2013/14 insgesamt 6241 Kinder ab 3 Jahren in 32 Kindertagesstätten und Spielgruppen, 12 Grundschulen sowie in 6 weiterführenden Schulen und 3 Förderschulen untersucht. Das sind 91 % aller Kinder, die in diesem Schuljahr die genannten Einrichtungen in Neumünster besucht haben.

Das für Neumünster in Anlehnung an das Mundgesundheitsziel der WHO für 2010 formulierte Ziel, bei 50 % der Erstklässler naturgesunde Zähne zu finden, wurde nicht erreicht. Lediglich 46,5 % der Erstklässler hatten naturgesunde Zähne. Bei 39 % wurde ein Behandlungsbedarf festgestellt. Der Untersuchungsgrad betrug 97 %.

Bei den 3- bis 6-jährigen Kitakindern ist ein Positivtrend zu verzeichnen: 70 % der Kitakinder hatten im Schuljahr 2013/14 naturgesunde Zähne, während es im Schuljahr 2010/11 nur 67 % waren.

Vergleiche mit dem Landesdurchschnitt (Untersuchungszeitraum 2012 bis 2015) ergeben, dass die Zahngesundheit der Kinder in Neumünster schlechter ist als im Landesdurchschnitt: 59 % der Erstklässler in Schleswig-Holstein haben naturgesunde Zähne, während es in Neumünster nur 47 % sind. Bei den Schulkindern der Klassen 1 bis 4 ergab sich landesweit eine Behandlungsbedürftigkeit von 19 %, in Neumünster bestand bei 35 % der Grundschulkindern Behandlungsbedarf.

Die Untersuchungsergebnisse des Schuljahres 2013/14 zeigen genauso wie die Ergebnisse aus dem Schuljahr 2010/11, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen Belastungsfaktoren und der Zahngesundheit besteht. In Bezirken mit hoher sozialer Belastung ist der prozentuale Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss niedriger als in Bezirken mit geringerer sozialer Belastung. Im Kerngebiet mit hoher sozialer Belastung haben nur 34,5 % der Erstklässler naturgesunde Zähne, im Randgebiet mit geringerer sozialer Belastung sind es 51 %. Sehr hoch ist die Behandlungsbedürftigkeit der Erstklässler im Kerngebiet: Bei 54 % der Kinder wurden behandlungsbedürftige, unversorgte Zähne festgestellt. Im Kerngebiet haben die Grundschulkindern der Klassen 1 bis 4 zu 29 % naturgesunde Zähne, im Randgebiet ist dies bei 48 % der Fall. Auch ist im Kerngebiet bei dieser Altersgruppe die Behandlungsbedürftigkeit höher: Sie liegt hier bei 52 %, während sie im Randgebiet nur 34 % beträgt.

An den weiterführenden Schulen (Klassen 5 bis 9) lag der Anteil der Jugendlichen mit naturgesunden Zähnen bei 64 %.

Bei den Kindertagesstätten ergab sich folgendes Bild: Im Randgebiet wiesen 76 % der Kinder naturgesunde Zähne auf, im Kerngebiet waren es nur 62 %. Die Behandlungsbedürftigkeit lag im Randgebiet bei 17 %, während sie im Kerngebiet 30 % betrug.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in Neumünster die Zahl der an Karies erkrankten Kinder höher ist als im Landesdurchschnitt, vor allem bei den Kindern in Bezirken mit einer erhöhten sozialen Belastung.

7 Diskussion und Empfehlungen

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Karies ist eine Infektionskrankheit, die von bestimmten Karieserregern (insbesondere *streptococcus mutans* und *lactobacillus azidophilus*) hervorgerufen wird. Diese Bakterien lagern sich in Form von Zahnbelag (*Plaque*) an der Zahnoberfläche an und zeigen ein stark erhöhtes Wachstum, wenn Zucker zur Verfügung steht.

Beim Stoffwechsel der Karieserreger entsteht Milchsäure, die zum Herauslösen von Mineralien aus dem Zahnschmelz führt. Wird der Zahnbelag nicht entfernt und steht den Bakterien immer wieder Nahrung in Form von Zucker zur Verfügung, wird immer mehr Zahnhartsubstanz (Schmelz und Dentin) aus dem Zahn herausgelöst – die Karies schreitet fort.

