Jugendzahnärztlicher Dienst

Zahngesundheitsbericht 2017

Stadt
Neumünster
Fachdienst Gesundheit

www.neumuenster.de/gesundheit

Jugendzahnärztlicher Dienst
Zahngesundheitsbericht **2017**

Inhaltsverzeichnis

Kontakt 3

1 Einleitung 4

2 Grundlagen der Untersuchung 6
2.1 Untersuchungsablauf und Dokumentation 6
2.2 Gesetzliche Grundlagen 7
2.3 Kernzielgruppe 8
2.4 Definition der Untersuchungskriterien 8

3 Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindexes 10

4 Ergebnisse der Kernzielgruppe im Schuljahr 2016/2017 12
4.1 Übersichtsdarstellung der Ergebnisse in den Kindertagesstätten, Spielgruppen, Grundschulen, weiterführenden Schulen sowie Förderschulen 12
4.2 Ergebnisse der Grundschulprofile für Erstklässler 13
4.3 Vergleich der Untersuchungsergebnisse in den Kindertagesstätten 2016/17 mit 2013/14 und 2010/11 16
4.4 3- jährige Kita-Kinder 18
4.5 Vergleich der Untersuchungsergebnisse 2016/17 in Grundschulen Klasse 1 bis 4 mit den Ergebnissen 2013/14 und 2010/11 19
4.6 Vergleich der Untersuchungsergebnisse an weiterführenden Schulen 21
4.7 12- jährige Jugendliche an Haupt- und Realschulen und Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe seit 2008/09 22

5 Gruppenprophylaxe 23

6 Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse von 2016/17 26

7 Diskussion und Empfehlungen 27
7.1 Diskussion der Ergebnisse 27
7.2 Ziele und Maßnahmen 31

8 Anhang 35
Literatur/Quellen 37
Impressum 37

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

Gesunde Zähne sind wertvoll.

Sie tragen entscheidend zur Lebensqualität jedes einzelnen bei. Gesunde Zähne im Kindes-und Jugendalter sind eine wichtige Voraussetzung für die allgemeine gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Zudem wirkt sich ein früh erlerntes, vernünftiges Mundgesundheitsverhalten lebenslang positiv auf die Allgemeingesundheit aus, denn Karies und Parodontitis (entzündungsbedingte Erkrankung des Zahnhalteapparates) stellen Risikofaktoren für Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen dar.

Karies ist nicht heilbar, da sie unwiederbringlichen Verlust der Zahnhartsubstanz verursacht: Eine Heilung im Sinne von Gewebswiederaufbau ist nicht möglich, es kann lediglich eine Reparatur durch das Einbringen von Ersatzmaterialien durchgeführt werden.

Karies ist aber vermeidbar, wenn die richtigen Vorsorgemaßnahmen ergriffen werden.

Dieser Erkenntnis folgend hat sich die moderne Zahnmedizin von einer rein „reparativen" Wirkungsweise wegbewegt und stellt seit den 1980er Jahren präventive Handlungskonzepte in den Vordergrund. Zahnärzteschaft, öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenkassen entwickelten gemeinsam Präventionsprogramme, die im SGB V seit 1989 verankert sind. Paragraph 21 verpflichtet die Krankenkassen, gemeinsam mit den in den Ländern für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen und den Zahnärzten flächendeckende Prophylaxe-Maßnahmen zur Vermeidung von Zahnerkrankungen zu unterstützen. Paragraph 22 regelt den Anspruch der jugendlichen Versicherten auf Leistungen der Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen.

Als Folge dieser Präventionsmaßnahmen verbesserte sich der Zahngesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in allen Bevölkerungsschichten: 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 und Schiffner 2006).
In der Altersgruppe der 6-7-jährigen ist ein Rückgang von durchschnittlich 2,9 Zähnen mit Karieserfahrung im Schuljahr 1994/1995 auf 1,9 Zähne mit Karieserfahrung im Jahr 2009 zu verzeichnen (Pieper 2009). Deutschlandweit wiesen im Jahr 2009 53,9 % der 6-7-Jährigen ein kariesfreies Gebiss auf (Pieper 2009). Auch die 5. Mundgesundheitsstudie (DMS V) mit Untersuchungsdaten aus den Jahren 2013/2014, die vom Institut deutscher Zahnärzte im Auftrag der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer durchgeführt wurde, zeigt, dass sich die Mundgesundheit der 12-Jährigen noch einmal verbessert hat: Deutschlandweit hatten 81,3 % in dieser Altersgruppe naturgesunde Zähne und die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung sank auf durchschnittlich 0,5 Zähne. In der deutschlandweiten Studie „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016" kommt das Team DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege) um Prof. Splieth zum Ergebnis, dass 78,8 % der 12-Jährigen kariesfrei sind. Die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung lag durchschnittlich bei 0,44.

Auch wenn ein Kariesrückgang in allen Bevölkerungsschichten zu verzeichnen ist, so gibt es doch Gruppierungen, die besonders betroffen sind. Immer noch haben wenige Kinder viel Karies (Kariespolarisation). Hier spielen sozioökonomische Faktoren wie der Bildungsgrad der Eltern und soziale Belastung eine wichtige Rolle.

Insbesondere nimmt die frühkindliche Karies (Early Childhood Caries, ECC) wieder zu. Sie zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Annähernd die Hälfte der kariösen Defekte von Erstklässlern ist bereits im Alter von 3 Jahren vorhanden. Auch wenn die Wichtigkeit gesunder Milchzähne allgemein noch unterschätzt wird, sind die Kinder, deren Eltern einen niedrigen sozioökonomischen Status oder auch einen Migrationshintergrund aufweisen, häufiger betroffen.

Ziel dieses Berichtes ist es, den Zahngesundheitszustand der Grundschulkinder und der Kita-Kinder in Neumünster sozialraumbezogen darzustellen und mit den Untersuchungsergebnissen aus den Schuljahren 2010/2011 und 2013/2014 zu vergleichen. Der Zahngesundheitszustand der 12-jährigen Schülerinnen und Schüler an den noch bestehenden Regionalschulen und den Gemeinschaftsschulen in Neumünster wird betrachtet.

Außerdem werden Informationen über die Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes der Stadt Neumünster und der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Stadt Neumünster e.V. gegeben. Auch wichtige Sachinformationen zum Thema Zahngesundheit sind im Bericht zu finden.

2 Grundlagen der Untersuchung

2.1 Untersuchungsablauf und Dokumentation

Die vom Zahnärztlichen 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 Jugendzahnärztin und die mitarbeitenden zahnmedizinischen Fachangestellten 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 Angst abzubauen und zum regelmäßigen Besuch einer Zahnarztpraxis zu motivieren. Auch soll bei den Kindern das Gefühl der Eigenverantwortlichkeit gestärkt werden. Kinder im Grundschulalter können durchaus eigenständiges Zähneputzen erlernen.

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 Hygiene-Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI) durchgeführt.
Um die Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse für die landesweit erhobenen Risikoprofile zu gewährleisten, müssen die untersuchenden Zahnärztinnen und Zahnärzte an Schulungen für die Einhaltung der Untersuchungsstandards teilnehmen.

In Schulen werden 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 Information 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 mit einem speziell für Jugendzahnärztliche Dienste entwickelten Programm (GuDental) auf einem Laptop erfasst.

Das Untersuchungsergebnis wird den Eltern schriftlich mitgeteilt. Immer wird der halbjährliche Kontrollbesuch bei der Hauszahnärztin oder beim Hauszahnarzt empfohlen. Bei Zahn - und Kieferfehlstellungen wird ein Beratungstermin bei einer Kieferorthopädin oder einem Kieferorthopäden nahegelegt. Wenn erforderlich wird die Versiegelung von bleibenden Backenzähnen und sehr häufig eine Verbesserung der Mundhygiene angeraten. Bei Behandlungsbedarf aufgrund von Karies oder Zahnfleischerkrankungen wird eine Behandlungsaufforderung ausgesprochen. Bei größeren Befunden oder Mineralisationsstörungen des Zahnschmelzes oder bei stark unzureichender Mundhygiene wird eine Intensivbetreuung (vierteljährliche zahnärztliche Betreuung) empfohlen.

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 lange Zeiträume nicht zahnärztlich behandelt werden, was in zahlreichen Fällen zu einer dramatischen Verschlechterung der Mundgesundheit führt. In diesen Fällen ist ggfs. eine Zusammenarbeit mit dem Amt für soziale Dienste (ASD) notwendig, um eine Behandlung zu erreichen, teilweise auch mit richterlicher Unterstützung.

Kindern mit Kariesrisiko und / oder stark verbesserungsbedürftiger Mundhygiene werden Informationsbroschüren, die auch in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, nach Hause 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.

Mit Hilfe der EDV – gestützten Datenauswertung (GuDental) wird für jede Einrichtung ein Risikowert ermittelt. In den Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko wird selektiv die Prävention verstärkt. Hier wird intensiver über die Wichtigkeit von Mundhygiene und gesunder Ernährung aufgeklärt. Praktische Putzübungen mit den Kindern und altersgerechte theoretische Lerneinheiten werden hier bis zu 6-mal pro Jahr von den Prophylaxe-Fachkräften der Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (AGJ) durchgeführt. Immer werden auch die in den Einrichtungen für die Kinder Zuständigen mit einbezogen. Zusätzlich werden in einigen Schulen spezielle Fluoridierungsmaßnahmen angeboten.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Schleswig-Holstein sieht in § 3 Abs. 1 in Verbindung mit § 6 GDG die Gesundheitsberichterstattung (GBE) als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe vor. Als Teil der kommunalen Gesundheitsberichterstattung erstellt der Fachdienst Gesundheit alle 3 Jahre einen Zahngesundheitsbericht.

Mit dem § 21 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung wurden ab 1989 die gesetzlichen Voraussetzungen für den weiteren Ausbau der Präventionsarbeit geschaffen.

In § 21 Abs. 1 SGB V (Gruppenprophylaxe) heißt es:
(1) 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.
(2) Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

Diesen gesetzlichen Auftrag des präventiven Zusammenwirkens erfüllen in der Stadt Neumünster drei Partner: Die Krankenkassen ermöglichen die Durchführung der Gruppenprophylaxe durch die Finanzierung der AGJ (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Stadt Neumünster e.V.), die niedergelassenen Zahnärzte führen die Maßnahmen der Individualprophylaxe (vgl. Seite 1, § 22 SGB V) durch und die Stadt Neumünster beschäftigt die Jugendzahnärztin in Teilzeit (50 %) und die zahnmedizinischen Fachangestellten zur Organisation und Durchführung der Reihenuntersuchungen und für koordinative Aufgaben im Bereich Gruppenprophylaxe.

2.3 Kernzielgruppe

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 den Kreisen und kreisfreien Städte eine Kernzielgruppe für die Maßnahmen zur Verbesserung der Zahngesundheit festgelegt. Dies sind die Kinder in Kindertagesstätten (ab 2 Jahre), Kinder im Grundschulalter, die Förderschulen und Einrichtungen im Behindertenbereich und Kariesrisikogruppen in den Klassenstufen 5–10. Durch die Auswertung der jährlichen Reihenuntersuchungen durch die Jugendzahnärztin werden in Neumünster 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 AGJ Neumünster verstärkt durchgeführt.

Auch Kinder, die nicht durch die Initiative ihrer Eltern eine Zahnarztpraxis aufsuchen, können so aufgeklärt und betreut werden.

2.4 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. Ebenso verhält es sich mit dem Parameter „naturgesund“: Eine kleine Füllung, bzw. eine kleine Karies verhindert den Status naturgesund.
Die Aussage dieser Parameter hat daher nur Übersichtscharakter. Der Sanierungsgrad der Zähne steigt mit dem Alter der Kinder.
Bis zum Alter von 9 Jahren sinkt der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen, steigt dann bis zum Alter von 11-13 Jahren an und sinkt bis zum Alter von 16 Jahren wieder kontinuierlich ab (Abb. 1). Der Anstieg der Anzahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen in der Altersgruppe 9-11 Jahre hängt mit dem in diesem Alter stattfindenden Zahnwechsel zusammen: kariöse oder gefüllte Milchzähne fallen aus und die bleibenden Zähne brechen durch.

