



Zahngesundheit bei Kindern in Köln

Gesundheitsbericht 2012

Inhalt:

Vorwort	Seite 2
Zusammenfassung	Seite 3
A Situation	Seite 4
I Allgemeine Entwicklung und Problemlage	Seite 4
II Entwicklung in Köln	Seite 6
1. Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst - Auftrag und Arbeitsschwerpunkte im Rahmen des Kölner Arbeitskreises Zahngesundheit	Seite 6
2. Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen	Seite 8
2.1 Grundlagen der Datenauswertung	Seite 8
2.2 Zahngesundheit bei Schulkindern	Seite 10
2.3 Zahngesundheit bei Kitakindern	Seite 13
2.4 Stadtteilbezogene Zahngesundheit	Seite 14
2.5 Zahngesundheit und Armut	Seite 16
B Neue Handlungsstrategien in Köln	Seite 18
C Fazit und Ausblick	Seite 22

Die Zahnbürste in die Hand nehmen und die Zähne selber putzen - im Leben eines Kindes gehört dies zu den ersten bewussten Verhaltensweisen für die eigene Gesundheit. Im Kampf gegen Karies zeigen Zahnpflege sowie weitere Präventionsmaßnahmen - beispielsweise regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen - nachhaltige Erfolge. So konnte die Kinderzahngesundheit im letzten Jahrzehnt bundesweit verbessert werden. Das Angebot der kommunalen Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienste in den Kitas und Schulen hat durch die Reihenuntersuchungen und Gruppenprophylaxe seinen Anteil dazu beigetragen.

Dennoch gibt es nach wie vor Kinder mit hoher Kariesgefährdung, die von den Präventionsprogrammen bisher nicht erreichen konnten. Häufig handelt es sich dabei um Kinder, die in einem sozial benachteiligten Umfeld leben. In dem vorliegenden Bericht wird die Situation in Köln analysiert und dabei insbesondere die Problemlage dieser Kinder unter die Lupe genommen. Der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst hat es sich zur Aufgabe gemacht, neue bedarfsorientierte Handlungsansätze zu entwickeln, um den Zugang zu Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und ihre gesundheitliche Situation zu verbessern.

Ich freue mich, Ihnen den Kölner Bericht über die neuen Handlungsstrategien sowie die bisherige Entwicklung der Zahngesundheit vorlegen zu können und hoffe auf eine lebendige Diskussion sowie auf die Unterstützung aller beteiligten Akteure bei der Umsetzung dieser neuen Strategien, damit ein weiterer wichtiger Schritt für die Kindergesundheit in Köln getan werden kann.

Ihre



Henriette Reker
Beigeordnete für Soziales, Integration und Umwelt



Henriette Reker



Zusammenfassung

- Die Zahngesundheit in Köln hat sich im letzten Jahrzehnt bei den Kita - sowie bei den Schulkindern deutlich und nachhaltig verbessert. Aktuell verfügt mehr als die Hälfte aller Schulanfängerinnen und Schulanfänger über ein vollkommen gesundes Gebiss. Im Vergleich mit Bundeswerten sind die Kölner Ergebnisse überdurchschnittlich bis durchschnittlich, im Vergleich mit Landeswerten liegen sie etwa im Durchschnittsbereich. Die bundesweit messbaren Erfolge bei der Kinderzahngesundheit führt das Robert Koch-Institut auf verbesserte Mundhygiene, die weite Verbreitung der Fluoridierungsmaßnahmen (Zahnschmelzhärtung), zum Beispiel durch die Gruppenprophylaxe der öffentlichen Gesundheitsdienste, die Versiegelung der kariesanfälligen Zahnflächen sowie die zunehmende Nutzung gruppenprophylaktischer Leistungen und zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen zurück.
- Handlungsbedarf zeigt sich laut Analyse des Robert Koch-Instituts bei einer relativ kleinen Risikogruppe, die den Großteil der kariösen Zähne auf sich vereint. In Köln weisen etwa 2 % aller Grundschülerinnen und -schüler ein erhöhtes Kariesrisiko auf. Überproportional häufig betroffen sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien. In den weiterführenden Schulen sind es am häufigsten Kinder, die Förder- und Hauptschulen besuchen. Bei der kleinräumigen Analyse der Zahngesundheit zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Stadtteilen, aber auch innerhalb der Stadtteile zwischen den Einrichtungen.
- Der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst des Kölner Gesundheitsamtes führt im Auftrag des Kölner Arbeitskreises Zahngesundheit gezielt Präventionsmaßnahmen in Form der Gruppenprophylaxe durch.

Diese Gruppenprophylaxe beinhaltet die „Reihenuntersuchung“ als Datenbasis, die Fluoridierung (Zahnschmelzhärtung), die Anleitung zur Zahnpflege, die Motivation zur regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung und die Ernährungsberatung. Bisher erfolgte die Gruppenprophylaxe in Form einer flächendeckenden Basisversorgung nach dem „Gießkannenprinzip“.
- Dem aktuellen Handlungsbedarf begegnet der Kölner Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst

mit einer Anpassung seines Handlungskonzeptes auf Basis der aktuellen Erkenntnisse nach Abstimmung im Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit im April 2012. Diese Anpassung folgt den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe von 2000:

- Fokussierung der Gruppenprophylaxe auf Kitas und Schulen „mit erhöhtem Betreuungsbedarf“, und damit auf die Einrichtungen, in denen die Kinder die schlechtesten kariesepidemiologischen Werte aufweisen. Diese Maßnahme wird durch den Ausbau von Kooperationsstrukturen, Unterstützung von verhaltensbezogenen Angeboten in den Einrichtungen sowie durch intensivierte Abstimmung und Vernetzung bei der Betreuung von Kindern mit erhöhter Kariesgefährdung ergänzt.
- Intensivierte Aufklärung und frühzeitige Ansprache über die Risiken der frühkindlichen Karies, insbesondere „Nuckelkaries“ für werdende und junge Eltern sowie für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit dieser Zielgruppe im Kontakt stehen.

Ziel dieser neuen, bedarfsorientierten Handlungsansätze ist es, die Kinderzahngesundheit in Köln unter besonderer Berücksichtigung der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko weiter zu verbessern.

A Situation

I Allgemeine Entwicklung und Problemlage

Eine gute Mundgesundheit ist die Voraussetzung für allgemeines Wohlbefinden. Nur wer gesunde Zähne hat, kann deutlich sprechen und beschwerdefrei essen. Darüber hinaus trägt Mundgesundheit deutlich sichtbar zu einem sozial akzeptierten Erscheinungsbild bei.

Ein krankes Zahngebiss hingegen verursacht Schmerzen, steht in enger Wechselbeziehung zur allgemeinen körperlichen Gesundheit und kann Folgeerkrankungen nach sich ziehen. Karies, Parodontalerkrankungen (Erkrankungen des Zahnhalteapparates) und dadurch bedingter Zahnverlust gehören zu den häufigsten „Infektionskrankheiten“ der Menschheit¹. Karies, eines der großen und wichtigen Krankheitsbilder in der Zahnheilkunde, entsteht durch „das Zusammenwirken von kariesauslösenden Mikroorganismen (Plaque), unzureichender Mundhygiene und Fehlernährung. Neben diesen Hauptfaktoren gibt es zahlreiche zusätzliche Einflüsse, die die Kariesentstehung und Kariesentwicklung begünstigen“² (Bundeszahnärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde). Auf Basis dieser Erkenntnisse bestehen gute Präventionsmöglichkeiten um diese Krankheiten zu vermeiden.

Neben der Bekämpfung anderer chronischer Krankheiten hat die Weltgesundheitsorganisation als Ziel ihrer Strategie der „Gesundheit für alle“ auch die Rückläufigkeit von Karies postuliert. Anhand der epidemiologischen Studien in Deutschland zeigt sich, dass sich die Mundgesundheit in den vergangenen zwei Jahrzehnten wesentlich verbessert hat³. Der Rückgang von Karies wird vom Robert Koch-Institut auf verändertes Gesundheitsverhalten und die umfangreiche Umsetzung der Präventionsmaßnahmen zurückgeführt.



Die Präventionsmaßnahmen zeigen Wirkung – sie erreichen jedoch nicht alle Kinder

¹ Brauckhoff, G., Kocher, T. u.a., in „Mundgesundheit“ Heft 47, Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 42

² Bundeszahnärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, „2.01 - Wissenschaftliche abgesicherte Patienteninformationen“ S.1, http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/pati/bzaekdgzmk/2_01_fluoridierung.pdf, Stand 12.1.12

³ Brauckhoff, G., Kocher, T. u.a., in „Mundgesundheit“ Heft 47, Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 7

Dazu gehören verbesserte Mundhygiene, die weite Verbreitung der Fluoridierungsmaßnahmen, beispielsweise fluoridierende Zahnpasta und fluoridierende Lebensmittel wie Salz, die Fluoridierungsmaßnahmen der Gruppenprophylaxe, die Zahnversiegelung sowie die zunehmende Nutzung dieser gruppenprophylaktischer Leistungen und regelmäßiger zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen. Drei Viertel der Kinder putzen regelmäßig die Zähne und suchen regelmäßig die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen auf⁴.

