

---

# Gesundheitsberichterstattung

## Zahngesundheitsbericht 2008

---



# Zahngesundheitsbericht 2008

(Dr. Ute Gresch, Stefan van der Elst)

## *Inhaltsverzeichnis*

1	Einleitung	3
2	Grundlagen der Untersuchung	4
2.1	Untersuchungsgrundlagen	4
2.2	Gesetzliche Grundlagen	4
2.3	Definition der Untersuchungskriterien	5
3	Exkurs: Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindex	6
4	Untersuchungsergebnisse der Kernzielgruppe 2007/2008	7
4.1	Übersichtsdarstellung der Ergebnisse in den Kindertagesstätten, Spielgruppen, Grund-, Haupt- sowie Förderschulen	7
4.2	Ergebnisse der Grundschulprofile für Erstklässler	8
4.3	Vergleich Untersuchungsergebnisse Kindertagesstätten 2004/05 mit 2007/08	9
4.4	Vergleich Untersuchungsergebnisse Grundschulen Klasse 1-4 2004/05 mit 2007/08	10
4.5	Vergleich Untersuchungsergebnisse Hauptschulen Klasse 5-9 2004/05 mit 2007/08	11
5	Gruppenprophylaxe	11
6	Zusammenfassung der Ergebnisse	12
7	Empfehlungen	13
7.1	Diskussion der Ergebnisse	13
7.2	Forderungen	14
7.3	Gruppenprophylaxe	14
7.4	Jugendzahnärztlicher Dienst	14
7.5	Multiplikatoren	14
7.6	Niedergelassene Zahnärzteschaft	15
8	Gesundheitsziele	15
9	Anhang	16
9.1	Quellennachweis	16
9.2	Tabelle: Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindex	17

## *Kontakt*

Stadt Neumünster  
 Fachdienst Gesundheit  
 Schulzahnärztin  
 Dr. Ute Gresch

Meßtorffweg 8  
 24534 Neumünster

Telefon: (04321) 942-2845  
 Fax: (04321) 942-2800

eMail: [fachdienst.gesundheit@neumuenster.de](mailto:fachdienst.gesundheit@neumuenster.de)

## *Impressum*

© 2009 Stadt Neumünster

Fachbereich III - Fachdienst Gesundheit  
 Meßtorffweg 8 - 24534 Neumünster

Redaktion: Stefan van der Elst

Telefon: (04321) 942-2810  
 Fax: (04321) 942-2800

eMail: [fachdienst.gesundheit@neumuenster.de](mailto:fachdienst.gesundheit@neumuenster.de)  
 Internet: [www.neumuenster.de/gesundheit](http://www.neumuenster.de/gesundheit)

## 1 Einleitung

Bei den bundesweiten Erhebungen zur Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen konnte erfreulicherweise ein **Kariesrückgang** in Deutschland festgestellt werden. Besonders gute Ergebnisse zeigten sich bei den Schülern der weiterführenden Schulen. Andererseits war eine **zunehmende Kariesaktivität** bei den Kindern zu beobachten, die aus einem **sozialschwachen Umfeld** stammen. Es bedarf also weiterhin großer Anstrengungen und Maßnahmen, um die erreichten Erfolge zu sichern und die Anzahl der Zahnerkrankungen weiter zu verringern.

Der Jugendzahnärztliche Dienst der Stadt Neumünster als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes führt die Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen durch. Hierbei hat man die Möglichkeit, Kinder aller Bevölkerungsschichten zu untersuchen; auch die Kinder, die nicht an den empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Laut Rahmenvereinbarungen zwischen dem Land Schleswig-Holstein, der Stadt Neumünster, den gesetzlichen Krankenkassen und der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege wurde für die Reihenuntersuchungen eine **Kernzielgruppe mit vordringlichem Untersuchungsbedarf** festgelegt. Die Definition einer Kernzielgruppe soll sicherstellen, dass die vorhandenen Ressourcen sich auf die Bereiche des größten Behandlungs- und Betreuungsbedarfs konzentrieren.

Zusätzlich bieten die gesetzlichen Regelungen Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, an der Individual- und Gruppenprophylaxe teilzunehmen. Die Gruppenprophylaxe wird v. a. vom Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege wahrgenommen, während die Individualprophylaxe vorrangig in den niedergelassenen Zahnarztpraxen durchgeführt wird. Eine erhebliche Anzahl an Kindern sucht keine Zahnarztpraxen auf. Mit den Reihenuntersuchungen und den gruppenprophylaktischen Maßnahmen hat man die Möglichkeit, auch diese Kinder zu erreichen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht 2008 ist eine Fortschreibung des Zahngesundheitsberichtes für das Schuljahr 2004/2005. Im aktuellen Bericht werden die Untersuchungsdaten des schulzahnärztlichen Dienstes der Stadt Neumünster aus dem Schuljahr 2007/08 mit den Daten aus dem Bericht von 2004/05 verglichen. Damit sollen Veränderungen und mögliche Trends sichtbar gemacht werden, um zukünftig aussagekräftige Empfehlungen zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern in Neumünster aussprechen zu können. Weiterhin werden die aus dem letzten Bericht formulierten Gesundheitsziele überprüft und einer kritischen Analyse unterzogen.

**Im Bericht von 2004/05 wurde als zentrales Gesundheitsziel die Verringerung der Kariesaktivität insoweit formuliert, dass bis zum Jahre 2008 mindestens 50% aller untersuchten Erstklässler in Neumünster ein naturgesundes Gebiss haben sollen. Außerdem war angestrebt, den Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen in den Bezirken mit hoher sozialer Belastung innerhalb der nächsten Jahre um mindestens 10 Prozent zu steigern.**

Zahn- und Mundgesundheit sind grundlegende Voraussetzungen für die Gesundheit und das psychische und physische Wohlbefinden der Heranwachsenden.

Aus langjähriger Erfahrung ist uns bekannt, dass es in Neumünster eine **große Anzahl von Einrichtungen mit hohem Betreuungsbedarf** gibt. Wir haben uns deshalb ausschließlich auf die in den Rahmenvereinbarungen festgelegten Kernzielgruppen konzentriert: **Kindertagesstätten, Spielgruppen, Grund- und Hauptschulen sowie Förderschulen**. In vielen dieser Einrichtungen ist es dringend erforderlich, sich auf die gegebenen Bedingungen mit einem erhöhten Bedarf an Zeit, Intensität und menschlicher Zuwendung einzustellen.

## 2 Grundlagen der Untersuchung

### 2.1 Untersuchungsgrundlagen

In den Schulen werden in der Regel Einzeluntersuchungen durchgeführt, in den Kitas werden die Kinder gruppenweise untersucht. Die Untersuchungen werden mit standardisierten Methoden (Halogenspotlampe, zahnärztliches Besteck) unter den Bedingungen vor Ort durchgeführt. Es wird der Zahnbefund erfasst, Karies-, Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Zahnfleischerkrankungen werden diagnostiziert.

Die Eltern erhalten eine schriftliche Mitteilung über das Untersuchungsergebnis. Bei Behandlungsbedarf wird eine Behandlungsaufforderung für den Zahnarzt, bzw. für den Kieferorthopäden mitgereicht. In allen Einrichtungen erfolgt bei auffälligen Befunden die Mitgabe von Informationsheften.

