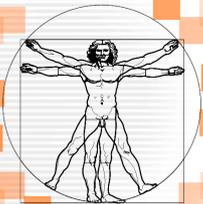




# Gesundheitsberichterstattung

- Kinder und Jugendliche

(K)ein Problem – Zähne o.k.?



Modul 4:  
Mund- und Zahngesundheit  
bei Kindern im Rhein-Erft-Kreis

• [www.rhein-erft-kreis.de](http://www.rhein-erft-kreis.de)

Dem <sup>herrs</sup>  
Fräulein Klassenlehrer (-in) der Klasse .....

Volks-Schule in .....

Bei der letzten Schuluntersuchung wurden nachfolgend aufgeführte Kinder als behandlungsbedürftig befunden. Ich bitte, diese Kinder am ..... um ..... Uhr in die Schulzahnklinik zu schicken.

.....  
Kreis(zul)zahnarzt

## Bildnachweis

Umschlagseite 1: Bilder von oben nach unten

Bild 1: fotolia.de; Benutzername: Hallgerd

Bild 2 und 3: Photocase.de; Benutzername: emma75

Bild 4: Photocase.de; Benutzername: psychodeer

Bild 5: Rhein-Erft-Kreis

Umschlagseite 2:

Benachrichtigungsschreiben des Gesundheitsamtes aus den Zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts (Landkreis Köln)

Umschlagseite 3:

Photos vom Einsatz des Zahnklinikwagens des (damaligen) Erftkreises, 1991. Er wurde 1966/67 angeschafft, 1993 im Kreisgebiet ausser Betrieb genommen und nach Kuba verschenkt.

## Impressum

Der Landrat des Rhein-Erft-Kreises  
Gesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung

Bericht: Dr. Susanne Soppart-Liese, susanne.soppart@rhein-erft-kreis.de

Gestaltung: Susanne Seegebrecht

1. Auflage, Bergheim März 2008

## (K)ein Problem – Zähne o.k.?

# Mund- und Zahngesundheit bei Kindern im Rhein-Erft-Kreis

## Gesundheitsberichterstattung für Kinder, Modul 4

### Vorwort

7

### Einleitung

9

- 1 Primärprävention
- 2 Zahngesundheitserziehung
- 3 Die Organisation von Zahngesundheit als Beitrag zur (regionalen) Kinderfreundlichkeit/Kindgerechtigkeit
- 4 Zusammenfassung

### Zur Theorie und Methode von Gesundheits- berichterstattung

15

- 1 Gesellschaftliche Differenzierung, Inklusion, Exklusion und Sozialkapital
- 2 Sozialwissenschaftliche Methode der Gesundheitsberichterstattung
  - 2.1 Problemformulierung
  - 2.2 Zentrale Ziele – Beschreibung des Zustandes der Zahngesundheit und Organisationsmodell für Zahngesundheit von Kindern
  - 2.3 Konkrete Fragestellung
  - 2.4 Einzelne Ziele
- 3 Zusammenfassung

### Begriffserklärung und Gesundheitsziele bis 2020

23

- 1 Wie Zahngesundheit gemessen wird
- 2 Warum Zahngesundheit (-serziehung) so wichtig ist – die europäische Ebene
- 3 Lebenslaufbezogene Zahngesundheitserziehung in der Gruppenprophylaxe und jugendzahnärztliche Untersuchungen in Bildungseinrichtungen zur Prävention von Erkrankungen des Mundes und der Zähne
- 4 Individualprophylaxe – Gruppenprophylaxe
- 5 Gesundheitsziele bezüglich Zahngesundheit von Kindern
- 6 Zusammenfassung

## Zur Gesundheits- ökonomie der Zahnbehandlung

29

- 1 Anteil Zahnbehandlung an Gesamtausgaben für Gesundheit
- 2 Ausgaben für Zahnbehandlung pro Mitglied insgesamt/  
ohne Zahnersatz/Individualprophylaxe allein
- 3 Kosten für Gruppenprophylaxe Rhein-Erft-Kreis
- 4 Prophylaxe – ein ‚ungeliebtes Kind‘ in den ambulanten Praxen?
- 5 Gruppenprophylaxe – das ‚Schmuddelkind‘?
- 6 Gruppenprophylaxe – allgemeine Finanzierung?
- 7 Kosten des Gesundheitsamtes Rhein-Erft-Kreis
- 8 Zusammenfassung

## Zahnärztliche Versorgungsstruktur

35

- 1 Land NRW
- 2 Bezirk Nordrhein
- 3 Rhein-Erft-Kreis – Zahnärztliche Versorgung
- 4 Zahnärztliche Versorgung und kieferorthopädische Versorgung  
für Erwachsene und Kinder 0–18 Jahre  
im Rhein-Erft-Kreis nach Gemeinden
- 5 Zusammenfassung

## Bildungsstruktur im Rhein-Erft-Kreis

45

- 1 Schulstruktur allgemeinbildendes Schulwesen
- 2 Kindertagesstättenstruktur im Rhein-Erft-Kreis
- 3 Zusammenfassung

- 1 Darstellung der Zahndaten
  - 1.1 Darstellung nach Teams
  - 1.2 Darstellung nach Gemeinden
  - 1.3 Darstellung nach Institutionen
  - 1.4 Darstellungsmethode der Untersuchungsergebnisse
  - 1.5 Gewählte Darstellungsmethode für diesen (ersten) Zahnbericht
  - 1.6 Verfügbarkeit von Daten zur Zahngesundheit
    - Datendateien und Papierversionen
  - 1.7 IT-Ausstattung Gesundheitsamt
- 2 Daten und Datenverarbeitung... Strategische Planung: Steuerung, Controlling, Qualitätsmanagement, Ziele und Kennzahlen?
  - 2.1 Arbeitsökonomie und Steuerung
    - Was soll ein Öffentlicher Gesundheitsdienst leisten?
  - 2.2 Kennzahlen, Ziele, QM und Controlling – Verwaltungshandeln und politisches Handeln nach dem betriebswirtschaftlichen Modell?
  - 2.3 Zahnärztlicher Dienst Rhein-Erft-Kreis: Prioritätssetzung, Flexibilisierung, Qualitätsmanagement und Controlling
  - 2.4 IT als grundlegende Voraussetzung aller Optimierungsstrategien
- 3 Zusammenfassung

## Arbeitskreis Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis

53

- 1 Von der Gründung 1984 bis heute – Organisation des Arbeitskreises
  - 1.1 Aufgaben und Mitglieder
  - 1.2 Entwicklung des Arbeitskreises – kontinuierlicher Ausbau
  - 1.3 Prophylaxeimpulse
  - 1.4 Personal des Arbeitskreises Zahngesundheit
  - 1.5 Rahmenvereinbarungen und Grundsätze überörtlich und regional
  - 1.6 Finanzen
- 2 Entwicklung von Zielvorstellungen zur Mund- und Zahnhygiene von Bundesebene bis zur Regionalebene
- 3 Daten zu Taten – Zielerreichung
  - 3.1 Kindertagesstätten
  - 3.2 Grundschulen
  - 3.3 Förderschulen
  - 3.4 Sonstige weiterführende Schulen
- 4 Zusammenfassung

## Prophylaxe im Setting Kita und Schule

63

- 1 Daten zur Prophylaxe im Rhein-Erft-Kreis
- 2 Daten zur Prophylaxe – Sonderaktionen wie Vorträge, Workshops und Feste/Jugendzahnärztlicher Dienst Rhein-Erft-Kreis
- 3 Methodische Anmerkungen zur Datenlage
- 4 Fluoridierung als gruppenprophylaktische Maßnahme
- 5 Halbjährliche Fluoridlackapplikation im Rhein-Erft-Kreis
- 6 Daten zur Elternarbeit in Kitas und Grundschulen
- 7 Prophylaxeimpulse durch den Arbeitskreis Zahngesundheit
- 8 Daten des Arbeitskreises Zahngesundheit – Gelee- und Lackfluoridierung als prophylaktische Maßnahmen
- 9 Empfehlungen zur Kariesprophylaxe im Rhein-Erft-Kreis
- 10 Zusammenfassung

- 1 Untersuchungsdesign der jugendzahnärztlichen Untersuchung
  - 1.1 Unterschiedliche gesetzliche Zugangswege für jugendzahnärztliche Untersuchungen in den Bildungseinrichtungen
  - 1.2 Untersuchungssituation
  - 1.3 Wegfall der flächendeckenden jugendzahnärztlichen Untersuchung durch den ÖGD
  - 1.4 Jugendzahnärztliche Untersuchung durch den ÖGD und Gruppenprophylaxe
  - 1.5 Fortlaufende Aktivitäten
- 2 Daten der Jugendzahnärztlichen Untersuchungen
- 3 Naturgesunde Gebisse nach Einrichtungsart – Methodische Diskussion
- 4 Naturgesunde Gebisse 1996–2006 nach Einrichtungsart
- 5 Daten Kindertagesstätten
- 6 Gruppierte Daten Gesamt Rhein-Erft-Kreis: alle Einrichtungen/Risikopolarisierung
- 7 Wie haben sich die Raten der Befunde im Zeitablauf verändert?
- 8 Rate der Befunde in den Risikoeinrichtungen
- 9 Kommunale Daten im Zeitverlauf – alle Einrichtungen
  - 9.1 Daten 1996–2006
  - 9.2 Daten der Jahre 2002/2004–2006
- 10 Zusammenfassung zu Daten der Untersuchungsbefunde
- 11 Prioritätensetzung – Besondere Handlungsbedarfe nach Einrichtungen
- 12 Exkurs: Zur Verbindung von Sozialdaten und medizinischen Daten
- 13 Weiterer Arbeitsbereich des Zahnärztlichen Dienstes: Gutachten
- 14 Weiterer Arbeitsbereich des Zahnärztlichen Dienstes – Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen
- 15 Stichprobenstudien – Ergebnisse Rhein-Erft-Kreis
- 16 Zusammenfassung
- 17 Fünf Schritte einer Prioritätenliste zur Zahngesundheit – 1. Ziel: durchgängige Prophylaxe von Kita an

## Überblick – Ansatzpunkte für Maßnahmen

99

- 1 Versorgungsstruktur – Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der Ist-Analyse ziehen?
- 2 Welche Fragen konnten mit diesem Bericht (noch) nicht beantwortet werden?
- 3 Welche Ansatzpunkte im Rhein-Erft-Kreis sollten weiterverfolgt werden?
- 4 Zusammenfassung

## Empfehlungen zur Mund- und Zahngesundheit für alle Altersgruppen

105

- 1 Babys und Kleinkinder
- 2 Kleinkinder und Jugendliche
- 3 Erwachsene
- 4 Welche Krankenkassenleistungen (Pflichtversicherung) bestehen für Mund- und Zahngesundheit?
- 5 Zusammenfassung

## Zusammenfassung, Danksagung und Nachwort

109

- 1 Zusammenfassung
- 2 Danksagung
- 3 Nachwort

## Abkürzungsverzeichnis

115

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

117

## Literaturverzeichnis

121

## (K)EIN PROBLEM – ZÄHNE O.K.?

Acht Jahre Gesundheitsberichterstattung im Rhein-Erft-Kreis: der Beginn mit Mund- und Zahngesundheit bei SeniorInnen, nun, von Kindern und Jugendlichen: schließt sich da ein Kreis?

Die großen Linien in der Gesundheitsberichterstattung haben sich etwas verschoben: war seinerzeit die Frage des demographischen Wandels übergeordnetes Thema, so zielt die derzeitige Programmplanung: **Kindergesundheit und Kinderfreundlicher Kreis** präziser auf eine klar definierbare Bevölkerungsgruppe und thematische Ausrichtung.

In diesem Bericht werden im ersten Kapitel die möglichen Grundlagen einer **Versorgungsstruktur** für Prävention mit den Akteuren: Krankenkassen, Öffentlicher Gesundheitsdienst und unter Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten benannt. Ziel ist eine alle sozialen Schichten einbeziehende Prävention bei Mund- und Zahngesundheit.

Im zweiten Kapitel wird die **Theorie der Einbeziehung aller sozialen Schichten** am Beispiel der Mund- und Zahngesundheit und generell als Methode der Gesundheitsberichterstattung entfaltet. Sie erlaubt die Generierung von umfassenden Fragestellungen und Zielen für Prävention und Gesundheits-erziehung.

Internationale, nationale und regionale Vorarbeiten für präventives Arbeiten werden im dritten Kapitel dargestellt anhand von **Zielen zur Gruppen- und Individualprophylaxe**.

Die **gesundheitsökonomischen Fragestellungen** bezogen auf Mund- und Zahngesundheit, und speziell auf Individual- und Gruppenprophylaxe sind Thema des vierten Kapitels – und damit der finanziellen Ausstattung für die Zielerreichung.

Wie können diese Ziele umgesetzt werden? Eine Gruppe von Akteuren in der **Versorgungsstruktur – die niedergelassene Zahnärzteschaft** – wird auf der Ebene des Rhein-Erft-Kreises im fünften Kapitel dargestellt.

Die **Bildungsstruktur** als Ansatzpunkt für Gruppenprophylaxe im Setting folgt im sechsten Kapitel.

Der **Positionsbestimmung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes** sowie den Voraussetzungen für eine effiziente und effektive Aufgabenwahrnehmung widmet sich das siebte Kapitel.

Die **Organisationsstruktur des Arbeitskreises Zahngesundheit** als Kooperationsmodell (im Rhein-Erft-Kreis) zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen wird einschließlich der Ziele und der tatsächlichen Arbeitsweise (Basisprophylaxe/intensivere Prophylaxe) dargestellt im neunten Kapitel.

Das zehnte Kapitel beschäftigt sich mit der Analyse der Daten aus zehn Jahren zahnärztlicher **Gruppenuntersuchungen im Setting** Kindertagesstätten und Schulen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Einrichtungsbezogene und gemeindebezogene Auswertungen und Analysen werden vorgestellt.

Diese dienen als Grundlage für **Empfehlungen von Maßnahmen im Rhein-Erft-Kreis**, die im elften Kapitel kontrastierend und zusammenfassend zu den vorangegangenen Kapiteln dargestellt werden.

Das zwölfte Kapitel ist ein **Informationskapitel zur Zahn- und Mundgesundheit** an alle BürgerInnen: wie können Zähne gesund erhalten werden von Anfang an?

Das letzte Kapitel bietet ein **Resümee** des gesamten Gesundheitsberichts und der Ergebnisse von Gruppenprophylaxe.

Zur **vertiefenden Information** werden ein Literaturverzeichnis, eine kommentierte Linksammlung sowie ein Abkürzungsverzeichnis beigefügt.

## Einleitung – Zahnmedizinische Prävention oder: Vom ersten Zahn an!

### 1 Primärprävention

Die Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen als Aufgabenbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes?

Da könnte schon mal die saloppe Frage auftauchen, ob es Aufgabe einer staatlichen Institution ist, Kinder zum Zähne putzen zu bewegen? Ist das nicht Aufgabe der Eltern bzw. später eine höchst individuelle Angelegenheit der älteren Kinder und Jugendlichen selbst?

So richtig dies auf den ersten Blick scheinen mag, so sehr verkennt eine solche Argumentation die grundlegenden Möglichkeiten, die in der Prävention liegen.

Die Mühe des ‚zweiten Blicks‘ erlaubt eine Definition dessen, um was es hier geht: **Zahn- und Mundgesundheit als Voraussetzungen für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden**. Es zu entwickeln, zu erhalten und wiederherzustellen, ist die Aufgabe von Prävention. Es kann unterschieden werden in:

- Primärprävention als Maßnahme zur optimalen Entwicklung und Erhaltung,
- Sekundärprävention zur Sanierung eingetretener Schäden und schließlich und
- Tertiärprävention als Wiederherstellung der Sprach- und Kaufunktion.

Die Arbeit des Arbeitskreises Zahngesundheit als Zusammenschluss von Öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen erfolgt nach einem primärpräventiven Ansatz, wie er auch vom Sachverständigenrat 2007 nochmals dargestellt und befürwortet wird:

„135. Primärprävention bezeichnet Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von (Teil-) Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Entsprechend dem Beitrag unterschiedlicher Faktoren an der Verursachung des Krankheits- und Sterbegeschehens und ihrer Beeinflussbarkeit liegen die Interventionsfelder für primäre Prävention überwiegend außerhalb des medizinischen Versorgungssystems und folgen auch anderen als individualmedizinischen Handlungslogiken. Die Kooperation mit der Medizin bleibt dabei auf zwei Ebenen unerlässlich: Zum einen beziehen sich alle präventionspolitischen Ziele und Aktivitäten letztlich auch auf das Wissen der Medizin darüber, was gut und was schlecht ist für die Gesundheit der Menschen. Und zum andern leben wir in einer Medizinkultur, in der der kurative Arzt als erster Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen angesehen wird.

Die in der Arzt-Patientenbeziehung liegenden Potentiale im Bereich der Primärprävention sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Zudem begründet sich der Erfolg mancher primärpräventiven Interventionen auch außerhalb des Krankenversorgungssystems aus den sozialdiagnostischen Kompetenzen von Medizinern sowie ihrer Fähigkeit, Ratsuchenden durch Verweisung an nichtmedizinische Projekte gesundheitsförderliche Wege der Bewältigung zu zeigen.

136. Ein – überwiegend latenter – Bedarf nach solcher Unterstützung ist in allen Bevölkerungsschichten festzustellen. Er kumuliert aber mit abnehmendem sozialen Status. Als Leitbild für die gesamte Präventionspolitik kann deshalb die Formulierung gelten, die sich im §20 Abs. 1 SGB V für die von den Krankenkassen getragene Prävention findet: Primärprävention soll „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“. Der Erfolg bemisst sich danach an zwei Kriterien:

1. Verbesserung in allen sozialen Schichten und Gruppen,
2. Verminderung der Abstände zwischen diesen Gruppen.<sup>14</sup>

Der Zahnärztliche Dienst im Arbeitskreis Zahngesundheit erfüllt bei Kindern in der Primärprävention mit den Prophylaxemaßnahmen das, was die optimale Entwicklung und Erhaltung von Mund- und Zahngesundheit von Kindern fördert.

Die Organisation der Prophylaxe besteht einmal aus der Individualprophylaxe und aus der Gruppenprophylaxe.

Bei der Gruppenprophylaxe werden Bevölkerungsgruppen erreicht – hier Kinder. Sie hat neben der individuellen Hilfe die Funktion, dass ein gesundheitsbewusstes Verhalten eingeübt wird, welches sich als ‚Zahnbewusstsein‘ zur gesellschaftlichen Norm entwickeln soll.

Volkswirtschaftlich betrachtet unter dem Kostenaspekt: es werden Aufwendungen vermieden, die sich zukünftig ergeben, wenn eingetretene Schäden saniert werden müssen. So wie die erste Argumentation auf der individuellen Ebene verbleibt, so die zweite auf der (Hoffnung) volkswirtschaftlicher Ersparnis.

Es ist nun gerade der ‚Witz‘ von Prävention, dass sie beide Ebenen verbinden kann: die Ansprache von Gruppen in ihren Settings wie Kita und Schulen erreicht idealerweise alle Kinder und Jugendliche. Die Wirksamkeit von Beratungen, Informationen und gezielten Maßnahmen kommt einer weitaus größeren Gruppe zugute als es individuell erfolgende Handlungen vermögen. Bei diesen ist immer die Möglichkeit gegeben, dass einige Kinder und Jugendliche von den Maßnahmen überhaupt nicht erreicht werden bzw. sie erst gar nicht in Anspruch nehmen. Außerdem ermöglicht das in der Gruppenprophylaxe entwickelte Zahnbewusstsein erst den sinnvollen, d.h. eigenverantwortlichen Einsatz der Individualprophylaxe (die Person will und wird deshalb mitarbeiten – Compliance).