Trotz dieser Erfolge ist eine „Kariesschieflage“ bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erkennen: Es gibt eine Risikogruppe, die zwar zunehmend weniger Erkrankte aufweist, jedoch einen Großteil der kariösen Zähne auf sich vereint⁵. Überproportional betroffen sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien⁶ sowie Kinder mit Migrationshintergrund⁷. Laut Dr. C. Reinhardt u.a. wird „mehr als 75 Prozent der Karies ... bei Kindern aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten festgestellt.“⁸ Diese gesundheitliche Problemlage wird weniger auf fehlendes Angebot als auf mangelnde Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und Therapie sowie unreichende Mundhygiene zurückgeführt. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat durch seine niedrigschwellige Arbeit in Kitas und Schulen direkten Kontakt zu den gefährdeten Kindern und bietet daher gute Voraussetzungen, wenn es darum geht, dieser „Kariesschieflage“ wirkungsvoll zu begegnen.

Als ein weiteres Problem zeichnet sich die Zunahme frühkindlicher Karies, insbesondere die sogenannte „Nuckelflaschenkaries“ ab⁹. Ein gesundes Milchgebiss bietet eine wichtige Grundlage für die kindliche Entwicklung, beispielsweise für das Wachstum des Kiefers und das Erlernen einer korrekten Aussprache. Karies wird von den Milchzähnen auf die nachwachsenden Zähne übertragen, so dass das bleibende Gebiss frühzeitig angegriffen wird. Der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst verfügt über frühzeitige Zugangsmöglichkeiten zu sozial benachteiligten Familien, um diese entsprechend unterstützen zu können. Das wird ermöglicht über das umfassende Angebot der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt, das eine Clearingstelle, Familienhebammen und ein Angebot für junge Mütter „Jusch - jung und schwanger“ umfasst. Bei den Frühen Hilfen kann der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst unmittelbar eingebunden werden. Ebenso können vorhandene Vernetzungen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, beispielsweise Hebammen und Entbindungskliniken, die mit werdenden Eltern und jungen Müttern im Kontakt sind, genutzt werden.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden das Angebot des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes der Stadt Köln sowie der aktuelle Bedarf in Köln analysiert und die sich daraus ergebenden neuen Handlungsansätze vorgestellt.

⁴ Brauckhoff, G., Kocher, T. u.a., in „Mundgesundheit“ Heft 47, Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 7, Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Erkennen-Bewerten-Handeln, Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin und Köln 2008, S. 83

⁵ Brauckhoff, G., Kocher, T. u.a., in „Mundgesundheit“ Heft 47, Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 7; Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Erkennen-Bewerten-Handeln, Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin und Köln 2008, S. 83

⁶ Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Erkennen-Bewerten-Handeln, Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin und Köln 2008, S. 83

Nach der „Vierten Deutsche Mundgesundheitsstudie“ (Michelis, W., Schiffner, U., 2006, DMS IV, 2005, Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln) zeigt sich dieses Bild auch bei Erwachsenen, Erwachsene mit niedriger Schulbildung haben wesentlich mehr kariöse Zähne als Erwachsene mit hohem Bildungsniveau.

⁷ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund eine sehr heterogene Gruppe darstellt, eine unterdurchschnittliche Zahngesundheit wird auch hier bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien vermutet.

⁸ Reinhardt, Cl. H., Löpker, N., Noack, M. J., Rosen, E., Klein, Kl., „Kulturelle Unterschiedlichkeit als Chance: Pilotstudie zum Tutoreneinsatz zur Kariesprävention bei Kindern aus sozial benachteiligten Haushalten und/oder mit Migrationshintergrund“, Wrigley Prophylaxe Preis 2009, http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/Kulturelle_Unterschiedlichkeit.pdf, Stand 12.01.12

⁹ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Bonn (DAJ), Pressemitteilung vom 12.05.10 unter: www.daj.de abrufbar, Brauckhoff, G., Kocher, T. u.a., in „Mundgesundheit“ Heft 47, Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 14

II Entwicklung in Köln

1. Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst - Auftrag und Arbeitsschwerpunkte im Rahmen des Kölner Arbeitskreises Zahngesundheit



Zu den Aufgaben der Gruppenprophylaxe gehören neben Reihenuntersuchung und Fluoridierung auch die Motivation und Anleitung zur Mundhygiene

Der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst arbeitet auf der Basis eines gerade aktualisierten Vertrages mit den Krankenkassen und niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten im „Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit“ zusammen. Hier werden gemeinsame Zielsetzungen, Vorgehensweisen und der Rahmen für Aktionen abgestimmt und festgelegt. Den Arbeitsschwerpunkt des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes stellt die Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen dar. Im Zentrum dieser Arbeit stehen Kinder und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr. Nach § 13 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) zur Kinder- und Jugendzahngesundheit in Verbindung mit § 21 SGB V führt der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst regelmäßig kariesprophylaktische Maßnahmen in Kitas und Schulen durch und berät Kinder, Jugendliche, ihre Sorgeberechtigten sowie die pädagogischen Fachkräfte

der Kindertagesstätten und Schulen in Fragen der Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit. Unter Kariesprophylaxe werden Maßnahmen zur Verhinderung von Schäden an der Zahnhartsubstanz zusammengefasst. Für die Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind laut § 21 SGB V spezifische Programme zu entwickeln.

Die Gruppenprophylaxe des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes umfasst die „Reihenuntersuchung“ als Datenbasis, die Fluoridierung (Zahnschmelzhärtung), die Anleitung zur Zahnpflege mit praktischen Übungen, die Motivation zur regelmäßigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in niedergelassenen zahnärztlichen Praxen und die Ernährungsberatung. Die „Reihenuntersuchung“ ist eine vorbeugende Untersuchung aller (anwesenden) Kinder einer bestimmten Gruppe, beispielsweise einer Kitagruppe oder einer Schulklasse.

Ziel ist neben der Motivierung zur kontinuierlichen guten Zahnpflege, Zahnschäden sowie Zahn- und Kieferfehlstellungen zu diagnostizieren und die betroffenen Kinder einer schnellstmöglichen Behandlung zuzuleiten. Darüber hinaus dienen diese Untersuchungen der Erkennung von Kariesrisiko-Kindern. Bei der „Fluoridierung“ werden fluoridhaltige Gele oder Fluoridlacke auf die Zähne aufgetragen und können dort mit der Zahnoberfläche reagieren. Auf die Zahnoberfläche einwirkende Fluoride sind nachweislich effektive Mittel der Kariesbekämpfung¹⁰. Sie kommen insbesondere Kindern mit schlechter Mundhygiene zugute, da sie unabhängig von persönlicher Motivation ihre Wirkung entfalten¹¹.

Die ursprüngliche Kernaufgabe des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes, die Reihenuntersuchung, ist in den achtziger Jahren zunächst durch die Fluoridierung und seit 1993 nach und nach um Maßnahmen zur Mundhygiene und Ernährungsberatung erweitert worden.

Die aktuelle Tätigkeit des Kölner Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst orientiert sich an dem Konzept „Gruppenprophylaxe 2000“ der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V, das Verhaltensprävention (beispielsweise regelmäßige Zahnpflege) in Verbindung mit Verhältnisprävention (beispielsweise Waschbereiche und gesundes Nahrungsangebot) sowie biomedizinische Prävention mit Fluoriden vorsieht.

Seit Sommer 2003 werden die 155 Grundschulen, die 33 Förderschulen im Primarbereich (Klasse 1 bis 4) sowie die 512 Kindertagesstätten durch den Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst der Stadt Köln regelmäßig und flächendeckend gruppenprophylaktisch betreut. In weiterführenden Schulen finden Reihenuntersuchungen bis zum 12. Lebensjahr und bei Schülerinnen- und Schülergruppen mit besonderem Bedarf bis zum 16. Lebensjahr statt. Jährlich wurden etwa zwei Drittel der Hauptschulen und Gesamtschulen, etwa die Hälfte der Realschulen und ein Viertel der Gymnasien durch den Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst betreut.

Kinder und Jugendliche mit auffälligen Befunden erhalten eine Einzelberatung. Die Erziehungsberechtigten dieser Kinder werden durch ein Schreiben informiert und gegebenenfalls bei einer Elternsprechstunde am Nachmittag beraten. In den letzten fünf Jahren wurden durchschnittlich etwa 58.000 Kinder pro Jahr durch den Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst betreut.