Kinder mit Migrationshintergrund erhalten Elterninformationshefte bzw. Benachrichtigungen in verschiedenen Sprachen. Alle Kinder dieser Zielgruppe werden mindestens einmal im Jahr untersucht.

Leider wird der Behandlungsaufforderung nicht immer Folge geleistet. Es gibt eine große Anzahl von Kindern, die trotz einer, bzw. mehreren Aufforderungen (persönliches Anschreiben an die Eltern, Telefonate) über Jahre nicht behandelt werden, was in zahlreichen Fällen zu einer dramatischen Verschlechterung der Mundgesundheit führt. In diesen Fällen ist eine Zusammenarbeit mit dem Amt für soziale Dienste (ASD) notwendig, um eine Behandlung zu erreichen, ggf. auch mit richterlicher Unterstützung.

Die Untersuchungen werden zukünftig per EDV mit einem speziell für Jugendzahnärzte entwickelten Programm dokumentiert und statistisch ausgewertet. Daraus ergibt sich u.a. die Risikogruppe, der ein besonderes Augenmerk gilt. Dort wird fokussiert die Gruppenprophylaxe eingesetzt, um den teilweise **dramatischen Untersuchungsergebnissen** entgegenzuwirken.

In diesen Einrichtungen wird intensiver aufgeklärt über die Wichtigkeit der Mundhygiene und die gesunde Ernährung. Praktische Putzübungen werden hier häufiger von den Prophylaxefachkräften der Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (AGJ) durchgeführt, zusätzlich werden spezielle Fluoridierungsmaßnahmen angeboten.

### 2.2 Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Schleswig-Holstein sieht in § 3 Abs. 1 i.V.m. § 6 GDG die Gesundheitsberichterstattung (GBE) als verpflichtende Selbstverwaltungsaufgabe vor. Das Gesundheitsamt der Stadt Neumünster hat hierfür einen Bericht aus dem Jugendzahnärztlichen Dienst ausgewählt, der einen Vergleich über den Status der Zahngesundheit im Abstand von 3 Jahren gibt. Es wird hier eine systematische Jugendzahnpflege als eigenverantwortliche Abteilung des Gesundheitsamtes durchgeführt. 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 zuständi-

gen 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, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. 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 die drei Partner: Krankenkassen, niedergelassene Zahnärzte und das Gesundheitsamt in der AGJ (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege e.V. in Neumünster).

### 2.3 Definition der Untersuchungskriterien

**Naturgesundes Gebiss:** Milchgebiss und bleibendes Gebiss müssen frei von Karies sein. Es dürfen keine Füllungen vorliegen. Behandelte Zahnschäden als Unfallfolge beeinflussen den Status „naturgesund“ nicht.

**Saniertes Gebiss:** Eine Behandlung der kariös erkrankten Zähne muss abgeschlossen sein. 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 u. 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.

Der Zahnstatus mit seinen drei Parametern „naturgesund“, „behandlungsbedürftig“ und „saniert“ ermöglicht eine 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, m = Missing, f = Filled, t = Teeth. 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. Der DMF(T)- Wert ist hier nur erwähnt, Schwerpunkt dieses Zahngesundheitsberichtes sind die Vergleiche der Parameter naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert vom Schuljahr 2007/08 mit denen von 2004/05.

### 3 Exkurs: Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindexes

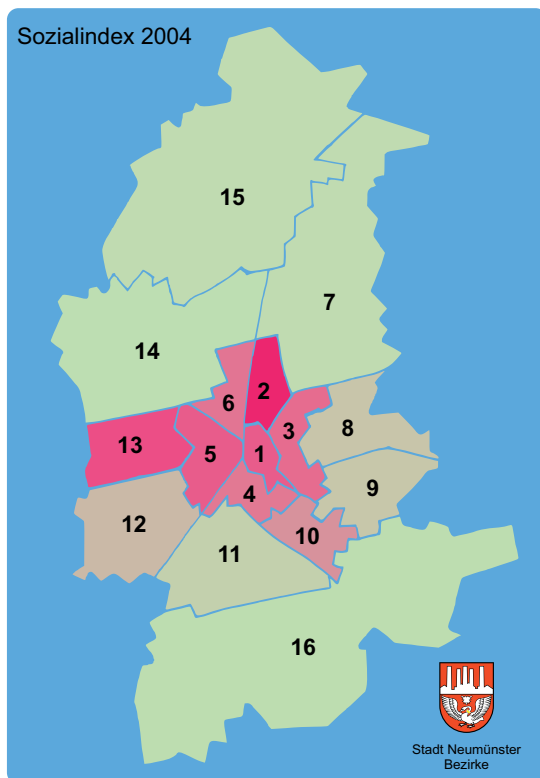


Abb. 1

Bei den im folgenden Kapitel vorgestellten Ergebnissen zur Zahngesundheit ist eine eindeutige Zuordnung der untersuchten Kinder zu ihren jeweiligen Wohnbezirken aufgrund der Erhebungsmethodik auf Karteikarten nicht möglich gewesen. Um aber im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung wohnortbezogene Aussagen fällen zu können und um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit dem Zahngesundheitsbericht 2004/2005 zu gewährleisten, wurden die sechzehn Bezirke zwei Gebieten zugeteilt.

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.

D.h. aus den Bezirken mit einem größeren Sozialindex (höhere Belastung) und aus den Bezirken mit einem kleineren Sozialindex (niedrigere Belastung) wurden die Gebiete Kern und Rand gebildet. Abbildung 1 veranschaulicht dieses dadurch, dass Bezirke mit einer hohen sozialen Belastung rot markiert wurden. Umgekehrt haben grün 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 2 ersichtlich wird. Eine Auflistung der einzelnen Parameter, die zur Berechnung des Sozialindexes führten, finden Sie einmal im Zahngesundheitsbericht 2004/2005 und im Anhang.

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.

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

Es zeigte sich im Zahngesundheitsbericht 2004/2005, dass in den Bezirken mit einer höheren sozialen Belastung der Gesundheitszustand der Zähne bei den untersuchten Kindern im Mittel schlechter war als in den Bezirken mit einer niedrigeren sozialen Belastung.

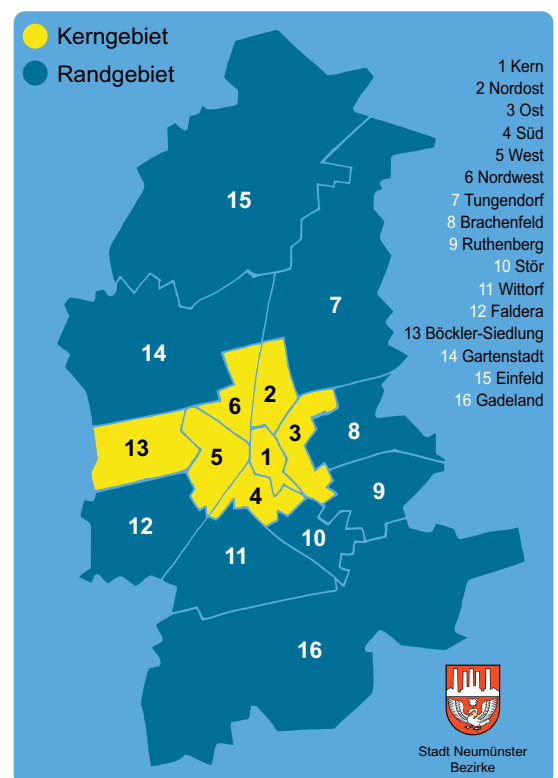


Abb. 2



## 4 Untersuchungsergebnisse der Kernzielgruppe 2007/2008

### 4.1 Übersichtsdarstellung der Ergebnisse in den Kindertagesstätten, Spielgruppen, Grund-, Haupt- sowie Förderschulen

Insgesamt zeigt der Vergleich der untersuchten Kinder der Schuljahre 2004/2005 und 2007/2008, dass die Anzahl der untersuchten Kinder sich auf einem gleichbleibend hohen Niveau befindet. Bedeutsame Unterschiede in den einzelnen Untersuchungsgruppen wurden diesbezüglich nicht gefunden. Nicht berücksichtigt werden in diesem Bericht die **152** untersuchten Schüler der Realschulen im Schuljahr 2007/2008.