---

<sup>14</sup>Quelle: SVR, 2007, <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>, abgerufen 2.2008

## 2 Zahngesundheitserziehung

Bereiche Zahngesundheitserziehung	Inhalte und Organisationsformen
Zahngesundheitserziehung	Kindern die Grundlage vermitteln, wie sie ihr Gebiss (Mund/Kiefer) lebenslang funktionstüchtig und in einem ästhetisch befriedigenden Zustand erhalten können.
Setting Kita/Schule	<p>Alle Kinder werden erreicht (Schule, Kita):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Psychologisch:</b> Altersspanne mit optimaler mentaler und motorischer Lernfähigkeit.</li> <li>• <b>Sozial:</b> Einüben positiver Gruppennormen und damit Verhaltensregeln, die allgemein gültig sind.</li> </ul>
<p>Methodik der Zahngesundheitserziehung</p> <p>Befunderhebung, Wissensvermittlung, Motivierung und Verhaltenstraining</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Befunderhebung und Dokumentation der Mundgesundheit dient der Zustandsbeschreibung, der Risiko-identifizierung sowie der Evaluation eingesetzter Ressourcen.</li> <li>2. Wissensvermittlung umfasst die Anatomie, die Krankheitsentstehung, Therapie und Prävention. Mundhygiene, Ernährung, Fluoridierung und zahnärztliche Kontrolle sind die Eckpunkte der Zahnprophylaxe.</li> <li>3. Die Motivierung bezieht sich auf die emotionale Ebene: Wohlfühlgefühl durch richtige Mundhygiene, Erkrankung macht betroffen, Mundhygiene in der Gruppe ist üblich (= Norm) und schließlich die Herausbildung eines positiven Zahnarztbildes, welches zum Angstabbau beiträgt.</li> <li>4. Praktisches, kindgerechtes Mundhygieneverhalten wird eingeübt durch richtige Technik, feste Abfolge und regelmäßiges Training. Ziel ist ein automatisierter Ablauf des Mundhygieneverhaltens.</li> </ol>
Kita- und Schul-Basisprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahnputzsystematik (KAI = systematisches Zähneputzen: Kaufläche, Außenflächen, Innenflächen) und Motivierung zur Selbstvorsorge</li> <li>• Ergänzung durch Ernährungslenkung und Fluoridierungsmaßnahmen</li> <li>• Positive Besetzung von ‚Zahn‘, Zahnarzt und Zahngesundheit</li> </ul>

Bereiche Zahngesundheitserziehung	Inhalte und Organisationsformen
Arbeitskreis Zahngesundheit	<p>Durch organisatorischen, vertraglich geregelten Zusammenschluss von Krankenkassen<sup>1</sup> und Öffentlichem Gesundheitsdienst Ermöglichung der Grundvoraussetzungen für Zahngesundheitserziehung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einheitliches, inhaltlich und zeitlich koordiniertes Vorgehen</li> <li>• Kontinuierliches Arbeiten/regelmäßige Wiederholung von Prophylaxeimpulsen</li> <li>• Entwicklung eines Lernkonzeptes, das kognitiv, pragmatisch und emotional ausgerichtet ist</li> <li>• Flächendeckendes Arbeiten</li> <li>• Kooperation mit Eltern und ErzieherInnen</li> </ul>

Tabelle 1: Inhalte und Organisationsform von Zahngesundheitserziehung<sup>2</sup>

### 3 Die Organisation von Zahngesundheit als Beitrag zur (regionalen) Kinderfreundlichkeit/Kindgerechtigkeit

Der folgende Bericht zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rhein-Erft-Kreis belegt anhand von Daten, was in den letzten zehn Jahren bezüglich der Mund- und Zahngesundheit von Kindern bewerkstelligt werden konnte. Es werden deutliche Verbesserungen ebenso benannt wie kritische Ereignisse, die im Interesse sowohl der einzelnen Kinder und Jugendliche als auch im Interesse der Gesellschaft einige Aktivitäten nötig machen.

Aktivitäten, die weder allein vom Öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht werden können, noch allein von den niedergelassenen ZahnärztInnen. Eine abgestimmte Kooperation ist das Ziel.

Dieser Bericht soll auch dazu beitragen, die Versorgungsstruktur so zu ordnen, dass weder paralleles Arbeiten stattfindet (Stichwort: Doppelstrukturen) noch fragmentiertes Arbeiten (Stichwort: Matthäus-Prinzip – wer hat, dem wird gegeben). Vielmehr sollen klare Verantwortlichkeiten sichtbar werden für einen entscheidenden (Teil-) Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Das Organisationsmodell der Kooperation von Krankenkassen und Öffentlichem Gesundheitsdienst wird als beispielgebend für Prävention im Bereich der Kindergesundheit allgemein diskutiert. Für den Bereich der Mund- und Zahngesundheit von Kinder und Jugendlichen gewährleistet dieses Modell in

<sup>1</sup> derzeit (2007): AOK Rheinland/Hamburg, BKK Landesverband, Knappschaft, IKK Nordrhein, Landwirtschaftliche Krankenkasse, VdAK, AEV [siehe weiterführend Kapitel 8]

<sup>2</sup> Quelle: ZÄD 2007

Form des Arbeitskreises Zahngesundheit bereits abgestimmte Kooperation und klare Verantwortlichkeit.

Sie werden sichergestellt durch das Programm der Basisprophylaxe, welches nach dem Konzept erfolgt:

- Beginn im Kindergartenalter,
- einheitliche, inhaltlich und zeitlich koordinierte Vorgehensweise,
- Kontinuität,
- kognitiv, pragmatisch und emotional ausgerichtetes Lernkonzept,
- regelmäßige Wiederholung,
- Kooperation mit Eltern und ErzieherInnen und
- flächendeckende Versorgung.<sup>1</sup>

Diese kooperative und verantwortliche Gesundheitsvorsorge ist ein Baustein von ‚Kinderfreundlichkeit‘ resp. Kindgerechtigkeit.

Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung (NAP).

Für ein **kindergerechtes** Deutschland 2005–2010<sup>1</sup> formuliert (2006, S. 21):

*„Gesundheitliche Vorsorge*

Eine ganzheitliche Gesundheitsvorsorge ist essentiell für die geistige und körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Dabei muss zielgruppengerechte Information höchste Priorität genießen, da gerade Krankheiten, die vor allem durch falsches Verhalten und Unwissenheit der Betroffenen entstehen, zunehmend zu einem allgemeinen Problem werden. Dem kann am besten entgegengetreten werden, indem man betroffene Kinder und Jugendliche, vor allem in den Bereichen der gesunden Ernährung, der Verhütung von Geschlechtskrankheiten und dem Erlernen von richtigem Bewegten, zu bewusstem Handeln im Alltag befähigt.

Konkret fordern wir:

- Einrichtung eines Systems regelmäßiger Gesundheitschecks bis zum Ende der Ausbildungszeit.
- Flächendeckende Ausstattung der Schulen und öffentlichen Einrichtungen mit ergonomisch sinnvoll gestalteten Arbeitsplätzen als Beitrag zur Vorbeugung von Haltungsschäden.
- Einführung eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes, der ein Recht sowohl auf körperliche, wie auch geistige Vor- und Fürsorge beinhaltet.
- Eine Informationskampagne, die Kinder und Jugendliche in ihrem direkten Umfeld, z.B. Schule, Kindertagesstätten, Spielplätzen und Jugendfreizeiteinrichtungen, erreicht.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. ausführlich zu Zielen, Entwicklung, Organisationsform, Personal und Ergebnissen zum Arbeitskreis Zahngesundheit Kapitel 8 dieses Berichtes.

Und weiter heißt es (S.27):

### *3.1. Kindergerechte Kommunen und Länder*

Im NAP werden viele Punkte angesprochen, die nicht auf Bundesebene verordnet werden können, sondern auf kommunaler Ebene gestaltet werden müssen. Dies ist unserer Meinung nach ein sehr wichtiger Aspekt, da Kinder ein kindergerechtes Deutschland vor allem vor der eigenen Haustür wahrnehmen können, müssen und sollen. Hier wird entschieden, ob der Spielplatz gebaut wird, ob das Jugendzentrum auch am Wochenende geöffnet hat, oder ob eine Kinder- und Jugendfreizeit angeboten wird und hier werden Veränderungen sofort wahrgenommen. Die wirkliche Ausgestaltung eines kindergerechten Deutschlands muss also vor Ort passieren.

Deswegen ist es wichtig, zusammen mit den Jugendlichen vor Ort aus dem NAP Lokale Aktionspläne zu entwickeln. So werden wichtige Themenfelder sofort identifiziert und können in Lokalen Aktionsplänen einen entsprechenden Stellenwert bekommen. Lokale Aktionspläne sollten auf Landes- und Kommunalebene unter qualitativ hochwertiger Jugendpartizipation, also in direkter Kooperation zwischen Jugendlichen und Erwachsenen, entwickelt werden.

Wir fordern also:

- Die Entwicklung von Lokalen Aktionsplänen – kommunale Aktionspläne (KAPs) und landesweite Aktionspläne (LAPs) für kindergerechte Kommunen und Länder.'

## **4 Zusammenfassung**

Die primärpräventive Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes ist ein Baustein zur Entwicklung von Kindergesundheit aller sozialer Schichten. Der Öffentliche Gesundheitsdienst arbeitet dabei seit mehr als zwanzig Jahren als Kooperationspartner der Krankenkassen im Arbeitskreis Zahngesundheit des Rhein-Erft-Kreises, welcher von der öffentlichen Hand und von einem Zusammenschluss unterschiedlicher gesetzlicher Krankenkassen finanziert wird.

Mund- und Zahngesundheit (-serziehung) ist ein Beitrag zur Kindergesundheit generell. Und Kindergesundheit ist ein Indikator für Kinderfreundlichkeit einer Region.

Das Organisationsmodell für Mund- und Zahngesundheit – Arbeitskreis Zahngesundheit – kann als wegweisend für präventive Arbeit in weiteren Bereichen der Kindergesundheit gelten.

## Zur Theorie und Methode von Gesundheitsberichterstattung

### 1 Gesellschaftliche Differenzierung, Inklusion, Exklusion und Sozialkapital

Der Gesundheitsberichterstattung des Rhein-Erft-Kreises liegt ein sozialwissenschaftliches Theorie-Modell zugrunde. Mit ihm werden gesellschaftliche Wandlungsprozesse als Ausdifferenzierung von Teilsystemen beschrieben. Das Ausmaß der Teilnahme (Inklusion), wie auch der Ausschluss von Gesellschaftsmitgliedern aus Teilsystemen (Exklusion) weist auf gesellschaftliche Ungleichheiten hin.

Konkret für Gesundheit bedeutet dies: es wird das Teilsystem Gesundheitsversorgung in Hinblick auf Exklusion/Inklusion für Kinder beschrieben. Dieser Ansatz eignet sich insbesondere zur Analyse der Versorgungsstrukturen. Beispielsweise werden die Zusammenhänge von Bildungsbenachteiligung, ökonomischer Risikolage und Gesundheit (-sproblemen) thematisiert als Exklusion aus dem jeweiligen Bildungs-, Beschäftigungs- und Gesundheitssystem.

Vorgeschlagene Maßnahmen konzentrieren sich in dieser Perspektive auf einen ‚barrierefreien‘ Zugang zu den jeweiligen Teilsystemen. Oder anders ausgedrückt: Versorgungsgerechtigkeit anhand eines bedarfsorientierten Konzeptes herstellen.

Exklusion bedeutet im engeren Sinne viererlei:

- *prekärer Wohlstand:*  
Finanzielle Mittel sind gering bzw. ist ihre Beschaffung nicht regelmäßig und/oder nicht ausreichend [die Diskussion um Prekariat ist also durchaus nicht neu].
- *Netzwerkarmut:*  
Unterstützungsleistungen und -angebote im sozialen Bereich sind nicht ausreichend vorhanden bzw. werden nicht genutzt.
- *mangelndes Institutionenvertrauen:*  
Auch staatliche und andere organisatorische Unterstützungsmöglichkeiten werden nicht genutzt, aufgrund von Nicht-Kennntnis oder auch negativen Erfahrungen.
- *beeinträchtigte körperliche Fitness:*  
Gesundheitsprobleme sind Ursache und Folge von gesellschaftlicher Ausgrenzung.

Die Folgen der Exklusion lassen sich grob beschreiben als Nicht-Handelns-Können.

Das führt dazu, dass gesellschaftliche Zusammenhänge nicht aktiv mitgestaltet werden, sondern nur noch erduldet und erlidet werden. Die Menschen erleben sich (tendenziell) als Ausgegrenzte, Entbehrliche und Überflüssige (Heinz Bude).

Inklusion/Exklusion als grundlegende Begriffe aus der Differenzierungstheorie werden in diesem Modul erweitert um einen sozialisationstheoretischen Ansatz. Mit diesem können individuelle Voraussetzungen und Anstrengungen zur Erreichung von Inklusion genauer erfasst werden. Damit rückt das Verhalten von Individuen in den Fokus.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Einleitung – Methodik der Zahngesundheitserziehung, speziell: Motivierung und Verhaltenstraining

Individuelles Verhalten beruht auf Grundlagen, die in der Sozialisation jedes Einzelnen erworben werden. In einer austauschorientierten Perspektive (dem Modell der Ökonomie nachfolgend) werden diese Grundlagen als unterschiedliche individuelle Kapitalien betrachtet. Der Prozess des Erwerbs von ‚Kapitalien‘ wird als Sozialisation bezeichnet. In ihr erwirbt das Individuum ‚Kapitalien‘, die es für seine Handlungen einsetzen kann.<sup>1</sup>

Es können unterschieden werden:

Kapitalien	Beispiele
ökonomisches Kapital	Geld, Besitz
kulturelles Kapital	Bildung, Kulturgüter, Berechtigungen
sprachliches/symbolisches Kapital	Hochsprache, Dialekt, Nationalsprache Lesen, Schreiben
soziales Kapital	soziale Netze, Beziehungen, ‚Klüngel‘
physisches Kapital	Alter, Geschlecht, Leistungsfähigkeit, Handicaps, Gesundheit/Krankheit, Hautfarbe
juridisches Kapital	Rechtsstatus, Staatsangehörigkeit, Geschäftsfähigkeit
ökologisches Kapital	bauliche Gestaltung des Wohnumfeldes, Umweltbelastung, Verkehrsanbindung, Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen

**Tabelle 2: Die unterschiedlichen, im Verlauf der Sozialisation erworbenen Kapitalien**

Die unterschiedlichen Kapitalien hängen untereinander zusammen; beispielsweise ist physisches Kapital entscheidende Voraussetzung für ökonomisches Kapital (= Gesundheit als Voraussetzung für Berufsausübung zum Zwecke des Gelderwerbs). Es können auch einige Kapitalsorten andere kompensieren; beispielsweise ökologisches Kapital ökonomisches Kapital (wie ‚gesunde Umgebung‘ als Ausgleich für geringeres Einkommen).

Es kommt nun entscheidend auf die ‚Konfigurationen‘ der Kapitalien an, die darüber entscheiden, wie gelingend der Sozialisationsprozess abläuft.

---

<sup>1</sup> nähere Spezifizierungen dieses Theorieansatzes können bei Bourdieu/Passeron 1971 nachgelesen werden

## 1.1 Beispiele für die Konfigurationen von Kapitalien

### *Kompensation von Kapitalien:*

Dialekt als sprachliches Kapital kann sich einerseits in Bezug auf das Erwerben von sozialem Kapital ausgesprochen günstig (Stichwort: ‚Klüngel‘), andererseits von kulturellem Kapital negativ auswirken (wie Schreibenlernen und weitergehend: Bildungsabschlüsse).

Hohes sprachliches Kapital ist also in diesem Beispiel assoziiert mit hohem sozialen, aber niedrigem kulturellem Kapital (aus einem schulpyschologischen Testverfahren [WLLP] wird deshalb im Rheinland besser ein Test herausgenommen, in dem Kinder ‚Kirche‘ und ‚Kirsche‘ mündlich differenzieren sollen).

### *Positiver Zusammenhang:*

Ökonomisches Kapital in Form von Geld entscheidet über den Zugang zu einer privaten Krankenversicherung. Ökologisches Kapital in Form von Größe der Wohnung, Ausstattung des Wohnumfeldes mit Grünanlagen etc. ist von ökonomischem Kapital abhängig. Ökonomisches und ökologisches Kapital haben entscheidenden Einfluss auf physisches Kapital. Hier besteht also ein direkter Zusammenhang in den Höhen der jeweiligen Kapitalsorten.

Im Ergebnis sind demnach Sozialisationsprozesse einer Person nicht nur abhängig von den individuellen Handlungen, ihrem Umgang und ihrer Auseinandersetzungen mit der Umwelt, sondern auch von unterschiedlichen Kapitalausstattungen (wie beispielsweise sowohl physische als auch soziale Vererbung).

Die Inklusion in Teilsysteme ist ein voraussetzungsvoller Prozess, der in den Sozialisationsprozessen ‚eingeübt‘ wird (Handlungsebene) und abhängig ist von den in unterschiedliche Richtungen wirkenden einzelnen Kapitalausstattungen.

Dieses theoretische Modell erklärt Exklusion als auf geringer oder sich gegenseitig behindernder Kapitalausstattung des Individuums beruhend. Exklusion ist im Ergebnis eine Nichtanspruchnahme teilsystemischer Leistungen und damit der Ausschluss von gesellschaftlich als Standard definierten Möglichkeiten und Notwendigkeiten.

### *Beispiel in bezug auf Zahngesundheit:*

Geringe juristische Kapitalausstattung (Migrationshintergrund), zusammen mit geringem ökologischem Kapital (‚belasteter Stadtteil‘) und wenig sprachlichem Kapital (Nationalsprache und geringe Deutschkenntnisse) erschweren den Zugang zum ambulanten Versorgungssystem (= Exklusion aus zahnmedizinischem Versorgungssystem).

Das Angebot einer zahnmedizinischen Sprechstunde für Eltern mit Kleinkindern im Stadtteil selbst wird gut angenommen.

Erklärung: Hohes soziales Kapital (Sorge um das Kind), verbunden mit hohem kulturellem Kapital lassen den Erwerb von physischem Kapital erstrebenswert erscheinen. Infolge niedrigem ökologischem und sprachlichem Kapital erfolgt die Inklusion in eine zahnmedizinische Versorgung leichter, wenn die niedrigen Kapitalausstattungen juridischer, ökologischer und sprachlicher Kapitalien nicht eingesetzt werden müssen und zusätzlich belastet werden mit Kapitalausgaben ökonomischer Art.

Verbleibend in diesem Beispiel: es wird darauf vertraut, dass die frühe Ausstattung mit physischem Kapital (Mundhygiene und Zahngesundheit) im weiteren Lebenslauf (= Sozialisationsprozess) sich positiv auswirkt auf den Erwerb weiterer (kultureller) Kapitalien. Diese Effekte beziehen sich sowohl auf die Kinder selbst als auch auf die Eltern, wobei die Folgewirkungen auf weitere Kapitalien denkbar sind.

Mundhygiene und Zahngesundheit sind somit ein Baustein zum Erwerb nicht nur physischen Kapitals, sondern weitergehend auch Voraussetzungen zum Erwerb weiterer Kapitalien für die betreffende Person. Der Gedanke, dass eine mit umfangreichen Kapitalien ausgestattete Person auch entsprechend weitgehende Beiträge in gesellschaftlicher, sozialer und politischer Hinsicht zu leisten vermag, ist naheliegend.

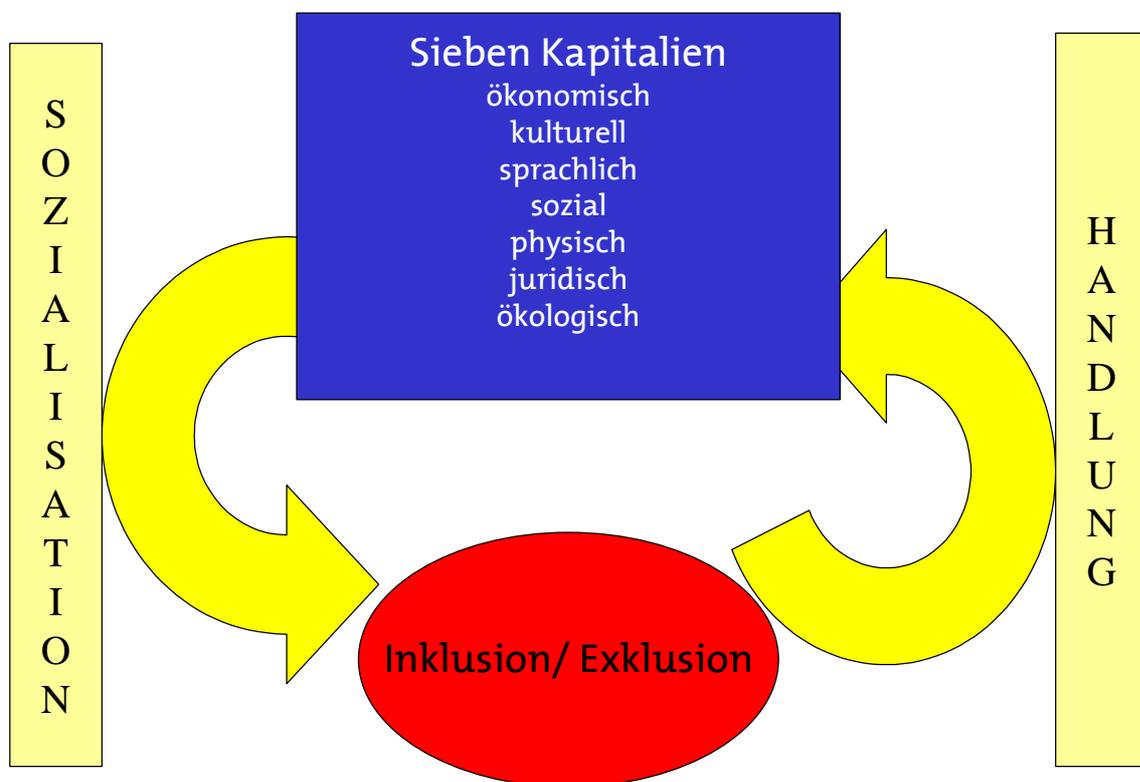


Abbildung 1: Prozesse der Gesellschaftsbildung

## 2 Sozialwissenschaftliche Methode der Gesundheitsberichterstattung

Die Problemformulierung unter Zuhilfenahme von differenzierungs- und sozialisationstheoretischen Ansätzen ist im vorigen Abschnitt erfolgt. Hier soll nun genauer auf das zentrale Ziel eingegangen werden sowie auf die Konkretisierung der Fragestellung sowie auf einzelne Ziele der Gesundheitsberichterstattung.