Abgerundet wird das Angebot durch gezielte Aktionen in der Öffentlichkeit, zum Beispiel die jährliche Teilnahme des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes am Weltkindertag in Köln, und durch die sozialraumbezogene Einbindung und Vernetzung des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes vor Ort.

Die kontinuierlich begleitende Gesundheitserziehung¹² sieht dabei eine gebietsbezogene Betreuung der einzelnen Kitas und Schulen durch feste Teams vor. Insgesamt sind fünf Teams mit je einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt, einer Zahnarzthelferin und zwei Prophylaxeberaterinnen (je halbtags) im Kölner Stadtgebiet eingesetzt. Der Aufbau eines guten Kontakts und die kontinuierliche Begleitung durch gleichbleibende Ansprechpersonen erweisen sich als wichtige Voraussetzung, um die Zielgruppe zu erreichen und zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen motivieren zu können. Für die Kinder und Jugendlichen, die keine entsprechende Unterstützung von ihren Eltern erfahren, gilt dies in einem besonderen Maße.

¹⁰ Bundeszahnärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, „2.01 - Wissenschaftliche abgesicherte Patienteninformationen“ S.1, http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/pati/bzaekdgzmk/2_01_fluoridierung.pdf, Stand 12.1.12

¹¹ Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Gruppenprophylaxe 2000, Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V“ (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000, S. 5

¹² Die Gesundheitserziehung basiert auf drei Säulen der Gesundheitsförderung nach Almuth Künkel („Die Psychologie der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe, Hannover 2003): Aufklärung als Vermittlung von Wissen um Gesundes, Schädliches, Gesundheitsförderliche Einstellungen und Handlungskompetenzen (Techniken zur Gesunderhaltung).

2. Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen

Bei den Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes, die flächendeckend in Kölner Kitas, Grundschulen und in bestimmten bereits beschriebenen weiterführenden Schulen durchgeführt werden, wird der Zahnzustand der Kinder festgestellt und dokumentiert. Auf Basis der Datenauswertung sind Aussagen zur Zahngesundheit in Köln möglich.

2.1 Grundlagen der Datenauswertung

Bei den Reihenuntersuchungen der Schulkinder wird der Zustand der Zähne von jedem Schulkind mit Hilfe des „DMF-T“ bzw. des „dmf-t“ erfasst und dokumentiert. Dieser Wert dient der Beurteilung der Zahngesundheit und basiert auf der Grundlage des international gebräuchlichsten Messinstrumentes zur Beurteilung der Zahngesundheit, dem „DMF-T-Index“ für bleibende Zähne, und dem „dmf-t-Index“ für das Milchgebiss. Dieser Index gibt die Zahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne wieder. Dabei bedeutet:

- D (d) = decayed (kariös),
- M (m) = missing (fehlend),
- F (f) = filled (gefüllt),
- T (t) = teeth (Zähne).

Ein „naturgesundes Gebiss“ liegt vor, wenn das Gebiss komplett gesunde Zähne aufweist und somit bisher kein Zahn kariös war.

Bei den Reihenuntersuchungen der Kitakinder wird unterschieden zwischen einem naturgesunden, behandlungsbedürftigen und sanierten Gebiss, und es wird festgestellt, ob im Einzelfall der Bedarf einer kieferorthopädischen Frühbehandlung besteht.

Indikatoren

Als Richtwerte für die allgemeine Zahngesundheit gelten:

- der Anteil an Kitakindern mit naturgesunden oder (entsprechend) kariösen Milchgebissen,
- der Anteil der 6 bis 7-jährigen Grundschulkinder mit naturgesunden oder (entsprechend) kariösen „Wechselgebissen“ (= Milchzähne und bleibende Zähne),
- der Anteil der älteren Kinder mit naturgesunden oder (entsprechend) kariösen Gebissen (bleibende Zähne).

Einzelne Kinder mit besonderer Kariesgefährdung werden durch den Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst separat erfasst. Als Gradmesser für besondere Gefährdung wird die modifizierte Definition der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ)¹³ herangezogen. Danach wird von einem erhöhten Kariesrisiko ausgegangen, wenn ein Kind im Alter von 6 bis 7 Jahren Karies an mindestens einem bleibenden Zahn, im Alter von 8 bis 9 Jahren Karies an mindestens zwei bleibenden Zähnen aufweist.

Folgende Auswertungen der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes der Stadt Köln werden zugrunde gelegt:

- Eigene Erhebungen und Auswertungen des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes der Stadt Köln, Bezugszeitraum je nach Angabe Schuljahr oder Kalenderjahr
- Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997, 2000, 2004, 2009 von Dr. K. Pieper

Diese Begleituntersuchung wurde von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) in Bonn in Auftrag gegeben, um Veränderungen der Zahngesundheit bundesweit zu erfassen und darzustellen. Sie basieren auf bundesweiten Stichproben in bestimmten Jahrgängen nach festgelegten Kriterien¹⁴.

¹³ Kariesrisikodiagnostik gemäß der DAJ-Kriterien entsprechend der Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Gruppenprophylaxe 2000, Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V“ (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000, S. 46

¹⁴ Bezugszeitraum: Kalenderjahr, kontinuierliche Auswertung einer Zufallsstichprobe aller Schulen (5 % aller Schulen entsprechenden Typs), im Fünf-Jahres-Intervall, die Studien sind abrufbar unter der Website des DAJ: www.daj.de.



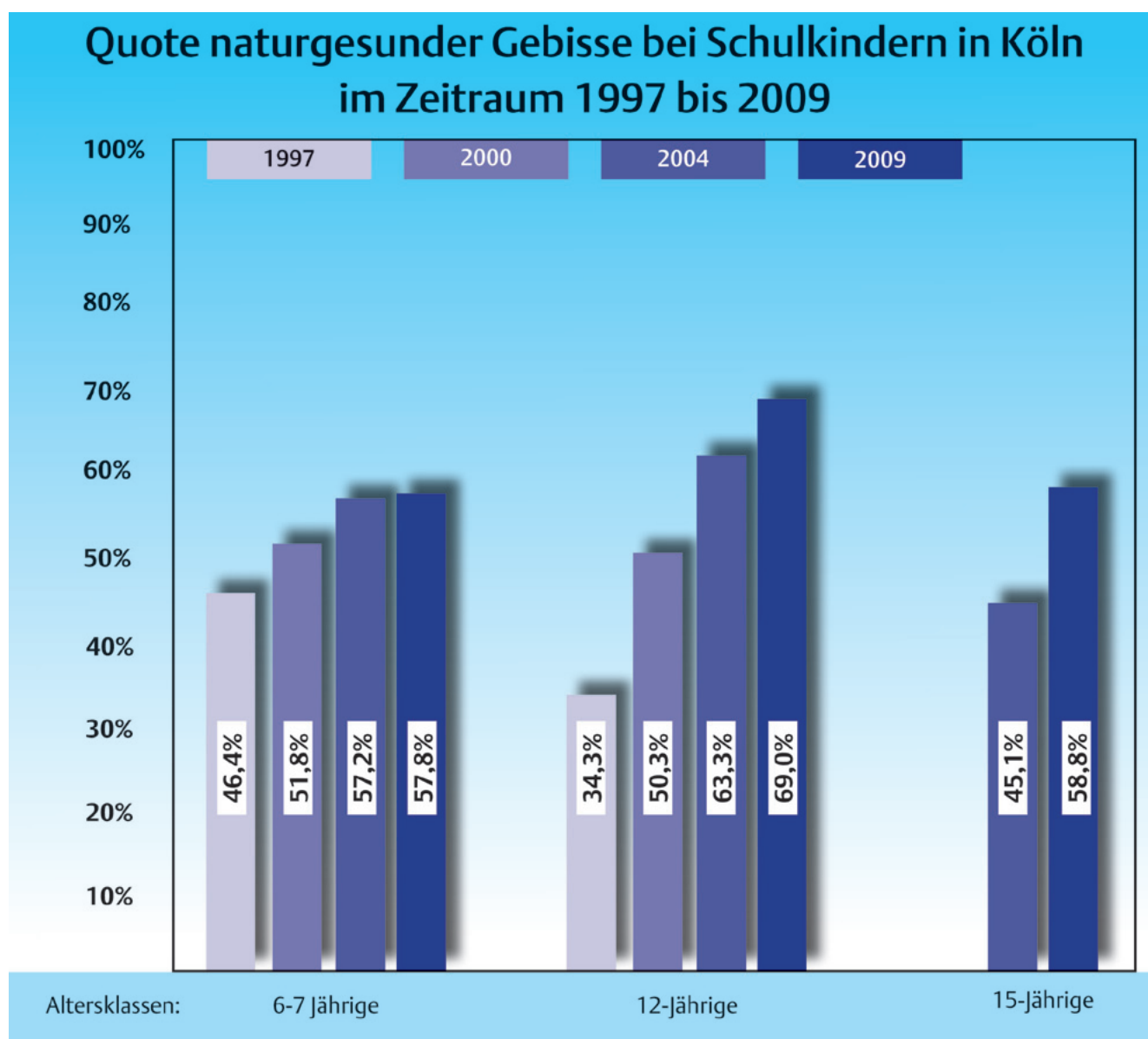
Verhaltensprävention - spielerisches Erlernen der Bedeutung von regelmäßiger Zahnpflege anhand der Fingerpuppen „Karius und Baktus“