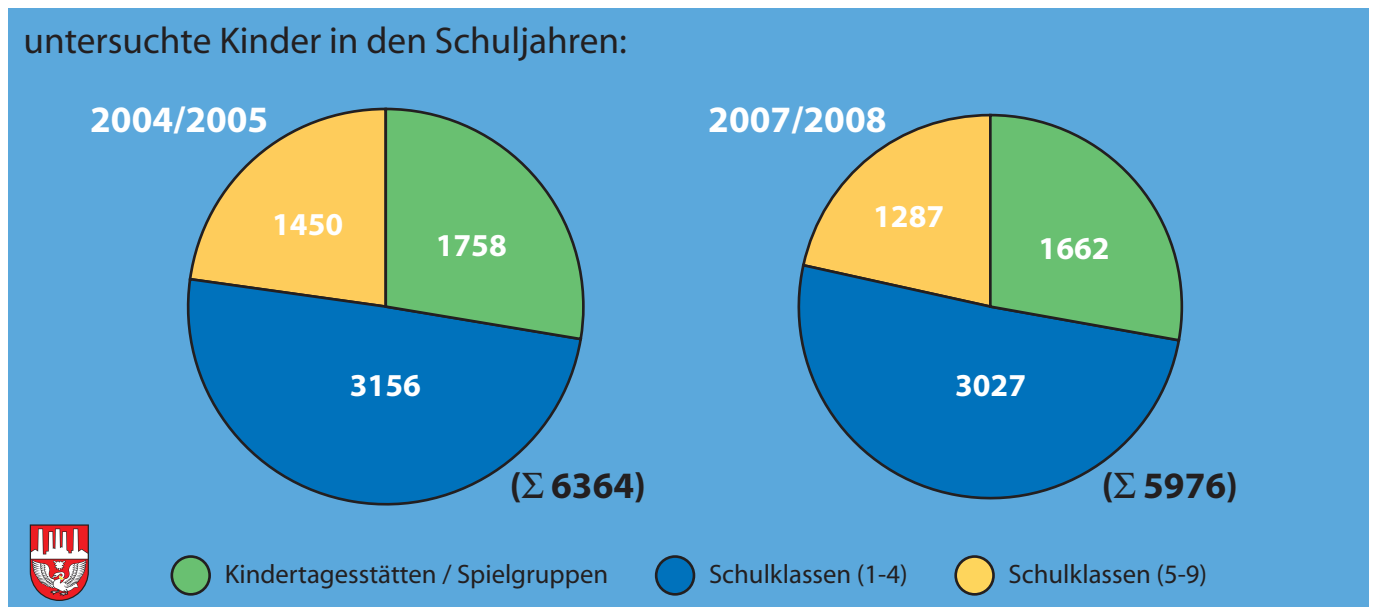


Abb. 3: Untersuchte Kinder in den Schuljahren 2004/2005 und 2007/2008

Die Vorgabe der Kernzielgruppe für Neumünster betrug im Schuljahr 2007/2008 laut Rahmenvereinbarungen **6132** Kinder und Jugendliche. Es wurden **32 Kindergärten und Spielgruppen** sowie **18 Schulen** aufgesucht. In der Waldorfschule und den Waldorf Kitas war unser Besuch nicht erwünscht. Insgesamt wurden **5976** Untersuchungen durchgeführt, (siehe auch Abbildung 3); das entspricht **87,7%** der Vorgabe lt. Rahmenvereinbarungen. Die restlichen **12,3%** ergeben sich aus der Anzahl der Kinder, die fehlten oder von Eltern schriftlich entschuldigt wurden sowie sehr ängstlichen Kindern und Verweigerern.

Laut Kindertagesstättenbedarfsplanung wurden in Neumünster im Schuljahr 2007/2008 **2033** Kinder im Alter von 3 bis 6 Lebensjahren gezählt. In Kitas oder Spielgruppen befanden sich laut Belegung **2097** Kinder. **79,3%** (1662) aller Kinder in den Kitas oder Spielgruppen wurden untersucht. Es ist anzunehmen, dass mehr als **75%** aller Kinder aus Neumünster in dieser Altersgruppe untersucht wurden.

Ausgehend von den Zahlen des Schulamtes wurden von **3231** Schulkindern der Klassen 1 bis 4 **93,7%** (3027) und von **1494** Schulkindern der Klassen 5 bis 9 an den Haupt- und Förderschulen **76,0%** (1135) untersucht. Zusammengezählt ergibt das **6695** Kinder, die sich im Schuljahr 2007/2008 in den obengenannten Einrichtungen befanden. Davon wurden **87,0%** (5824) Kinder von der Jugendzahnärztin des Fachdienstes Gesundheit untersucht. Zusätzlich wurden 152 Realschüler der Klassenstufe 6 untersucht, die aber nicht zur Kernzielgruppe gehören. Dadurch ergibt sich eine Gesamtuntersuchungszahl von **5976** Kindern.

## 4.2 Ergebnisse der Grundschulprofile für Erstklässler

Eines der Mundgesundheitsziele der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization - WHO) ist, bei 50% der 5- bis 6-Jährigen bis zum Jahre 2010 naturgesunde Zähne zu erreichen. In Neumünster wurden von **821** Erstklässlern außer den Kindern aus Förderschulen (Quelle: Schulamt) im Schuljahr 2007/08 insgesamt **789** Kinder untersucht, das sind **96%** aller Erstklässler.