### 2.1 Problemformulierung

Zahngesundheit als einer der wichtigsten Gesundheitsbereiche des Menschen: rein physiologisch zur Aufnahme und Zerkleinerung von Nahrung und Sprache – Basisvoraussetzungen für die Lebensvorgänge insgesamt.

**Sozial:** Zahngesundheit ist ein herausgehobenes Statusmerkmal und ein ‚weißes Lächeln‘ ein Sympathiefaktor. Das hat auch viel mit Ästhetik zu tun, welche bekanntermaßen soziale Beliebtheit steigern kann.

**Psychologisch:** Eine Person, die sich körperlich wertschätzt und akzeptiert, kann als psychisch gesund gezeichnet werden. Sie wird das Gefühl des Sich-Wohlfühlens bewahren wollen – und deshalb Aktivitäten entfalten (präventives Verhalten, Aufsuchen von Heilkundigen bei Störungen etc.), um gesundheitliche Störungen gar nicht erst aufkommen zu lassen oder zu minimieren.

Auch Zahngesundheit ist im Ergebnis ein Wechselspiel aus physiologischen, sozialen und psychologischen Prozessen. Interventionen zur Zahngesundheit sollten die Gesamtheit der beteiligten Aspekte beachten.

Was kann also zur Zahngesundheit getan werden?  
Welche Prozesse sind nötig, um gesunde Zähne so lange wie möglich zu erhalten?  
Wie können diese Prozesse der Gesunderhaltung von Zähnen (gesellschaftlich) organisiert werden?  
Welche Akteure sind dabei beteiligt?  
Gibt es best practice-Beispiele und wie sehen diese aus?

### 2.2 Zentrale Ziele – Beschreibung des Zustandes der Zahngesundheit und Organisationsmodell für Zahngesundheit von Kindern

Beschreibung des derzeitigen Zustandes der Zahngesundheit bei Kindern, wie er speziell

- in den Kindertagesstätten,
- in den Grundschulen,
- Förderschulen und
- Hauptschulen erhoben worden ist.

Dabei werden die Daten aus zurückliegenden Jahren in die Analyse einbezogen, um anhand einer Zeitreihenanalyse die Richtung der Entwicklung der Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis darstellen zu können. Daten aus anderen weiterführenden Einrichtungen (Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen) liegen nur ausgewählt vor und werden deshalb kontrastierend-illustrierend berichtet.

Dies geschieht mit dem zweiten Ziel dieser Gesundheitsberichterstattung, nämlich das Organisationsmodell zur Erhaltung der Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis bei Kindern sowie seine Auswirkungen darzustellen.

In einem dritten Schritt soll dann dieses Organisationsmodell zur Zahngesundheit als Modell für Kindergesundheit insgesamt diskutiert werden.

## 2.3 Konkrete Fragestellung

### 2.3.1 Gesundheitsziele der WHO zur Zahngesundheit

### 2.3.2 Wie hat sich die Zahngesundheit bei Kindern im Rhein-Erft-Kreis in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

– Darstellung der Ergebnisse von Reihenuntersuchungen

### 2.3.3 Welche Indikatoren können herangezogen werden?

– DMF-T-Index und dmf-t-Index erläutern

### 2.3.4 Welche Maßnahmen werden bei Kindern angewendet zur Prophylaxe von Zahnerkrankungen?

– Putzen, Fluoridierung, Versiegelung, Sanierung von (Milch-) Zähnen, (zahn-) gesunde Ernährung, zahnärztliche Kontrolle

### 2.3.5 Wer kümmert sich um die Zahngesundheit?

#### 2.3.5.1 Eltern und Kinder

#### 2.3.5.2 niedergelassene zahnärztliche Praxen

#### 2.3.5.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst, Zahnärztlicher Dienst, mit Zahnärzten und Prophylaxefachkräften

### 2.3.6 Wie wird die Zahngesundheit für Kinder organisiert?

– Gesetzliche Regelungen, Finanzierung und Akteure

#### 2.3.6.1 SGB V – der Setting-Ansatz

#### 2.3.6.2 Kooperationsorganisationen zwischen Krankenkassen, ambulanten Zahnarztpraxen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst:

Arbeitskreis Zahngesundheit – Poolfinanzierung der Krankenkassen [im Rhein-Erft-Kreis sind die ambulanten Zahnarztpraxen in den Arbeitskreis Zahngesundheit nicht miteinbezogen]

#### 2.3.6.3 Modelle der Zusammenarbeit zwischen Settings und AK Zahngesundheit (Partnerschaftszahnärzte, Projekte, Aktionen wie ‚Tag der Zahngesundheit‘, etc.)

## 2.4 Einzelne Ziele

- 2.4.1 Auswertung der Zahnindices nach Gemeinden und ev. Stadtteilen  
– gibt es auffällige Unterschiede?
- 2.4.2 Wie können die Unterschiede erklärt werden?  
– Heranziehung von soziodemographischen Merkmalen, exemplarisch anhand von Wesseling
- 2.4.3 Hat die regelmäßige Reihenuntersuchung einen Einfluss auf die Zahngesundheit?  
Welche Maßnahmen bei der Reihenuntersuchung sind das?
- 2.4.4 Welche Bedeutung hat die regelmäßige Arbeit der Prophylaxefachkräfte für die Zahngesundheit von Kindern? Wie ist das Verhältnis von Aufwand und Ertrag?
- 2.4.5 Was sind zusätzliche Maßnahmen von den Setting-Organisationen selbst, die zur Zahngesundheit beitragen (Putzmöglichkeiten, Ernährungsempfehlungen umsetzen, etc.)?
- 2.4.6 Ist das Elternverhalten ein Rollenvorbild für Zahngesundheit?
- 2.4.7 Wie müssten die Zugänge zu zahnmedizinischen Profis organisiert werden, damit alle Kinder eine zureichende Versorgung erhalten?
- 2.4.8 Gibt es für den Setting-Ansatz bei der gesundheitlichen Prävention Vorteile gegenüber der individuell zu organisierenden Prävention?
- 2.4.9 Worin bestehen Vor- und Nachteile beider Organisationsformen – Prävention individuell oder im Setting?

## 3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse primärpräventiver Arbeit – Hebung des Gesundheitszustandes aller sozialen Schichten und Verminderung der Abstände zwischen den sozialen Schichten – verlangen nach einem Erklärungsmodell für soziale Unterschiede. Auf der Systemebene kann gesellschaftliche Differenzierung als Inklusion und Exklusion aus gesellschaftlichen Teilsystemen beschrieben werden. Auf der Ebene der Entwicklung (Sozialisation) sind Prozesse des Erwerbs von Kapitalien, welche die Handlungsmöglichkeiten bestimmen beschreibbar.

Mund- und Zahngesundheit sind Teil des physischen Kapitals mit Wechselwirkungen auf die Aneignung der anderen Kapitalien.

Es werden die Fragestellungen einmal bezüglich des Zustandes der Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rhein-Erft-Kreis dargelegt als auch der dafür möglichen Organisationsformen.

Einzelziele in Form von Fragen für die Berichterstellung folgen.



## Begriffsklärung und Gesundheitsziele bis 2020

### 1 Wie Zahngesundheit gemessen wird

In der Zahnheilkunde wird die Gesundheit/Krankheit von Zähnen anhand eines Index gemessen. Diese Indices – DMF-T and DMFS – beschreiben die Summe von kariösen Zähnen einer Person. Die Prävalenz wird folgendermaßen beschrieben:

- Decayed      D      kariöser Zahn
- Missing      M      fehlend (wegen Karies)
- Filled      F      gefüllt oder überkront
- Teeth      T      Zähne
- Surfaces      S      Zahnflächen

Dabei beschreibt DMF das bleibende Gebiss, dmf die Milchzähne (ausgehend von 20 Zähnen). Der Index wird berechnet als die Summe der DMF/dmf-Zahlen, welche entweder zahnbezogen (DMF-T/dmf-t) oder zahnflächenbezogen (DMF-S/dmf-s) gezählt werden.<sup>1</sup>

### 2 Warum Zahngesundheit (-serziehung) so wichtig ist – die europäische Ebene

Die EU-Kommission beschreibt Kinder und Jugendliche als Zielgruppe für Gesundheitsinterventionen bei einer Reihe von Gesundheitsfaktoren.

Von besonderem Interesse ist die Beschäftigung

- mit den Zeiträumen, in denen Lebensweisen „geprägt“ werden,
- sowie mit Risikofaktoren und gefährdeten Lebensabschnitten,
- sowie mit Schutzfaktoren, die einen Einfluss auf Lebens- und Verhaltensweisen haben.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Quelle: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhDMF-T.html>

<sup>2</sup> [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2006/l\\_042/l\\_04220060214deo0290045.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2006/l_042/l_04220060214deo0290045.pdf) - aus dem Beschluss der EU-Kommission von 2.2006

### **3 Lebenslaufbezogene Zahngesundheitserziehung in der Gruppenprophylaxe und jugendzahnärztliche Untersuchungen in Bildungseinrichtungen zur Prävention von Erkrankungen des Mundes und der Zähne**

Die Prägung von mund- und zahngesunden Verhaltensweisen beginnt in der frühen Kindheit. Dabei sind bereits in der Schwangerschaft für die weitere Entwicklung des Kindes Voraussetzungen zu beachten, wie beispielsweise eine ausreichende Versorgung der Mutter mit Kalzium. Jede Schwangere sollte kariessaniert sein oder werden, damit sie möglichst wenig Bakterien an das Neugeborene weitergibt.

Die eigentliche Prägung zu gesundheitsbewusstem Verhalten bezüglich Mundgesundheit des Kindes fängt vor dem ersten Milchzahn mit der Mundreinigung an. So kann bereits beim Kleinstkind mundgesundes Verhalten geprägt werden.<sup>1</sup>

Gruppenprophylaktische Impulse in Kindertageseinrichtungen verstetigen diese Verhaltensweisen, machen sie ‚normal‘ als Teil einer gesunden Lebensführung.

In den Grundschulen kann dann das mund- und zahngesunde Verhalten beispielsweise in Unterrichtseinheiten auch noch vertieft werden.

Eine besondere Phase liegt in der Pubertät vor. Hier kommt es oft zu Umbrüchen auch im Hygieneverhalten oder in der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen. Es wäre deshalb besonders wichtig, auch in weiterführenden Schulen eine gruppenprophylaktische Betreuung zu installieren, die dann das bleibende Gebiss betrifft. Der Vorteil der Prävention ist auch ökonomischer Art, weil die Reparaturen von Zahnschäden teurer sind als Prävention dieser Schäden; ganz zu schweigen von den Folgekosten, die entstehen können, wenn Schäden nicht oder nicht ‚zeitnah‘ repariert werden.

### **4 Individualprophylaxe – Gruppenprophylaxe**

Das Bewusstsein, dass Mund- und Zahnhygiene beim Säugling anfängt, setzt sich nur zögernd und schichtabhängig durch. Beleg ist die teilweise hohe Rate von behandlungsbedürftigen Zähnen bei Milchgebissen (bei bis zu einem Drittel der Kinder), sowie die Nicht-Sanierung (bei bis zu einem Viertel der Kinder) von Milchzähnen nach dem (falschen) Motto: ‚Die fallen sowieso aus...‘

Wegen dieser familiären Nachlässigkeiten kommen gruppenprophylaktischen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen eine besondere Bedeutung zu. Außerdem ist der Setting-Ansatz aus pädagogischen Gründen hervorragend geeignet, mund- und zahngesunde Verhaltensweisen einzuüben.

---

<sup>1</sup> vgl. ausführlicher: Kapitel 12, Empfehlungen und Wege zur Mund- und Zahngesundheit

## 5 Gesundheitsziele bezüglich Zahngesundheit von Kindern

### 5.1 Gesundheitsziele bis zum Jahre 2020

Die Bundeszahnärztekammer hat bezüglich der Zahngesundheit Empfehlungen verabschiedet, die in Hinblick auf Kinder im folgenden dokumentiert werden.

#### 5.1.1 Zahnhartsubstanzdefekte

Ziel	Deutschland <sup>1</sup>	1997
Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6-jährigen Kindern soll mindestens 80% betragen.	Anteil naturgesunder Gebisse bei 6–7-Jährigen: zwischen 33,3%–60,2%	
Reduzierung des DMF-T-Index bei den 12-Jährigen auf einen Wert von unter 1,0.	Mittlerer DMF-T Wert bei 12-Jährigen: 1,21	
Halbierung des Anteils der 12-Jährigen mit hohem Kariesbefall (DMF-T-Index > 2, Bezugswert 1997)		Anteil der 12-Jährigen mit einem hohen Kariesbefall (DMF-T-Index > 2) im Jahr 1997: 29.6%

**Tabelle 3: Gesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer bezüglich Zahnhartsubstanzdefekte bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahre 2020**

---

<sup>1</sup> Stand 2000

### 5.1.2 Ernährung

Ziel	Stand 2001
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstärkte Ernährungsberatung durch den Zahnarzt zur deutlichen Reduzierung des Verzehrs von (versteckten) Zuckern und Säuren bei Säuglingen und Kindern und somit</li> <li>• Verringerung der Prävalenz früh auftretender Karies sowie späterer erosiver Zahnhartsubstanzdefekte</li> <li>• in verstärkter interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Pädiatern, Gynäkologen und Hebammen (Schwangerenberatung)</li> </ul>	<p>Prävalenzrate des Nursing-Bottle-Syndroms [Nuckelflaschensyndrom] bei Eins- bis Sechs-jährigen: 5%–10%</p>

**Tabelle 4: Gesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer bezüglich Ernährung bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahre 2020**

### 5.1.3 Kollektivprophylaktische Maßnahmen

Ziel	Stand 2000/2001
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz als eine semikollektive kariesprophylaktische Maßnahme, die breitenwirksam soziale und medizinische Risikogruppen erreicht, auf 70%</li> <li>• Es sollte immer nur eine Form von systemischer Fluoridsupplementierung erfolgen (Fluoridanamnese)</li> </ul>	<p>Marktanteil fluoridierten Speisesalzes, das als Jodsalz mit Fluorid im Handel erhältlich ist, am gesamten Speisesalz-Absatz im Jahre 2001: 50,7%</p>
<p>Erhöhung des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades für Kinder und Jugendliche zwischen dem 3. und 16. Lebensjahr auf 80%</p>	<p>Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad im Berichtsjahr 2000/2001 [Bundesgebiet]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindergarten: 62,3%</li> <li>• Grundschule: 67,3%</li> <li>• 5./6. Klasse: 21,8%</li> <li>• Sonderschulen: 43,2%</li> </ul>

**Tabelle 5: Gesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer bezüglich Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahre 2020**

### 5.1.4 Gesundheitserziehung und -aufklärung

Die deutsche Zahnärzteschaft unterstützt, in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, eine kontinuierliche Mundgesundheitsaufklärung der Bevölkerung für eine umfassende Verbesserung der Mundgesundheit.<sup>1</sup>

### 5.1.5 Maßnahmeempfehlungen zur Zielerreichung seitens der Bundeszahnärztekammer

Infolge der Kariespolarisierung – das Auftreten von Karies sowie das Versorgungsniveau sind abhängig von der Sozialschicht – sind sowohl Ansätze der Verhaltensprävention als auch der Verhältnisprävention durchzuführen.

Verhaltensprävention	Verhältnisprävention
Mundhygiene	Gruppenprophylaxe im Setting Kita, Schule
zahngesunde Ernährung	zahngesunde Ernährung in Institutionen ,Esst mehr Obst‘; ,Deutschland bewegt sich‘ etc.
	,präventiver Hausbesuch‘
	betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung, (z.B. auch in Schulen: Anti-Rauch-Kampagnen, Einführung zahngesunder Süßigkeiten, Bewerbung von Vollkornprodukten etc.)
	HIV/AIDS-Kampagnen
Einhalten von Zahnarztterminen	Recall-Systeme durch Zahnarztpraxen
<b>Patienten als Co-Produzenten ihrer Gesundheit gewinnen</b>	
<p><b>Achtung:</b> Es ist nicht gesagt, dass (gesundheitliches) Verhalten Folge von vernünftigen Abwägungen ist.<sup>2</sup> Und Aufklärung kann höchstens statistische Wahrscheinlichkeiten aufgrund epidemiologischer Studien angeben – und damit kann fast keiner richtig umgehen.<sup>3</sup></p> <p>Das heißt, wir wissen nicht, ob ein bestimmtes Verhalten eine bestimmte Gesundheitsfolge zeitigen wird oder nicht (S.18).</p>	

**Tabelle 6: Was ist Verhältnisprävention – was ist Verhaltensprävention?<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Quelle: <http://www.bzaek.de/list/bv/datzi/MundgeszieleInternet.pdf> - siehe auch: Oesterreich/Ziller, 2005

<sup>2</sup> Rolf Weitkunat, Public Health Forum 12.2004, S. 17

<sup>3</sup> vgl. Gigerenzer 2004

Ziel ist eine Prophylaxe ein Leben lang. Diese muss altersgruppenspezifisch und risikogruppenbezogen aufgebaut sein (ein Kleinkind kann mit einer Lernzahnbürste begeistert werden; bei einem Jugendlichen dürften mehr die Verheißungen des Küssens ohne Mundgeruch attraktiv sein).

Die Daten bezogen auf Deutschland insgesamt zeigen, dass es eine Gruppe von zahnmedizinisch unterbetreuten Kindern gibt, wenn man gut unterscheidet zwischen Zähnen (DMF-T-Index) und Kindern:

- auf 22% der Kinder und Jugendlichen bis zum 12. Lebensjahr entfallen 61% aller Zähne mit Karieserfahrung,
- auf 8% der Kinder entfallen 30% aller Karieserkrankungen („Hochrisikogruppe“).<sup>1</sup>

### 5.1.6 Integrierte Maßnahmeempfehlungen seitens der Zahnärztekammer Nordrhein

Auf die 8% Hochrisikokinder speziell abgestellt wird von der Zahnärztekammer Nordrhein vorgeschlagen:

- Lenkung der Hochrisikokinder durch den ÖGD an ein Netzwerk speziell geschulter Zahnarztpraxen,
- Sanierungsphase,
- Individualprophylaxe, sowie
- Rückkehr in die Gruppenprophylaxe.

Diese Kooperation von niedergelassenen Zahnärzten und dem ÖGD soll als Interventionsstudie im Kreis Wesel durchgeführt werden. Der Vorteil dabei liegt in den spezifischen Rollenvorteilen sowohl des ÖGD als auch der niedergelassenen Netzwerkzahnärzte: hier das sozialmedizinische Auffinden, dort Sanierung und Intensivbetreuung.<sup>1</sup>

Die Situation im Rhein-Erft-Kreis wird in den folgenden Kapiteln dargestellt.

## 6 Zusammenfassung

Die Bedeutung von Mund- und Zahngesundheit wird auf internationaler bis hin zur regionalen Ebene unterstrichen durch die Formulierung von Gesundheitszielen, die bis zum Jahre 2020 erreicht werden sollten. Erleichtert wird die Zielformulierung durch klar definierte Indices, die auf der Befundung von Zähnen basieren.

Die regionalen Ziele beziehen sich auch auf die Organisation von Mund- und Zahngesundheit als integrierte Aufgabe von Öffentlichem Gesundheitsdienst und niedergelassener Zahnärzteschaft. Basisprophylaktische Gruppenaktivitäten für alle Kinder von klein auf müssen ergänzt werden durch intensivprophylaktische Aktivitäten für besonders zahnsanierungsbedürftige Kinder.

---

<sup>1</sup> siehe Butz, Noack, Micheelis, Schwan 2005

## Zur Gesundheitsökonomie der Zahnbehandlung oder: Gesunde Kinderzähne für 10 € im Jahr?

### 1 Anteil Zahnbehandlung an Gesamtausgaben für Gesundheit

Es werden Daten für das Jahr 2004 und 2006 auf Bundesebene berichtet. Danach lagen die Ausgaben für Zahnbehandlung, prozentual gemessen an den Gesamtausgaben für Gesundheit, bei 8,6% in den alten Bundesländern (8,3% Neue Bundesländer).