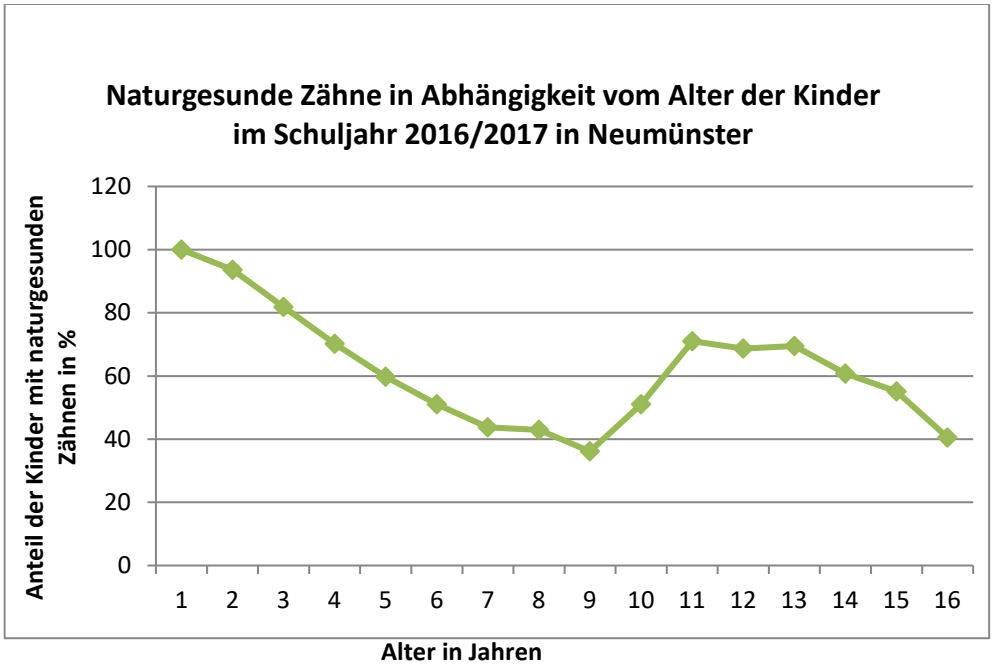


Abb. 1 Naturgesunde Zähne in Abhängigkeit vom Alter der Kinder

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 getroffen 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, vgl. Tab.1.

Kariesrisiko: Definition nach DAJ (Deutsche Gesellschaft zu Förderung der Jugendzahnpflege)	
0 bis 3 – jährige Kinder	1 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne
4-jährige Kinder	2 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne
5-jährige Kinder	4 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne
6- und 7-jährige Kinder	5 oder mehr kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne oder 1 oder mehr kariöse bleibende Zähne
8- und 9-jährige Kinder	7 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

Tab. 1 Definition Kariesrisiko

3 Aufteilung der Bezirke anhand des Sozialindexes

Im aktuellen Zahngesundheitsbericht der Stadt Neumünster 2016/2017 zeigt sich, dass die Mundgesundheit der untersuchten Kinder in den Bezirken mit höherer sozialer Belastung im Mittel schlechter einzustufen ist als in den Bezirken mit einer niedrigeren sozialen Belastung. Dies wurde auch in den Zahngesundheitsberichten 2013/2014 und 2010/11 festgestellt.

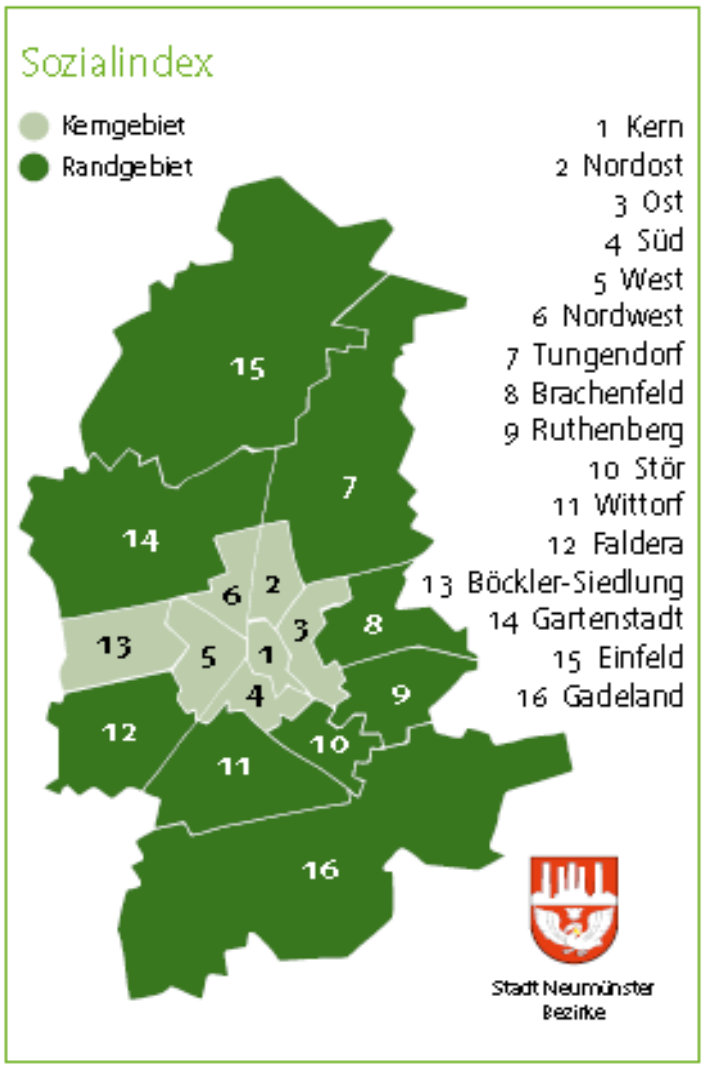
Um im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung Sozialraum bezogene Aussagen treffen zu können, wurden die sechzehn Bezirke der Stadt Neumünster in ein Kern- und ein Randgebiet aufgeteilt. So wurden aus den Bezirken mit einem größeren Sozialindex (höhere soziale Belastung) und aus den Bezirken 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 dies 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.

Der Sozialindex eines Bezirkes berechnet sich aus den standardisierten Werten des Sozialhilfebezuges, der Arbeitslosigkeit, des Wohngeldbezuges und der Inanspruchnahmen von Hilfen zur Erziehung im Verhältnis zur jeweiligen Einwohnerzahl und der gesamten Einwohnerzahl in Neumünster. Diese Daten wurden vom Fachdienst Dezentrale Steuerungsunterstützung der Stadt Neumünster erhoben. Ein entsprechendes Diagramm mit den einzelnen Parametern ist im Anhang zu finden.

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 von einer wohnortnahen Unterbringung ausgegangen werden kann, im Gegensatz zu den Schülerinnen und Schüler der weiterführenden Schulen, die häufig nicht in der Nähe der Schule wohnen.



4 Ergebnisse der Kernzielgruppe im Schuljahr 2016/17

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

Insgesamt zeigt der Vergleich der untersuchten Kinder der Schuljahre 2010/2011, 2013/2014 und 2016/2017, dass die Anzahl der untersuchten Kinder sich auf einem gleichbleibend hohen Niveau befindet. Es werden jährlich circa 6000 Kinder untersucht.
Es wurden **32** Kindergärten und Spielgruppen, **12** Grundschulen, **3** Förderschulen und **8** weiterführende Schulen aufgesucht. Bei den weiterführenden Schulen handelte es sich um 2 Regionalschulen, 4 Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe und 2 Gemeinschaftsschulen mit gymnasialer Oberstufe. In der Waldorfschule und den Waldorf-Kitas war unser Besuch auch im Schuljahr 2016/2017 nicht erwünscht. Insgesamt wurden **6653** Untersuchungen durchgeführt (siehe auch Abbildung 2).

In der Einwohnermeldedatei wurden in Neumünster zum Stichtag 31.12.2016 **2327** Kinder im Alter von 3 bis 6,5 Lebensjahren gezählt. In den aufgesuchten Kitas oder Spielgruppen befanden sich laut Belegung **2085** Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren. Um die Vergleichbarkeit mit den anderen Gesundheitsberichten zu gewährleisten, wurden hier ausschließlich die 3- bis 6-jährigen Kinder berücksichtigt. **1716**, also **82 %** der 3- bis 6-jährigen Kinder in den Kitas oder Spielgruppen wurden untersucht. Es ist anzunehmen, dass circa **74 %** aller Kinder aus Neumünster in dieser Altersgruppe untersucht wurden.

Zudem wurden **207** Kinder in Krippen im Alter von 0-2 Jahren untersucht.

Es wurden **2897** Schulkinder der Klassen 1 bis 4 untersucht. An den aufgesuchten Schulen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung **3001** Kinder gemeldet, das entspricht einem Untersuchungsgrad von **97%**. An den aufgesuchten weiterführenden Schulen und den Förderschulen wurden von **2069** gemeldeten Schulkindern insgesamt **1832** Kinder der Klassen 5 bis 9 untersucht. Das entspricht einem Untersuchungsgrad von **89%**.

Von **7155** Kindern ab 3 Jahren, die sich im Schuljahr 2016/2017 in den oben genannten Einrichtungen befanden, wurden 6445 (90 %) von der Jugendzahnärztin des Fachdienstes Gesundheit untersucht.

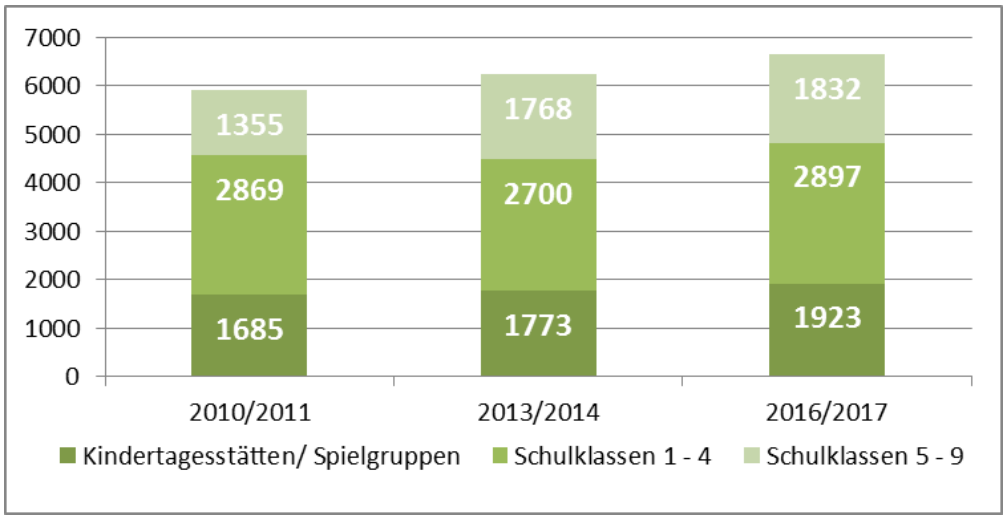


Abb. 2 Untersuchte Kinder

4.2 Ergebnisse der Grundschulprofile für Erstklässler

Für das Jahr 2010 wurde von der WHO (World Health Organisation) das Ziel aufgestellt, bei 50 % aller 6-jährigen Kinder weltweit naturgesunde Gebisse zu erreichen. Bis zum Jahr 2020 sollen sogar 80 % aller 6-Jährigen kariesfrei sein. Für die Stadt Neumünster besteht weiterhin das Gesundheitsziel, dass 50 % der 6- bis 7-jährigen Erstklässler naturgesunde Zähne aufweisen.
Auch im Schuljahr 2016/2017 wurde dieses Ziel nicht erreicht. Der Anteil der Erstklässler mit naturgesunden Zähnen betrug 44,5 %.

Im Schuljahr 2016/2017 wurden von 758 Erstklässlern 741 untersucht, das entspricht 98% der Erstklässler.
Abbildung 3 gibt eine Übersicht über die Untersuchungsergebnisse bei Erstklässlern der Grundschulen im gesamten Stadtgebiet im Vergleich mit den Erhebungsdaten aus den Jahren 2010/2011 und 2013/2014.
Die Anzahl der Erstklässler mit naturgesunden Gebissen beträgt im Vergleich zu 46,5 % im Schuljahr 2013/2014 im Schuljahr 2016/2017 44,5 %. Sanierte Zähne hatten 13 % der Erstklässler, während bei 42,5 % Behandlungsbedarf bestand.