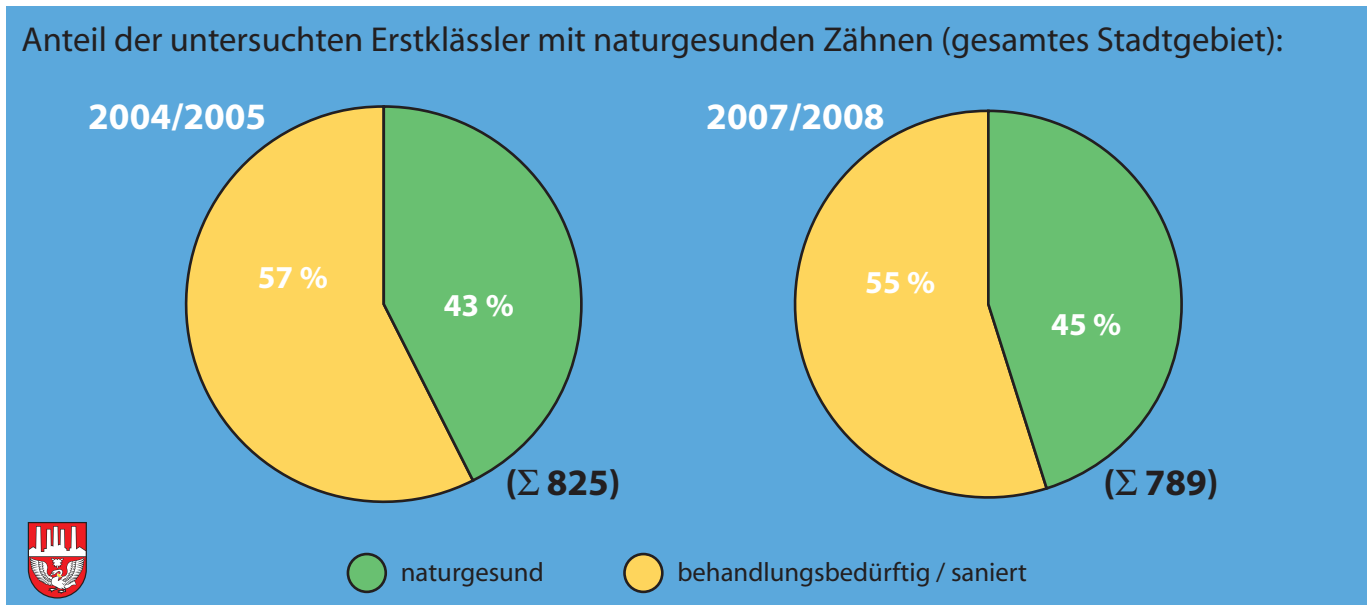


Abb. 4: Anteil der untersuchten Erstklässler mit naturgesunden Zähnen im gesamten Stadtgebiet

Die Abbildung 4 zeigt den Parameter „naturgesund“ bei Erstklässlern der Grundschulen im gesamten Stadtgebiet. Die Bandbreite liegt bei den 13 untersuchten Schulen zwischen 26% und 61% „naturgesund“. In Neumünster liegt dieser Wert insgesamt bei den Erstklässlern bei **45%**. Dieses ist der niedrigste Wert in Schleswig-Holstein, d.h. in Neumünster haben die Erstklässler den größten Behandlungsbedarf landesweit. Der Landesdurchschnitt der „naturgesunden Kinder liegt her deutlich höher, nämlich bei **57%**. Im Gegensatz zu den Werten von 2004/05 hat sich der Prozentsatz der „naturgesunden“ Erstklässler im gesamten Stadtgebiet minimal um 2% verbessert.

Betrachtet man hingegen die Behandlungsbedürftigkeit der Erstklässler im Randgebiet im Vergleich zu denen im Kerngebiet Neumünsters (Abbildung 5 und Abbildung 6), so erkennt man deutlich einen erheblich höheren Anteil von „behandlungsbedürftigen“ Kindern im Kerngebiet (siehe Kapitel 3). Die WHO Zielvorgaben werden nur in 4 von 13 Schulen erreicht. Sowohl im gesamten Stadtgebiet, als auch im Kerngebiet werden 50% naturgesunde Zähne bei Erstklässlern nicht erreicht, nur im Randgebiet von Neumünster liegt der Anteil der naturgesunden Kinder bei 52%. Nur hier wurde das WHO Ziel 50% naturgesunde Erstklässler erreicht. Auffällig bei dem Vergleich von Kern- und Randgebiet ist, dass insbesondere im Kerngebiet der Anteil der Erstklässler mit naturgesunden Zähnen nur bei **31%** liegt und im Vergleich zum Schuljahr 2004/05 sogar gesunken ist. Dort sind 2 von 3 Erstklässlern behandlungsbedürftig, bzw. nur 1 von 3 Kindern hat naturgesunde Zähne.

Vergleicht man die aktuellen Werte der „naturgesunden“ Erstklässler von 2007/08 mit denen von 2004/05, so lässt sich aus den Daten erkennen, dass sich die Werte innerhalb des gesamten Stadtgebietes leicht verbessert haben, nämlich von 43% naturgesund zu 45%. Differenziert man aber das Kerngebiet vom Stadtgebiet, so lässt sich im Kerngebiet eine Verschlechterung der Zahnbefunde bei Erstklässlern erkennen. 2004/05 gab es dort 33% Naturgesunde, 2007/08 nur noch 31%. Im Gegensatz dazu hat sich im Randgebiet Neumünsters der Wert von 48% 2004/05



auf 52% Naturgesunde im Jahre 2007/08 verbessert. **Die WHO Gesundheitsziele für 2010 sind in Neumünster noch nicht erreicht, im Gegenteil zeigt die Statistik hier einen Negativtrend.** Dies bestätigt eindeutig die allgemeine bundesweite Tendenz, dass die Anzahl der Zahnerkrankungen in sozialschwachen Gebieten steigen.

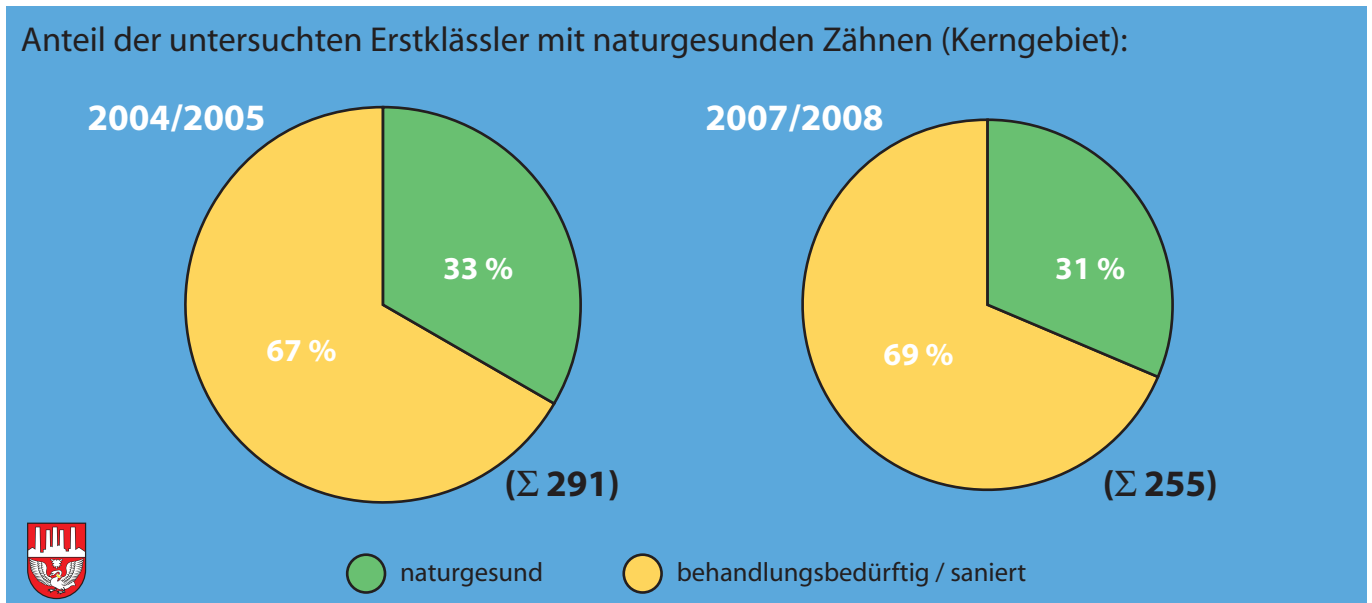


Abb. 5: Anteil der untersuchten Erstklässler mit naturgesunden Zähnen im Kerngebiet