Im Jahr 2006 sind die Kosten prozentual gesunken: es wurden von je 100 € Gesamtkosten für Gesundheit 5,20 € für zahnärztliche Behandlung und 1,82 € für Zahnersatz ausgegeben (Gesamt: 7,02 €). Zum Vergleich: die Verwaltungskosten haben einen Anteil vom 5,46 €.<sup>1</sup>

Absolut lagen die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen (einschl. Zahnersatz) in Euro je Mitglied im Vergleich von GKV und AOK in den Jahren 1998 bis 2005 bei folgenden Werten:

Jahr	GKV pro Mitglied	Veränderung % zum Vorjahr	AOK pro Mitglied	AOK, Veränderung % zum Vorjahr
1998	249	-9,3	190	-9,8
1999	215	-13,4	193	1,6
2000	220	2,2	200	3,5
2001	227	3,4	206	3,2
2002	226	-0,5	204	-1,0
2003	233	3,3	211	3,7
2004	222	-4,5	201	-4,7
2005	198	-11,5	179	-11,6

**Tabelle 7: Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnbehandlung gesetzlich Versicherter im Vergleich GKV und AOK in den Jahren 1998–2005<sup>2</sup>**

Aktuell für 2007 sind die Ausgaben pro Versichertem gegenüber 2006 um 1,7% gestiegen.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> [http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/blickpunkt\\_april\\_07.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/blickpunkt_april_07.pdf)

<sup>2</sup> Quelle: <http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/zuf2006.pdf>

<sup>3</sup> Quelle: newsletter AOK vom Dezember 2007

## **2 Ausgaben für Zahnbehandlung pro Mitglied insgesamt/ ohne Zahnersatz/Individualprophylaxe allein**

Im Durchschnitt lagen die Ausgaben bei 230 € pro Mitglied, bei der Bundesknappschaft weicht der Betrag um 60, bei der AOK um 20 € vom Durchschnitt ab (Maximalausgaben: 250 € bei drei von insgesamt sieben Kassenarten).

Bezüglich der Ausgaben zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz lagen die Ausgaben pro Mitglied bei 153 € (128 € neue Bundesländer) im Jahre 2005.<sup>1</sup>

Im hier besonders interessierenden Segment der Individualprophylaxe betragen die Ausgaben 3,6% des Gesamtetats der zahnärztlichen Behandlungen.<sup>2</sup> Dies würde einen Betrag von 8,28 € pro Mitglied bedeuten.

Gemessen an den Gesamtpunkten für einen Teilbereich, den konservativ-chirurgischen Behandlungsbereich, erzielten die IP<sup>3</sup> 1, 2, 4 und 5 einen Anteil von 5,8%.

Auf Behandlungsfälle bezogen gab es einen Einbruch in diesem Bereich von rund 10% im Jahre 2004.

Wenn man von den Gesamtkosten von 153 € pro Mitglied ohne Zahnersatz einen Anteil von 5,8% für Individualprophylaxe rechnet, ergeben sich Kosten von 8,87.

Die Häufigkeit, bezogen auf 100 Fälle, liegen durchschnittlich bei rund 8,2. Dies bedeutet, dass eine relativ höhere Anzahl von Behandlungsfällen nicht einhergeht mit einem entsprechenden Punktwertanteil resp. Ausgabenanteil.

## **3 Kosten für Gruppenprophylaxe Rhein-Erft-Kreis**

Lt. Mitteilung des Arbeitskreises Zahngesundheit betragen die Kosten im Jahr 2004 für die Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen im Rhein-Erft-Kreis pro Mitglied bis 65 Jahre 1,98 €.

Auch wenn die Zahlen für den Rhein-Erft-Kreis auf einer (verminderten) Basis berechnet sind – Mitglieder älter als 65 Jahre werden nicht miteinberechnet – so kann man grob von rund 10 € Kosten für die Prophylaxe (Individual- und Gruppen) bei Zähnen von Kindern ausgehen.<sup>4</sup>

Die ambulant niedergelassenen Zahnärzte haben – bezogen auf das Jahr 1997 – von allen medizinischen Gesundheitsakteuren ein Minus von durchschnittlich 0,9% pro Jahr (inflationbereinigt) zu verzeichnen. Zum Vergleich: Krankenhäuser ein Plus von 1,6% pro Jahr, Ärzte 0,8% pro Jahr.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Quelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [7.2.2007]

<sup>2</sup> 2004

<sup>3</sup> IP = Individualprophylaxe

<sup>4</sup> Quelle: [http://www.kzbv.de/statistik/S\\_057.pdf](http://www.kzbv.de/statistik/S_057.pdf)

<sup>5</sup> Quelle: <http://www.kzbv.de/m120.htm>

#### 4 Prophylaxe – ein ‚ungeliebtes Kind‘ in den ambulanten Praxen?

Insgesamt zeigen diese Zahlen:

- die Ausgaben für Individualprophylaxe liegen unter 5% mit 3,6%,
- der Anteil der Individualprophylaxe an dem konservativen Behandlungsbereich liegt mit 5,8% nicht wesentlich höher und
- gemessen an Behandlungsfällen ist der Prozentsatz mit 8,2 zwar etwas höher, aber liegt immer noch unter 10%.

Ob der Rückgang von rund 10% Behandlungsfälle (Einführung von Praxisgebühr) im allgemeinen, konservativen und chirurgischen Bereich altersabhängig ist, müsste geklärt werden.<sup>1</sup>

Lt. einer Mitteilung von <http://www.zahn-online.de/presse/presse3147.shtml> mit Daten des Statistischen Bundesamtes hat sich im Jahre 2005 ein Rückgang der Kosten für Zahnbehandlungen einschließlich Zahnersatz um 11,8% ergeben. Dies beruhe auf einer Veränderung des Entgeltsystems für Zahnersatz.

#### 5 Gruppenprophylaxe – das ‚Schmuddelkind‘?

Mehr als  $\frac{9}{10}$  der Zahnbehandlungskosten der ambulanten Praxen geht in den kurativen und den prothetischen Bereich. Die relativ geringen Kosten für Individualprophylaxe allgemein in den ambulanten Praxen steht ein nochmals geringerer Anteil von knapp einem Viertel dieser geringen Kosten umfassenden Beträge von knapp 2 € für Gruppenprophylaxe gegenüber.

Ob diese Kostenstruktur Argumente für einen verstärkten Einsatz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen liefert, soll auch anhand der Daten überprüft werden, die den Anteil der behandlungsbedürftigen Zähne bei den jugendzahnärztlichen Untersuchungen in den vergangenen Jahren berichtet.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Jahr 2004

<sup>2</sup> siehe Kapitel 9 dieses Berichtes

Jahr	Gesamtausgaben	Ausgabe pro Mitglied bis 65 Jahre in €
2003	321.900	2,11
2004	280.000	1,98
2005	288.100	1,89
2006	268.600	1,77

**Tabelle 8: Fallender Kostenanteil pro Mitglied für Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen im Rhein-Erft-Kreis 2003–2006**

Diese Kostenstruktur hat sich im Rhein-Erft-Kreis aufgrund personeller Veränderungen bei den Prophylaxefachkräften ergeben; die Stellenumfänge und Sachleistungen haben sich nicht reduziert.

## 6 Gruppenprophylaxe – allgemeine Finanzierung?

Die Gruppenprophylaxe ist derzeit eine Leistung, die von den Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird sowie über die Steuerzahler, die den Öffentlichen Gesundheitsdienst finanzieren. Die Gruppenprophylaxe findet in den Settings Kindertagesstätten und Schulen statt. Dies bedeutet, dass potentiell alle Kinder von dieser Maßnahme profitieren.

Die Privatkrankenkassen beteiligen sich derzeit nicht an der Finanzierung dieser Aufgabe.

Allgemein sind die Anteile für Gesundheitsschutz und Prävention an den Gesamtkosten der Krankenkassen sehr niedrig: bei den privaten Krankenversicherungen lag der Anteil bei 0,6% gegenüber einem fast vierfach höheren Anteil bei den Gesetzlichen Kassen mit 2,7% im Jahre 2004.<sup>1</sup>

Zum Vergleich die Zahlen zur ärztlichen Behandlung (gleiches Jahr, 2004): Gesetzliche Kassen 32,6% gegenüber 42,6% bei den Privaten.

---

<sup>1</sup> Quelle: <http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata/10/excel/1001300052004.xls>

## 7 Kosten des Gesundheitsamtes Rhein-Erft-Kreis

Betrachtet man die Kosten für das Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis insgesamt, so liegen die Ausgaben pro BürgerIn bei rund 10 € im Jahr. Davon entfallen auf den jugendärztlichen und jugendzahnärztlichen Dienst pro Kind bis 18 Jahre<sup>1</sup> knapp 4,30.

Jahr	Kosten Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis lt. Haushaltsplan
2005	4.295.789,90
2006	4.440.950, —
2007	4.386.500, —
2008	4.405.300, —

Tabelle 9: Haushaltsansätze für das Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis, 2005–2008

## 8 Zusammenfassung

Die Daten zur Prophylaxe zeigen deutlich, dass die Individualprophylaxe einen zwar fast vierfachen Ausgabenanteil als die Gruppenprophylaxe auf sich vereinigen kann, wenn man nur die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen anschaut. Die Kosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes pro Kind/Jugendzahnärztlicher Dienst müssten hinzuberechnet werden.

Jedoch liegt der Kostenanteil prophylaktischer Maßnahmen zur Zahn- und Mundgesundheit bei nur 3,6% der Gesamtausgaben (und damit etwas höher als der Anteil für Prophylaxe insgesamt von 2,7% der Gesetzlichen und 0,6% der Privaten Krankenkassen).

Gruppenprophylaktische Maßnahmen kommen allen Kindern zugute. Die Finanzierung des Arbeitskreises Zahngesundheit erfolgt jedoch allein über die Gesetzlichen Krankenkassen sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

---

<sup>1</sup> 85.538 Kinder/Jugendliche 0–18 Jahre insgesamt/2006



## Zahnärztliche Versorgungsstruktur

### 1 Land NRW

Unter Zahnärzten werden hier zusammengefasst: Zahnärzte, Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

Indikator (K) 8.11	Zahnärzte <sup>1</sup>		Dar.: Kieferorthopäden		Einwohner je	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	Zahnarzt <sup>1</sup>	Kiefer-orthopäde
Jahr						
2002 <sup>2</sup>	2 913	7 632	279	300	1 714,2	31 220,0
2003	3 055	7 704	296	305	1 680,5	30 082,7
2004	3 185	7 741	301	305	1 654,3	29 827,3

Tabelle 10: Zahnärztinnen und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht<sup>3</sup>

<sup>1</sup> inklusive Kieferorthopäden und Oralchirurgen

<sup>2</sup> Westfalen-Lippe im IV. Quartal

<sup>3</sup> Nordrhein-Westfalen, 2002–2004

Datenquelle/Copyright: Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein; Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: Zahnärzteregeister der KZV; Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

## 2 Bezirk Nordrhein<sup>1</sup>

Hilfstabelle zu Indikator o8\_11\_2004

Jahr	Zahnärzte <sup>2</sup>			dar.: Kieferorthopäden		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
2002	1 632,0	4 133,0	5 765,0	161,0	158,0	319,0
2003 <sup>3</sup>	1 715,5	4 159,0	5 874,5	171,0	162,0	333,0
2004	1 763,0	4 164,0	5 927,0	167,0	158,0	325,0

**Tabelle 11: Zahnärztinnen und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht<sup>4</sup>**

---

<sup>1</sup> Stand 2004

<sup>2</sup> inklusive Kieferorthopäden und Oralchirurgen

<sup>3</sup> ab 2003 inkl. angestellte Zahnärzte mit Genehmigung des Zulassungsausschusses für den Bezirk der KZV Nordrhein

<sup>4</sup> Nordrhein, 2002–2004;

Datenquelle/Copyright: Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein: Zahnärzteregeister der KZV

Quelle: [http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale\\_gesundheitsindikatoren/frameset.html](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html) [14.2.2007]

### 3 Rhein-Erft-Kreis – Zahnärztliche Versorgung

Die zahnärztliche Versorgung ist lt. Kassenzahnärztlicher Vereinigung Nordrhein<sup>1</sup> folgendermaßen, wobei Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte unterschieden werden:

Gemeinde	Vertragszahnärzte	angestellte Zahnärzte	Zahnärzte gesamt	darunter: Kieferorthopäden
Bedburg	9	-	9	1
Bergheim	28	3,5	31,5	2
Brühl	33	-	33	2
Elsdorf	5	-	5	-
Erftstadt	23	3	26	2
Frechen	25	1	25	2
Hürth	29	-	29	2
Kerpen	31	1	32	3
Pulheim	28	3	31	2
Wesseling	22	-	22	1
Gesamt	233	11,5	244,5	17

Tabelle 12: Zahnärztliche Versorgung im Rhein-Erft-Kreis<sup>2</sup>

Die Einwohnerzahlen, welche die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein zugrundegelegt hat, differieren leicht nach unten von denen, welche die KDZV übermittelt hat (um 2.792). Nach Mitteilung der zuständigen Sachbearbeiterin sind die Daten von den jeweiligen Gemeindeverwaltungen einzeln abgefragt worden.

<sup>1</sup> Stand: 31.12.2006

<sup>2</sup> Stand: 31.12.2006; Quelle: Schreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein 8.2007

#### 4 Zahnärztliche Versorgung und kieferorthopädische Versorgung für Erwachsene und Kinder 0–18 Jahre im Rhein-Erft-Kreis nach Gemeinden

Gemeinde	EinwohnerInnen Gesamt	Kinder 0–18, abs.	Anzahl Praxen	EinwohnerIn: Praxis	Kinder pro Praxis	Anteil Kinder/%
Bedburg	25.109	4.724	9	2790	525	18,8
Bergheim	65.151	11.947	28	2327	427	18,3
Brühl	46.700	7.925	33	1415	240	17,0
Elsdorf	22.366	4.225	5	4473	845	18,9
Erftstadt	52.149	9.188	23	2267	399	17,6
Frechen	50.931	9.213	25	2037	369	18,1
Hürth	57.878	8.539	29	1996	294	14,8
Kerpen	50.931	12.695	31	1643	410	24,9
Pulheim	55.569	9.823	28	1985	351	17,7
Wesseling	36.765	7.259	22	1671	330	19,7
Gesamt	463.549	Gesamt 85.538	Gesamt 233	Mittelwert 2260	Mittelwert 419	Mittelwert 18,6

**Tabelle 13: Durchschnittliche Zahl EinwohnerIn/Kinder und Jugendliche pro zahnärztliche Praxis<sup>1</sup> in den Gemeinden und Städten des Rhein-Erft-Kreises<sup>2</sup>**

Berechnet man die durchschnittliche Zahl von EinwohnerInnen pro Praxis ohne die Ausreißer nach oben und unten Elsdorf (mit 4.473) und Brühl (1.415), so liegt der Mittelwert bei 2.089. Bedburg liegt über diesem Wert, Wesseling und Kerpen liegen darunter. Die Versorgungslandschaft ist also etwas unausgewogen in beide Richtungen.

<sup>1</sup> nach Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein

<sup>2</sup> Datenquelle: KDZV, Stand: 2007

Der Anteil der Kinder/Jugendlichen ist – außer in Frechen nach unten und in Kerpen nach oben – ausgewogener.

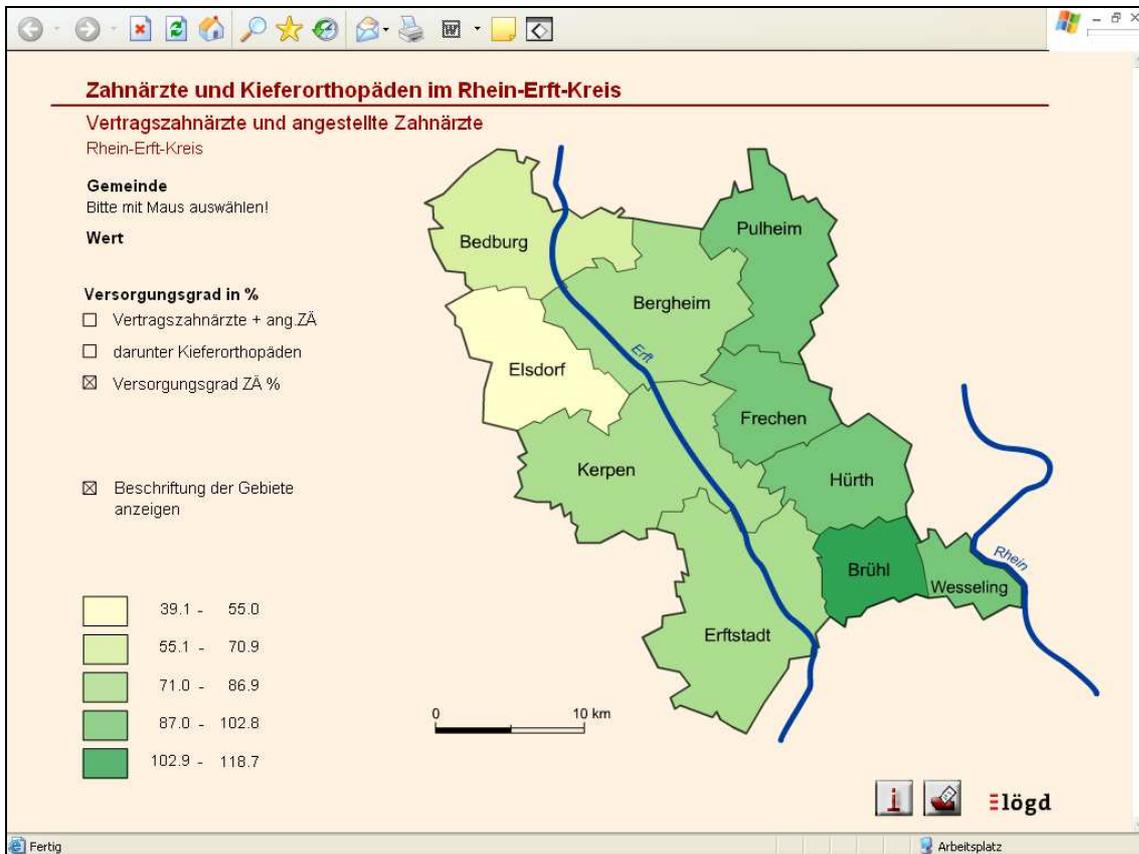


Abbildung 2: Versorgungsgrad Zahnärzte im Rhein-Erft-Kreis<sup>1</sup>

Es ist quasi eine Dreiteilung in der Versorgungsstruktur mit Praxen zu verzeichnen. An dieser Abbildung wird die ‚Speckgürteltheorie‘ deutlich, wonach die Ausrichtung auf Oberzentren (hier Köln) sich in einer größeren Dichte der Infrastruktur in direkt benachbarten Gemeinden zeigt.

Im Vergleich zu NRW liegt der Rhein-Erft-Kreis in der Versorgung mit behandelnden Zahnärzten und Kieferorthopäden im Mittelfeld. Dabei gelten Planungsbereiche mit über 110% als überversorgt, unter 50% als unterversorgt.