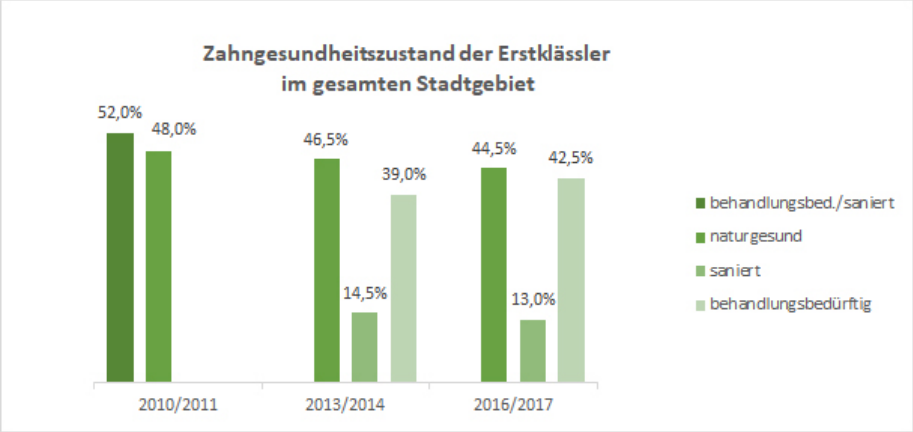


Abb. 3 Zahngesundheitszustand der Erstklässler im gesamten Stadtgebiet

Um den Zahngesundheitszustand der Erstklässler über einen längeren Zeitraum zu betrachten, wurden die Untersuchungsdaten aus den Schuljahren 2004/2005 bis 2016/2017 ausgewertet. Es zeigt sich (Abb.6), dass der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen schwankt; ein deutlicher Positivtrend ist seit 2004/2005 nicht zu verzeichnen. Im Schuljahr 2004/2005 hatten 43 % der Erstklässler naturgesunde Zähne, im Schuljahr 2016/2017 sind es 44,5 %. Der Mittelwert beträgt 47 %.

Sozialraumbezogene Betrachtung

Im Kerngebiet der Stadt lag der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen im Schuljahr 2016/2017 sogar nur bei 30,5 %; sanierte Zähne hatten 9 %, während der überwiegende Teil der Kinder, nämlich 60,5 % unversorgte kariöse Zähne hatte (Abb.4).

Im Randgebiet hatten 50 % der Erstklässler naturgesunde Zähne, 15 % hatten sanierte Zähne und bei 35 % bestand Behandlungsbedarf (Abb.5).

Die Behandlungsbedürftigkeit der Erstklässler hat insbesondere im Kerngebiet zugenommen. Dort ist auch der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen stärker gesunken als im Randgebiet.

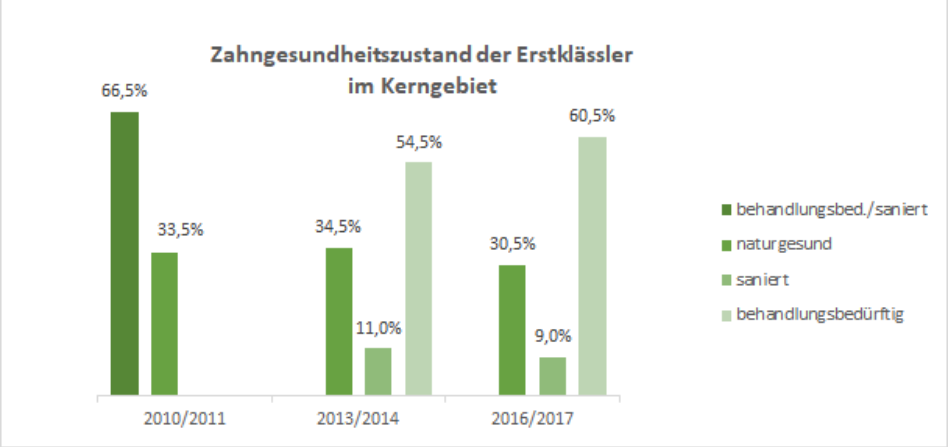


Abb.4 Zahngesundheitszustand der Erstklässler im Kerngebiet

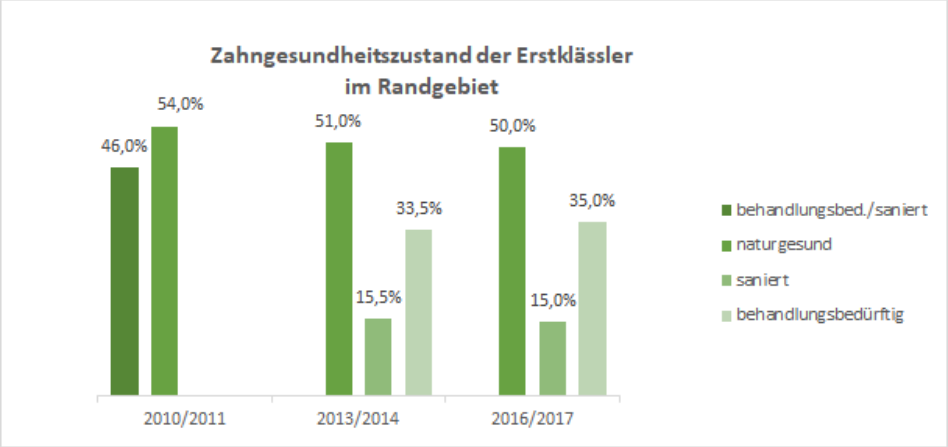


Abb.5 Zahngesundheitszustand der Erstklässler im Randgebiet

Kariesrisiko bei 6- bis 7-jährigen Erstklässlern in Rand und Kern

Ein Kariesrisiko liegt nach Definition der DAJ vor, wenn ein 6- bis 7-jähriges Kind 5 oder mehr Milchzähne oder 1 oder mehr bleibende Zähne mit Karieserfahrung hat, vgl. auch Tabelle 1 auf Seite 10. Ein Kariesrisiko lag im Randgebiet der Stadt bei 12 % der Erstklässler vor, im Kerngebiet lag der Anteil der Erstklässler mit Kariesrisiko bei 35 %.

Weitere Anstrengungen sind sowohl im Kern- als auch im Randgebiet nötig, um die Mundgesundheit der Erstklässler zu verbessern.

Zahngesundheitszustand der Erstklässler in Neumünster seit dem Schuljahr 2004/2005 im Landesvergleich

Beim Vergleich der Untersuchungsergebnisse über einen längeren Zeitraum zeigt sich, dass der Anteil der Erstklässler mit naturgesunden Zähnen schwankt. Dies ergibt sich sowohl aus den landesweiten Daten als auch bei den Untersuchungsergebnissen in Neumünster. In allen Schuljahren hatten in Neumünster weniger Erstklässler naturgesunde Zähne als in ganz Schleswig-Holstein. Der Durchschnitt liegt landesweit bei 57,5 %, in Neumünster bei 47 %. Für das Schuljahr 2005/2006 lagen für ganz Schleswig-Holstein keine Daten vor.

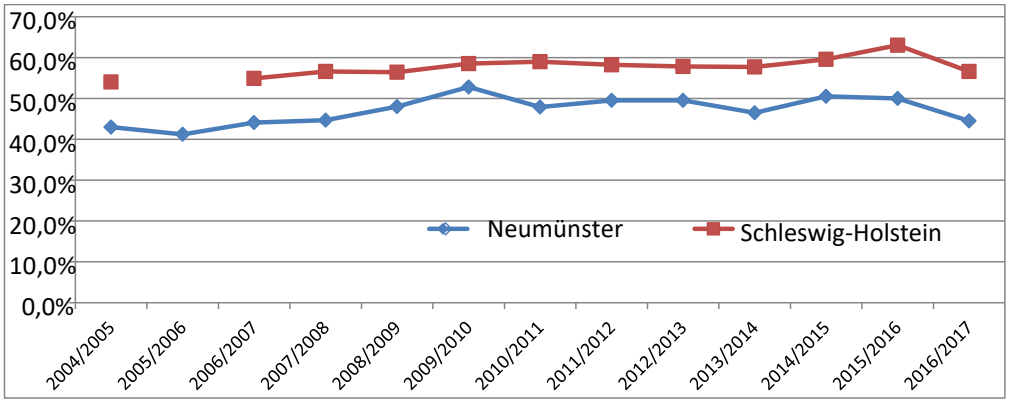


Abb.6 Zahngesundheitszustand der Erstklässler in Neumünster ab 2004/05 im Landesvergleich

Kariespolarisation

Die ungleichmäßige Verteilung der Karieslast innerhalb einer Bevölkerungsgruppe bezeichnet man als Kariespolarisation. Eine solche ist auch in Neumünster zu beobachten. So betrug bei allen untersuchten 6- bis 7-jährigen Erstklässlern die Gesamtzahl der Zähne mit Karieserfahrung 1955. Davon waren 1429 Zähne mit Karieserfahrung (**73 %**) bei nur **25 %** der untersuchten Kinder zu finden, siehe auch Tabelle 2 im Anhang.
Die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung betrug bei allen untersuchten Erstklässlern durchschnittlich 2,64. Die Kinder mit nicht naturgesunden Zähnen hatten im Durchschnitt 4,76 gefüllte, fehlende oder kariöse Zähne.
Im Kerngebiet der Stadt lag die durchschnittliche Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung bezogen auf alle im Kern untersuchten Kinder bei 3,86. Die Kinder mit Karieserfahrung hatten im Durchschnitt 5,57 gefüllte, fehlende oder kariöse Zähne. Auch dies ist eine Kariespolarisation.

4.3 Vergleich der Untersuchungsergebnisse in den Kindertagesstätten 2016/2017 mit 2013/2014 und 2010/2011

Abbildung 7 zeigt Untersuchungsergebnisse der Kindertagesstätten und Spielgruppen im Schuljahr 2013/14 im Vergleich zu den Ergebnissen aus 2010/11 und 2007/08.

Im Schuljahr 2016/2017 wurden von den 2085 in den Einrichtungen gemeldeten Kindern im Alter von 3-6 Jahren 1716 untersucht (Untersuchungsgrad 82 %). Davon hatten 1136 Kinder (66%) ein naturgesundes Gebiss, bei 454 Kindern (26,5%) bestand Behandlungsbedarf und 126 Kinder (7,5%) hatten sanierte Zähne.

Der Anteil der 3- bis 6-jährigen Kinder in Kindertagesstätten mit naturgesundem Gebiss beträgt im Schuljahr 2016/17 66%.

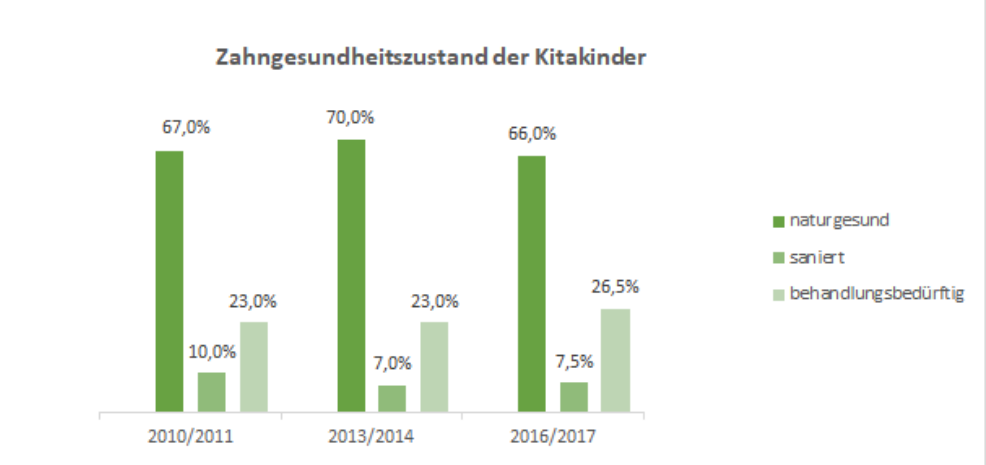


Abb. 7 Zahngesundheitszustand der Kita-Kinder

Sozialraumbezogene Betrachtung

Auch bei den 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern zeigen sich Unterschiede zwischen Kern- und Randgebiet. Der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen ist im Kerngebiet niedriger als im Randgebiet.