2.2 Zahngesundheit bei Schulkindern

Allgemeine Zahngesundheit

In Köln hat sich die Zahngesundheit der Schul Kinder in dem Zeitraum von 1997 bis 2009 deutlich verbessert (siehe Abbildung 1, zur Anzahl untersuchter Kinder der Stichprobe siehe Tabelle 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Zahngesundheit von 1997 bis 2009 bei Schulkindern in Köln



Quelle: Pieper, K., Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997, 2000, 2004, 2009, 6-7-jährige: Wechselgebisse, 12 und 15-jährige: Bleibende Zähne

Schulkinder im Alter von 6-7 Jahren

Hier hat sich die Quote der Kinder mit gesunden Wechselgebissen bei Untersuchungen von 1997, 2000 und 2004 jeweils um etwa 5 Prozentpunkte verbessert, seitdem stagnierte sie und lag 2009 bei einem Anteil von etwa 58 Prozent. Die Werte Kölns liegen über den Landes- und Bundeswerten (siehe unten Tabelle 1).

Laut Zielvorgabe der Weltgesundheitsorganisation wurde bei dieser Altersgruppe für 2000 eine Quote von 50 Prozent naturgesunder Gebisse angestrebt, als Ziel für 2020 gilt eine Quote von 80 Prozent naturgesunder Gebisse. Vor dem Hintergrund der oben erwähnten Stagnation in den letzten fünf Jahren der Erhebung sind die Ergebnisse von der Zielvorgabe für 2020 noch weit entfernt .

Schulkinder im Alter von 12 Jahren

Der Anteil der Kölner Kinder mit gesunden bleibenden Zähnen im Alter von 12 Jahren lag 2009 bei 69 Prozent. Die Werte haben sich 1997, 2000 und 2004 jeweils um etwa 15 Prozentpunkte, 2009 nochmals um etwa 6 Prozentpunkte verbessert.

Die Werte Kölns entsprechen 2009 etwa den Werten auf Bundesebene und liegen geringfügig unter den Werten auf Landesebene (siehe Tabelle 1 unten).

Schulkinder im Alter von 15 Jahren

Bei den 15-jährigen Kölner Kindern hat sich der Anteil mit gesunden bleibenden Zähnen in dem Zeitraum von 2004 auf 2009 um etwa 14 Prozentpunkte verbessert.

Die Quote der naturgesunden Gebisse in Köln bei den 15-jährigen liegt damit geringfügig über den Bundeswerten und geringfügig unter den Landeswerten (siehe Tabelle 1).

¹⁵ Vgl. Epidemiologisches Begleitgutachten zur Gruppenprophylaxe 2009, Gutachten, K. Pieper, im Auftrag von der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, S. 139, Bonn 2010

Tabelle 1: Anteil naturgesunder Gebisse bei Schulkindern 2009, Vergleich Zahngesundheit Köln, Landes-, Bundesebene mit Angaben zur Anzahl der untersuchten Kinder in den Stichproben

	Stadtgebiet Köln		Nordrhein-Westfalen		Deutschland	
	Anzahl untersuchter Kinder	Quote mit naturgesundem Gebiss in %	Anzahl untersuchter Kinder	Quote mit naturgesundem Gebiss in %	Anzahl untersuchter Kinder	Quote mit naturgesundem Gebiss in %
6-7-Jährige	491	57,8	9.070	56,9	29.153	53,9
12-Jährige	622	69,0	10.731	72,6	31.937	69,0
15-Jährige	471	58,8	9.254	62,0	26.134	55,8

Quelle: Pieper, K., Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Auswertungen Gesundheitsamt Köln, 2009 ohne Baden-Württemberg, 6-7-Jährige: Milchgebisse, 12 und 15-Jährige: Bleibende Zähne

Laut aktueller Auswertungen des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen an allen untersuchten Grundschülerinnen und Grundschulern seit dem Schuljahr 2006/2007 (47 Prozent) kontinuierlich angestiegen und hat sich auch im Schuljahr 2010/2011 nochmals um 3 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr auf 54 Prozent erhöht.¹⁶

Bei den Schülerinnen und Schülern der weiterführenden Schulen variiert die Zahngesundheit je nach Schultyp. Laut der bereits erwähnten bundesweiten „Epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe“¹⁷ wiesen in Nordrhein-Westfalen die Hauptschulen die schlechtesten Werte auf, in den Gymnasien war die Zahngesundheit am besten. Förderschulen wurden bei dieser Erhebung nicht berücksichtigt.

Die Ergebnisse konnten anhand einer Stichprobenauswertung¹⁸ des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes in Förder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien¹⁹ für Köln bestätigt werden. Die Auswertung ergab 2011 bei den Hauptschulen einen Anteil von 60 Prozent an Kindern mit naturgesunden Gebissen, bei den Real- und Gesamtschulen einen Anteil von 74 Prozent, bei den Gymnasien einen Anteil von 86 Prozent. In den Kölner Förderschulen wiesen 71 Prozent der Kinder naturgesunde Gebisse²⁰ auf, damit lagen Werte der Förderschulen über denen der Hauptschulen und unter denen der Real- und Gesamtschulen.

¹⁶ Anzahl untersuchter Grundschulkinder in 2010/2011: 29.069

¹⁷ Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe, 2009, von Dr. K. Pieper, in Auftrag gegeben von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn, S.49

¹⁸ Bei den Auswertungen werden ausschließlich bleibende Zähne berücksichtigt.

¹⁹ Im Jahr 2011 betrug die Anzahl der untersuchten Kinder der Stichprobe in der Hauptschule: n= 3.000, in der Realschule: n=1.244, in der Gesamtschule: n= 752, im Gymnasium n=3.521, in der Förderschule: n=2.091. Bei den Gesamtschulen variierten die Ergebnisse stark, und es zeigte sich in einem Teil der Einrichtungen ein überproportionaler Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesaufkommen.

²⁰ Zu berücksichtigen ist bei diesen Ergebnissen, dass bei den Förderschulen aufgrund altersübergreifender Klassenverbände die Altersstruktur mehrerer Jahrgänge (auch unter Klasse 5) erfasst werden, während in den anderen Schultypen ausschließlich die Werte der Klassen 5 und 6 herangezogen werden. Die abweichende Altersstruktur in den Förderklassen könnte gegebenenfalls zu geringfügig besseren Ergebnissen führen, da ein Teil der untersuchten (jüngeren) Kinder noch nicht über ein vollständiges Gebiss bleibender Zähne verfügt und daher bei diesen Kindern das Kariesrisiko an den bleibenden Zähnen geringer ist.

Eine vertiefte Analyse der Förderschulen nach Förder-schulform für das Jahr 2011 ergab, dass die Durchschnittsergebnisse sich je nach Förderschulform²¹ erheblich unterscheiden. So wiesen beispielsweise die Förderschulen für körperliche und motorische Entwicklung einen durchschnittlichen Anteil von 88 Prozent an Kindern mit naturgesunden Gebissen, Förderschulen für Lernen hingegen nur einen Anteil von 58 Prozent auf.