<sup>1</sup> Daten KZVN, 8.2007

Der Versorgungsgrad bei Zahnärzten und Kieferorthopäden im Rhein-Erft-Kreis hat sich in den Jahren 2003–2006 folgendermaßen entwickelt:

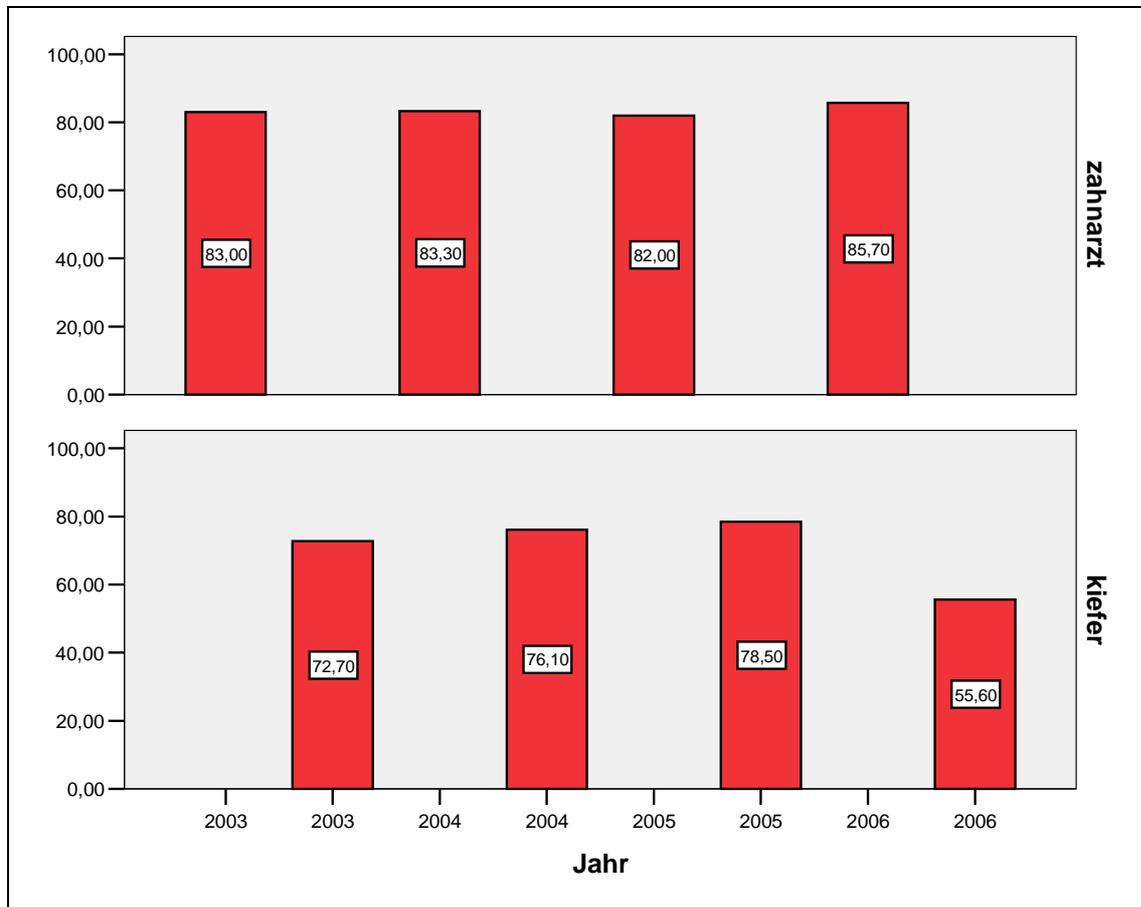


Abbildung 3: Entwicklung der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung im Rhein-Erft-Kreis 2003 bis 2006, Versorgungsquoten<sup>1</sup>

Die Versorgungsquote bei der zahnärztlichen Versorgung hat sich leicht verbessert (rund 3%), während die der fachärztlichen kieferorthopädischen Versorgung abgenommen hat und sich der Grenze der Unterversorgung annähert mit rund 56%.

<sup>1</sup> Quelle: LÖGD und eigene Berechnungen

Es sind Daten verfügbar über die Zahnärztdichte für die Jahre 2002–2006:

Jahr	Zahnärzte	Kieferorthopäden	Einwohner/Zahnarzt
2002	225,5	17	1.906,6
2003	232,5	17	1.850,9
2004	232,5	19	1.840,4
2005	234	18	1.836,8
2006	244,5	17	1.772,7

**Tabelle 14: Zahnärzte und Kieferorthopäden im Rhein-Erft-Kreis, 2002–2006<sup>1</sup>**

Die Zahl der EinwohnerInnen pro Zahnarzt hat sich also seit dem Jahr 2002 kontinuierlich verringert, wenn man das gesamte Kreisgebiet als Bezugspunkt wählt.

---

<sup>1</sup> Quelle: [http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata\\_kreis/o8/excel/o80o80oo52oo2.xls](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata_kreis/o8/excel/o80o80oo52oo2.xls) [22.7.2007] und KZVNR (2006), eigene Zusammenstellung

Die kieferorthopädische Versorgung ist etwas gleichmäßiger, abgesehen von Elsdorf und – eingeschränkt – Wesseling.

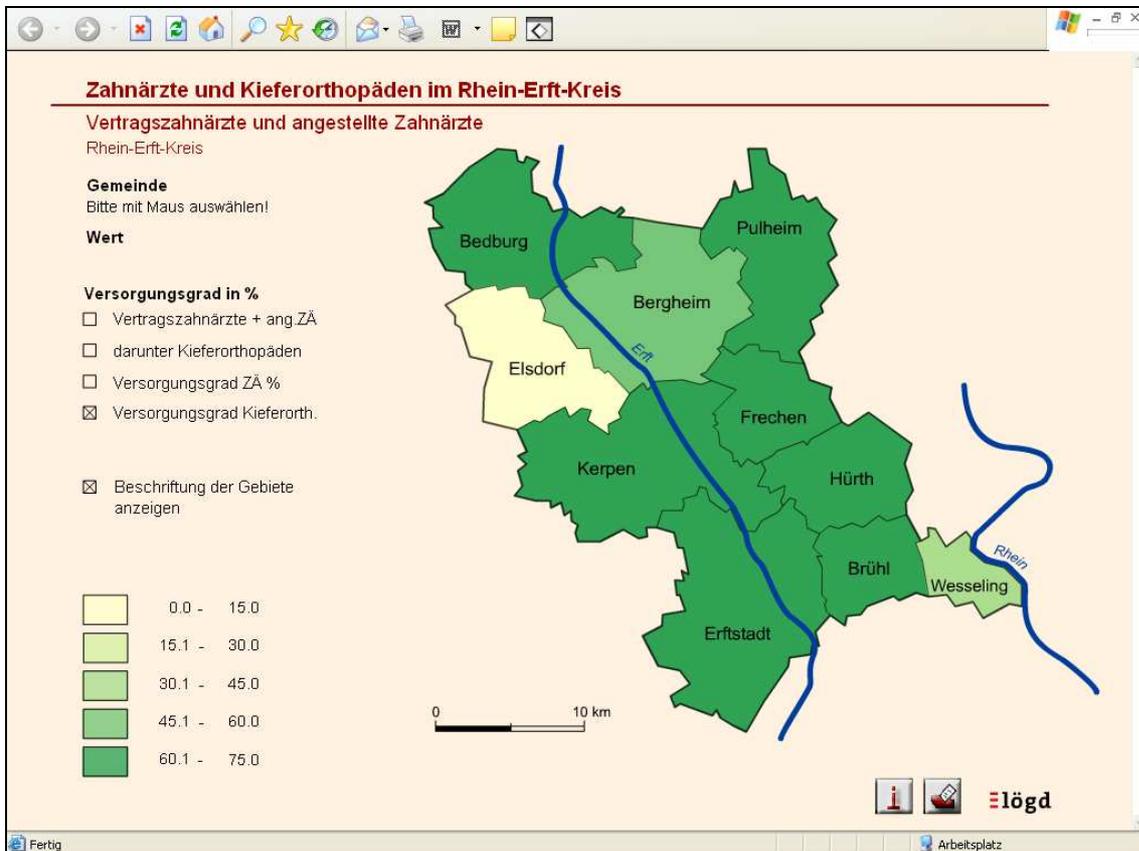


Abbildung 4: Kieferorthopädische Versorgung im Rhein-Erft-Kreis<sup>1</sup>

Es wird an den Abbildungen 2 und 4 deutlich, dass die Versorgungsstrukturen im Rhein-Erft-Kreis mit zahnärztlichen Praxen bezüglich Kindern noch deutlicher der ‚Speckgürteltheorie‘ folgt.

Aussagen über Versorgungsstrukturen müssten zusätzlich auch deren Erreichbarkeit beinhalten. Damit sind Fragen der Infrastruktur (Verkehrswege, Öffentlicher Nahverkehr etc.) angesprochen.

<sup>1</sup> Daten der KZVN 8.2007

## 5 Zusammenfassung

Die Planung von Versorgungsstrukturen unterliegt einem langwierigen und äußerst komplizierten Prozess. Dabei wird bei der zahnärztlichen Versorgung von einer mittleren Messzahl von 1.680 Einwohnern/Zahnarzt ausgegangen; bei der kieferorthopädischen Versorgung ist die Messzahl 16.000. Abgesehen von zusätzlichen Feinheiten kann dann die Versorgungsquote berechnet werden. Ein Versorgungsgrad ab 110% gilt als ‚überversorgt‘, ab 50% und niedriger als ‚unterversorgt‘.

Praktisch ist bei der zahnärztlichen Versorgung ab April 2007 die Niederlassungsfreiheit gegeben. Die Zahlen zur Versorgungsquote werden – nach Aussagen der KZVNR – deshalb vor allem zur Beratung von geplanten Niederlassungen benutzt.

Die von der KZVNR gelieferten Daten konnten nur eingeschränkt benutzt werden, da es Differenzen zwischen den von den jeweiligen Gemeinden abgefragten und denen vom LDS abgerufenen bzw. von der KDZV übermittelten Einwohnerzahlen gibt.

Aussagen zum Versorgungsgrad mit Zahnärzten im Rhein-Erft-Kreis werden deshalb unter Vorbehalt berichtet. Danach erreicht der Versorgungsgrad mit Zahnärzten nur in Brühl (118,7) und Wesseling (100,5) sowie eingeschränkt in Hürth (98) und Pulheim (97,8) die 100-Prozent-Marke.

Bei der kieferorthopädischen Versorgung bewegen sich die meisten Gemeinden um die 60%-Marke, wobei Kerpen mit 75 nach oben und Bergheim mit 51,3 sowie Wesseling mit 43,4 nach unten Ausreißer sind.

Insgesamt muss deshalb konstatiert werden, dass der Rhein-Erft-Kreis bezüglich der Versorgung mit ambulant niedergelassenen Zahnärzten und Kieferorthopäden im Vergleich mit NRW zwar im Mittelfeld liegt, bezüglich einzelner Gemeinden jedoch regionale Disparitäten auffällig sind. Die Frage der Einzugsbereiche von Praxen/ihrer Erreichbarkeit ist auch abhängig von Infrastrukturen.



## Bildungsstruktur im Rhein-Erft-Kreis

Der Zahnärztliche Dienst führt Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten (Kitas) und Schule durch. In diesem Zusammenhang soll die Bildungsstruktur für Kinder im Rhein-Erft-Kreis dargestellt werden.

### 1 Schulstruktur allgemeinbildendes Schulwesen

Im Rhein-Erft-Kreis sind alle allgemeinbildenden Schulformen vertreten. Dazu kommen noch die insgesamt 30 berufsbildenden Schulen.

Die SchülerInnenzahlen verteilen sich 2007 auf die einzelnen Schulformen:

Schulform	Anzahl der Schulen	Anzahl der SchülerInnen 2007	%-Anteil SchülerInnen an Gesamtzahl
Grundschule	79	19.518	34,1
Hauptschule	14	6.374	11,1
Förderschule	18	2.300	4,0
Realschule	15	9.159	16,0
Gymnasium	14	15.682	27,4
Gesamtschule	5	4.237	7,4
Gesamt	145	57.270	100

Tabelle 15: Schulstruktur Allgemeinbildende Schulen im Rhein-Erft-Kreis 2007<sup>1</sup>

In den insgesamt 30 berufsbildenden Schulen werden im Jahr 2007 insgesamt 19.794 SchülerInnen unterrichtet.

Die Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes konzentrieren sich auf die Einrichtungen des allgemeinbildenden Schulwesens und dabei hauptsächlich auf Grundschulen, Förderschulen und Hauptschulen sowie Kitas.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Quelle: lds 21.11.2007

<sup>2</sup> vgl. Kapitel 9

## 2 Kindertagesstättenstruktur im Rhein-Erft-Kreis

Die Zahl der Kitas insgesamt wird im Rhein-Erft-Kreis – abhängig von der Quelle – unterschiedlich angegeben: auf den Webseiten des Kreises werden insgesamt 281 Kitas vermerkt,<sup>1</sup> darunter 32 mit Hortgruppen, 24 mit altersgemischten Gruppen und 25 mit integrativen Gruppen. Dem Zahnärztlichen Dienst sind 241 Kitas gemeldet.

Die unterschiedlichen Zahlen weisen wahrscheinlich auch auf die Dynamik von Neugründungen und Schließungen im Kindertagesstättenbereich hin.

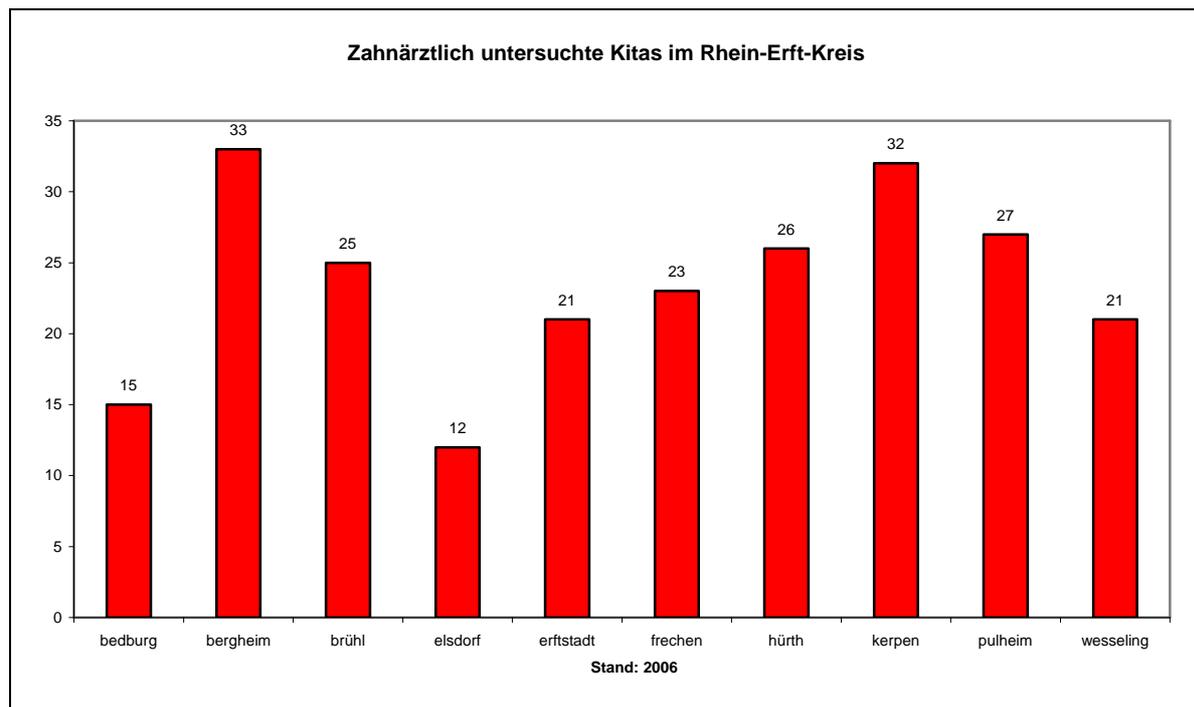


Abbildung 5: Verteilung der jugendzahnärztlich untersuchten Kitas nach Gemeinden im Rhein-Erft-Kreis<sup>2</sup>

## 3 Zusammenfassung

Im Rhein-Erft-Kreis gibt es eine vorschulische, allgemeenschulische und berufsbildende Bildungsstruktur. Die Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes konzentriert sich auf die beiden erstgenannten Bildungssegmente.

<sup>1</sup> Stand: Januar 2006

<sup>2</sup> Quelle: Mitteilung Jugendzahnärztlicher Dienst, 11.2007

## **Darstellung der Daten und Datenverarbeitung – der Zusammenhang mit Strategischer Planung**

### **1 Darstellung der Zahndaten**

#### **1.1 Darstellung nach Teams**

Es gibt im ZÄD insgesamt vier Teams (eine Zahnärztin mit jeweils einer zahnärztlichen Fachangestellten mit Weiterbildung in zahnmedizinischer Prophylaxe, kurz: ZFA [im Folgenden Text als Prophylaxeassistentin bezeichnet]). Drei Teams haben ihren Standort im Kreishaus Bergheim, ein Team in Hürth.

Das Gebiet des Rhein-Erft-Kreis ist vom ZÄD aufgeteilt. Dabei ist der Versuch erkennbar, schwerpunktmäßig Teamstruktur und Gemeindeverantwortlichkeit in Übereinstimmung zu bringen: dies gilt im Prinzip für Brühl, Elsdorf, Erftstadt, Frechen, Pulheim und Wesseling. Überschneidungen gibt es bei den Gemeinden Bedburg, Bergheim, Hürth und Kerpen.

Personalausfälle und Wechsel im Zahnärztlichen Dienst haben zu dieser Situation geführt. Für die vergangenen Jahre ist deshalb eine Darstellung der Zahndaten nach Teams wenig sinnvoll.

#### **1.2 Darstellung nach Gemeinden**

Die Ergebnisse der zahnärztlichen Befunde werden gemeindespezifisch dargestellt. Hierbei kann als weitere Untergliederung die Darstellung nach Institutionen gewählt werden.

Dabei ist die Zusammenführung der Daten sehr schwierig gewesen einerseits durch die Zuständigkeiten von mehreren Teams für gleiche Gemeinden, andererseits durch Wechsel von Zuständigkeiten infolge von personellen Ausfällen im Zeitverlauf. Es werden aus diesen Gründen die Daten nicht bis 1985 zurückverfolgt in Gänze, sondern schwerpunktmäßig die Daten ab 2004–2006 berichtet. Daten zurückliegender Jahre werden herangezogen, wenn aussagekräftige Trends erläutert werden können.

#### **1.3 Darstellung nach Institutionen**

Die Darstellung der Daten nach Institutionen ist sehr kleinräumig möglich auf Gemeindeebene – Bezirksebene. Dabei kann dann wiederum nach Art der Bildungseinrichtung unterschieden werden, in der (derzeitig) Untersuchungen stattfinden. Es sind dieses Kitas, Grundschulen, Sonderschulen und weiterführende Schulen, wobei hier die Untersuchungen auf Hauptschulen konzentriert werden.

Für diesen Bericht werden die Institutionendaten aggregiert veröffentlicht.

#### **1.4 Darstellungsmethode der Untersuchungsergebnisse**

Es gibt eine Fülle von Ergebnissen, die dargestellt werden könnten. Hier werden die Untersuchungsergebnisse gegliedert in:

- naturgesunde Gebisse,
- sanierte Gebisse und
- behandlungsbedürftige Gebisse.

In einem weiterführendem Schritt könnte ein DMF-T-Index gebildet werden bzw. für Milchzahngebisse der dmf-t-Index. Dies geschieht in diesem Bericht nicht, weil nur die aggregierten Daten nach Institutionen vorliegen.

#### **1.5 Gewählte Darstellungsmethode für diesen (ersten) Zahnbericht**

Es werden die Gesamtzahlen und insbesondere Mittelwerte berichtet sowie die Untersuchungsergebnisse nach Gemeinden und Bildungsinstitutionen.

#### **1.6 Verfügbarkeit von Daten zur Zahngesundheit – Datendateien und Papierversionen**

Der Zahnärztliche Dienst des Rhein-Erft-Kreises arbeitet mit einer Software, die von einem Ein-Mann-Betrieb vor über 15 Jahren entwickelt worden ist (die 3. Fassung des Manuals stammt von September 1991).

Im Prinzip ist diese Software nach Auskunft der Zahnärztinnen insofern funktional, als dass u.a. ein vollständiges Gebisschema pro untersuchtem Kind abgebildet wird. Einige Auswertungsfunktionen sind ebenfalls integriert.

Das Programm konnte in den letzten Jahren jedoch nicht mehr gepflegt werden, auch, weil der Programmierer verstorben ist. Nach Auskunft der Prophylaxeassistentinnen, die mit diesem Programm arbeiten (müssen), läuft das Programm nicht mehr stabil, so dass Abstürze, fehlerhafte Auswertungen und Datenverluste zu beklagen sind.

Für die Gesundheitsberichterstattung wäre der Export der anonymisierten Daten notwendig gewesen. Es war leider nicht möglich, die Exportfunktion des Programms zu benutzen. Deswegen standen einzig die von den Prophylaxeassistentinnen nach Abschluss der Untersuchungen per Hand in Excel-Tabellen übertragenen aggregierten Untersuchungsergebnisse nach einzelnen Bildungsinstitutionen zur Verfügung. Die Möglichkeit der Berichterstattung nach Indices ist somit nicht gegeben.

Trotz einiger zusätzlicher Hardware-Probleme lagen schließlich von allen Teams des Zahnärztlichen Dienstes teilweise aus Papierversionen (re-)konstruierte Excel-Dateien vor. Insgesamt bestand das Datenmaterial aus von vier Teams nach fünf Bildungsinstitutionen gegliederten, jeweils getrennt nach Schulhalbjahren unterteilten Datensätzen der vergangenen zehn Jahre. Die insgesamt 400 Dateien mussten kompatibelisiert werden, wurden dann in eine Datei überführt und nach SPSS als Auswertungsprogramm exportiert.

Auch aus arbeitsökonomischen Gründen werden die ausgewählte Zahlen veröffentlicht, die von allen Teams gleichzeitig verarbeitet worden sind.<sup>1</sup> Die zahnärztliche Untersuchung selbst erfolgt einheitlich; die Datenverarbeitung wird derzeit vereinheitlicht.