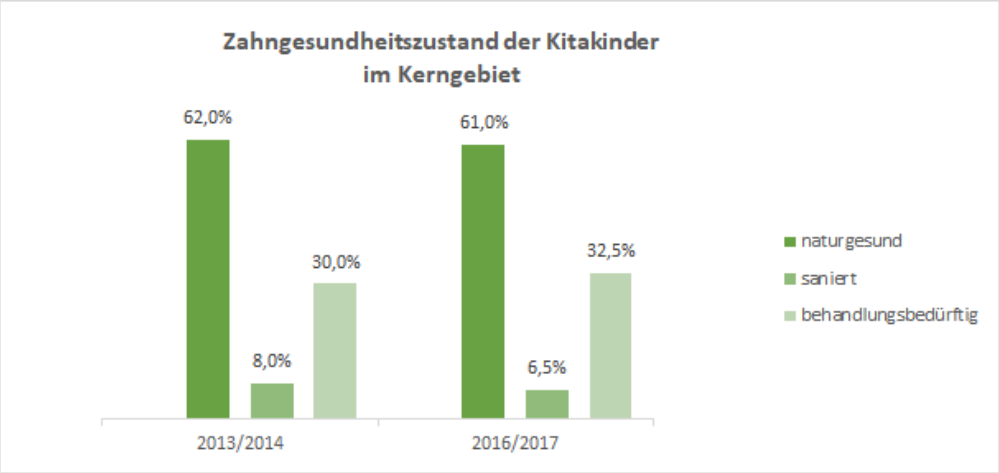


Abb.8 Zahngesundheitszustand der Kita-Kinder im Kerngebiet

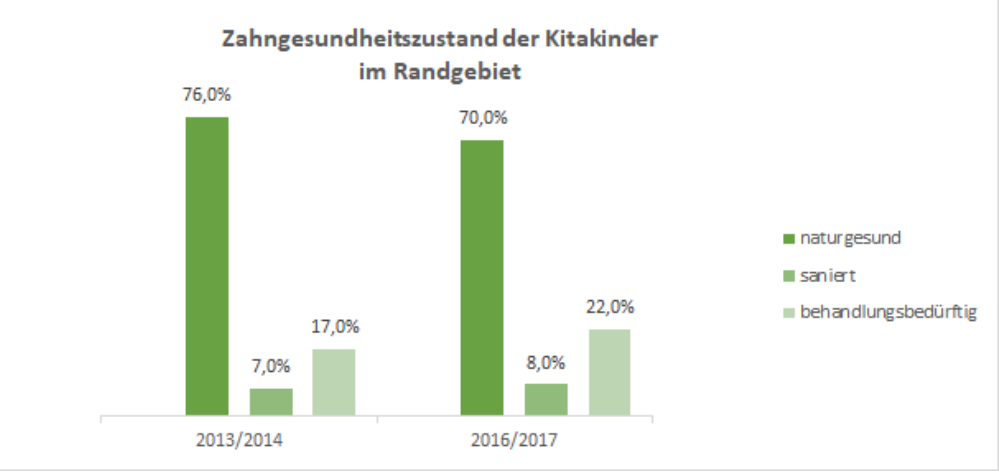


Abb. 9 Zahngesundheitszustand der Kita-Kinder im Randgebiet

Allerdings sank im Randgebiet der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen im Vergleich zum Schuljahr 2013/2014 um 6 %, während er im Kerngebiet im gleichen Zeitraum nur um 1 % abnahm.

4.4 3-jährige Kita-Kinder

Schon bei den 3-jährigen Kita-Kindern in Neumünster tritt Karies in erheblichem Maß auf. Der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen schwankt seit dem Schuljahr 2008/2009 zwischen 77,5 % (2015/2016) und 87 % (2012/2013).
Im Schuljahr 2016/2017 hatten 82 % der 3-jährigen Kita-Kinder naturgesunde Zähne bezogen auf das gesamte Stadtgebiet. Die Anzahl der untersuchten Kinder lag zwischen 281 und 401, der Mittelwert beträgt 356. Der Untersuchungsgrad lag im Durchschnitt bei 78 %.

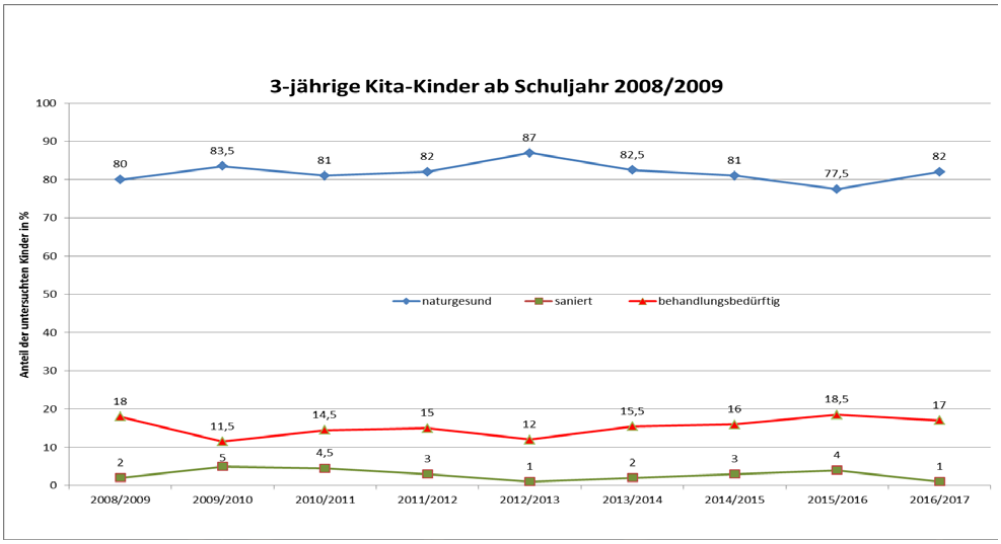


Abb. 10 Zahngesundheitszustand der 3-jährigen Kitakinder ab Schuljahr 2008/2009

Im Randgebiet hatten 84 % der 3-Jährigen naturgesunde Zähne, während es im Kerngebiet nur 79 % waren. Die Behandlungsbedürftigkeit lag im Kerngebiet bei 21 %.

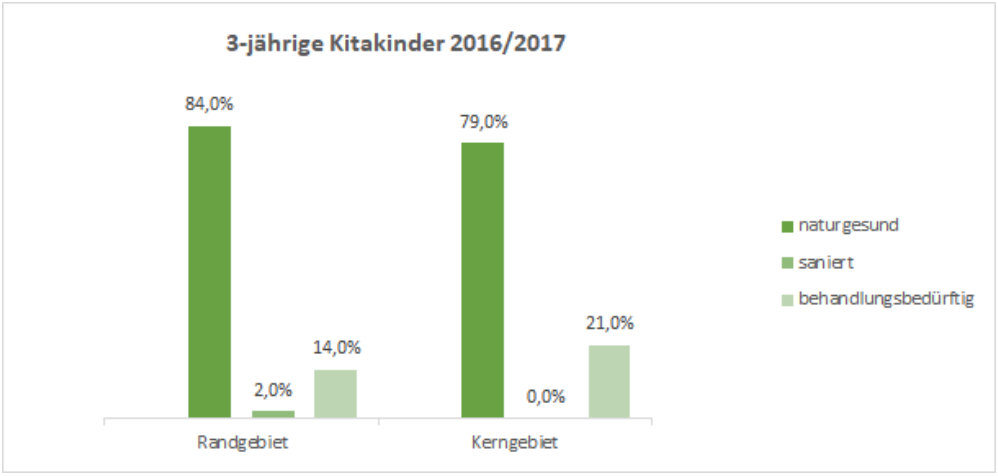


Abb.11 Zahngesundheitszustand der 3-jährigen Kitakinder in Rand und Kern 2016/2017

4.5 Vergleich der Untersuchungsergebnisse 2016/2017 in Grundschulen Klasse 1 bis 4 mit den Ergebnissen 2013/2014 und 2010/2011

In der Gruppe der Grundschulkinder der Klassen 1- 4 waren an den Grundschulen 3001 Kinder gemeldet. Es wurden 2897 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.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass in den verschiedenen Altersgruppen auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Karies unterschiedlich ist: Die Wahrscheinlichkeit, Karies zu entwickeln steigt mit der Dauer, die der Zahn sich in der Mundhöhle befindet, vgl. hierzu auch Abbildung 1 auf Seite 9. Will man also Vergleiche anstellen, so müssen in jeder Altersklasse prozentual gleich viele Kinder untersucht werden. Dies ist in den Schuljahren 2013/2014 und 2016/2017 überwiegend der Fall, siehe auch Abb. 15 im Anhang.

Bei den Untersuchungen im Schuljahr 2010/11 wurde ab der Klassenstufe 3 kein vollständiger Milchzahnbefund erhoben; es wurden vielmehr nur behandlungsbedürftige Zähne dokumentiert. Zähne, die kurz vor der Exfoliation (dem „Herausfallen“) standen, wurden nicht erfasst. Auch Zähne, die wegen Karies verlorengegangen waren („missing“), wurden nicht erfasst, da in diesem Fall keine Behandlungsbedürftigkeit vorlag.

Ab dem Schuljahr 2011/12 wurde nach neuen Untersuchungsstandards befundet, die eine vollständige Erhebung des Milchzahnbefundes bis einschließlich Klasse 4 vorsehen. Nach diesen Standards wurden die Untersuchungen für die für die vergleichende Gesundheitsberichterstattung maßgeblichen Schuljahre 2013/14 und 2016/17 durchgeführt.

Abbildung 12 zeigt, dass im Schuljahr 2016/2017 in den Grundschulklassen 1 bis 4 von **2897** Kindern 1204 (41,5%) naturgesunde, 1192 (41%) behandlungsbedürftige und 501 (17,5%) sanierte Zähne hatten.

Die große Differenz beim Prozentsatz der naturgesunden Gebisse im Vergleich zu 2010/11 (42,5% naturgesunde Gebisse in 2013/14, 42 % naturgesunde Gebisse in 2016/17 gegenüber 64% in 2010/11) ergibt sich aus der Tatsache, dass gemäß der Neufestlegung der Untersuchungsstandards in 2013/14 und in 2016/17 auch in den Klassenstufen 3 und 4 ein vollständiger Milchzahnbefund erhoben wurde.

Große Unterschiede im Zahngesundheitszustand der Grundschulkinder zeigen sich zwischen Randgebiet und Kerngebiet der Stadt: Im Kerngebiet ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer (28 % gegenüber 47 % im Randgebiet) und die Behandlungsbedürftigkeit ist höher (57 % gegenüber 34,5 % im Randgebiet).