Erhöhtes Kariesrisiko

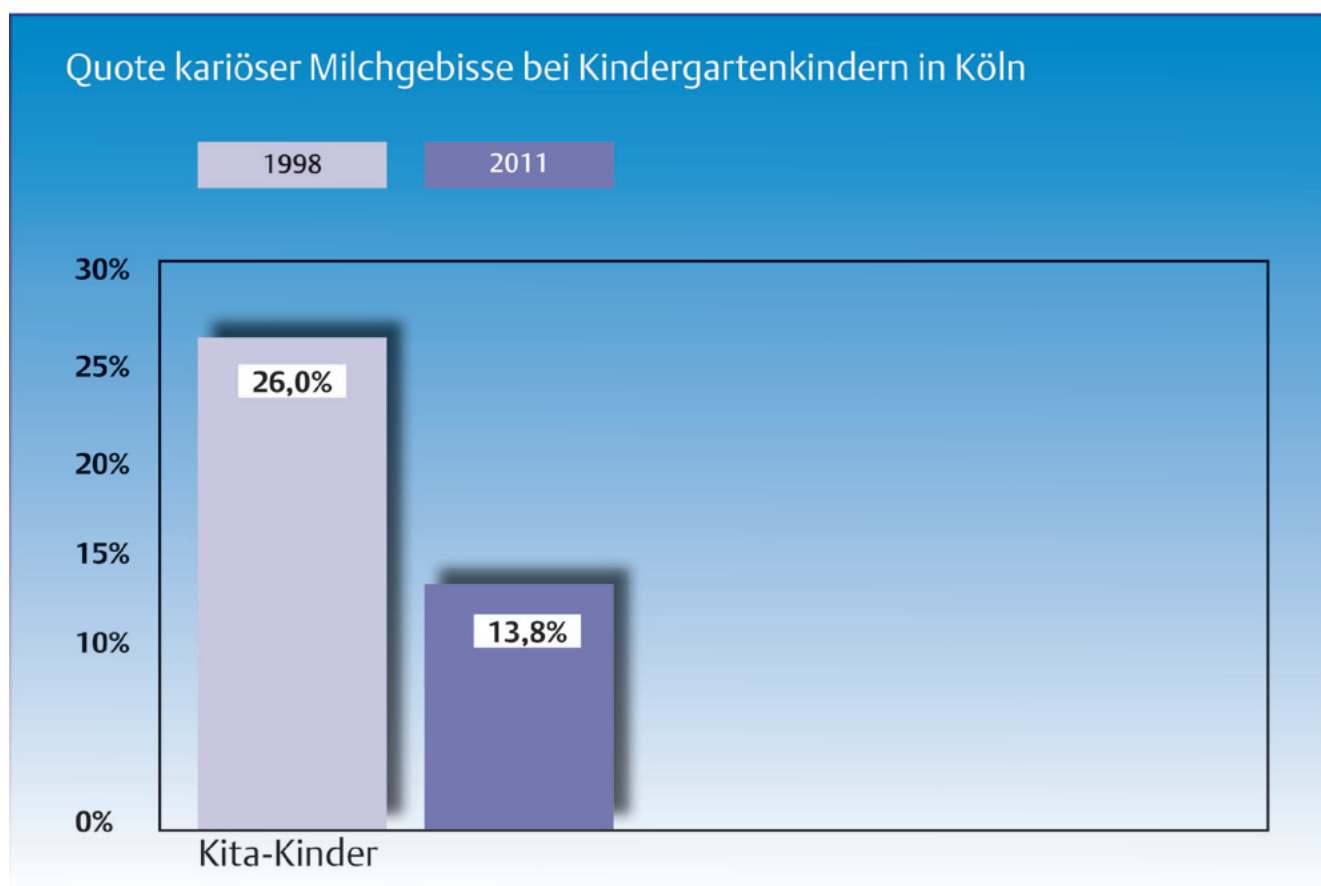
Im Schuljahr 2010/2011 wiesen in Köln 595 von 29.069 untersuchten Grundschulkindern ein erhöhtes Kariesrisiko²² auf, das entspricht einer Quote von 2,0 Prozent (Erhebungen Gesundheitsamt Köln).

2.3 Zahngesundheit bei Kitakindern

2011 betrug die Quote der Kitakinder mit naturgesundem Milchgebiss 81,1 %, die Quote der Kinder mit sanierten Gebissen 5,1 % und entsprechend die Quote der Kinder mit kariösen Gebissen 13,8 %. Der Anteil von Kitakindern mit kariösen Zähnen hat sich im Zeitraum von 1998 bis 2011 nahezu halbiert (siehe Abbildung unten).

Vergleichbare Daten auf Landes- und Bundesebene liegen nicht vor.

Abbildung 2: Anteil kariöser Milchgebisse bei Kitakindern in Köln (1998 n=24.819, 2011 n=19.352, Kalenderjahre)



Quelle: Eigene Auswertungen Gesundheitsamt Köln

²¹ Unterschieden werden sieben Förder-schulformen: Emotionale und soziale Entwicklung, Geistige Entwicklung, Lernen, Sprache, Körperliche und emotionale Entwicklung, Hören und Kommunikation, Kranke Kinder.

Ebenso wie bei den Gesamtschulen variierten die Ergebnisse bei den Förderschulen auch zwischen den Einrichtungen (zumindest teilweise) erheblich, es zeigte sich in einem Teil der Einrichtungen ein überproportionaler Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesaufkommen.

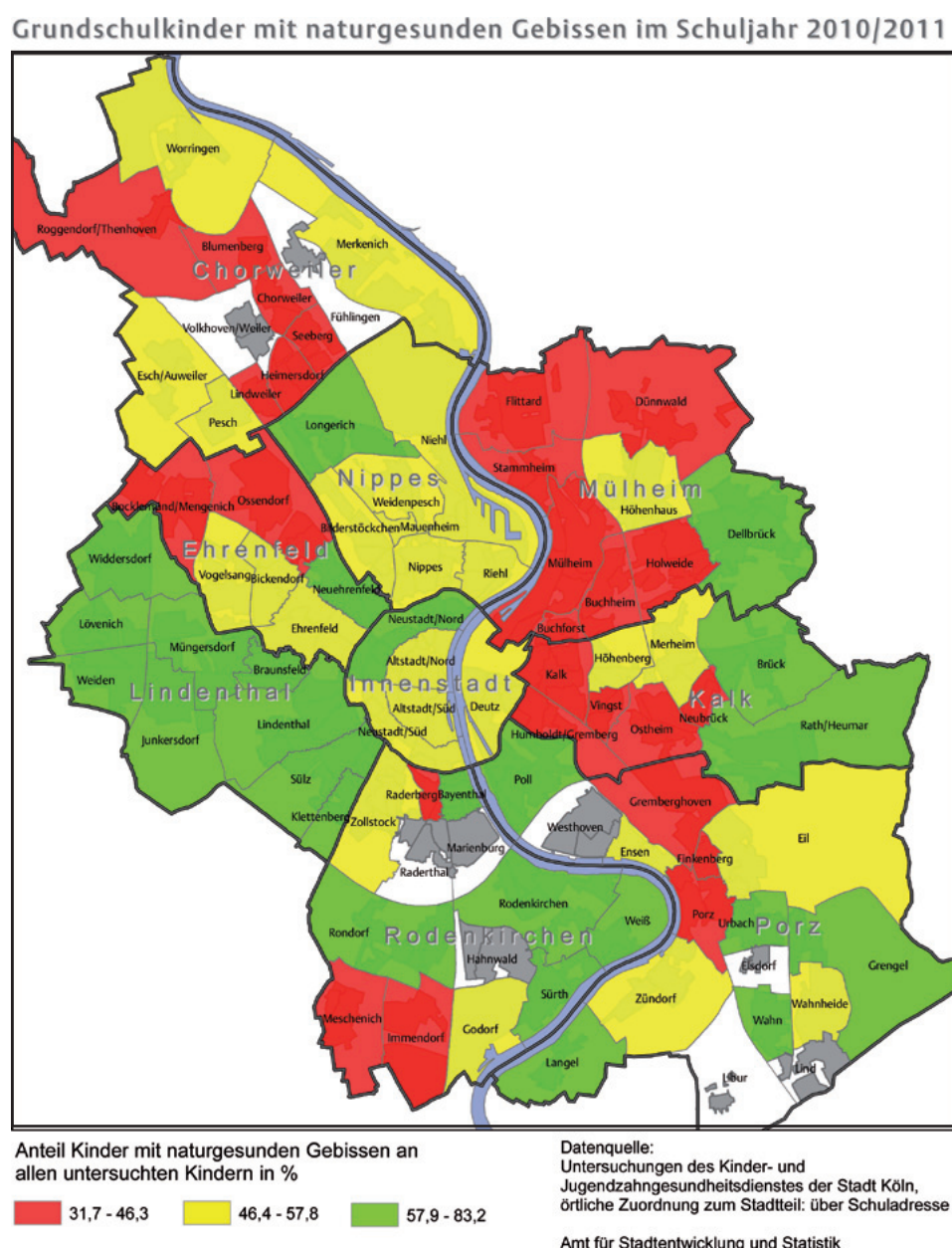
²² Als Gradmesser für Kariesrisiko wird die modifizierte Definition der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahn-pflege herangezogen. Von einem erhöhten Kariesrisiko wird ausgegangen, wenn ein Kind im Alter von 6 bis 7 Jahren Karies an mindestens einem bleibenden Zahn, im Alter von 8 bis 9 Jahren Karies an mindestens zwei bleibenden Zähnen aufweist.