Der Speichel enthält Stoffe, die die schädliche Säure binden können. Etwa 30 Minuten nach der Aufnahme von zuckerhaltigen Lebensmitteln ist der Großteil der Säuren gebunden. Anfängliche Defekte im Zahnschmelz können zudem durch im Speichel vorhandene Mineralien und Fluoride wieder geschlossen werden. In tieferen Schichten des Zahnbelags kann der Speichel seine säurebindende und reparierende Funktion nicht entfalten.

Zum Zeitpunkt der Geburt ist die Mundhöhle nicht mit Karieserregern besiedelt. Die Übertragung der Keime auf das Kind erfolgt in 80 % der Fälle durch die Mutter. Dabei ist die Ansteckungsgefahr des Kindes umso größer, je höher die Keimbelastung der Mutter ist. *Je später ein Kind mit den Karieserregern infiziert wird, umso geringer ist sein Kariesrisiko.*

Diese hier in vereinfachter Form dargestellten Zusammenhänge verdeutlichen, dass die Karieserkrankung kein Schicksal ist, sondern dass ihr durch geeignete Vorsorgemaßnahmen wirkungsvoll begegnet werden kann. Hierzu gehören eine angemessene Zahnpflege ab dem ersten Zahn, eine vollwertige, zuckerarme Ernährung sowie Fluoridierungs- und Früherkennungsmaßnahmen.

Für die Mundgesundheit der Kinder ist das Erziehungsverhalten ihrer Eltern von entscheidender Bedeutung. Den meisten Eltern ist bekannt, dass Zähne gereinigt werden müssen. Unkenntnis herrscht jedoch darüber, in welchem Alter das Kind zu einer angemessenen Zahnpflege selbst in der Lage ist. Auch die Rolle des Zuckers in der Kariesentstehung muss immer wieder eindringlich vermittelt werden. Für eine nicht unerhebliche Anzahl von Eltern scheint es undenkbar, ihrem Kind keinen süßen Pausensnack und keine süßen Getränke mit in die Schule zu geben. Auch dass die Milchzähne unbedingt zu erhalten sind und dass von kariösen Milchzähnen eine Ansteckungsgefahr für die bleibenden Zähne ausgeht, ist oft nicht bekannt.

Zahnpflege ist kein menschliches Grundbedürfnis sondern muss dem Kind beigebracht und durch Vorbildfunktion und tägliches Üben zur Gewohnheit gemacht werden.

Deswegen sind die Eltern unbedingt in die Aufklärungsprogramme mit einzubeziehen (vgl. Kap. 5). Ziel des Jugendzahnärztlichen Dienstes der Stadt Neumünster ist es, durch die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege und im Zusammenwirken mit der niedergelassenen Zahnärzteschaft möglichst alle Kinder der Kernzielgruppe in Neumünster zu erreichen. Ohne Aufklärung, ohne Kenntnis der Kariesursachen, ohne Anleitung zur richtigen Zahnpflege, ohne Vorbildfunktion können Mundhygiene und Ernährungsverhalten bei den Kindern nicht verbessert werden.

Deswegen müssen alle an der Erziehung unserer Kinder Mitwirkenden, insbesondere die Eltern, aber auch die Erzieherinnen und Erzieher, Tageseltern, Lehrkräfte und andere betreuenden Personen über die Ursachen der Karieserkrankung sowie über die Möglichkeiten ihrer Vermeidung informiert werden.

Die niedergelassene Zahnärzteschaft trägt durch Maßnahmen der Individualprophylaxe (Früherkennung, Fissurenversiegelung, Erhebung eines Mundhygienestatus, Fluoridierung und Aufklärung zur der Vermeidung der Karieserkrankung) zur Verbesserung der Zahngesundheit bei.

Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse aus dem Schuljahr 2013/14 zeigt, dass das WHO-Ziel, bei 50 % der Erstklässler naturgesunde Zähne zu finden, nicht erreicht wurde. Ebenso wie in 2010/11 ist die Zahngesundheit der Kinder in Gebieten mit höherer sozialer Belastung schlechter als in Bereichen mit geringerer sozialer Belastung. Besorgniserregend sind die Ergebnisse bei der Behandlungsbedürftigkeit: Im Kerngebiet mit hoher sozialer Belastung liegt diese bei 54,5 %, d. h. mehr als jedes 2. Kind in den 1. Klassen hat unversorgte Zähne.