### **1.7 IT-Ausstattung Gesundheitsamt**

Das Softwareproblem im Gesundheitsamt sollte einer einheitlichen Lösung zugeführt werden. Dies würde die Abläufe selbst beschleunigen, die Arbeit transparent machen und die Möglichkeit einer rascheren Umsetzung von ‚Daten zu Taten‘ ermöglichen.

Die Hardware muss natürlich dementsprechend angepasst werden. Eine Schulung aller Fachkräfte (sowohl Zahnärzte als auch zahnärztliche Fachassistenten) ist dann ebenso selbstverständlich wie die regelmäßige Pflege von Hard- und Software.

## **2 Daten und Datenverarbeitung...**

### **Strategische Planung: Steuerung, Controlling, Qualitätsmanagement, Ziele und Kennzahlen?**

#### **2.1 Arbeitsökonomie und Steuerung – Was soll ein Öffentlicher Gesundheitsdienst leisten?**

Im ersten Teil: Darstellung der Daten ist bereits das IT-Problem des Gesundheitsamtes angesprochen worden aus arbeitsökonomischer Sicht.

Es soll hier aus einem anderen Blickwinkel erneut aufgegriffen werden, dem der Funktion eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den Voraussetzungen des ‚Funktionierens‘ selbst.

Die grundlegende Frage nach dem ‚Unternehmensziel‘ oder auch ‚Produkt‘ kann als Alternative folgendermaßen formuliert werden:

- der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt Aufgaben – wie hier: zahnmedizinische Betreuung – selbst (und in welchem Ausmaß?) wahr, oder
- der ÖGD fungiert als Steuerungsinstanz für die Aufgabenwahrnehmung.

Grundlegend ist die Erhebung von Daten, deren Analyse festlegt, was überhaupt von wem wie gemacht werden soll. Voraussetzung in beiden Fällen ist auf jeden Fall, dass eine technikunterstützte Datenverarbeitung eingesetzt wird, die fehlerfrei läuft und damit Arbeitsabläufe optimiert.

Die Datenverarbeitung ist auch deshalb nötig, weil nur regelmäßige Erfassung der Daten und die Auswertung über bestimmte Zeiträume es erlauben, Aussagen zu Verläufen zu machen, die wieder-

---

<sup>1</sup> vgl. Kapitel 10

um über die Effizienz und Effektivität der Aktivitäten Auskunft geben. Das wiederum ist Voraussetzung für ein ‚Controlling‘.<sup>1</sup>

Dieser interne Prozess der Optimierung der Arbeit durch Steuerung und Controlling wird nur sinnvoll mit einem externen Effekt: der Transparenz von Daten und Analysen gegenüber der Öffentlichkeit (worunter sowohl verwaltungsintern andere Ämter, verwaltungsextern politische und soziale Gremien sowie institutionelle und individuelle Akteure der gesundheitlichen Versorgung und die BürgerInnen des Rhein-Erft-Kreises verstanden werden).

Diese Transparenz wird ergänzt durch aus der Datenanalyse hergeleiteten Handlungszielen und Handlungsmaßnahmen, für deren Umsetzung eine gemeinsame Verantwortung und Kooperation mit ‚Dritten‘ absolut unverzichtbar ist (und nicht nur aus begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen des ÖGD selbst!).

Genau dies ist mit dem modischen Schlagwort ‚Vernetzung‘ gemeint, die als interne und externe Vernetzung gedacht werden sollte.

Ob Prioritätenlisten, flexible Aufgabenerledigung und ‚Akquirierung von Dritten‘ nun zur Vernetzung und Reduzierung von Personalausgaben führt, ist bislang nicht belegt (und erinnert ein wenig an die schöne Geschichte von den Dakota-Indianern).

Immerhin besteht mit dem Zusammenschluss von Kreis und Krankenkassen zum „Arbeitskreis Zahngesundheit“ eine Aktionsplattform für gemeinschaftliche Aktivitäten der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen.

Ein weitergehender Einbezug von diesen Trägern in die Bereiche „Steuerung, Controlling, Berichtswesen und GBE“ ist abhängig von deren Bereitschaft, wozu auch eine abgestimmte Dokumentation gehört.

## **2.2 Kennzahlen, Ziele, QM und Controlling – Verwaltungshandeln und politisches Handeln nach dem betriebswirtschaftlichen Modell?**

Die Erhebung von Daten wird oft missverstanden als Generierung von Kennzahlen nach dem Motto: Prozesse messbar machen. Dieses Messen ist dann auch die Voraussetzung für ‚Prioritätensetzung‘, Beschreibung von ‚Zielen‘ sowie daran geknüpfte Prozesse des Qualitätsmanagements und Controllings.

Übersehen wird dabei, dass dies eine (mögliche!) insbesondere in den Betriebswissenschaften verfolgte Strategie ist. Deren Limitierungen werden von aufgeklärten VertreterInnen natürlich gesehen; leider scheint es in weiten Teilen der Öffentlichen Verwaltung einen mainstream zu geben, der sich mit Zweifeln an der Ubiquität dieses speziellen betriebswirtschaftlichen Modells auf Prozesse des politischen und des Verwaltungshandelns nicht belasten möchte.

---

<sup>1</sup> vgl. dazu: Bericht der Gemeindeprüfung März-Oktober 2006, veröffentlicht unter [http://www.rhein-erft-kreis.de/stepone/data/downloads/f4/81/00/gpa\\_rek\\_gsb.pdf](http://www.rhein-erft-kreis.de/stepone/data/downloads/f4/81/00/gpa_rek_gsb.pdf)

### **2.3 Zahnärztlicher Dienst Rhein-Erft-Kreis: Prioritätssetzung, Flexibilisierung, Qualitätsmanagement und Controlling**

Ein Schwerpunkt der Aufgaben des Zahnärztlichen Dienstes liegt bei der Untersuchung von Kindern in Kitas und Schulen.

Die Aufstellung von Prioritätenlisten könnte mit der Frage beginnen, ob die Entwicklung von Zahngesundheit in Schulen es sinnvoll erscheinen lässt, hier noch immer weiter Ressourcen hineinzustecken. Eine Alternative könnte darin liegen, dass – wie beispielsweise im Landkreis Tuttlingen in Baden-Württemberg – der AK Zahngesundheit seine Prophylaxemaßnahmen auf ausgewählte Schulen – Förderschulen und Hauptschulen – konzentriert, so dass Realschulen und Gymnasien herausfallen.

Dieser Weg der Prioritätssetzung wird im Rhein-Erft-Kreis seit Jahren gegangen, indem weiterführende Schulen (außer Hauptschulen und Förderschulen) aus dem Untersuchungsprogramm herausgenommen worden sind (bis auf die Ausnahme der Stichprobenuntersuchung).

Eine komplette Basisprophylaxe würde die flächendeckende Fluoridierung von Kindern zweimal jährlich umfassen. Mit einer Flexibilisierung des Einsatzes von bestehendem Personal könnte eine gewisse Verbesserung der Basisprophylaxe/Fluoridierung erreicht werden.

Qualitätsmanagement findet auf freiwilliger und aus fachlicher Überzeugung der Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes statt.

Das Controlling des Zahnärztlichen Dienstes müsste sich zumindest auch erstrecken auf den arbeitsmedizinischen Aspekt (z.B.: unter welchen räumlichen Bedingungen finden die Untersuchungen in den Schulen statt?) und sollte die Vergleichbarkeit von entsprechenden Arbeitsprozessen mit denen niedergelassener Zahnärzte hinreichend berücksichtigen.

### **2.4 IT als grundlegende Voraussetzung aller Optimierungsstrategien**

Eine Verbesserung der Zielgenauigkeit von Maßnahmen ist immer gebunden an eine möglichst einfach zu handhabende Datenerhebung und eine wiederholbare Datenanalyse. Die bei diesem Bericht gemachten Erfahrungen haben sich als äußerst mühselig herausgestellt für die Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes und für die Gesundheitsberichterstattung, so dass für die Zukunft:

- die Datenerhebung in den verschiedenen Teams verbessert werden sollte,
- Datensätze in einheitlichen Formaten vorliegen,
- die Software fehlerfrei laufen muss und
- Datenbestände mithilfe technischer Verbesserung und Schulung vollständig gesichert werden.

Dafür ist es in Zukunft dringend erforderlich, dass eine IT-Gesamtlösung zumindest innerhalb des Gesundheitsamtes gefunden und angeschafft wird. Dabei sollte die Investition in eine professionelle, moderne, zukunftsfähige, d.h. ausbaubare Software gemacht werden, die auch in anderen Bereichen (wie Universitäten) zum Standard geworden ist (und dementsprechend vom Nachwuchs bereits jetzt beherrscht wird als auch von vorhandenen MitarbeiterInnen erlernt werden kann).

### 3 Zusammenfassung

Die Grundlagen modernen Verwaltungshandelns auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst werden mithilfe einer betriebswirtschaftlich fundierten Mess-Strategie vorbereitet, so dass Kennzahlen und Prioritätenlisten generiert werden, die zu Zielvereinbarungen und anschließendem Controlling führen (sollen).

Übergeordnete Ziele lassen sich beschreiben mit ‚schlanker Verwaltung‘, ‚Verwaltungshandeln als Dienstleistung‘, ‚Bürgerorientierung‘, ‚Transparenz des Verwaltungshandelns‘, ‚Netzwerkarbeit‘ usw..

Voraussetzung derartig gestalteter Arbeitsprozesse ist eine funktionierende IT-Ausstattung, die derzeit im Zahnärztlichen Dienst genauso wenig vorhanden ist wie in den meisten anderen Abteilungen des Gesundheitsamtes des Rhein-Erft-Kreises.

Eine Standard-Büroausstattung mit einigen Office-Produkten ist für das Gesundheitsamt nicht ausreichend und müsste dringend um Fachanwendungen erweitert werden. Diese sollten keine ‚Insellösungen‘ sein, sondern alle Abteilungen zumindest des Amtes selbst umfassen.

## **Arbeitskreis Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis Eine Erfolgsgeschichte der Kooperation von Krankenkassen und Öffentlichem Gesundheitsdienst!?**

### **1 Von der Gründung 1984 bis heute – Organisation des Arbeitskreises**

#### **1.1 Aufgaben und Mitglieder**

Im November 1984 gegründet mit einer ersten ‚Vereinbarung über gemeinsame Bemühungen zur Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern‘, sind derzeit<sup>1</sup> im Arbeitskreis Zahngesundheit als Zusammenschluss von Krankenkassen und Öffentlichem Gesundheitsdienst folgende Mitglieder vertreten: AOK Rheinland/Hamburg, BKK Landesverband, Bundesknappschaft Köln, IKK Nordrhein, Landwirtschaftliche Krankenkasse, VdAK, AEV und Zahnärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes Rhein-Erft-Kreis.

Aufgaben des Arbeitskreises sind Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit durch

- zweckmäßige, zahngesunde Ernährung,
- richtige Mundhygiene,
- ausreichende Fluoridzufuhr zur Härtung des Zahnschmelzes und
- Sicherstellung der regelmäßigen Kontrolle der Zähne durch den Zahnärztlichen Dienst im Rahmen einer kontinuierlichen, flächendeckenden zahnmedizinischen Prophylaxe für Kinder.

Dieses Programm der Basisprophylaxe erfolgt nach dem Konzept:

- Beginn im Kindergartenalter,
- einheitliche, inhaltlich und zeitlich koordinierte Vorgehensweise,
- Kontinuität,
- kognitiv, pragmatisch und emotional ausgerichtetes Lernkonzept,
- regelmäßige Wiederholung,
- Kooperation mit Eltern und ErzieherInnen und
- flächendeckende Versorgung.

Die zahnärztliche Prävention ist zielgerichtet auf eine Verhaltensänderung mit dem Schwerpunkt der Zahnputzsystematik (Plaquantfernung) und der Motivation zur Selbstvorsorge, die ergänzt wird durch eine gezielte Ernährungslenkung und Fluoridierungsmaßnahmen.

---

<sup>1</sup> Stand: 2007

Lernziele:

- Modell KAI:  
jedes Kind im Grundschulalter kann ‚ordentlich‘ (= systematisch) Zähne putzen nach dem Modell KAI (Kauflächen, Außenflächen, Innenflächen); ‚Zahn‘ ist positiv besetzt
- Lerninhalte: Zahn und Gebiss, Kariesentstehung und -verhütung
- positives Zahnarztbild, positive Einstellung zur Zahngesundheit

## 1.2 Entwicklung des Arbeitskreises – kontinuierlicher Ausbau

Die Gründung erfolgte im November 1984. Bereits einen Monat später begann die Außendiensttätigkeit der (zu Beginn ersten) Prophylaxefachkraft in den Kindergärten. Diese umfasste im Jahr 1985 drei Besuchstage pro Einrichtung plus eine Informationsveranstaltung für Eltern und ErzieherInnen.

Aus dem September 1986 datiert die Beschlussvorlage, dass der Erftkreis Mitglied im Arbeitskreis Zahngesundheit wird.

1987 werden die Angestellten-Krankenkassen Mitglied des Arbeitskreises.

Die Arbeit des Arbeitskreises Zahngesundheit wird kontinuierlich ausgeweitet. 1990 werden alle Kindergärten im damaligen Erftkreis flächendeckend betreut.

1991/92 erfolgt eine Ausweitung des Einsatzgebietes: gemäß §21, SGB V wird das Programm der Gruppenprophylaxe erweitert auf eine flächendeckende Gruppenprophylaxe in allen ersten Grundschulklassen.

Danach erfolgt die kontinuierliche Erweiterung um jährlich eine weitere Altersstufe in der Grundschule. Die vierten Schuljahre werden im Jahr 1994/95 in das Programm aufgenommen.

Ab Schuljahr 1997/98 erfolgt die Gruppenprophylaxe in den 5. Schuljahren Hauptschule und den Eingangsklassen der Förderschulen. Letztere ist auch abhängig von der Mitarbeit der Erzieher und vom Gesundheitszustand der Kinder, so dass hier nicht flächendeckend gearbeitet werden kann.

Ab 1998/99 werden zusätzlich die 6. Schuljahre Hauptschule betreut.

Im Schuljahr 1999/2000 erfolgt die erste Fluorid-Lackierung in einer Grundschule.

Derzeit<sup>1</sup> werden die Kindertagesstätten mindestens zweimal jährlich besucht. Einmal findet eine zahnärztliche Untersuchung statt, ein bis zweimal Putztraining. In den Schulen finden in der Regel drei Prophylaxeimpulse pro Jahr statt mit einer zahnärztlichen Untersuchung und zweimaligem Putztraining mit Lektionen.

Der ‚Tag der Zahngesundheit‘ wird seit 1991 jährlich im September mit Aktionen begleitet. Die erste Veranstaltung dieser Art ist in Hürth, weitere folgen in den anderen Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises.

Zusätzlich werden Informationsveranstaltungen für Erzieher, Eltern und Kindergruppen angeboten. Es finden Multiplikatorenschulungen für Kinderärzte und Erzieher statt.

---

<sup>1</sup> Stand 2007

Es gibt Einzelaktionen wie: Beteiligung an Kindergarten- und Schulfestern, Aktionstage, Kindergarten- und Schulfrühstück, Nachmittagsbetreuung in Horten und Ganztagschulen.

Eine Kooperation mit dem Kinderschutzbund in Hürth ermöglicht ein Info-Café für Mutter und Kind. Ein von der EU anschubfinanziertes Projekt besteht in Bergheim Süd-West seit 2004 mit der Einrichtung einer Milchzahnsprechstunde.

### 1.3 Prophylaxeimpulse

#### 1.3.1 Zahnärztliche Untersuchung

Die zahnärztliche Untersuchung umfasst die Befunderhebung zur Zahn- und Mundgesundheit.

Schwerpunkt der zahnärztlichen Untersuchung ist die Zahngesundheit. Daneben werden aber auch Gebissfunktion und Kieferentwicklung sowie die Mundschleimhaut (Zahnfleisch) begutachtet.

Die Gesundheit/Krankheit von Zähnen wird anhand eines Karies-Index gemessen.<sup>1</sup> Dieser Index wird ermittelt als Summe aus kariierterkrankten (D), aufgrund von kariöser Erkrankung fehlender (M) und sanierter = Füllung/Krone (F) Zähne (T) oder Zahnflächen (S).

Voraussetzung für einen statistischen Vergleich (Regionen/Zeitverlauf) sind internationale Untersuchungskriterien. Dazu gehören standardisierte Instrumente, standardisierte Beleuchtung und kalibrierte Untersucher.

Im Rhein-Erft-Kreis wird ein DMF-T/dmf-t-Index erhoben, die zahnärztlichen Untersucher sind kalibriert. Damit ermöglichen die erhobenen Kariesdaten eine sichere Aussage der lokalen Kariesinzidenz.

Die Zahnärztliche Reihenuntersuchung im Rhein-Erft-Kreis erfasst neben den Kitas überwiegend Schulkinder im Alter von 6–12 Jahren; d.h. Kinder mit einem Wechselgebiss.

Zur altersentsprechenden Optimierung der Befunderhebung wurden im Jahre 2001, als die landesweite Datenabfrage endete, neben den bleibenden Zähnen zusätzlich die Milchzähne in den Kariesindex miteinbezogen. Deshalb ergibt sich ab dem Jahr 2001 im zeitlichen Verlauf der Kariesstatistik eine gravierende Erhöhung der absoluten Karieszahlen. Damit hat sich natürlich nicht die konkrete Zahngesundheit des einzelnen Kindes verschlechtert, sondern die Kariesdaten sind altersentsprechend aussagekräftiger, weil zusätzlich die zum Wechselgebiss gehörenden Milchzähne gezählt werden.

Insgesamt liegen die Zahngesundheitsdaten des Rhein-Erft-Kreises im bundesweiten Trend: ca.  $\frac{1}{4}$  der Kinder haben  $\frac{2}{3}$  der Karies.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. allgemein Kapitel 3.1: Wie Zahngesundheit gemessen wird

<sup>2</sup> vgl. weiterführend die folgenden Kapitel, insbesondere Kapitel 10

### **1.3.2 Zahnputztraining**

In den Kitas sind Lektionsinhalte: Mundhygiene, Ernährung und Angstabbau.

In den Schulen sind Lektionsinhalte: Mundhygiene, Mund-Kieferfunktion, Gebiss, Zahnwechsel, Zahnaufbau, Kariesentstehung und Kariesverhütung, Fluoridierung, Ernährung (Zucker, Fastfood, Schulf Frühstück).

### **1.4 Personal des Arbeitskreises Zahngesundheit**

Im Arbeitskreis Zahngesundheit sind vier Zahnärztinnen und zehn Prophylaxeassistentinnen tätig. Vier Prophylaxeassistentinnen sind überwiegend zur zahnärztlichen Untersuchung eingeteilt.

Sechs Prophylaxeassistentinnen werden von den Krankenkassen in Poolfinanzierung bezahlt; der Rhein-Erft-Kreis trägt die Kosten für die Zahnärztinnen sowie vier Prophylaxeassistentinnen.

Jährlich tagt ein Gremium, bestehend aus Vertretern der Krankenkassen, dem Personal des Arbeitskreises Zahngesundheit sowie Kreisvertretern. Sie nehmen die jährlichen Auswertungen der gruppenprophylaktischen Aktivitäten entgegen, entscheiden über den Finanzplan und erörtern aktuelle Fragen der Gruppenprophylaxe und Intensivprophylaxe.

### **1.5 Rahmenvereinbarungen und Grundsätze überörtlich und regional**

Aus dem Jahr 1991 datiert eine ‚Rahmenvereinbarung zur Förderung der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen‘, zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen, Städte- und Landkreistag, Städte- und Gemeindeverbund NRW, Zahnärztekammer und Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in NRW sowie dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Hierin werden Umfang, Zielgruppen, Qualitätskriterien und Evaluation der regionalen gruppenprophylaktischen Maßnahmen festgeschrieben sowie erstmalig der Einbezug der niedergelassenen Zahnärzteschaft. Sie wird im Dezember 1993 auf der AG Nordrhein für Jugendzahnpflege behandelt.

Der Deutsche Ausschuss für Jugendzahnpflege (DAJ) – Bundesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit – hat im Juni 1993 ‚Grundsätze für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach §21 SGB V‘ vorgelegt. Die Definition von Risikopatienten und -gruppen in Altersdifferenzierung ist Teil davon sowie weiterführend zur Rahmenvereinbarung der Einbezug von behinderten Kindern über 12 Jahre in gruppenprophylaktische Maßnahmen sowie Information über kariesprophylaktische Maßnahmen in der Schwangerschaftsberatung.

Im Juli 1995 gibt es von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein Konzept zur ‚Durchführung der zahnmedizinischen Basis – und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäss §21, 1 SGB V‘. Darin ist der Ausbau der präventiven Basisprophylaxe mit mindestens zwei Besuchen und der Intensivprophylaxe mit mindestens sechs ‚Prophylaxeimpulsen‘ in jeder Erziehungseinrichtung stufenweise vorgesehen. Eine Mustersatzung ist datiert auf Dezember 1996.