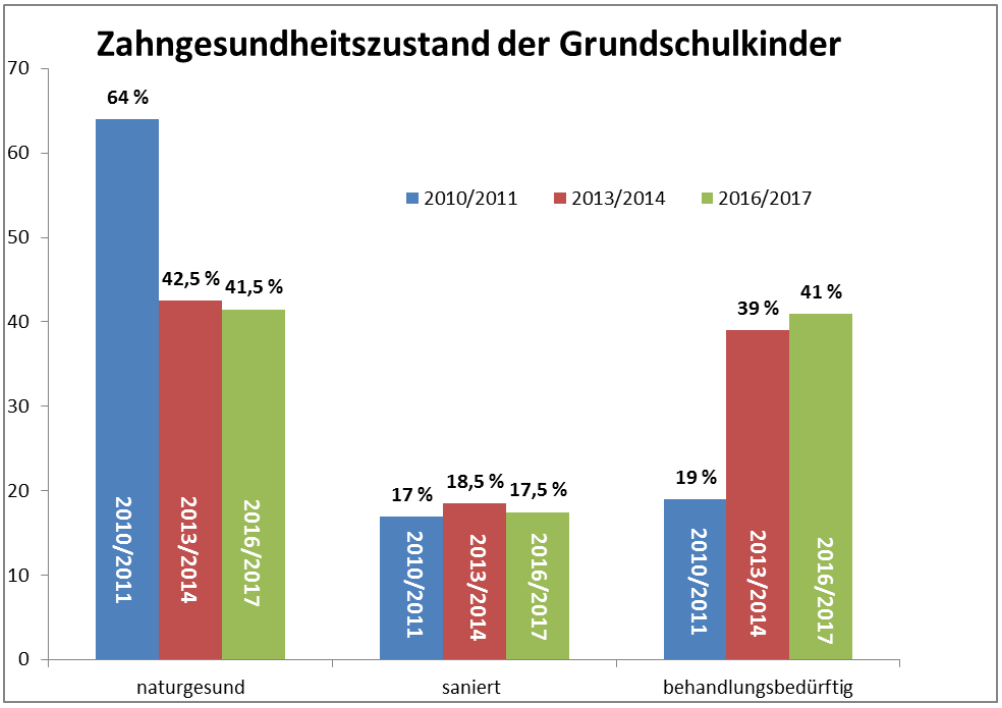


Abb.12 Grundschulkinder in den Schuljahren 2010/2011, 2013/2014 und 2016/2017

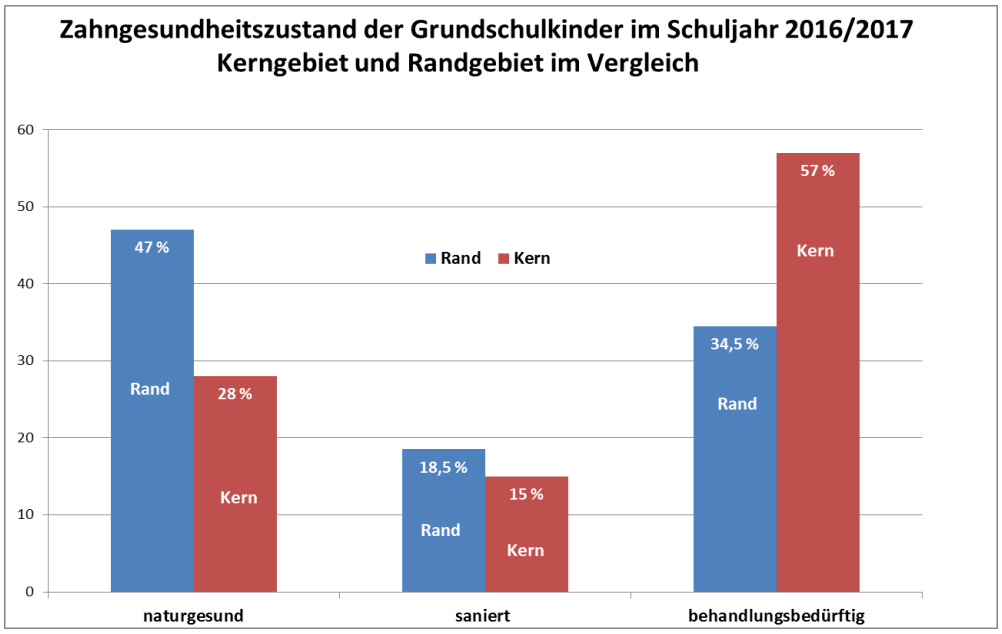


Abb. 13 Grundschulkinder im Kerngebiet und im Randgebiet 2016/2017

4.6 Vergleich der Untersuchungsergebnisse an weiterführenden Schulen

Gemäß den Rahmenvereinbarungen für Schleswig-Holstein gehören zur Kernzielgruppe mit vordringlichem Betreuungsbedarf Kariesrisikogruppen der Klassenstufen 5 – 9.
Kariesrisikogruppen in diesen Klassenstufen wurden in Neumünster bis zur Schulreform in 2010 vorwiegend an den Haupt- und Realschulen gefunden.

Mit Inkrafttreten der Schulreform 2010 zur Zusammenfassung von Haupt – und Realschulen zu Regionalschulen wurden im Schuljahr 2010/2011 letztmalig Hauptschulen untersucht. Die zum Schuljahr 2014/2015 gültige Schulreform führte nunmehr zu einem zweigliedrigen Schulsystem, bei dem auf die Grundschule nur noch 2 Schularten, nämlich Gemeinschaftsschule oder Gymnasium folgen.
Es wurden die gleichen Schulstandorte aufgesucht wie im Schuljahr 2013/2014. Die in 2016/2017 zusätzlich aufgesuchten 2 Gemeinschaftsschulen mit gymnasialer Oberstufe fließen nicht in den Vergleich mit den Untersuchungsergebnissen aus dem Schuljahr 2013/2014 mit ein. Auch hier wurden zunächst die Anteile der jeweiligen Altersgruppen verglichen, siehe Abb. 16 im Anhang.

Im Schuljahr 2016/2017 wurden von den 1598 an 6 weiterführenden Schulen gemeldeten Kindern 1401 untersucht (Untersuchungsgrad an diesen Schulen 88%). 870 (62%) der Schülerinnen und Schüler hatten ein naturgesundes Gebiss, bei 293 (21%) waren die Zähne saniert und bei 238 (17%) der Schülerinnen und Schüler wurde ein Behandlungsbedarf festgestellt.

Zahngesundheitszustand der Klassen 5 – 9

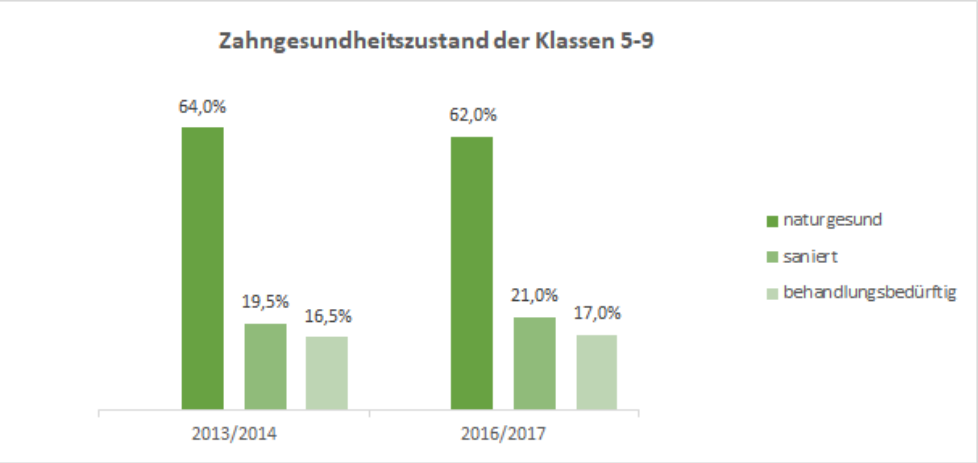


Abb. 13 Zahngesundheitszustand der Schulkinder Klassen 5 – 9 an Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe

4.7 12-jährige Jugendliche an Haupt- und Realschulen und Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe

Da deutschlandweite und internationale Studien den Zahngesundheitszustand der 12-Jährigen untersuchen, soll diese Altersgruppe auch bei der Gesundheitsberichterstattung in Neumünster betrachtet werden.
Wie die 5. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) zeigt, hat sich die die Zahngesundheit bei den 12-Jährigen in ganz Deutschland noch einmal verbessert: 81,3 % der 12-Jährigen hatten naturgesunde Zähne.

In Neumünster werden nach der im Schuljahr 2014/2015 in Kraft getretenen Schulreform bei den weiterführenden Schulen vorwiegend die Jugendlichen an Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe untersucht. Der Anteil der 12-jährigen Jugendlichen mit naturgesunden Zähnen schwankt zwischen 61 % in 2008/2009 und 75 % in 2013/2014 und lag im Schuljahr 2016/2017 bei 65,5 %. Es wurden zwischen 242 und 350 Kinder untersucht, der Mittelwert betrug 316. Für diese Untersuchungsgruppe liegen keine bundesweiten Vergleichszahlen vor.

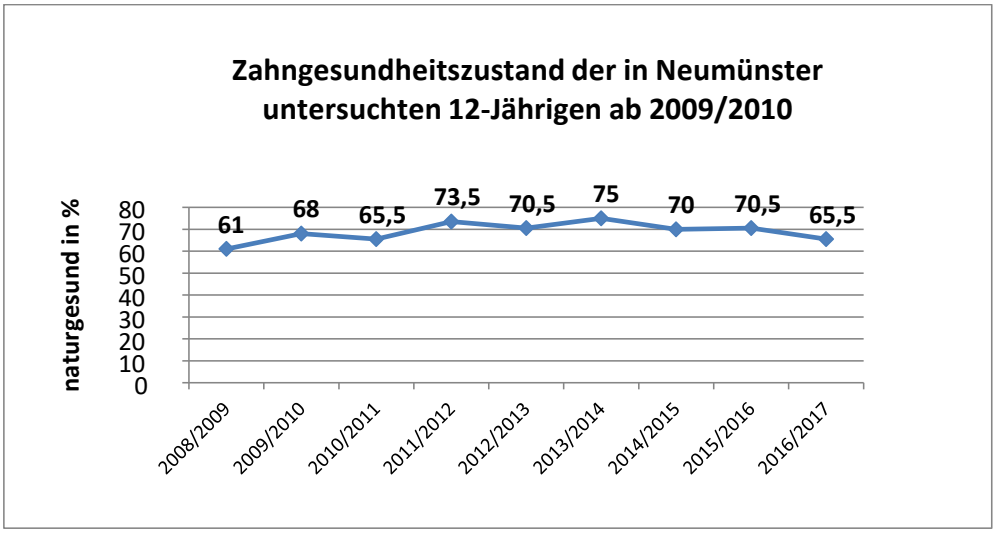


Abb. 14
Zahngesundheitszustand der 12-Jährigen an weiterführenden Schulen in Neumünster **ohne** Gymnasien und Gemeinschaftsschulen mit gymnasialer Oberstufe seit 2008/2009

Im Rahmen bundesweiter Studien und landesweiter Risikoprofilerhebungen werden in bestimmten Abständen auch in Neumünster Schülerinnen und Schüler an Gymnasien und Gemeinschaftsschulen mit gymnasialer Oberstufe untersucht.

So wurden im Schuljahr 2015/2016 im Rahmen der DAJ-Studie 73 von 74 12-Jährigen an einem Gymnasium untersucht. 84,9 % der Kinder hatten naturgesunde Zähne. Die im Schuljahr 2016/2017 an 2 Gemeinschaftsschulen mit gymnasialer Oberstufe untersuchten 121 (von 134) Kinder hatten zu 77 % naturgesunde Zähne. Die Daten dieser Erhebungen sind in Abbildung 14 nicht enthalten.

5 Gruppenprophylaxe

Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Stadt Neumünster e. V. (AGJZP) wurde im Jahr 1995 gegründet und hat gemäß § 21 SGB V die Aufgabe, die Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Neumünster zu verbessern. Mitglieder der AGJZP sind Vertreterinnen und Vertreter der örtlichen Krankenkassen, der in Neumünster niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte und 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, zahnmedizinische Fachangestellte) sowie in der Bereitstellung von Räumlichkeiten im Gesundheitsamt der Stadt Neumünster. Der Vorsitz und die Geschäftsführung der AG werden von der Jugendzahnärztin wahrgenommen.

In den Jahren 2016 und 2017 wurden der AG von den gesetzlichen Krankenkassen durchschnittlich 53.284 € pro Jahr zur Verfügung gestellt. Aus diesen Mitteln wurden 4 Prophylaxefachkräfte mit insgesamt 43 Wochenstunden beschäftigt. Außerdem wurden davon Zahnputzmaterialien, Arbeitsmittel und Sonderaktionen gemäß den Haushaltsrichtlinien 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 altersgerechten 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 5846 Kinder mit Prophylaxemaßnahmen erreicht. 706 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.

Großer Wert wird in Neumünster auf die Aufklärung der Eltern zum Thema Mundgesundheit bei Kita-Kindern gelegt. So konzentriert sich eine Mitarbeiterin auf die Aufklärung der werdenden Eltern und der Eltern von Kleinkindern. Sie sucht Stillgruppen und Eltern-Kind-Gruppen auf und informiert dort über wichtige Grundlagen der Zahngesundheit. Im Schuljahr 2016/2017 haben 8 Gruppenberatungen mit 94 Eltern und Multiplikatoren stattgefunden. 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. Babyzahnbürste oder der erste Trinkbecher. Als wichtiger Beitrag zur frühen Präventionsarbeit wird die halbjährlich im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) stattfindende Messe „Bauch und Baby" von der Jugendzahnärztin und einer Prophylaxefachkraft besucht.

Im Schuljahr 2016/2017 wurden bei diesen Aktionen 1558 Einzelberatungen durchgeführt.

In den Kitas mit Krippengruppen wurden in den U3 Gruppen 310 Kinder betreut.

Als weiterer Ansatzpunkt für die Elternarbeit werden seit 2013 die Elternabende für die ersten Klassen an 3 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 und viele Kinder erhalten von ihren Eltern auch beim abendlichen Zähneputzen keine Unterstützung.

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. Dieses Projekt wird im Schuljahr 2017/2018 an einer Risikoschule durchgeführt.

Auch Sonderaktionen finden statt. So wurde zum Tag der Zahngesundheit im Schuljahr 2016/2017 ein Workshop „Rund um den Zahn“ von der AGJ organisiert. Hier durften die Kinder der 3. Klassen an einer Grundschule zum Beispiel echte Haifischzähne und echte Kojotenzähne sowie echte menschliche Zähne mit Vergrößerungshilfen untersuchen. Sie lernten dabei zum Beispiel, dass unsere Zähne nicht nachwachsen wie die Zähne des Haifisches und dass der Kojote keine Karies bekommt, weil er keinen Zucker frisst.