In § 1 des Gesundheitsdienstgesetzes des Landes Schleswig-Holstein (GDG) wird als Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes formuliert, »auf gesunde und gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse hinzuwirken und gleiche Gesundheitschancen für alle anzustreben«. Gerade in Bereichen mit hoher sozialer Belastung spielen die öffentlichen Einrichtungen wie Schulen, Kindertagesstätten, betreute Grundschulen und Kinderhorte in ihrer Vorbildfunktion in Bezug auf die Gesundheitserziehung eine entscheidende Rolle. Hier können gleiche Gesundheitschancen für alle verwirklicht werden. So können Kinder, die von zu Hause aus wenig Unterstützung erhalten, die Wichtigkeit und die Technik der Zahnpflege erlernen und es können Grundlagen einer gesunden Ernährung vermittelt werden.

Die Arbeitsgemeinschaft zu Förderung der Jugendzahnpflege fördert das Zähneputzen in Kitas, indem Bürsten und Becher als Erstausrüstung und Zahncreme fortlaufend zur Verfügung gestellt werden. Zudem werden alle Kitas mindestens einmal pro Jahr von einer Mitarbeiterin aufgesucht, die mit den Kindern Zähne putzt und über gesunde Ernährung informiert. Um das Zähneputzen in den Kitas landesweit zu fördern, wurde vom Landesausschuss zur Förderung der Jugendzahnpflege in Schleswig-Holstein (LAJ) die Aktion: »Wir putzen Zähne« ins Leben gerufen: Die Kitas, in denen in allen Gruppen mit den Kindern Zähne geputzt werden, erhalten ein Zertifikat und den Aufkleber »Wir putzen Zähne« zum Anbringen im Eingangsbereich.

Leider ist die Zahl der Kitas, für die das Zähneputzen wichtiger Bestandteil der Gesundheitserziehung ist, sowohl landesweit als auch in Neumünster rückläufig. Als Grund hierfür wird häufig Personalmangel angegeben, aber auch schwierige räumliche Verhältnisse spielen eine Rolle. Dies ist bedenklich, zumal immer mehr Kinder immer mehr Zeit in den Einrichtungen verbringen. Zudem zeigen Studien, dass die Hälfte der kariösen Läsionen, die zum Zeitpunkt der Einschulung vorhanden sind, in den ersten drei Lebensjahren entstehen (PIEPER 2009).

Da das Gesundheitsverhalten der Eltern auch das ihrer Kinder prägt, müssen die Eltern aufgeklärt werden. Auch können Kinder ohne die Initiative ihrer Eltern keine Zahnarztpraxis aufsuchen. Die Information der Eltern erfolgt rein informativ, der erhobene Zeigefinger wird bewußt vermieden; vielmehr wird versucht, im persönlichen Gespräch zu motivieren.

Auch Aufklärungseinheiten über gesunde Ernährung und effektive Mundhygiene auf Elternabenden tragen zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter bei.

7.2 Forderungen

Durch die Auswertung der Reihenuntersuchungen im Schuljahr 2013/14 konnte gezeigt werden, dass zahnärztliche Präventionsmaßnahmen weiterhin unbedingt erforderlich sind, vor allem im Kerngebiet der Stadt Neumünster. Benachteiligte Kinder sollten über die Einrichtungen Zugang zu Gesundheitserziehung unter Berücksichtigung der Zahnpflege erhalten, um so gleiche Gesundheitschancen für alle Kinder zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang sind folgende Punkte zu beachten:

1. *Eine flächendeckende Untersuchung der Kernzielgruppe in Neumünster soll weiterhin erfolgen.*
2. *Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sollen weiterhin ausgeführt werden.*
3. *Der Personalschlüssel in den Kitas soll verbessert werden, damit das Zähneputzen als wichtiger Bestandteil der Gesundheitserziehung wieder von allen Kitas geleistet werden kann.*
4. *Wünschenswert wäre auch, das Fach Gesundheitserziehung unter Berücksichtigung der Zahnpflege an Schulen verpflichtend einzuführen und das gesunde Pausenfrühstück in Grundschulen konsequent umzusetzen.*
5. *Die Früherkennungsuntersuchungen im gelben Untersuchungsheft (herausgegeben vom gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen) sollen um verpflichtende zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen ab dem 6. Lebensmonat erweitert werden. So kann der frühkindlichen Karies wirksam begegnet werden.*
6. *Eine Aufwertung des Themas Gesundheitserziehung unter besonderer Berücksichtigung der Zahnpflege in der Erzieherinnenausbildung wäre wünschenswert.*