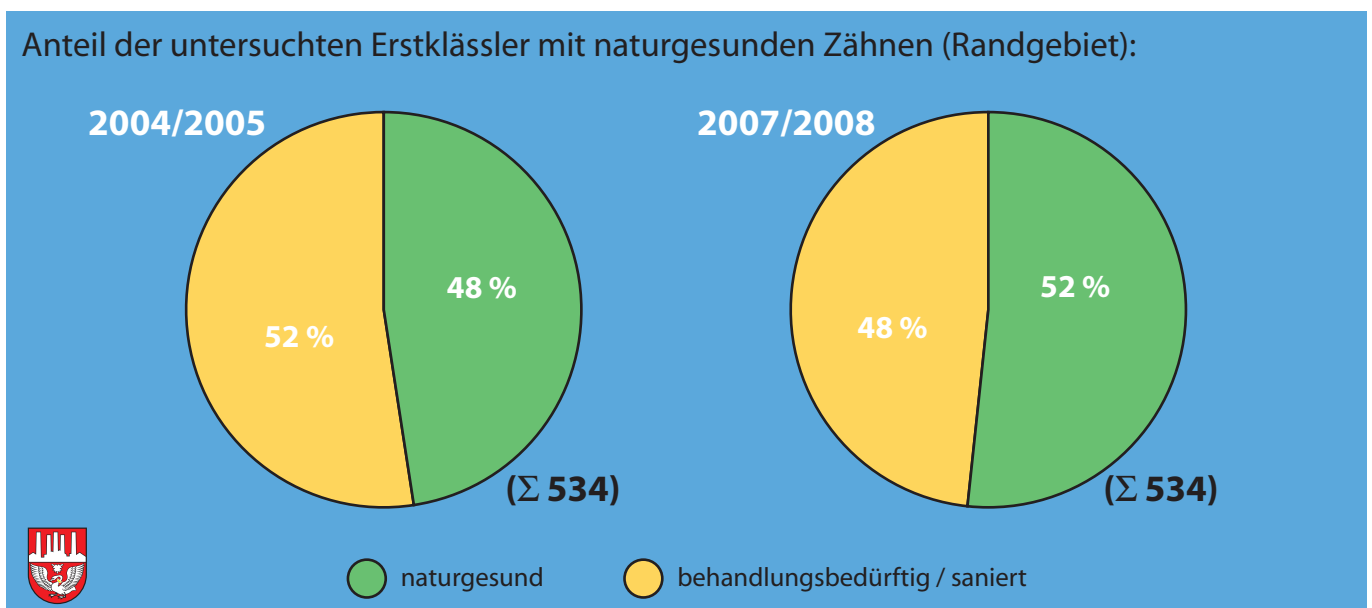


Abb. 6: Anteil der untersuchten Erstklässler mit naturgesunden Zähnen im Randgebiet

### 4.3 Vergleich Untersuchungsergebnisse Kindertagesstätten 2007/08 mit 2004/05

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, hatten von **1571** untersuchten Kindern der Kindertagesstätten und Spielgruppen 1060 (67%) naturgesunde Zähne, 345 (22%) behandlungsbedürftige und 166 (11%) sanierte Zähne. Auch hier zeigen sich im Vergleich zum Landesdurchschnitt deutlich schlechtere Zahnbefunde. Im Landesdurchschnitt ergab sich für das Schuljahr 2007/2008 bei den Kindergartenkindern eine Behandlungsbedürftigkeit von 15%, also 7% weniger als in Neumünster.

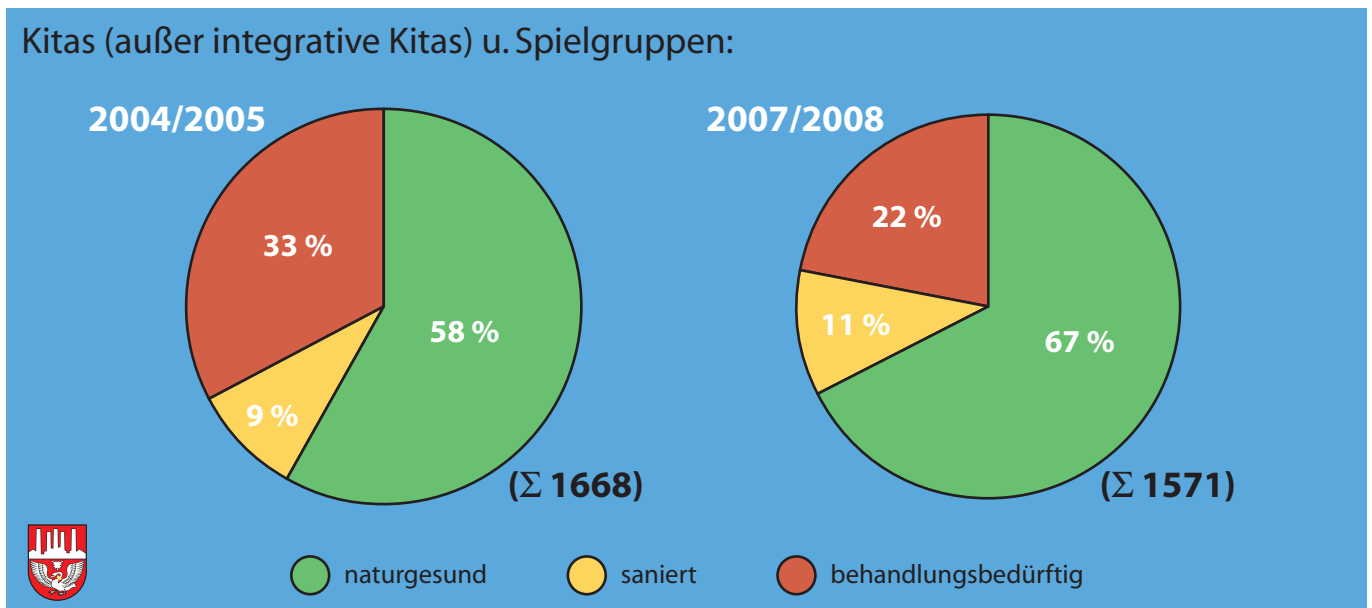


Abb. 7: Untersuchte Kinder in den Kindertagesstätten und Spielgruppen

Die Zahnbefunde der Kinder in der Altersstufe von 3 bis 6 Jahren haben sich aktuell allerdings deutlich verbessert zu den Zahlen von 2004/05. Aktuell sind von 1571 Kindern 67% „naturgesund“ und 22% behandlungsbedürftig im Gegensatz zu 2004/05, wo nur 58% „naturgesund“ und 33% behandlungsbedürftig waren. Die Ursachen hierfür könnten u.a. in der gezielten Gruppenprophylaxe und einer verbesserten Ernährungsaufklärung liegen.