An den Risikoschulen wird um Lehrkraftunterstützung geworben. Gerade bei Kindern in DAZ-Klassen (deutsch als Zweitsprache) wird die Zahnpflege durch das Zähneputzen in der Schule enorm verbessert. Solche Initiativen der Lehrkräfte werden von der AGJ durch das Bereitstellen von Zahnbürsten, Bechern und Zahncreme unterstützt.

6 Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse 2016/2017

Im Schuljahr 2016/2017 wurde das Gesundheitsziel, dass 50 % der 6-7-jährigen Erstklässler naturgesunde Zähne aufweisen, nicht erreicht. Der Anteil der 6- bis 7-jährigen Kinder in den 1. Klassen mit naturgesunden Zähnen betrug lediglich 44,5 %. Betrachtet man den Anteil der 6- bis 7-jährigen Erstklässler mit naturgesunden Zähnen über einen längeren Zeitraum (seit dem Schuljahr 2004/2005), so zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen in dieser Untersuchungsgruppe um den Mittelwert von 47 % schwankt. Der durchschnittliche Prozentsatz der 6- bis 7-jährigen Erstklässler mit naturgesunden Zähnen liegt in ganz Schleswig-Holstein bei 57,5 %. Neumünster liegt somit im Durchschnitt 10,5 % unter dem Landesdurchschnitt.
Bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlern lässt sich eine Kariespolarisation feststellen: 73 % der Zähne mit Karieserfahrung sind bei 25 % der Kinder zu verzeichnen. Jedes Kind ohne naturgesunde Zähne hatte im Durchschnitt 4,76 gefüllte, fehlende oder kariöse Zähne. Im Kerngebiet der Stadt mit hoher sozialer Belastung ist die Zahngesundheit der 6- bis 7-jährigen Erstklässler schlechter als im gesamten Stadtgebiet: Nur 30,5 % der Kinder haben naturgesunde Zähne. Erschreckend ist die hohe Behandlungsbedürftigkeit im Kerngebiet der Stadt: 60,5 % der Kinder haben unversorgte, d.h. nicht therapierte Zähne; die Behandlungsbedürftigkeit hat im Vergleich zum Schuljahr 2013/2014 noch einmal um 6 % zugenommen. Der Untersuchungsgrad bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlern betrug 98 % (741 untersuchte Kinder von 758).

In den Kindertagesstätten hatten im Schuljahr 2016/2017 66 % der 3- bis 6-jährigen Kinder naturgesunde Zähne, die Behandlungsbedürftigkeit lag bei 26,5 %. In den Kindertagesstätten im Kerngebiet der Stadt lag der Anteil der 3-6-jährigen Kinder mit naturgesunden Zähnen bei 61 %, behandlungsbedürftige Zähne hatten 32,5 %. Bereits bei den 3-jährigen Kitakindern tritt Karies auf: nur 82 % der Kinder in dieser Altersgruppe hatten naturgesunde Zähne. Im Kerngebiet der Stadt hatten nur 79 % der 3-jährigen Kitakinder naturgesunde Zähne, die Behandlungsbedürftigkeit lag hier bei 21 %.
Der Untersuchungsgrad bei den 3- bis 6-jährigen Kitakindern lag bei 82 % der in den Einrichtungen gemeldeten Kindern (1716 untersuchte Kinder von 2085 in den Einrichtungen gemeldeten Kindern).

Bei den Grundschulkindern ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen im Vergleich zum Schuljahr 2013/2014 fast gleichgeblieben. Er liegt bei 42 %, im Schuljahr 2013/2014 lag er bei 43 %.
Der Untersuchungsgrad an den Grundschulen lag bei 96,5 % (2897 untersuchte Kinder von 3001).

Von den Schülerinnen und Schülern der Schulklassen 5 – 9 an weiterführenden Schulen hatten 62 % naturgesunde Zähne, im Schuljahr 2013/2014 waren es 64 %. Bei den 12-Jährigen an Haupt-und Realschulen und Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe schwankt der Anteil der Jugendlichen mit naturgesunden Zähnen seit dem Schuljahr 2008/2009 um einen Mittelwert von 68,8 % und lag im Schuljahr 2016/2017 bei 65 %.
Der Untersuchungsgrad lag an den weiterführenden Schulen bei 88 % (1401 untersuchte Jugendliche von 1598 an diesen Schulen gemeldeten Schülerinnen und Schülern).

Insgesamt wurden im Schuljahr 2016/2017 6653 Kinder und Jugendliche (von 7473 in den Einrichtungen gemeldeten) untersucht. Der Untersuchungsgrad lag bei 89 %.

Im Kerngebiet der Stadt mit höherer sozialer Belastung ist der Zahngesundheitszustand der Kitakinder und der Grundschulkinder schlechter als im Randgebiet mit geringerer sozialer Belastung. Im Kerngebiet ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer, der Sanierungsgrad ist niedriger und die Behandlungsbedürftigkeit ist höher.

7 Diskussion und Empfehlungen

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Kariesvermeidung durch Prophylaxe ist möglich. Die Erfolge der Gruppenprophylaxe belegen dies eindeutig. Bei den 12-Jährigen ist seit 1994 in Deutschland ein Kariesrückgang um durchschnittlich 82 % zu verzeichnen (Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016).

Prophylaxe ist auch weiterhin unbedingt nötig.
Zum einen gilt es, die erreichten Erfolge zu sichern, zum anderen sind bei weitem noch nicht alle Ziele erreicht, so auch nicht in Neumünster.
Der Kariesrückgang bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlern beträgt deutschlandweit seit 1994 35 %, stagniert aber seit dem Jahr 2009. Bei den Ergebnissen der Prävention im Milchgebiss bleibt Deutschland hinter anderen Ländern wie Dänemark, England und Frankreich noch klar zurück (Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016).

Zudem ist festzuhalten, dass einer großen Gruppe von kariesfreien Kindern eine kleine Gruppe von Kindern mit stark erhöhten Karieswerten gegenübersteht. Man spricht von einer *Kariespolarisation.*

Was hierbei in Bezug auf die ungleiche Verteilung von Bildungschancen von Kindern in aller Munde ist, zeigt sich auch bei der Möglichkeit zu positiver gesundheitlicher Entwicklung: Kinder aus sozial schwachen Familien haben deutlich geringere Gesundheitschancen.

Im Bericht „Gesundheit in Deutschland 2015", herausgegeben vom Robert-Koch-Institut im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, lautet eine der Kernaussagen:

Bereits im Kindes-und Jugendalter ist die gesundheitliche Entwicklung mit der sozialen Herkunft assoziiert.

Der Zusammenhang zwischen der sozialen Belastung in einem bestimmten Gebiet und dem Gesundheitszustand einer in diesem Gebiet lebenden Bevölkerungsgruppe konnte für den Bereich Zahngesundheit durch vorliegenden Bericht auch für Neumünster festgestellt werden:

Im Kerngebiet der Stadt mit höherer sozialer Belastung fanden wir bei den Kita-Kindern und den Grundschulkindern deutlich weniger Kinder mit naturgesunden Zähnen, der Sanierungsgrad war geringer und die Behandlungsbedürftigkeit war höher als im Randgebiet der Stadt. Im Kerngebiet der Stadt hatten 35 % der 6-7-jährigen Erstklässler ein Kariesrisiko, im Randgebiet nur 12 %.

Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen zeigen weiterhin, dass schon bei den 3-jährigen Kita-Kindern Karies auftritt: In den Kitas hatten im Kerngebiet 21 % der 3-jährigen Kinder behandlungsbedürftige Zähne, im Randgebiet waren es 14 %.

Insgesamt hatten in Neumünster im Schuljahr 2016/2017 nur 44,5 % der 6- bis 7-jährigen Erstklässler naturgesunde Zähne. Damit liegt Neumünster 12 % unter dem Landesdurchschnitt von 56,6 %. Das Gesundheitsziel, dass 50 % der Erstklässler kariesfrei sind, wurde nicht erreicht.

Die im Rahmen der Reihenuntersuchungen vom Zahnärztlichen Dienst erhobenen Daten haben eine sehr zuverlässige Aussagekraft. Mit den hohen Untersuchungsgraden an den Grundschulen von 97 %, bei den Erstklässlern 98 %, kommen die erfassten Daten einer Totalerhebung gleich.

Zum besseren Verständnis der erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation und zur Untermauerung der Dringlichkeit des Problems der Milchzahnkaries werden im Folgenden wichtige Fakten zur Kariesentstehung und zur Bedeutung der Milchzähne dargestellt.

Zahnkaries entsteht durch bakteriellen Zahnbelag (Plaque), der sich an der Zahnoberfläche anlagert. Die in der Plaque enthaltenen Bakterien zeigen ein stark erhöhtes Wachstum, **wenn Zucker zur Verfügung steht.** Beim Stoffwechsel dieser Karieserreger entsteht Milchsäure und damit ein saures Milieu in der Mundhöhle.

Ab einem bestimmten Säuregehalt (pH-Wert unter 5,5) kommt es zum Herauslösen von Mineralien aus dem Zahnschmelz und damit zunächst zur Schwächung, später zur Zerstörung der Zahnhartsubstanz. Der Speichel enthält Stoffe, die die schädliche Säure binden können. Etwa 30 Minuten nach der Nahrungsaufnahme ist der Großteil der Säuren gebunden. Anfängliche Defekte im Zahnschmelz können zudem durch im Speichel vorhandene Mineralien und zugeführte Fluoride wieder geschlossen werden. An bestimmten Stellen am Zahn (Fissuren und Grübchen) und am Kontaktpunkt zum Nachbarzahn entsteht Karies besonders leicht. Je länger ein saures Milieu in der Mundhöhle besteht, desto höher ist die Kariesgefahr. Kauaktive Nahrungsmittel fördern den Speichelfluss, Getränke nicht. Der Konsum von zuckerhaltigen Getränken führt zu verstärktem Bakterienwachstum und damit zur Bildung von Säure, die durch die mangelnde Speichelproduktion nicht gebunden werden kann.

Auf diesen hier in Kurzform dargestellten Zusammenhängen beruhen die 4 Säulen der Kariesprophylaxe:

1. Regelmäßige und effiziente Entfernung des bakteriellen Zahnbelags durch Zähneputzen
2. Zahngesunde, d.h. zuckerarme Ernährung, insbesondere keine süßen Zwischenmahlzeiten oder süße Getränke (Softdrinks, Fruchtschorlen, Nektare, Eistee usw.)
3. Lokale Anwendung von Fluoriden
4. Regelmäßige zahnärztliche Kontrollen (ab dem 1. Milchzahn mindestens 2 x pro Jahr) und prophylaktische Maßnahmen wie Fissurenversiegelung

Gerade die Bedeutung von Zuckerkonsum für die Kariesentstehung ist oft nicht bekannt. Der Konsum von Zucker beeinflusst entscheidend, wie viel Karies bei einem Individuum neu entsteht. In einer Studie aus Marburg mit dem Thema „Karieszuwachs bei Vorschulkindern“ wird als entscheidender Risikofaktor für den Karieszuwachs ein hoher Zuckerkonsum angegeben (Glaser 2014). Zahlreiche frühere Studien zeigen, dass die Einnahme von Zucker und das Auftreten von Milchzahnkaries eng zusammenhängen.

Die Bedeutung gesunder Milchzähne für die allgemeingesundheitliche und psychosoziale Entwicklung von Kindern wird immer noch stark unterschätzt. Gesunde Milchzähne tragen entscheidend zur positiven gesundheitlichen Entwicklung des Kindes bei, erkrankte Milchzähne können schwerwiegende Folgen haben:

- Gesunde Milchzähne ermöglichen dem Kind die aktive Nahrungsaufnahme. Durch den Kauvorgang entwickelt sich die gesamte Mundmuskulatur und es wird Speichel zur Vorverdauung produziert. Kinder, die die oberen Milchschneidezähne durch frühkindliche Karies verloren haben, können nicht richtig abbeißen.
- Ohne gesunde Milchzähne ist eine normale Sprachentwicklung nicht möglich, da die Zunge kein Widerlager findet.
- Die Milchzähne dienen als Platzhalter für die bleibenden Zähne. Die nach Milchzahnverlust entstandenen Lücken müssen durch Lückenhalter offengehalten werden; geschieht das nicht, können die bleibenden Zähne nicht regelrecht durchbrechen und eine kieferorthopädische Behandlung wird erforderlich.
- Geht ein Milchzahn frühzeitig verloren, schließt sich der Kieferknochen wieder und es kommt zum erschwerten und damit verzögerten Zahndurchbruch.
- Kariöse Milchzähne führen zu einer eingeschränkten Hygienefähigkeit, da aus den Löchern die Bakterien nicht mit der Zahnbürste entfernt werden können. Steht ein kariöser Milchzahn direkt neben einem schon durchgebrochenen bleibenden Zahn, ist die Ansteckungsgefahr besonders hoch.
- Ein über einen längeren Zeitraum unbehandelter kariöser Milchzahn führt zu einer chronischen Entzündung im Kieferknochen, häufig mit Fistelbildung. Durch den Entzündungsprozess kann es zu Defekten an den Zahnhartsubstanzen Schmelz und Dentin des unter der Milchzahnwurzel liegenden bleibenden Zahnes kommen; am häufigsten (bis zu 25 %) sind hierbei die bleibenden kleinen Backenzähne betroffen.
- Gesunde Milchzähne haben auch eine ästhetische Funktion und sind wichtig für das Selbstwertgefühl des Kindes. Kinder, deren Zähne durch Karies verfärbt sind, mögen nicht mehr richtig lachen. Ebenso ist das Selbstwertgefühl des Kindes bei Zahnverlust im ästhetischen Bereich eingeschränkt, diese Einschränkung kann bestenfalls durch das Tragen einer Kinderprothese behoben werden.
- Nicht zuletzt führt Karies oft zu erheblichen Zahnschmerzen, unter denen die Kinder leiden müssen, ein Zustand, der einer positiven physischen und psychischen Entwicklung des Kindes entgegensteht.