Der Einbezug der niedergelassenen Zahnärzte an der Gruppenprophylaxe scheitert an deren Honorarforderungen, die von den Krankenkassen nicht akzeptiert werden (1996: 90,—DM + HelferIn extra/Std.).

Die Ergänzung der Gruppenprophylaxe durch Individualprophylaxe bei den niedergelassenen Zahnärzten ist gegen Privatliquidation möglich (außer den drei Terminen Früherkennungsuntersuchungen).

Der Einbezug der Privaten Krankenversicherungen in die Finanzierung von Gruppenprophylaxe wird u.a. im Oktober 1996 von der Bundeszahnärztekammer gefordert; jedoch existiert im Rheinland keine entsprechende Einbindung; 1998 wird seitens der PKV negativ entschieden.

Im April 1998 gibt es zwischen Krankenkassen und dem Rhein-Erft-Kreis unterschiedliche Auffassungen über die rechtliche Einordnung von Gruppenprophylaxe lt. ÖGDG: sie wird danach zu einer ‚Kann-Aufgabe‘, wobei die Krankenkassen eine andere Rechtsauffassung vertreten. Bei einer Einschränkung oder Kündigung der Vereinbarung seitens des Kreises würden sich auch die Krankenkassen aus dem Arbeitskreis zurückziehen und sich nur noch um ihre eigenen Mitglieder kümmern. Dies kann abgewendet werden, der Arbeitskreis besteht weiter.

Ab Juli 2005 wird die Kostenumlage der Krankenkassen umgestellt auf einen in ganzen Bezirk Nordrhein geltenden prozentualen Anteil, gemessen an den Mitgliedern der Krankenkassen bis 65 Jahre.

## 1.6 Finanzen

Es wird ein jährlicher Finanzplan erstellt. Die Kosten werden dargestellt als Kosten für Fluoridierung, Sachkosten, Personalkosten, sowie als Berechnung des Pro-Kopf-Anteils pro Mitglied der Krankenkasse.

Aufgrund der mir aus den Jahrgängen 1994–1998 und 2001–2004 vorliegenden Daten pendeln die Ausgaben von 1994 bis 1996 um 400.000 DM, erhöhen sich im Jahre 1997 durch den vermehrten Einbezug der Schulen auf 585.000 DM und liegen im Jahre 2001 bei 657.000 DM.

Im Jahre 2002 belaufen sich die Gesamtkosten auf 332.400 €, sinken im Folgejahr leicht auf 321.900 € und in 2004 sind Kosten von 302.000 € ausgewiesen.

Dies bedeutet, dass die derzeitigen Kosten pro Mitglied rein rechnerisch den Stand von vor zehn Jahren erreicht haben (kontinuierliche Senkung seit 1994–1997 von 3,68 DM auf 2,95 DM, Steigerung durch vermehrte Prophylaxe-einführung auf 3,82 DM in 1997; 2004: 1,98 €).

Gemessen an der Kaufkraft und am Pro-Kopf-Anteil aller Versicherten bis 65 Jahre ist daher eine kontinuierliche Senkung der Ausgaben für den Arbeitskreis Zahngesundheit seitens der Kassen festzustellen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Ausführungen Kapitel 4: Folge von Personalstrukturveränderungen, keine Kürzung der Sachleistungen

## 2 Entwicklung von Zielvorstellungen zur Mund- und Zahnhygiene von Bundesebene bis zur Regionalebene

Die Ziele des Arbeitskreises werden auch durch die Vereinbarungen und Empfehlungen umschrieben, die sowohl von Bundesinstitutionen als auch den regionalen Akteuren festgeschrieben werden und teilweise in Gesetzen und Verordnungen kodifiziert sind.

Fundstelle	Ziele	Orte
<p>Konzept Spitzenverbände der Krankenkassen</p>	<p>flächendeckende Basisprophylaxe für 3–12 Jährige umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoridierung, Mundhygieneübungen, Ernährungsberatung, Aufklärung und Instruktion der Eltern = umfassende Gesundheitsförderung</li> <li>• Kariesdiagnostik, einrichtungs- und individualbezogen</li> </ul> <p><b>Intensivprophylaxe umfasst:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung und Demonstrieren Plaque, Herstellung Plaquefreiheit durch angeleitetes Zähnebürsten, Kontrolle und Nachreinigung durch Prophylaxehelferinnen, Fluoridtouchierung, Gesundheitserziehungsmaßnahmen, Elterntraining, Fissurenversiegelung</li> <li>• regelmäßige Tätigkeitsberichte und Wirksamkeitsanalysen</li> <li>• Qualitätssicherung durch Fortbildung, Prozess- und Ergebnisbewertung</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reihenuntersuchungen in allen Bildungseinrichtungen als Steuerungsinstrument für sämtliche Prophylaxemaßnahmen</li> <li>2. mobile und stationäre Behandlungseinheiten für professionelle Mundhygiene und Fissurenversiegelung</li> <li>3. Prophylaxepersonal, finanziert von Krankenkassen, angesiedelt beim ÖGD (Fachaufsicht, Personalführung, dienstliche Organisation)</li> </ol>
<p>Deutscher Ausschuss für Jugendzahnpflege 1993</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspektion der Mundhöhle mit Erhebung Zahnstatus zur Kariesrisikozuordnung</li> <li>• Überführung in zahnärztliche Behandlung zur Beseitigung von Zahnschäden und Fissurenversiegelung</li> <li>• Verbesserung des Mundhygieneverhaltens</li> <li>• Verbesserung der Zahnschmelzqualität durch Fluoride</li> <li>• Ernährungsberatung</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reihenuntersuchungen in den Bildungseinrichtungen, alternativ: Zahnarztpraxen, Räume des Jugendzahnärztlichen Dienstes</li> <li>2. spezielle Veranstaltungen für nicht in Bildungseinrichtungen befindliche Kinder (Vorkindergartenalter,</li> </ol>

Fundstelle	Ziele	Orte
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation zur regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung</li> <li>• Durchführung spezifischer altersgerechter Programme zur kollektiven und individuellen Betreuung von Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko</li> <li>• Informationsveranstaltungen für Erzieherinnen und Lehrpersonen</li> <li>• Ausgabe von Informationsmaterial</li> <li>• Beratung von Schwangeren</li> <li>• Einbezug von behinderten Kindern über 12 Jahre</li> <li>• Dokumentation und Erfolgskontrolle</li> </ul>	<p>kein Kita-Besuch, Schulkinder ohne gruppenprophylaktische Teilnahme)</p> <p>3. Aufklärungsaktionen (Presse etc.)</p>
<p>Satzung des AK Zahngesundheit 1996</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• abgestimmte Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wirksamen Vorsorge für Kinder bis 12 Jahre</li> <li>• Gesamtkonzept nach SGB V, inklusive Intensivprophylaxe</li> <li>• kontinuierliche Aufklärung für Multiplikatoren (Eltern, Erzieher, Lehrer)</li> <li>• Verhütung von Zahnerkrankungen, gemeinsam, einheitlich, koordiniert, wettbewerbsneutral</li> <li>• Koordination der Aus- und Fortbildung Prophylaxepersonal in Karies- und Parodontalprophylaxe und unterstützender Ernährungsaufklärung</li> <li>• Zusammenarbeit mit Medien</li> <li>• Dokumentation der Maßnahmen</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bildungseinrichtungen</li> <li>2. Programmentwicklung für Kinder außerhalb der Einrichtungen</li> </ol>

**Tabelle 16: Entwicklung von Zielvorstellungen über Mund- und Zahngesundheit auf Bundes-, Landes- und Regionalebene**

### **3 Daten zu Taten – Zielerreichung**

Es werden hier die Zahlen von 2005/2006 berichtet. Sie liegen in einer Papierversion vor als Statistiken des Arbeitskreises Zahngesundheit. Dabei ist zu beachten, dass eine volle Stelle Prophylaxeassistentin und eine Viertelstelle Zahnärztin in diesem Jahr nicht besetzt waren, so dass eine flächendeckende Betreuung von Kitas nicht möglich war.

#### **3.1 Kindertagesstätten**

Die Zahl der Einrichtungen wird – je nach Quelle – unterschiedlich angegeben: der Arbeitskreis Zahngesundheit geht im Jahre 2006 von 240 Einrichtungen mit insgesamt 14.512 Kindern aus. Davon haben in 238 Einrichtungen mit insgesamt 11.350 Kindern 7.020 ein Putztraining absolviert.

In den Kitas putzen 50% der Kinder täglich ihre Zähne in der Einrichtung.

#### **3.2 Grundschulen**

Die Anzahl der Grundschulen wird vom Arbeitskreis mit 79 angegeben mit insgesamt 19.818 Kindern. Davon haben 18.460 an der Lektion 1 teilgenommen (Theorie und Putzen) und 13.446 am Putztraining (= kurze Theoriewiederholung und Putzen) beim zweiten Termin.

Eine intensivere Prophylaxe mit Fluoridtouchierung fand bei 986 GrundschülerInnen statt in sechs Grundschulen. In den Schul- und Kindergartenhorten beträgt die Rate der GrundschulKinder, die täglich in der Einrichtung Zähne putzen gerade mal 2%.

#### **3.3 Förderschulen**

Die Zahl der Förderschulen wird mit 18 angegeben mit insgesamt 2.276 SchülerInnen. Es wurde 13 Förderschulen besucht. Es wurden Prophylaxeprogramme bei insgesamt 560 SchülerInnen durchgeführt.

Hier wurde bei 204 mit Geleeeinbürsten und bei 240 mit Lack Fluoridierungen durchgeführt bei SchülerInnen in vier Förderschulen.

#### **3.4 Sonstige weiterführende Schulen**

In zwei Hauptschulen (in Bedburg und Bergheim) wurden Fluoridlack-Touchierungen durchgeführt an 215 HauptschülerInnen.

## 4 Zusammenfassung

Die berichteten Daten sind aus Statistiken des Arbeitskreises selbst entnommen worden (Papierversion). Es wird für das Berichtsjahr 2005/2006 deutlich, dass es, auch wegen Personalausfall, keine flächendeckende Versorgung mit prophylaktischen Maßnahmen bei allen Bildungseinrichtungen gibt.

Eine Schwerpunktsetzung erfolgt auch hier – wie bei den jugendzahnärztlichen Reihenuntersuchungen – auf Kitas, Grundschulen, Sonderschulen und Hauptschulen. Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen werden nicht aufgesucht.

Wünschenswert wären zumindest intensivere Prophylaxe-Maßnahmen bei den Kindern und Jugendlichen, die sie tatsächlich benötigen. Dazu müssten die Jugendzahnärztlichen Reihenuntersuchungen flächendeckend erfolgen, weil sich das Risiko bereits in der Kita abzeichnet.<sup>1</sup>

Gemessen an den Zielen<sup>2</sup> besteht ein großer Umsetzungsbedarf; es werden basisprophylaxische Ziele weitgehend erreicht sowie intensivere Prophylaxemaßnahmen (Fluoridierungen) teilweise durchgeführt.

Intensivprophylaxe mit mindestens sechs Prophylaxeimpulsen findet in keiner Einrichtung statt.

Eine grundlegende Maßnahme zur Gesunderhaltung der Zähne sollte ermöglicht werden: mit zunehmender Übermittagsbetreuung in Kitas und Schulen sollte das Zähne-Putzen auch in den Einrichtungen selbstverständlich werden.

---

<sup>1</sup> vgl. auch Kapitel 1 und 13

<sup>2</sup> siehe Tabelle 16



## Prophylaxe im Setting Kita und Schule

### 1 Daten zur Prophylaxe im Rhein-Erft-Kreis

Das LÖGD Bielefeld veröffentlicht die Daten der Karies-Prophylaxemaßnahmen; u.a. werden die Zahl der erreichten Kinder nach Einrichtungstyp berichtet. Hier werden die Daten von 2004 denen von 2006 gegenübergestellt.

Einrichtung/ erreichte Kinder % Prophylaxeimpuls <sup>1</sup>	Kitas		Grundschulen		weiterführende Schulen		Förderschulen	
	2004	2006	2004	2006	2004	2006	2004	2006
<b>ein P-Impuls 2004/2006 Rhein-Erft-Kreis</b>	76,2	67,1	91,5	93,1	0,8	0,6	22,9	24,6
Reg. Bezirk Köln	79,1	84,1	74,5	85,0	37,8	20,7	53,6	41,9
NRW Gesamt	65,3	71,0	53,8	61,9	8,5	11,0	30,3	31,3
<b>2-4 P-Impulse 2004/2006 Rhein-Erft-Kreis</b>	9,0	38,8	77,9	68,8	0,2	0	9,5	7,2
Reg. Bezirk Köln	28,1	28,1	56,4	38,5		0		6,1
NRW Gesamt	40,9	42,9	23,2	26,1	0,5	0	12,9	12,3

Tabelle 17: Schwerpunkt der Gruppenprophylaxe im Bereich der Grundschulen im Rhein-Erft-Kreis, 2004<sup>2</sup>

Der Vergleich 2004 mit 2006 bezüglich einem Prophylaxeimpuls (ohne die zahnärztliche Untersuchung) zeigt für den Rhein-Erft-Kreis die Schwerpunktsetzung auf die Grundschulen. Eine Reduzierung der Zahlen ist bei den Kitas zu beobachten (erklärbar durch längerdauernde Krankheit einer Zahnärztin) und eine leichte Erhöhung bei den Förderschulen.

Im Vergleich mit dem Regierungsbezirk Köln liegt wiederum der Rhein-Erft-Kreis bei den Grundschulen höher, bei allen anderen Einrichtungsarten niedriger (Kitas) resp. deutlich niedriger vor allem bei Förderschulen und weiterführenden Schulen.

<sup>1</sup> Die Prozentzahlen errechnet auf Basis der Zahl der die Einrichtung besuchenden Kinder, nicht auf der Basis der tatsächlich erreichten Kinder. Die zahnärztliche Untersuchung ist in diesen Zahlen nicht enthalten.

<sup>2</sup> Quelle: Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Adaptierte Fassung 2005, Bielefeld, 2007

Im Vergleich zu NRW-Gesamt wird die ‚Spitzenposition‘ des Rhein-Erft-Kreises bei den Grundschulen deutlich; die Entwicklung von 2004 zu 2006 bei den Kitas verläuft gegenläufig zu NRW-Gesamt mit einer Abnahme in 2006 von 9,1%. Bei den weiterführenden Schulen liegt der Rhein-Erft-Kreis unter den Werten, bei den Förderschulen trotz leichter Steigerung in 2006 auch unter den Werten von Gesamt-NRW.

Bei zwei bis vier Prophylaxe-Impulsen wird die starke Stellung des Rhein-Erft-Kreises auch bei den Grundschulen sowohl im Vergleich zum Regierungsbezirk Köln als auch NRW deutlich. Bei den Kitas ist eine deutliche Steigerung zum Jahre 2006 zu verzeichnen (+29,8), so dass die Werte über denen des Regierungsbezirkes Köln, aber leicht unter denen von Gesamt NRW liegen. Die leichte Abnahme der Werte bei den Förderschulen liegt zwar im NRW-Trend, die Werte insgesamt liegen darunter.

Bei den Zahlen für Gesamt NRW ist eine enorme Streuung der Werte festzustellen bei allen Institutionen (Kitas: ab 17,7%; Grundschulen ab 2,4%; weiterführende Schulen werden von 24 [von 54] Kommunen gar nicht erreicht; Förderschulen in 34 Kommunen gar nicht).

Ein Vergleich der Jahre 2003–2006 Gesamt-NRW ergibt folgendes Bild:

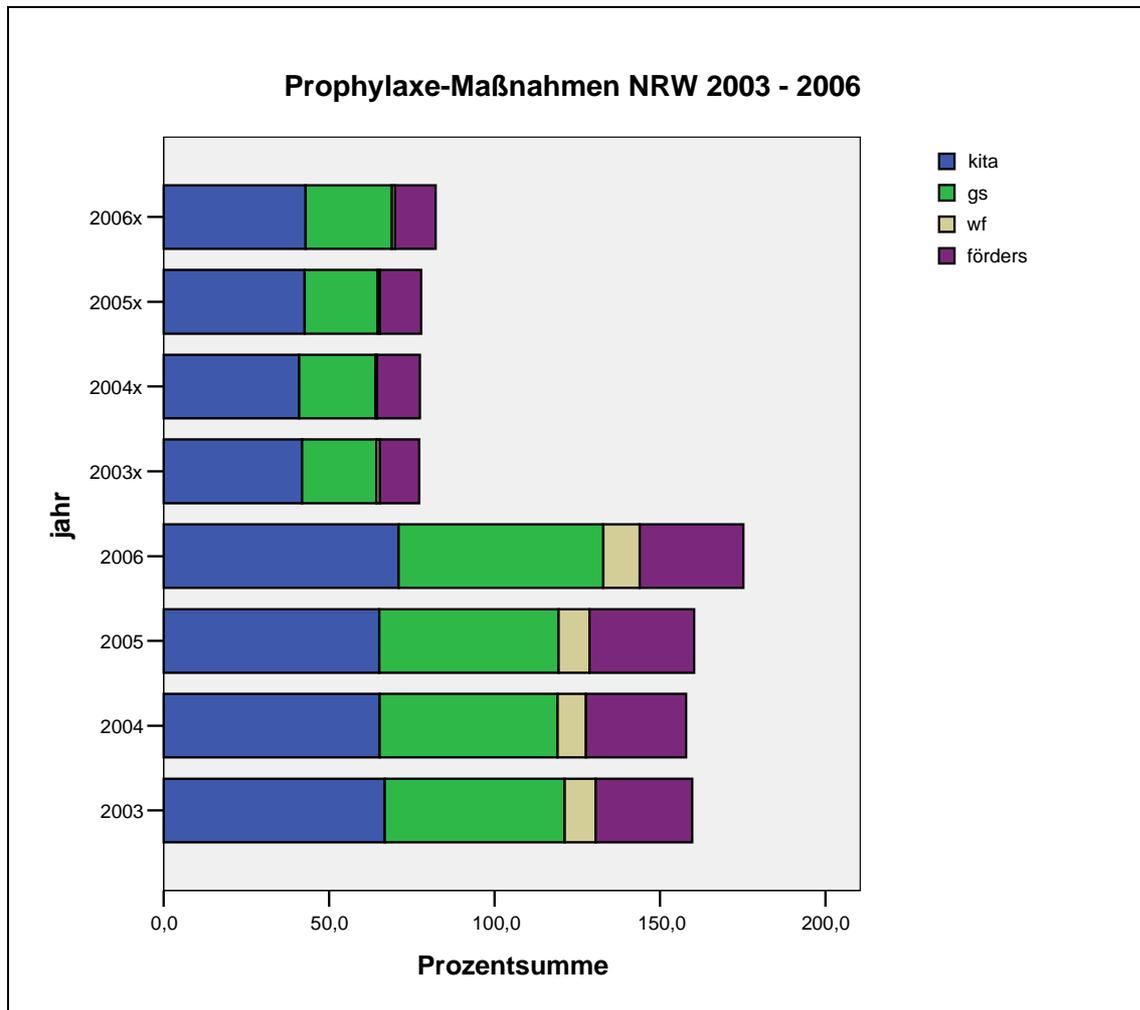


Abbildung 6: Gleichbleibende Aktivitäten bei den gruppenprophylaktischen Maßnahmen in NRW nach Institutionen 2003–2005<sup>1</sup>

Die Impulse bei der Gruppenprophylaxe bleiben in den Jahren 2003–2006 in unterschiedlicher Höhe fast konstant.

Insgesamt ergibt sich ein heterogenes und nicht flächendeckendes Angebot an Gruppenprophylaxe. Das Ziel, dass zumindest in sozialstrukturell schwierigen Gebieten diese Maßnahme angeboten wird, muss als nicht erreicht bezeichnet werden.

<sup>1</sup> Datenquelle: LÖGD, Indikator 7.10 [www.loegd.nrw.de](http://www.loegd.nrw.de) [27.11.2007], Aufsummierung der Prozentzahlen nach Jahren/ ein Impuls [Jahr]/ zwei-vier Impulse [Jahrx]

## 2 Daten zur Prophylaxe – Sonderaktionen wie Vorträge, Workshops und Feste/Jugendzahnärztlicher Dienst Rhein-Erft-Kreis

Schuljahr	erreichte Kinder/Jugendliche	erreichte Eltern/ Multiplikatoren
2001/2002	539	139
2002/2003	926	223
2003/2004	817	156
2004/2005	701	150
2005/2006	1269	520

**Tabelle 18: Sonderaktionen des Jugendzahnärztlichen Dienstes 2001–2006 zur Kariesprophylaxe im Rhein-Erft-Kreis<sup>1</sup>**

## 3 Methodische Anmerkungen zur Datenlage

Gruppenprophylaxe wird gemäß §21 SGB V von den Krankenkassen in Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen durchgeführt. Auch im Rhein-Erft-Kreis gibt es als organisatorischen Zusammenschluss dazu den Arbeitskreis Zahngesundheit. Die Datenhaltung für Gruppenprophylaxe liegt bei der federführenden AOK in Hürth.