7.3 Gesundheitsziele

Das Ziel, in Neumünster bei 50 % der Erstklässler naturgesunde Zähne zu finden, bleibt bestehen. Gleichzeitig soll die Zahngesundheit bei 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern verbessert werden. Ziel ist, dass 80 % der Kita-Kinder naturgesunde Zähne haben. Zur Erreichung dieser Ziele bedarf es weiterhin einer Intensivierung der Prophylaxemaßnahmen bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko.

Weiterhin sollen alle an der Erziehung unserer Kinder Beteiligten über die Ursachen der Karieserkrankung und über Strategien zu deren Vermeidung umfassend informiert werden. Nur so kann sich die Erkenntnis durchsetzen, dass Zahnkaries kein »Schicksal« ist, sondern durch geeignete Vorsorgemaßnahmen nahezu vollständig vermieden werden kann.

Anhang

Mitarbeiterinnen

Im Fachdienst Gesundheit waren folgende Mitarbeiterinnen des Jugendzahnärztlichen Dienstes im Schuljahr 2013/14 tätig: *Dr. Maria Schmidt*, Zahnärztin mit 9,75 Wochenstunden, *Dr. Ute Gresch*, Zahnärztin mit 9,75 Wochenstunden, *Karin Ulrich*, Zahnmedizinische Fachangestellte mit 33 Wochenstunden, *Svenja Seidel*, Zahnmedizinische Fachangestellte mit 6 Wochenstunden.

Tabelle zum Sozialindex (Stand: 31.12.2015)

Nr.	Bezirk	Standardpunktzahl	Standardpunktzahl	Standardpunktzahl	Index
		Sozialhilfe, Grusi	Arbeitslosigkeit	Wohngeldbezug	Gesamt/ Sozial
2	Nordost	95,57	100,00	95,41	96,99
5	West	75,10	48,94	100,00	74,68
1	Kern	100,00	47,25	45,70	64,32
4	Süd	60,33	36,36	82,95	59,88
3	Ost	58,67	45,76	59,70	54,71
6	Nordwest	48,20	53,86	61,92	54,66
13	Böckler-Siedlung	72,48	33,87	39,96	48,77
10	Stör	44,89	17,93	48,32	37,05
<i>Durchs.</i>	<i>Neumünster</i>	<i>34,01</i>	<i>27,15</i>	<i>41,82</i>	<i>34,33</i>
12	Faldera	22,47	17,01	34,38	24,62
9	Ruthenberg	6,03	11,24	34,05	17,11
8	Brachenfeld	8,36	0,00	35,14	14,50
11	Wittorf	9,33	9,33	14,06	10,91
7	Tungendorf	2,75	8,56	14,04	8,45
15	Einfeld	0,00	8,79	16,06	8,28
14	Gartenstadt	11,00	5,11	3,96	6,69
16	Gadeland	0,05	5,46	0,00	1,84

Tab. 2 Sozialindex Neumünster

Literatur/Quellen

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND: *Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 1. Dezember 1988*. o. O., 2016.

MICHEELIS, WOLFGANG & SCHIFFNER, ULRICH (Gesamtbearbeitung): *4. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, 2006, 1. Auflage.

PIEPER, KLAUS: *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009*. Das Gutachten wurde erstellt im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bonn, 2010, 1. Auflage. 133 135 141.

LANDESREGIERUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN: *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG) vom 14. Dezember 2001*. o. O., 2011.

Impressum

© 2016 Stadt Neumünster

Sachgebiet III - Fachdienst Gesundheit
Meßtorffweg 8 - 24534 Neumünster

Redaktion Stefan van der Elst

Telefon (04321) 942-2810

Fax (04321) 942-2800

fachdienst.gesundheit@neumuenster.de

www.neumuenster.de/gesundheit