#### 4.4 Vergleich Untersuchungsergebnisse Grundschulen Klasse 1-4 2007/08 mit 2004/05

Auch hier zeigt sich eine Verbesserung der Mundgesundheit im Schuljahr 2007/08 dahingehend, dass 56% der Kinder in den 1.-4. Klassen „naturgesund“ sind, 26% behandlungsbedürftig sind und 18% saniert. 2004/05 waren nur 50% „naturgesund“ und 35% behandlungsbedürftig. Diese Ergebnisse sind u.a. mit verstärkter Aufklärung durch die Gruppenprophylaxe zu erklären. Der Prozentsatz der naturgesunden Kinder in dieser Altersstufe liegt aufgrund des Zahnwechsels zwi-

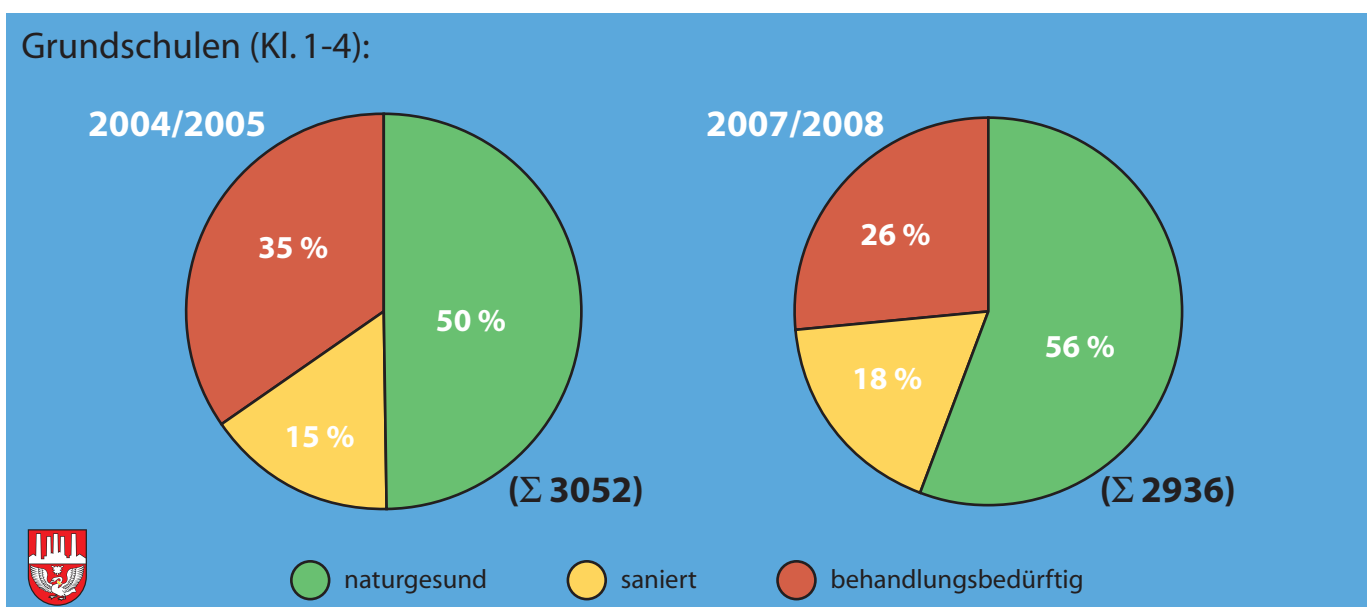


Abb. 8: Untersuchte Kinder in den Grundschulen

schen dem 9. und 12. Lebensjahr höher als bei den Erstklässlern, d. h. die erkrankten Milchzähne sind z. T. bereits ersetzt durch bleibende gesunde Zähne.

Abbildung 8 zeigt, das in den Grundschulklassen 1 bis 4 von **2936** Kindern 1635 (56%) naturgesunde, 778 (mit 26% höchster Landesdurchschnitt) behandlungsbedürftige und 521 (18%) sanierte Zähne haben. Im Vergleich zum Landesdurchschnitt zeigen sich auch hier für Neumünster schlechtere Werte, der Behandlungsbedarf liegt im Durchschnitt bei den Grundschulern Klasse 1-4 bei 18%, in Neumünster gibt es also 8% mehr behandlungsbedürftige Grundschüler.

#### 4.5 Vergleich Untersuchungsergebnisse Hauptschulen Klasse 5-9 2007/08 mit 2004/05

Ein leichter Positivtrend ist zu verzeichnen, die Anzahl der „naturgesunden“ Kinder stieg 2007/08 um 2% auf 44%, während die Zahl der behandlungsbedürftigen Schulkinder um 3% gegenüber 2004/05 zunahm, nämlich von 27% auf 30%. Das bedeutet, dass jedes 3. Schulkind dieser Klassenstufen als behandlungsbedürftig zählt (siehe Abb. 9). Leider schneidet Neumünster auch hier deutlich schlechter ab als der Landesdurchschnitt Schleswig-Holsteins. Hier liegt der Behandlungsbedarf bei Hauptschülern der Klassen 5-9 bei 17%, das sind 13% weniger.

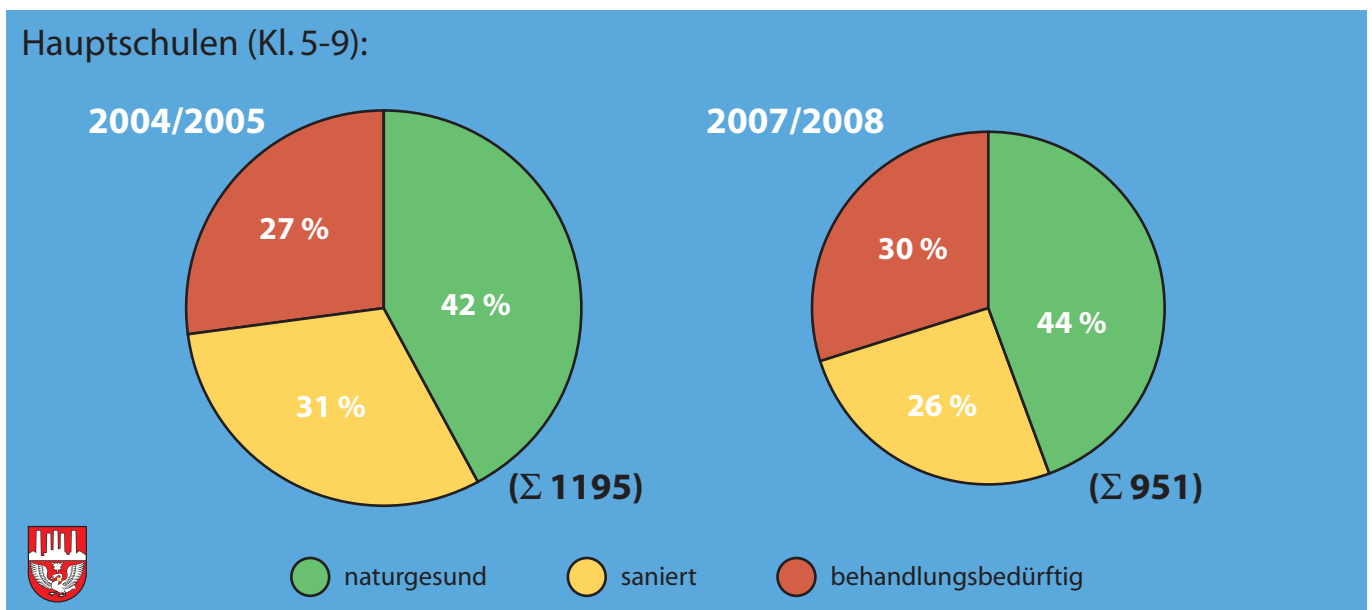


Abb. 9: Untersuchte Kinder in den Hauptschulen

## 5 Gruppenprophylaxe

Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Stadt Neumünster e.V. (AG) wurde 1995 gegründet. Die Mitglieder setzen sich aus Vertretern der örtlichen Krankenkassen, der niedergelassenen Zahnärzte und Vertretern der Stadt zusammen.