Angesichts dieser wichtigen Funktionen und vor dem Hintergrund, dass Karies eindeutig eine vermeidbare Erkrankung ist, müssen in Neumünster unbedingt Maßnahmen ergriffen werden, die zu einem deutlichen Rückgang der Milchzahnkaries führen.

Da die gesundheitliche Entwicklung von Kindern entscheidend durch das Gesundheitsverhalten ihrer Eltern beeinflusst wird, ist es besonders wichtig, die Eltern vernünftigem Gesundheitsverhalten zu bewegen.

Von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege wird in Zusammenarbeit mit dem zahnärztlichen Dienst der Stadt Neumünster engagierte Aufklärungsarbeit zu Mundhygiene, Zuckerkonsum, Fluoridanwendung und Zahnarztbesuch geleistet, siehe hierzu auch Kapitel 5 Gruppenprophylaxe.

Es zeigt sich, dass die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten schwierig und langwierig ist. Gesundheitskompetenz bedeutet, dass gesundheitliche Defizite als Problem erkannt werden, dass Konzepte zur Lösung des Gesundheitsproblems verstanden und vor allem, dass diese konsequent und dauerhaft umgesetzt werden.

Gerade letzteres ist im Bereich der Zahngesundheit besonders wichtig, denn gesunde Zähne können nur durch angemessene tägliche Mundhygiene, Fluoridanwendung, zuckerarme Ernährung und regelmäßige Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt erreicht werden.

Eine zuckerarme Ernährung ist nicht nur für die Zahngesundheit wichtig. Die im März 2018 im Journal of Heath Monitoring veröffentliche Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) zeigt, dass 15,4 % der 3- bis17-Jährigen übergewichtig und 5,9 % adipös sind, wobei Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger betroffen sind. Da Übergewicht ein Risikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes Typ II darstellt, ist die Verminderung des Zuckerkonsums bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige Maßnahme der Gesundheitsförderung.

Im gesellschaftlichen Wandel, der die Betreuung von Kindern außerhalb ihrer Lebenswelt Familie in Kindertageseinrichtungen wie Krippen, Kitas und Horten in immer größerem Maße nach sich zieht, kommt diesen Einrichtungen auch in Bezug auf die Gesundheitserziehung eine immer größere Bedeutung zu. Kinder, denen in ihrer Lebenswelt Familie Vorbilder für vernünftiges Gesundheitsverhalten fehlen, sind auf Gesundheitserziehung in diesen Lebenswelten angewiesen.

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.

Leider ist die Zahl der Kitas, die das Zähneputzen als wichtigen Teil der Gesundheitserziehung umsetzen, 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.

Um hier gegenzusteuern wurde im Jahr 2014 vom Landesausschuss zur Förderung der Jugendzahnpflege in Schleswig-Holstein die Initiative „Wir putzen Zähne“ ins Leben gerufen. Hierbei werden alle Kindertagesstätten in Schleswig-Holstein, die täglich die Kinder Zähne putzen lassen, mit der Plakette "Wir putzen Zähne", verbunden mit einem Zertifikat, ausgezeichnet.

In Neumünster konnte an 23 der 33 Kitas im Schuljahr 2016/2017 die Plakette „Wir putzen Zähne“ ausgegeben werden. Von den Kitas, die zurzeit nicht mit den Kindern Zähne putzen, liegen 4 im Kernbereich der Stadt mit höherer sozialer Belastung.

7.2 Ziele und Maßnahmen

Die Auswertung der Reihenuntersuchungen im Schuljahr 2016/2017 verdeutlicht, dass zahnärztliche Präventionsmaßnahmen weiterhin unbedingt erforderlich sind, denn der Anteil der 6- bis 7-jährigen Erstklässler mit naturgesunden Zähnen liegt in Neumünster nur bei 44,5 %.

Die hohe Behandlungsbedürftigkeit bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlern (60,5 %) und der geringe Anteil von Kindern mit naturgesunden Zähnen in dieser Altersgruppe (30,5 %) im Kerngebiet der Stadt mit hoher sozialer Belastung zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf auf, um die Gesundheitschancen dieser Kinder zu verbessern.

Das Gesundheitsziel, dass 50 % der Erstklässler in Neumünster kariesfrei sind, bleibt bestehen.

Der Anteil der Erstklässler mit naturgesunden Zähnen im Kerngebiet soll erhöht werden.

Die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung bei den Kindern mit nicht naturgesunden Zähnen soll verringert werden.

Die Behandlungsbedürftigkeit soll – besonders im Kerngebiet der Stadt – gesenkt werden.

Um diese Ziele zu erreichen, sollen folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Zahngesundheit der Kinder in Neumünster fortgesetzt werden:

Gesundheitskompetenz der Kinder stärken

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe mit den Kindern in Kita und Schule werden fortgesetzt.

Die Arbeit mit den Kindern, d.h. Anleitung zum Zähneputzen in Kita und Schule, kindgerechter Unterricht zum Thema Zahngesundheit, Fluoridierungsprogramme in Risikoeinrichtungen, Sonderaktionen mit der Prophylaxehöhle usw., wie in Kapitel 5 beschrieben, wird von den Mitarbeiterinnen der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege fortgesetzt.

Multiplikatoren aufklären

Erzieherinnen und Erzieher, Kita-Leiterinnen und Leiter, Tagesmütter und Tagesväter und Lehrkräfte erhalten weiterhin Informationen zum Thema Zahngesundheit.

Um die Erzieherinnen, die Erzieher und die Kita-Leitungen von der Wichtigkeit des Zähneputzens in der Kita zu überzeugen, werden Teamsitzungen in den Kitas, die das Putzen eingestellt haben, von der Jugendzahnärztin und der für die jeweilige Einrichtung zuständige Prophylaxefachkraft besucht. Außerdem wird Informationsmaterial zur Wichtigkeit des Zähneputzens in der Kita ausgegeben.
Tagesmütter und Tagesväter werden mit Informationsmaterial zur Weitergabe an die Eltern versorgt. Lehrkräfte erhalten Broschüren zum Thema Zahngesundheit in verschiedenen Sprachen zur Weitergabe an die Eltern.

Aufklärung der Erziehungsberechtigten / Elternarbeit:

Weiterhin wird versucht, möglichst viele Eltern mit niedrigschwelligen Angeboten über die Wichtigkeit gesunder (Milch)zähne, über Zahnpflege und zahngesunde Ernährung sowie Zahnarztbesuch zu informieren.

Der Besuch von Elternabenden eignet sich hierfür prinzipiell. Allerdings sind beim ersten Elternabend für Erstklässler besonders viele Informationen von den Eltern aufzunehmen, so dass für die PowerPoint zum Thema Zahngesundheit nur 10 Minuten vorgesehen sind. Spätere Elternabende werden schlecht besucht. Selbst auf einem ersten Elternabend für Schulanfänger waren an einer Risikoschule für 2 Klassen mit insgesamt 42 Kindern nur 19 Eltern anwesend. Dennoch sollen Elternabende weiterhin an den Risikoschulen besucht werden.
Auch das Projekt des Ansprechens der Eltern, wenn sie morgens ihre Kinder in die Kita bringen, wird fortgesetzt.
Bei großen Befunden werden Elternpost, Telefonate, wenn möglich direktes Ansprechen der Eltern, wenn sie die Kinder abholen, fortgesetzt, um den Sanierungsgrad zu erhöhen.
Der Besuch von Eltern-Kind-Gruppen durch eine Mitarbeiterin der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege wird fortgesetzt.

Folgende Maßnahmen müssen noch konsequenter umgesetzt werden:

Zahngesunde Ernährung in Schule und Kita

(Zahn)gesunde Ernährung in Kita, Schule und Hort nach Vorgaben der DGE soll gefördert werden.

Gesunde Schulverpflegung und gesundes Essen in den Kitas sind für die allgemeine Gesundheit und für die Zahngesundheit wichtig. Von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) werden über die Initiative „In Form“ Empfehlungen für Schulessen und Kita-Verpflegung, inclusive Zwischenmahlzeiten, Süßigkeitenkonsum und Getränke gegeben.

Folgende Empfehlungen, die für die Zahngesundheit besonders wichtig sind, werden für die Kita u.a. gegeben:

Aufgrund des hohen Zuckergehaltes eignen sich Limonaden, Nektare, Fruchtsaftgetränke und Eistees nicht als Durstlöscher und Getränk in der Kita. Es ist wichtig, dass die Kita in Bezug auf den Umgang mit Süßigkeiten klare Regeln definiert und diese auch schriftlich z. B. im Verpflegungskonzept fixiert. Positiv ist, wenn diese Regeln gemeinsam mit den Eltern entwickelt werden. Beispiele hierfür sind:

-Keine Süßigkeiten in der Brotbox,

-Süßigkeiten dienen nicht als Zwischenmahlzeit. Dies gilt auch für sogenannte „Kinderlebensmittel".

In den Kitas sollten auch keine süßen Brotaufstriche wie Nuss-Nougat-Cremes und Marmelade angeboten werden.

Für die Getränkeversorgung in Schulen heißt es in den DGE-Empfehlungen:

Limonaden, Nektare, Fruchtsäfte, Near-Water-Getränke (auch als Wellness- oder Fitness-Drink bekannt), Eistees, Energy-Drinks und isotonische Getränke sind keine geeigneten Durstlöscher und sollten somit nicht in der Schule angeboten werden.

Beim Verkauf von Getränken, Zwischenmahlzeiten und Snacks an Schulkiosken und Cafeterien sollten die DGE - Standards eingehalten werden.

Leider ist das gesunde Pausenbrot bei den Schulkindern oft nicht zu finden. Das stellen wir bei unseren Besuchen in den Schulen anlässlich der Reihenuntersuchungen immer wieder fest. Die Kinder konsumieren süße Getränke, Donuts, Muffins, Schokobrötchen, Süßigkeiten usw.

Zähneputzen in Krippen, Kitas, Horten und Schulen

In allen Kindertagesstätten und Krippen in Neumünster sollen mit den Kindern die Zähne geputzt werden. Auch in den Horten soll den Kindern das Zähneputzen ermöglicht werden. Zähneputzen in der Schule wäre wünschenswert.

Das Zähneputzen ab dem ersten Zahn ist eine wichtige Voraussetzung für gesunde (Milch)zähne. Deswegen sollte in allen Krippen und Kitas mit allen Kindern die Zähne geputzt werden. Dieser wichtige Teil der Gesundheitserziehung darf keinesfalls in der Kita fehlen. Zahnpflege ist kein menschliches Grundbedürfnis und muss den Kindern beigebracht und durch tägliches Üben zur Gewohnheit gemacht werden. Beim Zähneputzen wird zudem auch die Feinmotorik gefördert und das Körpergefühl gestärkt. Somit profitieren vom Zähneputzen in der Kita alle Kinder, auch jene, die zu Hause Unterstützung beim Zähneputzen erhalten.

Das Zähneputzen in den Horten nach dem Mittagsessen bietet eine gute Möglichkeit, die Zahngesundheit bei Kindern zu fördern und gleiche Gesundheitschancen für alle Kinder umzusetzen.

Auch in den Schulen gibt es einige Lehrkräfte, die mit den Kindern die Zähne putzen, z.B. in DAZ-Klassen. Dies wird durch die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege durch die Bereitstellung von Bechern, Bürsten und Zahncreme unterstützt.