2.4 Stadtteilbezogene Zahngesundheit

Bei der stadtteilbezogenen Auswertung der Ergebnisse²³ variierte der Anteil der Grundschulkinder mit gesunden Zahngebissen im Schuljahr 2010/2011 zwischen 32 Prozent und 83 Prozent (Karte 1, Anzahl untersuchter Kinder: 29.069), der Anteil der Kitakinder mit gesunden Milchgebissen zwischen 47 Prozent und 97 Prozent (Karte 2, Anzahl untersuchter Kinder: 23.781).

Karte 1: Zahngesundheit Grundschulkinder

(in Stadtteilen, die nicht farblich markiert sind, gibt es keine Grundschule)

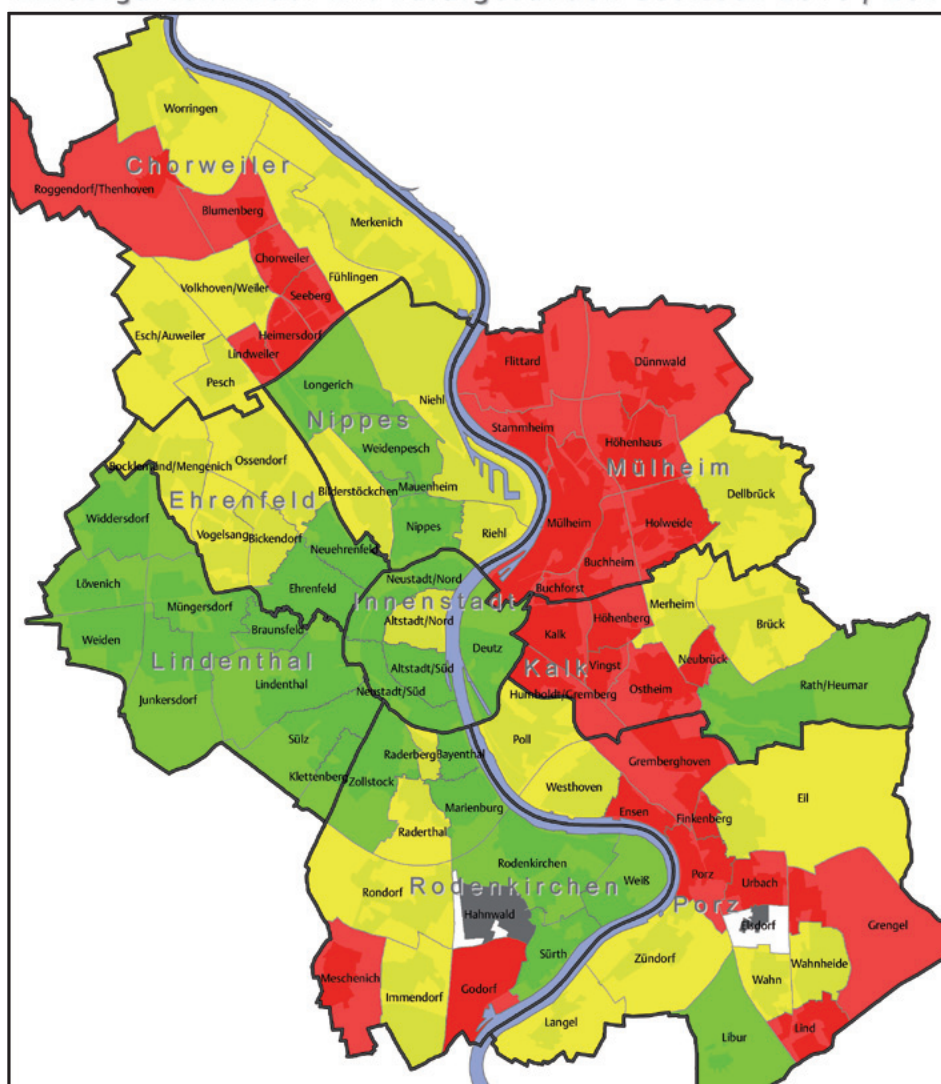


²³ Die kariesepidemiologischen Daten werden sowohl stadtteilbezogen als auch einrichtungsbezogen ausgewertet. Die Ergebnisse auf Stadtteilebene erweisen sich insbesondere für die einrichtungsübergreifende, sozialraumbezogene Arbeit als aufschlussreich. Für die konkrete einrichtungsbezogene Arbeit werden die einrichtungsbezogenen Ergebnisse herangezogen, da diese Ergebnisse kleinräumiger und genauer sind als die Durchschnittswerte auf Stadtteilebene (siehe hierzu B, Handlungsstrategien).

Karte 2: Zahngesundheit Kitakinder

(in Stadtteilen, die farblich nicht markiert sind, gibt es keine Kita)

Kindergartenkinder mit naturgesunden Gebissen 2010 / 2011



Anteil Kinder mit naturgesunden Gebissen
an allen untersuchten Kindern in %

46,8 - 76,9 77,0 - 86,4 86,5 - 96,7

Datenquelle:
Untersuchungen des Kinder- und
Jugendzahngesundheitsdienstes der Stadt Köln,
örtliche Zuordnung zum Stadtteil: über Kita-Adresse

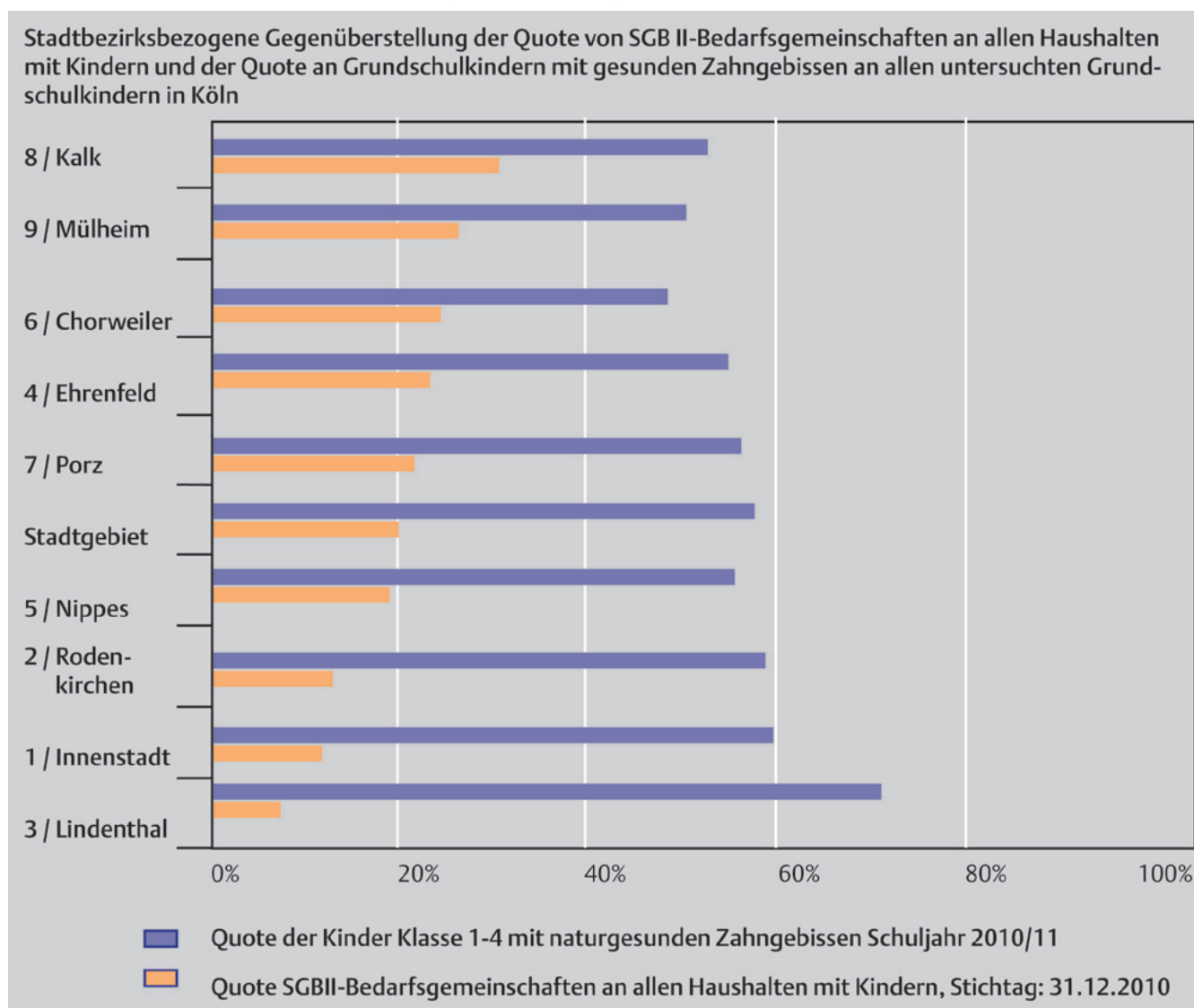
Amt für Stadtentwicklung und Statistik

2.5 Zahngesundheit und Armut

Der wissenschaftlich belegte Zusammenhang von Mundgesundheit und sozialen Verhältnissen²⁴ ist auch bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Köln deutlich erkennbar.