In der AG waren im Schuljahr 2007/08 drei Prophylaxefachkräfte mit insgesamt 41 Wochenstunden beschäftigt. Die Finanzierung der AG wird hauptsächlich von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Es werden jährlich ca. 45 000 € zur Verfügung gestellt, die für Zahnputzmaterialien, Arbeitsmittel, Sonderaktionen und Personalkosten benötigt werden. Der Beitrag der Stadt besteht in der Finanzierung der anteiligen Personalkosten (Zahnarzt, Zahnarthelferin) sowie in der Be-

reistellung von Räumlichkeiten im Fachdienst Gesundheit. Der Vorsitz und die Geschäftsführung der AG werden von der Jugendzahnärztin wahrgenommen.

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.

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 Wissensvermittlung von Mundhygiene, Kariesentstehung und -vermeidung, Schutz der Zähne mit Fluoriden und vor allem gesunder Ernährung. Diese Themen werden mit viel Kreativität von Seiten der Mitarbeiterinnen immer wieder neu „verpackt“, um sie interessant zu gestalten.

Insgesamt wurden 5365 Kinder mit Prophylaxemaßnahmen erreicht. Bei 472 Kindern erfolgten 2x jährlich Fluoridlack-Touchierungen und bei 715 Kindern wurde mit Fluoridgel geputzt. 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 gleichzeitig die Motivation zur besseren Mundhygiene und gesunden Ernährung gefördert werden soll.

Das Obleuteprogramm der niedergelassenen Zahnärzte ergänzt die Arbeit der AG, z.B. durch Schnupperbesuche von Kita-Gruppen in Zahnarztpraxen. Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen 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 Prophylaxe-Mitarbeiterinnen in den Förderschulen und den Schulen mit höherem Kariesrisiko von vorgegebenen 2 Besuchen auf 4 bis 6 pro Jahr erhöht.

## 6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Vom schulzahnärztlichen Dienst des Fachdienstes Gesundheit wurden im Schuljahr 2007/08 insgesamt **5976** Kinder in 32 Kindertagesstätten und Spielgruppen sowie in 18 Grund-, Haupt- und Förderschulen untersucht. Das sind **87,7%** aller Kinder, die in diesem Schuljahr die genannten Einrichtungen in Neumünster besucht haben.

Die Untersuchungsergebnisse des Schuljahres 2007/08 zeigen, wie schon die Ergebnisse aus dem Schuljahr 2004/2005, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen Belastungsfaktoren und der Zahngesundheit besteht. Das bedeutet, dass in Bezirken mit hoher sozialer Belastung der prozentuale Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss niedriger ist als in Bezirken mit geringerer sozialer Belastung. Weiterhin zeigt der Vergleich der Schuljahre 2004/2005 und 2007/2008, dass in den Bezirken mit hoher sozialer Belastung der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss weiter gesunken ist.

Insgesamt betrachtet haben 67% der Kindergartenkinder in Neumünster ein naturgesundes Gebiss. Betrachtet man Kindergärten, die hauptsächlich von der Bevölkerung des Kerngebietes besucht werden, sinkt der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss auf 59%, während der Anteil der naturgesunden Kindergartenkinder im Randgebiet Neumünsters bei 72% liegt.

Bei den 6- bis 7-Jährigen (Erstklässlern) zeigen die Ergebnisse der Grundschulprofile, dass in nur 4 von 15 Schulen der Parameter „naturgesund“ besser war als der Landesdurchschnittswert. Die übrigen 11 Schulen erreichten die Landesdurchschnittswerte nicht. In einer Schule konnte nur bei 26% der Kinder ein naturgesundes Gebiss festgestellt werden. Auch hier zeigt sich, dass insbesondere in den Bezirken mit einer hohen sozialen Belastung der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer ist und mit nur 31% auffällig unter dem Landesdurchschnitt liegt.

Bei den untersuchten Kindern der Klassen 1 bis 4 setzt sich der Trend fort. Der Anteil von Kindern mit naturgesunden Zähnen im Kerngebiet ist im Vergleich zu den Kindern im Randgebiet mit 38% zu 55% deutlich geringer.

Weiterhin zeigt sich, dass, je älter die untersuchten Kinder sind, der prozentuale Anteil mit naturgesunden Zähnen weiter sinkt und der Anteil mit sanierten Zähnen steigt. Erfreulicher Trend hier, der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder nimmt in den Klassen 5 bis 9 mit 27% im Vergleich zu den Klassen 1 bis 4 mit 35% ab. In den Einrichtungen mit integrativem Schwerpunkt und in den Förderschulen ist insgesamt die Anzahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer, auch hier sinkt mit dem zunehmenden Alter der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder.

Die in vielen Studien getroffene Feststellung, dass Armut krank macht, belegen auch die Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen für das Schuljahr 2007/08 in Neumünster. Kinder aus Bezirken mit einer hohen sozialen Belastung haben eher behandlungsbedürftige oder schon sanierte Zähne als Kinder aus Bezirken mit einer geringeren sozialen Belastung. Hervorzuheben ist außerdem, dass im Vergleich zum schleswig-holsteinischen Landesdurchschnitt ein geringerer Prozentsatz der Kinder in Neumünster gleich gute oder bessere Zähne haben.

## 7 Empfehlungen

### 7.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Zahngesundheit ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Neben nicht beeinflussbaren genetischen Faktoren spielen eine angemessene Ernährung, Aufklärung und ein frühes Zahnputztraining eine wesentliche Rolle bei der Prävention. Zusätzlich ist das verantwortungsvolle, gesundheitsbewusste Erziehungsverhalten der Eltern entscheidend für die Mundgesundheit der Kinder.

Die niedergelassenen Zahnärzte tragen durch prophylaktische Maßnahmen wie Früherkennung, Fissurenversiegelung, Schmelzfluoridierung u.s.w. ebenfalls zur Zahngesundheit der Kinder bei. Die aufsuchende Tätigkeit durch das Gesundheitsamt gewährleistet eine flächendeckende Untersuchung bei den Kindergarten- u. Schulkindern (ca. 90%), zusätzlich werden aufgrund der statistischen Auswertung der Untersuchungsdaten gezielt durch die Prophylaxefachkräfte vorbeugende Maßnahmen ergriffen in Form von praktischen und theoretischen Übungen.

Nach Auswertung der Statistiken zeigt sich, dass das WHO-Ziel, 50% naturgesunde Zähne bis 2010 bei allen Erstklässlern in Neumünster bei weitem noch nicht erreicht ist. Die Zahl hat sich zwar im Schuljahr 2007/2008 um 2% gegenüber 2004/2005 bezogen auf das gesamte Stadtgebiet verbessert, im Kerngebiet Neumünsters aber, also dort, wo verstärkt Kinder aus sozial belasteten Familien leben, liegt der Anteil der naturgesunden Kinder nur bei **31%**, das sind 19% weniger zahngesunde Kinder als im Randgebiet Neumünsters.