Zähneputzen nach dem Mittagessen in der Schulkantine wäre wünschenswert.

Beispielhafte Projekte:

In Hamburg gibt es seit dem Schuljahr 2016/2017 an einer Schule das Projekt „Kariesfreie Schule“, bei dem 400 Kinder gemeinsam mit ihren Erzieherinnen und Erziehern nach dem Mittagessen die Zähne putzen. Dieses Projekt soll in Hamburg auf alle Stadtteile erweitert werden (siehe Hamburger Zahngesundheitsbericht 2015/2016).

In Schottland gibt es das Oral health programme for Scottish children mit dem Namen “Childsmile”. Dieses beinhaltet eine sechsmalige Verteilung von Zahnbürsten und fluoridhaltiger Zahnpaste bis zum Alter von fünf Jahren. *Außerdem werden in Regionen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Familien in allen Kindergärten und Schulen täglich Zähne geputzt.*

Weitere Ansätze auf anderen Ebenen

Das Schulfach Gesundheitserziehung in die Lehrpläne zu integrieren, wäre wünschenswert, ebenso, die Lerninhalte (gesundes Pausenbrot, keine süßen Getränke usw.) konsequent umzusetzen.

Eine Aufwertung des Themas Gesundheitserziehung unter besonderer Berücksichtigung der Zahnpflege in der Ausbildung zur Erzieherin oder zum Erzieher wäre wünschenswert.

Eine Einschränkung des Zuckerkonsums, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zur Kariesvermeidung **und** zur Vermeidung von Übergewicht und Diabetes Typ 2 muss energisch vorangetrieben werden. Schon im März 2010 forderten Vertreter des deutschen Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte sowie der Vereinigung der europäischen Kinderärzte die Einführung der Ampelkennzeichnung auf Lebensmittelverpackungen. Diese Kennzeichnung soll leicht verständlich den Gehalt an gesundheitsrelevanten Nährstoffen signalisieren, wie z. B. an Fetten, gesättigten Fettsäuren, Zucker und Salz. Leider wurde die Lebensmittelampel in Deutschland nicht eingeführt.

Die Organisation Foodwatch fordert von der neuen Bundesregierung verbindliche gesetzliche Vorgaben, die eine gesunde Ernährung erleichtern. So sollte die Bundesregierung an Kinder gerichtete Werbe- und Marketingkommunikation nur noch für ausgewogene Lebensmittel zulassen, gemessen an den Nährwertkriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Stark gezuckerte Getränke müssten mit einer mengenorientierten Sonderabgabe belegt werden, damit die Hersteller den Zuckergehalt reduzieren. Obst und Gemüse müssten von der Mehrwertsteuer befreit werden.

Auch diese Maßnahmen würden dazu beitragen, die (Zahn)gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

8 Anhang

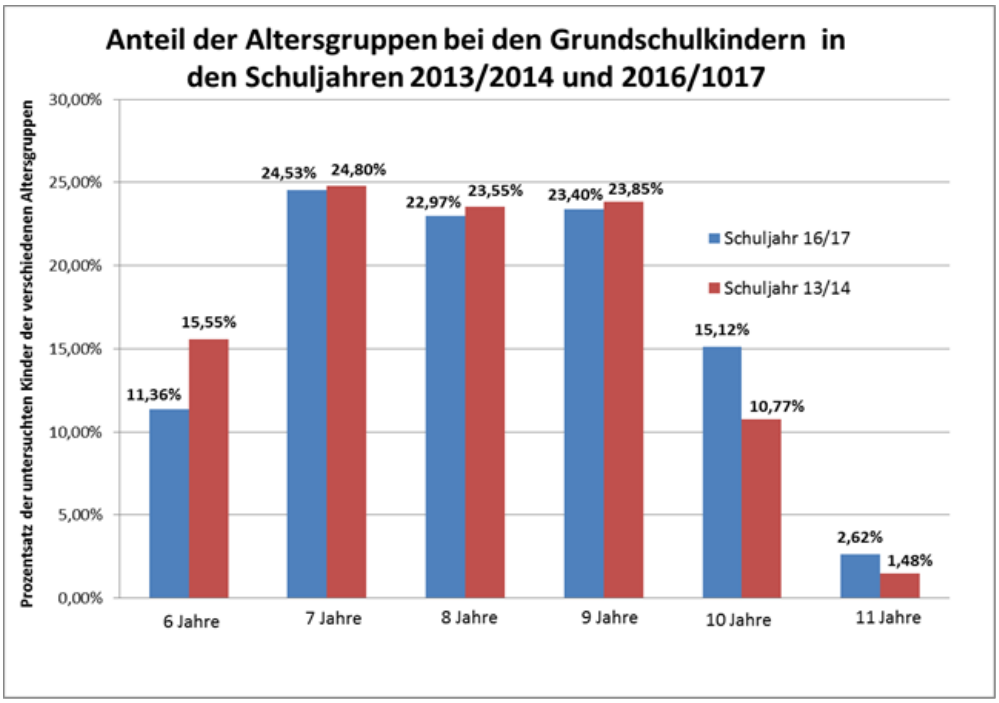


Abb. 15 Anteil der Altersgruppen bei den Grundschulkindern

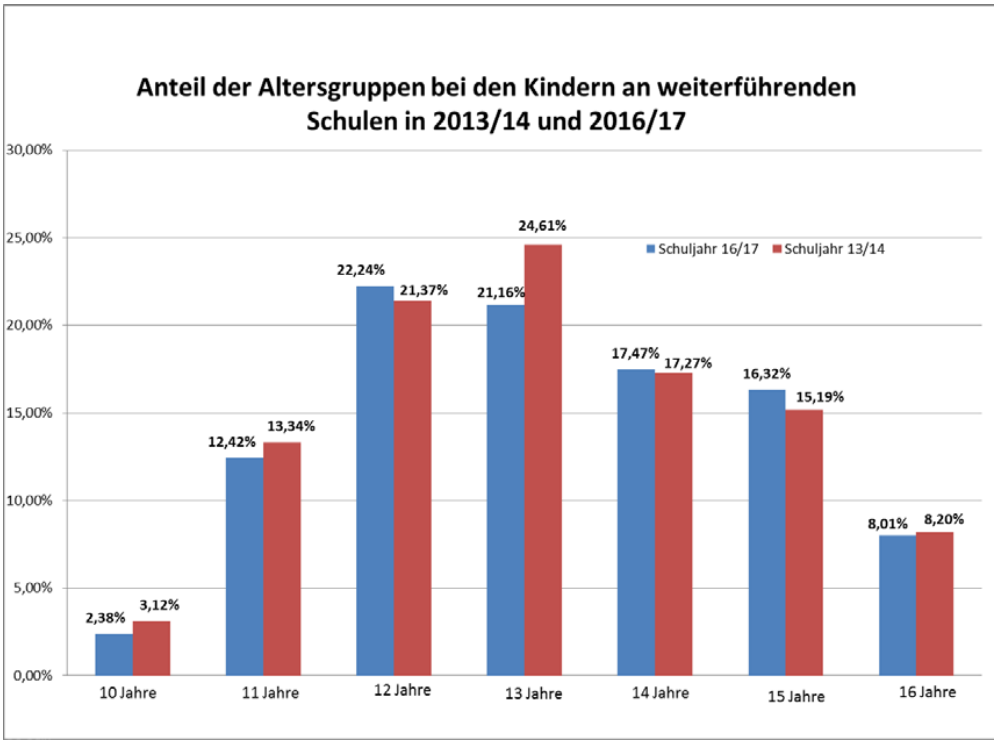


Abb. 16 Anteil der Altersgruppen bei den Kindern an weiterführenden Schulen

Tabelle 2 Kariespolarisation bei 6-7-jährigen Erstklässlern im gesamten Stadtgebiet

dmft/ DMFT	Anzahl Kinder	Produkt dmft/DMFT	Summe dmft/DMFT aufsteigend	Anzahl Kinder aufsteigend	% Kinder gesamt	% dmft/DMFT gesamt
15	0	0	0	0	0,00%	0,00%
14	3	42	42	3	0,40%	2,15%
13	2	26	68	5	0,67%	3,48%
12	5	60	128	10	1,35%	6,55%
11	8	88	216	18	2,43%	11,05%
10	20	200	416	38	5,13%	21,28%
9	20	180	596	58	7,83%	30,49%
8	35	280	876	93	12,55%	44,81%
7	31	217	1093	124	16,73%	55,91%
6	26	156	1249	150	20,24%	63,89%
5	36	180	1429	186	***25,10%***	***73,09%***
4	45	180	1609	231	31,17%	82,30%
3	53	159	1768	284	38,33%	90,43%
2	60	120	1888	344	46,42%	96,57%
1	67	67	1955	411	55,47%	100,00%
0	330	0	1955	741	100,00%	100,00%

Durchschnittlicher dmft/DMFT aller 6- bis 7- jährigen Erstklässler: 2,64
Durchschnittlicher dmft/DMFT der nicht naturgesunden 6- bis 7- jähriger Erstklässler: 4,76

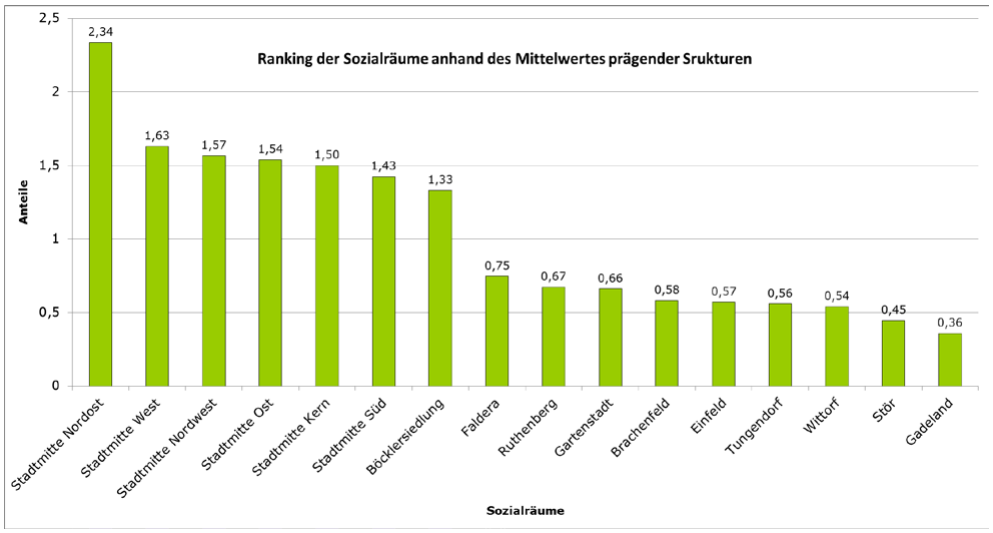


Abb. 16 Ranking der Sozialräume anhand des Mittelwertes prägender Strukturen
Quelle Fachdienst Dezentrale Steuerungsunterstützung der Stadt Neumünster

Literatur/Quellen

Basner R, Santamaría R, Schmoeckel J, Schüler E, Splieth C: *Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2016*
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ), Bonn (2017)

Bundesrepublik Deutschland: *Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 1. Dezember 1988.* 0.O., 2016.

DGE-Qualitätstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder https://www.dge.de/gv/dge-qualitaetsstandards/

DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung https://www.schuleplusessen.de/dge-qualitaetsstandard/

Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015).

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Schleswig-Holstein (Gesundheitsdienstgesetzes - GDG) vom 14.12.2001 (GVOBl. Schl.-H. S. 398)

Glaser M: Karieszuwachs bei Vorschulkindern Korrelation zu verschiedenen Ernährungs- und Prophylaxeparametern Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde an der Medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg 2014

Jordan R, Micheelis W / Institut der deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Deutscher Zahnärzteverlag DÄV. Köln 2016

Micheelis Wolfgang, Schiffner, Ulrich (Gesamtbearbeitung): *4. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2006, 1.Auflage.

Pieper K: *Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn (2010)

Robert-Koch-Institut: KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen in: Journal of Health Monitoring 1. Ausgabe März 2018

Zahngesundheit Hamburger Schulkinder Hrsg.:Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) Amt für Gesundheit Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung, Juni 2017

Impressum

© 2018 Stadt Neumünster

Sachgebiet III - Fachdienst Gesundheit
Meßtorffweg 8 - 24534 Neumünster

Redaktion Dr. Maria Schmidt

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

fachdienst.gesundheit@neumuenster.de
www.neumuenster.de/gesundheit