Bei dem Vergleich der Kölner Stadtbezirke zeigt sich folgende Tendenz: je höher der Anteil von Familien im SGB II-Bezug²⁵, desto weniger gut sind die Werte der Kinderzahngesundheit (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Gegenüberstellung der Quote von SGB II-Bedarfsgemeinschaften an allen Haushalten mit Kindern und der Quote an Grundschulkindern mit gesunden Zahngebissen auf Stadtbezirksebene



Quellen: Daten Zahngesundheit: Eigene Auswertungen Gesundheitsamt Köln, Daten zur Quote SGBII-Bedarfsgemeinschaften: Amt für Stadtentwicklung und Statistik

Kinder, die in einem sozial benachteiligten familiären Umfeld aufwachsen, weisen ein höheres Risiko auf, an Karies zu erkranken. Ein hoher Anteil der Kinder mit erhöhter Kariesgefährdung besucht Förder- und Hauptschulen. Für diese Kinder kann das äußere Erscheinungsbild neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu einer zusätzlichen Barriere bei ihrem weiteren Werdegang werden, beispielsweise bei der Ausbildungsplatz- oder der Stellensuche, und somit setzt sich die soziale Benachteiligung fort.

²⁴ Brauckhoff, G., Kocher, T. u.a., in „Mundgesundheit“ Heft 47, Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 16;

Pieper, K., „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004“, Gutachten, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn 2005

²⁵ hier ausschließlich Hilfeempfängerhaushalte mit Kindern; Familien, die an der Armutsgrenze leben und keine Hilfeleistungen nach SGB II erhalten, sind bei dieser Quote nicht erfasst.

B Neue Handlungsstrategien in Köln



Zielrichtung: bedarfsorientierte Angebote und regelmäßige Zahnpflege bei Kindern, die bisher nicht erreicht wurden

Die vorliegenden Ergebnisse lassen Handlungsbedarf bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko erkennen. Ziel ist es daher, das Angebot für diese Kinder zu intensivieren, um ihre Zahngesundheit zu verbessern. Dieser Zielsetzung wird die strategische Vorgehensweise des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes angepasst:

Entwicklung vom breit gestreuten Angebot zu bedarfsorientierten Strategien

Nachdem in den vergangenen Jahren zunächst eine breit gestreute, flächendeckende Basisprophylaxe („Gießkannenprinzip“) durchgeführt worden war, wird aufbauend auf den Ergebnissen der Reihenuntersuchungen und nach Abstimmung im Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit das gruppenprophylaktische Angebot auf „Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf“ (ab dem Kita- bzw. Schuljahr 2012/13) fokussiert. Das sind

Einrichtungen, in denen Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko gehäuft anzutreffen sind.

Diese Vorgehensweise entspricht den gesetzlichen Vorgaben²⁶ sowie den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen: „vor dem Hintergrund des Kariesrückgangs halten es die Spitzenverbände der Krankenkassen heute für vertretbar, die Präventionsmaßnahmen entsprechend der Kariesrisikoverteilung stärker zu differenzieren. In Abhängigkeit von a) dem Mundgesundheitszustand der Schüler in der jeweiligen Schule bzw. Schullart und b) den am Ort vorhandenen Strukturen ist es legitim, in gewissem Rahmen Ressourcen „umzuschichten“ von Schulen mit geringem durchschnittlichen Kariesrisiko der Schüler auf solche mit hohem Risiko.“²⁷ Dies wird derzeit auch in anderen Großstädten beispielsweise in Berlin²⁸ angestrebt.

²⁶ SGB II sieht ein spezifisches Angebot für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko vor (siehe II 1).

²⁷ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Gruppenprophylaxe 2000, Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V“ (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000, S. 25

²⁸ Vgl. Gesundheitsberichterstattung Berlin Spezialbericht „Mundgesundheit der Berliner Kinder, Ergebnisse des Schuljahres 2009/2010“ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Gesundheit, Berlin 2011

Kariesepidemiologische Daten als Basis der Bedarfsfeststellung

Bei den Kindertageseinrichtungen und Grundschulen werden anhand der kariesepidemiologischen Auswertungen des Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes der Anteil von 10 Prozent der Einrichtungen, die den niedrigsten Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen²⁹ aufweisen, als „Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf“ definiert. Diese Einrichtungen liegen zum überwiegenden Anteil in sozial benachteiligten Stadtteilen³⁰.

Während bisher alle Einrichtungen flächendeckend betreut wurden, sollen ab dem Schuljahr 2012/2013 die gruppenprophylaktischen Maßnahmen bei „Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf“ intensiviert werden.

Entsprechend werden die 10 Prozent aller Einrichtungen ermittelt, die den höchsten Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen aufweisen. Von diesen Einrichtungen werden die personellen und materiellen Ressourcen umgeschichtet, die zusätzlich für die Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf benötigt werden.

Bei den weiterführenden Schulen wird eine Differenzierung nach Schultyp vorgenommen. Im Durchschnitt zeigen sich die schlechtesten kariesepidemiologischen Werte bei den Kindern in den Förder- und Hauptschulen, die besten bei den Kindern in Gymnasien. Daher werden die Ressourcen entsprechend verlagert: zugunsten der Förder- und Hauptschulen als Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf werden die Angebote bei den anderen Schulformen reduziert.

Maßnahmen

In Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf sind gehäuft Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko anzutreffen. In diesen Einrichtungen werden die Fluoridierungsmaßnahmen, die Anleitungen zur Zahnpflege mit praktischen Übungen, die Ernährungsberatung sowie die Motivation zur Nutzung der regelmäßigen Vorsorgeangebote intensiviert. Darüber hinaus sollte dort eine regelmäßige Zahnpflege in den Alltag integriert werden. Besonders in Schulen mit Ganztagsangeboten sollten Möglichkeiten zur Zahnpflege angeboten werden.

Für die Kitas und Schulen ergibt sich konkret folgendes Vorgehen:

Programm Gruppenprophylaxe in Köln ab Jahrgang 2012/13

Kindertageseinrichtung/Kindergarten

Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (10 % aller Einrichtungen) jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
2 x Prophylaxe (Anleitungen zur Zahnpflege mit praktischen Übungen, Ernährungsberatung u.a.)

Einrichtungen mit besten Werten Zahngesundheit (10 % aller Einrichtungen) jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1 x Prophylaxe (jedes 2. Jahr)

Alle übrigen Einrichtungen (80 %) jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1 x Prophylaxe

²⁹ Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen als Indikator entsprechend der Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Gruppenprophylaxe 2000, Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V“ (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000, S. 40

³⁰ Die kariesepidemiologischen Daten werden einrichtungsbezogen und nicht stadtteilbezogen ausgewertet, da diese Ergebnisse kleinräumiger und genauer sind als die Durchschnittswerte auf Stadtteilebene. Im Stadtteil Bickendorf variierte beispielsweise im Schuljahr 2010/2011 die Quote der Grundschulkinder mit naturgesundem Gebiss an verschiedenen Schulen zwischen 35 Prozent und 65 Prozent.