## 7.2 Forderungen

Um den Zustand der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Neumünster möglichst umfassend beurteilen zu können, sollten weiterhin komplette Jahrgänge aus der gesamten Kernzielgruppe, Kindertagesstätten und Spielgruppen sowie alle 1. bis 4. Klassen der Grundschulen, 5.-9. Klassen der Hauptschulen, bzw. Regionalschulen, Gemeinschaftsschulen und die Förderschulen mindestens einmal jährlich untersucht werden. Auch zukünftig sollten die Untersuchungen in den Einrichtungen stattfinden, weil gerade hier die Kinder erfasst und untersucht werden, die sonst keine/n Zahnarzt/ärztin aufsuchen.

Die Aussagekraft der Untersuchungsdaten ist von dem Grad der Genauigkeit der Untersuchenden abhängig. Hinsichtlich der Vergleichbarkeit sind deshalb bestimmte Qualitätskriterien unbedingt einzuhalten. Um dieses zu gewährleisten, ist es zudem sinnvoll, dass die Untersuchungen von einer oder einem speziell für diesen Tätigkeitsbereich geschulten Zahnärztin / Zahnarzt durchgeführt werden.

## 7.3 Gruppenprophylaxe

Nach Auswertung der statistischen Daten sollte in den Einrichtungen mit besonders hoher Kariesaktivität gezielt und verstärkt Prophylaxe und Aufklärung erfolgen, die von den Prophylaxefachkräften der Arbeitsgemeinschaft durchgeführt wird.

Es sollte eine weitere bedarfsgerechte Umverteilung der vorhandenen Ressourcen erfolgen, die der gesundheitlichen Benachteiligung der Kinder aus sozial schwächeren Bevölkerungsschichten entgegenwirkt. Konkrete Maßnahmen sind die Erweiterung des Fluoridlackprogrammes und die Erhöhung der teilnehmenden Kinder. Um eine bessere Akzeptanz bei den Eltern zu erreichen, sind mehrsprachige Informations- und Einwilligungserklärungen notwendig.

Außerdem sollte in bestimmten Einrichtungen die Betreuung durch eine Erhöhung der Frequenz der Besuche intensiviert werden. Zur erfolgreichen Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter könnten kurze Aufklärungseinheiten über effektive Mundhygiene und gesunde Ernährung auf Elternabenden für Erstklässler sehr sinnvoll sein.

## 7.4 Jugendzahnärztlicher Dienst

Die Fortführung der Gesundheitsberichterstattung sollte in zeitlich überschaubaren Abständen von ca. 3 Jahren erfolgen, um neben den jährlichen Kontroll- und Steuerungsmaßnahmen für die Gruppenprophylaxe zusätzliche Informationen über Entwicklungen der Zahngesundheit in unterschiedlichen Einrichtungstypen bzw. Stadtteilen zu erhalten und zu dokumentieren. Es sollten gezielte Nachuntersuchungen in Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf erfolgen. Dies gilt insbesondere bei den Abgangsjahrgängen der Förderschulen.

## 7.5 Multiplikatoren

Die gute Zusammenarbeit zwischen den Leiter/innen der Einrichtungen ist weiter auszubauen, z.B. durch einen besseren Informationsfluss und eine verstärkte Einbeziehung der Eltern.



## 7.6 Niedergelassene Zahnärzteschaft

Auch hier sollte die bisherige gute Kooperation weiter genutzt werden, um einen höheren Sanierungsgrad der Milchzähne zu erreichen.

## 8 Gesundheitsziele

Abschließend sollen einige Gesundheitsziele zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Neumünster formuliert werden:

**Bis zum Jahre 2012 sollen mindestens 50% aller untersuchten Erstklässler in Neumünster ein naturgesundes Gebiss aufweisen. Der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen soll insbesondere in den Bezirken mit hoher sozialer Belastung innerhalb der nächsten 3 Jahre um mindestens 10 Prozent steigen.**

Zur Erreichung dieser Ziele bedarf es u.a. einer Intensivierung der Prophylaxemaßnahmen bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko, öffentlichkeitswirksamer Aktionen rund um die Zahngesundheit und weiterhin einer hohen Akzeptanz und Unterstützung der schulzahnärztlichen Untersuchungen in den Einrichtungen und bei der Bevölkerung.

## 9 Quellennachweis

- 1) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung § 21 Abs. I „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, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.“
- 2) Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) vom 14.12.2001 § 7 Abs. II „Unter Berücksichtigung der Leistungspflicht anderer Stellen gemäß § 21 SGB V stellen die Kreise und kreisfreien Städte in den dort geregelten Formen die Durchführung der Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) insbesondere durch regelmäßige Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in Kindertagesstätten und Schulen sicher.“
- 3) Rahmenvereinbarung nach § 21 SGB V zur Durchführung der Gruppenprophylaxe in Schleswig-Holstein Richtlinien zur Bestimmung der Kernzielgruppe für die Reihenuntersuchungen, Koordinierungsstelle Gruppenprophylaxe Schleswig-Holstein, Stand 01.01.2005
- 4) Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen weiter auf Erfolgskurs (24.08.05): [www.daj.de](http://www.daj.de)
- 5) Pieper, K.: Neueste Ergebnisse der vierten bundesweiten DAJ-Studie zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Berlin (2005)
- 6) Marthaler, Th. M.: Gesunde Zähne ein Leben lang. Hrsg.: elmex Forschung, Wybert GmbH (1997)
- 7) Tautz, I.: Kulturspezifische und soziale Aspekte der Prävention am Beispiel der Ernährung und (Zahn-Gesundheit). DAJ Spezial 1 (2006) 52-55
- 8) Steinburger Gesundheitsbericht (2005)
- 9) Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein 2007 im Auftrag des Landes S-H

## 9.2 Anhang

Tabelle 1: Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindexes 2004

Zuordnung	Nr.	Bezirk	Standardpunktzahl	Standardpunktzahl	Standardpunktzahl	Index
			Sozialhilfebezug	Arbeitslosigkeit	Wohngeldbezug	Gesamt/Sozial
Randgebiet	14	Gartenstadt	3,75	3,33	0,43	2,50
Randgebiet	16	Gadeland	0,00	0,00	11,73	3,91
Randgebiet	7	Tungendorf	5,79	8,71	2,84	5,78
Randgebiet	15	Einfeld	7,99	9,84	0,00	5,94
Randgebiet	11	Wittorf	6,39	9,76	12,88	9,68
Randgebiet	9	Ruthenberg	6,64	10,72	22,23	13,20
Randgebiet	8	Brachenfeld	13,86	18,53	9,97	14,12
Randgebiet	12	Faldera	12,10	18,36	27,52	19,33
<b>Durchs.</b>		<b>Neumünster</b>	<b>25,08</b>	<b>29,79</b>	<b>38,35</b>	<b>31,07</b>
Randgebiet	10	Stör	13,31	15,64	79,76	36,24
Kerngebiet	4	Süd	35,99	39,49	72,97	49,48
Kerngebiet	6	Nordwest	52,73	47,11	52,66	50,83
Kerngebiet	3	Ost	39,06	51,01	79,70	56,59
Kerngebiet	5	West	54,72	60,48	74,96	63,39
Kerngebiet	1	Kern	39,72	68,84	82,26	63,61
Kerngebiet	13	Böckler-Siedlung	42,11	68,11	100,00	70,08
Kerngebiet	2	Nordost	100,00	100,00	80,14	93,38