Grundschulen

Ab Schuljahr 2012/13

Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (10 % aller Einrichtungen) jährlich:

1 bis 2 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/
Zahnarzt
2 x Fluoridierungen
2 x Prophylaxe

Einrichtungen mit besten Werten Zahngesundheit (10 % aller Einrichtungen) jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
im 1. und 3. Schuljahr
1 x Fluoridierungen
Prophylaxe nach Absprache

Alle übrigen Einrichtungen (80 %) jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
im 1. und 3. Schuljahr,
1 x Fluoridierungen
1 x Prophylaxe

Hauptschulen

Ab Schuljahr 2012/13

jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Klasse 5 bis 10

1 x Fluoridierung

Möglichkeit zur Beratung durch Zahnärztin/
Zahnarzt

Gesamtschulen

Ab Schuljahr 2012/13

jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Klasse 6

Ggf. 1 x Fluoridierung

Realschulen

Ab Schuljahr 2012/13

jährlich:

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Klasse 6

Förderschulen

Ab Schuljahr 2012/13

Differenzierung nach Förderschulform und kariesepidemiologischen Werten:

Bei Schulen mit Durchschnittswerten der Zahngesundheit unter denen der Hauptschulen:

jährlich: Klasse 1 bis 6

1 bis 2 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/
Zahnarzt
1 bis 2 x Fluoridierung
1 x Prophylaxe

Klasse 7 bis 10

1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1 x Fluoridierung

Ansonsten Programm wie bei Hauptschulen (siehe unten)

Gymnasien

Ab Schuljahr 2012/13

Ggf. 1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/
Zahnarzt Klasse 6 (bedarfsorientiert)

Ausbau von Kooperationsstrukturen

Bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko soll die Kontaktaufnahme mit den Eltern und pädagogischen Fachkräften sowie mit der Schulsozialarbeit vor Ort intensiviert werden. Gravierende und anhaltende Zahnschäden, die trotz Hinweis nicht behoben werden, können auch ein Ausdruck elterlicher Vernachlässigung sein. Verhärtet sich im Verlauf der Verdacht auf Vernachlässigung, kann die Kontaktaufnahme zum Jugendamt erforderlich werden.

Dentalhygiene, das heißt, regelmäßiges Zähneputzen in den Einrichtungen, erweist sich als wichtige verhaltensbezogene Maßnahme zur Verbesserung der Zahngesundheit insbesondere in den Kitas und in den Offenen Ganztagschulen mit erhöhtem Betreuungsbedarf. Dieses Angebot wird vom Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst verstärkt angeregt. Die Entscheidung darüber obliegt dem Träger bzw. der Einrichtung. Eine Stichprobe von 160 Kitas (etwa 30 % aller Kitas) 2010 ergab, dass in etwa einem Drittel der städtischen Einrichtungen und der Hälfte der Einrichtungen in freier Trägerschaft ein Zahnputzangebot besteht. Eine Ausweitung ist im Interesse der Zahngesundheit wünschenswert.

Frühzeitige Ansprache von Eltern und Erziehungsberechtigten

Werdende Eltern, Eltern von Neugeborenen und Kleinkindern sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollen für Zahngesundheit sensibilisiert und über die Risiken der frühkindlichen Karies verstärkt informiert werden. Die bestehenden Vernetzungsstrukturen des Gesundheitsamtes, beispielsweise über Kooperationen mit den Frühen Hilfen innerhalb des Amtes, zu angestellten und freiberuflich tätigen Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzten sowie Fachkräften der Entbindungskliniken können dabei genutzt werden.

Seit 2008 bekommen alle Eltern mit Neugeborenen einen Kinderwillkommensbesuch (KIWI), durchgeführt wird dieses Angebot durch das Jugendamt in Kooperation mit ausgewählten freien Trägern der Jugendhilfe. Die Möglichkeit, auch auf diesem Weg über Zahnpflege und Mundgesundheit zu informieren, damit die Eltern frühzeitig über Risiken der frühkindlichen Karies aufgeklärt werden können, sollte diskutiert und wenn möglich genutzt werden.

³¹ Alle Kinder, die bei der Reihenuntersuchung im ersten Schuljahr einen Befund aufwiesen und die bei der folgenden Untersuchung im dritten Schuljahr nicht saniert sind, erhalten besondere Aufmerksamkeit, es werden weitere Maßnahmen eingeleitet, z.B. gezielte Kontaktaufnahme und Beratung der Eltern.

C Fazit und Ausblick



Aktionen zur Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, hier beim Weltkindertag 2010

Immer mehr Kinder haben gesunde Zähne. Dies ist maßgeblich auf die wirksame Prävention zurückzuführen. Einen nicht unerheblichen Anteil des Erfolgs hat dabei auch der Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit und hier insbesondere die Gruppenprophylaxe des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, da dieser den überwiegenden Teil aller Kita- und Schulkinder erreicht und kontinuierlich betreut.

Damit in Zukunft dieses Angebot Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko besonders gut erreicht, ist das vorliegende Handlungskonzept, das eine intensivierte Prophylaxe für diese Zielgruppe vorsieht, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Veröffentlichungen wie beispielsweise vom Deutschen Kinderschutzbund weisen auf die

Zunahme von Kinderarmut seit Mitte der 1990er Jahre hin³². Der Zusammenhang zwischen erhöhtem Kariesrisiko und Armut sowie sozialer Benachteiligung ist bekannt und kann auch für Köln bestätigt werden. Vor dem Hintergrund, dass 2008 und 2009 in Köln ein Anstieg der Geburtenzahl gegenüber den Vorjahren³³ zu verzeichnen war und sozial benachteiligte Stadtgebiete eine überproportional hohe Geburtenziffer³⁴ aufweisen³⁵, wird der gesundheitliche Bedarf von Kindern aus sozial benachteiligten Familien voraussichtlich eher steigen als sinken. Der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst wie auch der Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit werden dadurch in ihrer Leistungsfähigkeit sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht weiterhin gefordert sein.

In Familien, die bereits gehäuft mit psychosozialen und ökonomischen Problemen belastet sind, besteht selbst bei wiederholten Hilfeangeboten die Gefahr, dass die Bedeutung der Zahngesundheit nicht erkannt und diese damit vernachlässigt wird - auch wenn dadurch weitere Probleme entstehen. Einen Zugang zu diesen Familien, vor allem die Zusammenarbeit mit den Eltern, stellt eine besondere Herausforderung dar.

Neben der intensivierten Prophylaxe und Vernetzung mit anderen Angeboten wird von erheblichem Einfluss sein, inwieweit es gelingt, die Kinder in ihrer Selbständigkeit zu fördern, sie nachhaltig zur Mundhygiene zu motivieren sowie durch tägliches Einüben des Zähneputzens in den Kitas und Schulen die Mundpflege als tägliche Selbstverständlichkeit zu etablieren (Settingansatz).

Anhand einer begleitenden Evaluation wird der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst regelmäßig analysieren, wie sich die Zahngesundheit der Kölner Kinder weiterentwickelt. Diese Ergebnisse werden als Grundlage für eine Fortschreibung des hier vorgestellten Konzepts dienen. Ziel ist es, die Gesundheitschancen der Kölner Kinder, insbesondere der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko, zu erhöhen und sich den Zielvorgaben der Weltgesundheitsorganisation für 2020 weiter anzunähern.

³² Deutscher Kinderschutzbund, <http://www.dksb.de>, Stand: 08.05.2012

³³ Von 2003 bis 2007 lag die Geburtenziffer (Anteil Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren) unter 36, 2008 bei 39,5, 2009 bei 37,8 (etwa Niveau von 2000 mit 37,5), die absolute Zahl der Geburten lag 2000 bei 9.923, fiel bis 2004 auf den Tiefstand von 9.383 und stieg dann wieder an, in 2008 und 2009 hat sie den Stand von 2000 übertroffen, (Anzahl der Geburten 2008: 10.502, 2009: 10.028). 2010 sank die Geburtenanzahl wieder auf 9.682, aktuell lässt sich daher kein eindeutiger Trend feststellen, Quelle: Daten für 2009: Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Statistisches Jahrbuch, 2010, S. 44 ff., S. 70, Daten für 2010: Kölner Stadtteilmittelungen, http://kp1ua090/imperia/md/content/themen/zahlen_statistik/stadtteilmittelungen_2010.pdf. Für 2030 prognostiziert das Landesamt für Statistik NRW auf Basis einer Vorausberechnung aus dem Jahre 2008 einen Anstieg der Kinder der Altersgruppe 0 bis 10 auf 102.000 in 2030. (Quelle: IT NRW, http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2009/pdf/69_09.pdf, Stand 06.12.2011) Das würde, bezogen auf das Jahr 2010 mit 89.264 Kindern dieser Altersgruppe, einen Anstieg um über 14 Prozentpunkte bedeuten.

³⁴ Geburtenziffer (Anteil Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren)

³⁵ Datenquelle: Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Statistisches Jahrbuch, 2010, S. 45, S. 70 u. 2011

Kontakt

Elisabeth Ostermann
Telefon: 0221/221-2 47 57
E-Mail: elisabeth.ostermann@stadt-koeln.de

Bezugsadresse:
Gesundheitsamt, Abt.535
Neumarkt 15-21
50667 Köln

Impressum



Der Oberbürgermeister

Dezernat V, Soziales, Integration und Umwelt
Gesundheitsamt
Amt für Presse -und Öffentlichkeitsarbeit

Fotos:
Gesundheitsamt

Gestaltung:
Amt für Presse -und Öffentlichkeitsarbeit

Druck:
ABC/GWS GmbH

www.stadt-koeln.de

13/Dez.V/53/400/06.2012