Leider ist es nicht gelungen, die Daten, welche an die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Nordrhein und Westfalen-Lippe jährlich gemeldet werden, für Zwecke der kommunalen Gesundheitsberichterstattung als Datei zu erhalten.

Nach Fertigstellung der ersten Fassung dieses Gesundheitsberichtes hat sich herausgestellt, dass der Austausch von Daten sich zwischen dem ZÄD und der AOK in Papierform vollzieht. Ein entsprechender Ordner ist bei einem Team des ZÄD vorhanden gewesen und der GBE im November 2007 zur Verfügung gestellt worden. Auf Wunsch der Amtsleitung ist ein zweiter Datenfile erstellt worden. Es werden hier einige ausgewählte Ergebnisse berichtet.

---

<sup>1</sup> Quelle: ZÄD Dienst, schriftliche Mitteilung 2007

## 4 Fluoridierung als gruppenprophylaktische Maßnahme

Fluoridierung ist gemäß §21 SGB 5 Bestandteil der Gruppenprophylaxe.

Es stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung.<sup>1</sup>

- *Fluoridtabletten:*  
Für die Gruppenprophylaxe sind diese inzwischen nicht mehr vorgesehen. Stattdessen soll die Fluoridierung mit Zahnpasta und Fluoridsalz stattfinden.
- *Wöchentliches Einbürsten von Fluoridgel im Klassenverband:*  
Die Methode ist effektiv und sicher, allerdings zeit- und personalintensiv. Die Gel-Einbürstungen durch entsprechend informierte LehrerInnen werden teilweise unregelmäßig und ungenau durchgeführt.
- *Halbjährliche Applikation von fluoridierten Lösungen/Lacken durch Fachpersonal in der Einrichtung:*  
Diese Methode nimmt einen besonderen Stellenwert ein.

Nach einer Arbeit von Prof. Dr. Stefan Zimmer, für die er 2006 den Hufeland-Preis erhielt, ist die Anwendung von Fluoridlack die Methode der Wahl zur Kariesvorsorge in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit entsprechend hohem Kariesrisiko und niedriger Compliance.<sup>2</sup>

## 5 Halbjährliche Fluoridlackapplikation im Rhein-Erft-Kreis

Im Rhein-Erft-Kreis werden schwerpunktmäßig in einigen Einrichtungen mit besonders hohem Kariesrisiko Fluoridierungen mit Duraphat-Fluoridlack durchgeführt. In den Kommunen Bergheim, Bedburg und Hürth werden sowohl die Grundschulen in sozial schwierigen Bereichen als auch die Hauptschulen mit Fluoridlack betreut. In den drei Kommunen Bergheim, Bedburg und Hürth besteht also eine schulübergreifende Karies-Prophylaxe.

Im Stadtteil Bergheim-Südwest wird mit Beginn des Schuljahres 2006/2007 die Fluoridierung auch schon im städtischen Kindergarten (Familienzentrum Kita Abenteuerland) angeboten, so dass dieser Stadtteil mit Beginn der Milchzahnsprechstunde für Kleinkinder (sofern diese wahrgenommen wird) bis hin zur Hauptschule kontinuierlich mit Angeboten der Kariesprophylaxe versorgt wird.

Vergleiche in ca. fünf Jahren z.B. mit ähnlichen Wohngebieten in Bergheim, Quadrath-Ichendorf, Elsdorf oder Ahe können die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien über Kariesprophylaxe bestätigen.

---

<sup>1</sup> vgl. weiterführend Kapitel 12: Empfehlungen und Wege zu Mund- und Zahngesundheit

<sup>2</sup> vgl. Kapitel 12: Empfehlungen und Wege zur Mund- und Zahngesundheit

## 6 Daten zur Elternarbeit in Kitas und Grundschulen

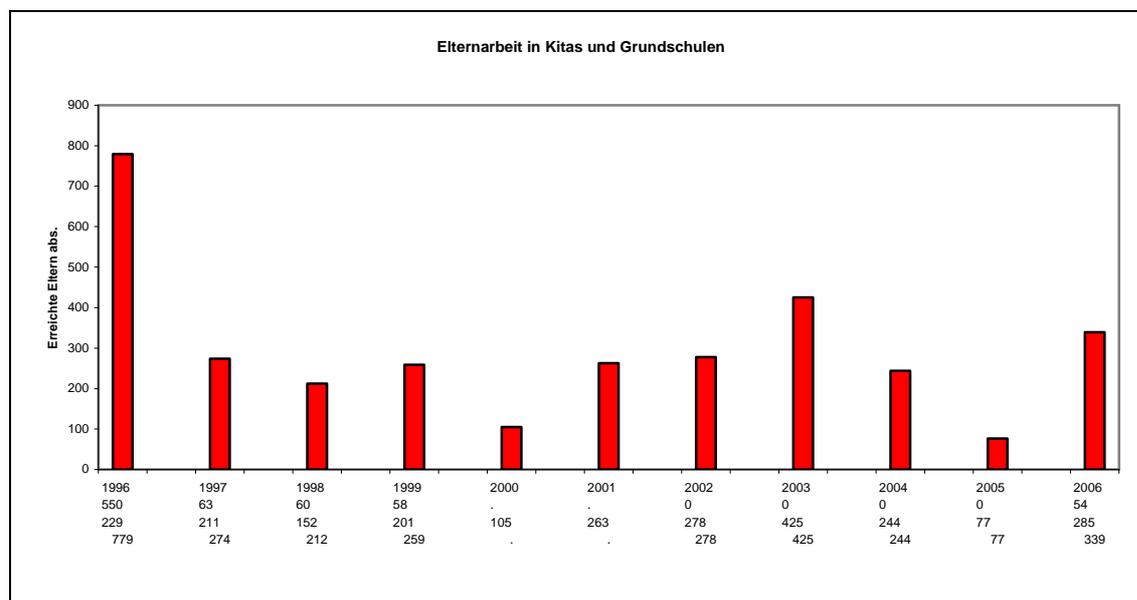


Abbildung 7: Elternarbeit in Grundschulen (erste Zahl unter Jahreszahl) und Kindertagesstätten (zweite Zahl unter Jahreszahl) – erreichte Eltern (dritte Zahl unter Jahreszahl) von 1996–2006<sup>1</sup>

Der Schwerpunkt der Elternarbeit liegt auf den Bereich Kindertagesstätten. Eltern von Schulkindern haben leider weniger Interesse an dieser gesundheitlichen Aufklärung.

<sup>1</sup> Quelle: Daten AK Zahngesundheit

## 7 Pophylaxeimpulse durch den Arbeitskreis Zahngesundheit

Die jährlichen Prophylaxeimpulse des Arbeitskreises Zahngesundheit (soweit dokumentiert) erreichen Zehntausende von Kindern (min. 30.000–max. über 80.000).

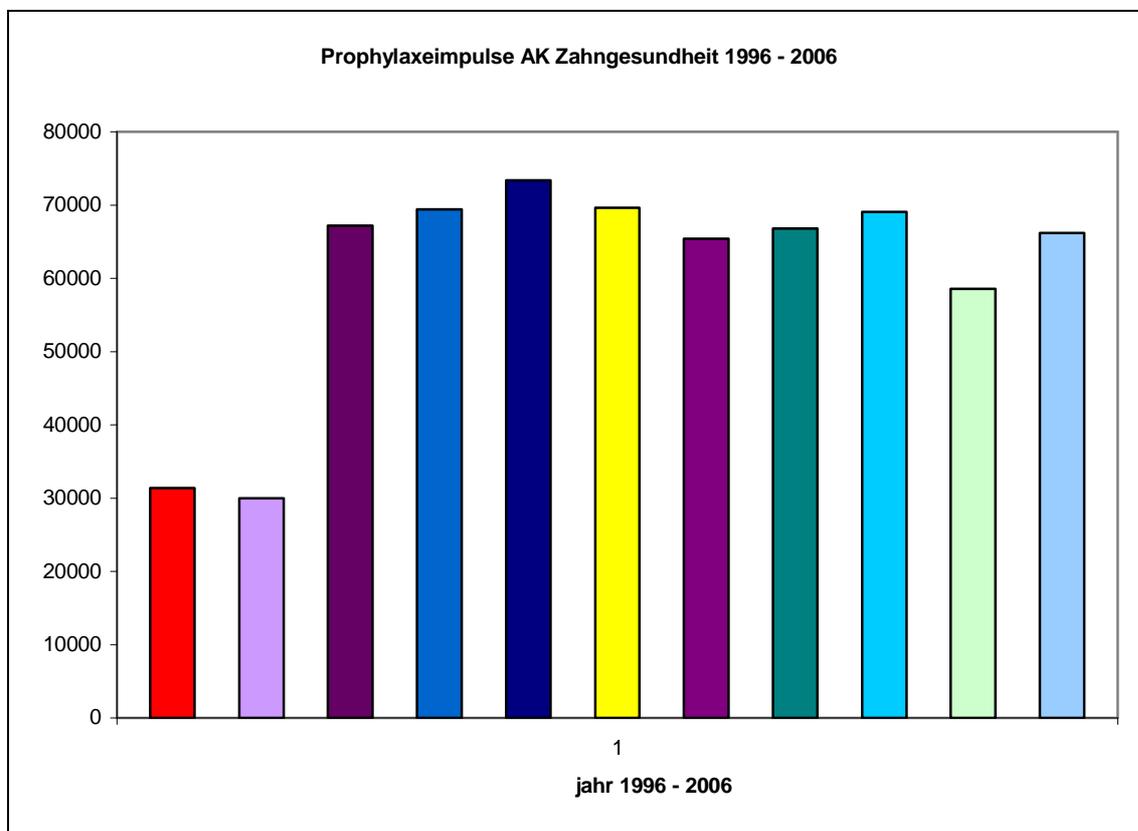


Abbildung 8: Zehntausende von Kindern werden von den Prophylaxeimpulsen im Rhein-Erft-Kreis erreicht, Aufsummierung von zahnärztlichen Untersuchungen und Prophylaxeimpulsen 1996–2006

## 8 Daten des Arbeitskreises Zahngesundheit – Gelee- und Lackfluoridierung als prophylaktische Maßnahmen

Schuljahr/Schulen	Hort	Grundschule	Hauptschule	Förderschule	Gesamt
2001/2002 11 Grundschulen Gelee	54	1.114	-	-	1.168
Lack 1 GrundS 2 Förder 1 HauptS (durchgeführte Lackierungen)	-	98 (nicht erfasst)	113 (nicht erfasst)	83 (nicht erfasst)	294
<b>Gesamt Einverständnis 2001/2002</b>					1.462
2002/2003 12 Grundschulen Gelee	19	1.112			1.131
Lack 2 HauptS 3 GrundS 3 FörderS (durchgeführte Lackierungen)	0	396 (234)	226 (411)	113 (180)	735 (825)
<b>Gesamt Einverständnis 2002/2003</b>					1.866
2003/2004 13 Grundschulen Gelee	-	1.041	-	-	1.041
Lack 2 HauptS 4 GrundS 4 FörderS (durchgeführte Lackierungen)	-	606 (708)	248 (464)	179 (281)	1.033 (1.453)
<b>Gesamt Einverständnis 2003/2004</b>					2.074
2004/2005 11 Grundschulen Gelee	-	1.091	-	-	1.091

Schuljahr/Schulen	Hort	Grundschule	Hauptschule	Förderschule	Gesamt
Lack 2 HauptS 5 GrundS 4 FörderS (durchgeführte Lackierungen)	-	834  (1.234)	222  (404)	223  (404)	1.279  (2.042)
<b>Gesamt Einverständnis 2004/2005</b>					2.370
2005/2006 10 Grundschulen Gelee	-	1.074	-	-	1.074
Lack 2 HauptS 6 GrundS 4 FörderS (durchgeführte Lackierungen)	-	986  (1.784)	215  (372)	240  (359)	1.441  (2.515)
<b>Gesamt Einverständnis 2005/2006</b>					2.515

**Tabelle 19: Gelee- und Lackfluoridierung im Bereich Prophylaxe von Kindern in ausgewählten Horten, Grundschulen, Förderschulen und Hauptschulen des Rhein-Erft-Kreises 2001–2006<sup>1</sup>**

Die Basisprophylaxe umfasst zwei bis vier Prophylaxeimpulse, neben der zahnärztlichen Untersuchung eine zweimalige Fluoridierung. Unter Intensivprophylaktischer Maßnahme wird eine viermalige Lackfluoridierung verstanden im Rahmen von insgesamt sechs Prophylaxeimpulsen. Die zahnärztliche Untersuchung ist ein notwendiger, zusätzlicher Bestandteil der kompletten Basis – als auch Intensivprophylaxe.

Hier können die Zahlen berichtet werden ausgewählter Schulen im Rhein-Erft-Kreis. Die Zahlen geben sowohl die zweimalige Lackfluoridierung wieder als auch die Zahl der Gesamtfluoridierungen (= Zahlen in Klammern), berechnet jeweils auf das Schuljahr. Zusätzlich ist die Zahl der Kinder mit Einverständniserklärung zur Fluoridierung dokumentiert worden.

Zur Errechnung der tatsächlichen Erreichung einer Fluoridierung mit dem erwünschten Standard der Lackfluoridierung kann hier nur auf die Zahlen ausgewählter Schulen zurückgegriffen werden.

<sup>1</sup> Quelle: Daten des Arbeitskreises Zahngesundheit – Prophylaxefachkräfte der Krankenkassen.

Es werden die Zahlen der Kinder mit Einverständniserklärung berichtet, welche Voraussetzung für diese Maßnahme ist. Davon zu unterscheiden ist die Zahl der Kinder, die jeweils an zwei Terminen tatsächlich mit Lack behandelt worden sind. (in Klammern Gesamtanzahl der Lackfluoridierungsmaßnahmen im jeweiligen Schuljahr)

Schulform	vorhanden im Rhein-Erft-Kreis	durch Fluoridmaßnahmen erreicht ( 2005/2006)
Grundschulen	79	6
Hauptschulen	14	2
Realschulen	15	0
Gymnasien	14	0
Gesamtschulen	5	0
Förderschulen	18	4
Gesamt	145	13

**Tabelle 20: Prophylaxemaßnahmen mit Fluoridierungen erreichen nur wenige Schulen im Rhein-Erft-Kreis<sup>1</sup>**

Nach Einschätzung des Zahnärztlichen Dienstes ist es nicht unbedingt erforderlich, dass in allen Schulen diese Fluoridierungen durchgeführt werden müssen. Eine Schwerpunktsetzung auf die Einrichtungen, in denen nach der zahnärztlichen Untersuchung besonders hohe Raten von Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen ermittelt worden sind, wird vorgeschlagen.

## 9 Empfehlungen zur Kariesprophylaxe im Rhein-Erft-Kreis

Die Beschränkung der Basisprophylaxe mit Fluoridierung auf einige Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises sollte aufgehoben werden. Vielmehr sollte – zumindest in den Förderschulen, in den Risikogrundsschulen und Hauptschulen – in allen Gemeinden eine komplette Kariesprophylaxe durchgeführt werden.

Es sollten einige Sozialindikatoren bereits bei der Untersuchung in Kitas erhoben werden, um entsprechende Risikogruppen frühzeitig identifizieren zu können.

Die derzeitige Arbeitssituation des Zahnärztlichen Dienstes bedingt eine Prioritätensetzung auf die Untersuchungstätigkeit. Die Fluoridierung kann vom Zahnärztlichen Dienst nicht für alle Gemeinden geleistet werden. Hier sollten kreative Überlegungen angestellt werden, um eventuell auch geeignete Kooperationsmodelle mit ambulant tätigen Zahnarztpraxen verbindlich einzuführen.

Die sogenannte ‚Kariespolarisation‘, d.h. der überproportionale Kariesbefall auf eine kleine Gruppe von sozial benachteiligten Kindern sollte zu risikospezifischen Betreuungs- und Präventionsformen führen. Dann sollte die Betreuung von HauptschülerInnen und FörderschülerInnen ein Schwerpunkt mit einer Verzahnung von gruppenprophylaktischen und individualprophylaktischen Maßnahmen sein.

<sup>1</sup> Stand: Schuljahr 2005/2006

Eine intensivprophylaktische Betreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe als auch Individualprophylaxe bei niedergelassenen ZahnärztInnen könnte die gesundheitliche Benachteiligung kompensieren. Stigmatisierungseffekte können dann vermieden werden, wenn im Setting-Ansatz gearbeitet wird, d.h. alle SchülerInnen einer Schulform in die Prophylaxemaßnahmen einbezogen werden.<sup>1</sup>

Weiterführend ist hier ein Ansatz aus Berlin, in dem Integrierte Versorgung in einem ‚belasteten Stadtteil‘ angeboten wird: Allgemeinmedizinische Praxis und Zahnmedizinische Praxis arbeiten zusammen.<sup>2</sup>

Über Modelle der Kooperation mit einer Mischfinanzierung aus Kassenleistungen und ÖGD über die derzeitigen Tätigkeiten des Arbeitskreises Zahngesundheit hinaus kann auch im Bereich der Zahngesundheit/zahnmedizinische Behandlungen nachgedacht werden: schließlich besteht im Rhein-Erft-Kreis mit dem Sozialpädiatrischem Zentrum ein derartig umgesetztes (Finanzierungs-) Modell.

## 10 Zusammenfassung

Der Arbeitskreis Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis erreicht im Bereich der Basisprophylaxe insbesondere im Bereich der Grundschulen eine überdurchschnittlich hohe Leistung. Dies setzt sich mit etwas niedrigeren Werten fort bei den Kindertagesstätten. Förderschulen werden unterdurchschnittlich betreut, was auch von der Kooperation des dort tätigen Personals mitbedingt ist. Aus Personalmangel werden die weiterführenden Schulen nicht betreut, außer Hauptschulen.

Die Fluoridierungsmaßnahmen von SchülerInnen wäre sinnvoll, wenn über einen Zeitraum von sechs Schuljahren regelmäßig Fluorid appliziert werden würde. Dies bedeutete beispielsweise vier Jahre Grundschule und zwei Jahre Hauptschule.

Risikoscreening und Nachhaltigkeit bedürfen der Prioritätensetzung des ZÄD, solange keine flächendeckende Fluoridierung möglich ist.

Es wird vorgeschlagen, insbesondere auf Förder- und Hauptschulen ein besonderes Augenmerk zu legen. Insgesamt erreicht die Arbeit des Arbeitskreises Zahngesundheit Tausende von SchülerInnen. Das Erreichen der Eltern gelingt mehrheitlich in den Kindertagesstätten.

---

<sup>1</sup> vgl. Kapitel 3, speziell 5.1.6 Integrierte Maßnahmeempfehlungen für Hochrisikokinder

<sup>2</sup> Falk 2000



## **Design und Daten der jugendzahnärztlichen Untersuchungen durch den ÖGD im Rhein-Erft-Kreis**

### **1 Untersuchungsdesign der jugendzahnärztlichen Untersuchung**

#### **1.1 Unterschiedliche gesetzliche Zugangswege für jugendzahnärztliche Untersuchungen in den Bildungseinrichtungen**

Für die zahnärztlichen Untersuchungen in Schulen gibt es eine gesetzliche Regelung. Hier werden die Eltern durch ein Informationsschreiben auf den Besuch des Zahnärztlichen Dienstes vorbereitet.

Anders sieht es in den Kindertagesstätten aus: hier müssen die Eltern ein gesondertes Einverständnis schriftlich erteilen.

In einigen Kindertagesstätten wird das Verfahren insofern vereinfacht, als dass Eltern bei Aufnahme ihres Kindes in die Kita gebeten werden, dieses Einverständnis für alle medizinischen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes während der gesamte Kita-Zeit zu geben. Diese Regelung ist best-practice-verdächtig, oder anders ausgedrückt: warum nicht überall so?

#### **1.2 Untersuchungssituation**

Eine zahnärztliche Untersuchung bedarf einiger Basisvoraussetzungen: hier ist Licht erforderlich. Das bedeutet konkret, dass es einen Raum mit Tageslicht geben muss. Das Tragen einer Kopflampe ist nicht für jede Untersucherin angenehm. Die SchülerInnen werden je nach Alter teilweise einzeln in den Untersuchungsraum gerufen oder auch in einer Gruppe.

Die regelmäßig wiederholte zahnärztliche Untersuchung in Kita und Schule dient neben der (Zahn/Befund-) Erhebung ganz wesentlich dem ‚Angstabbau‘. Nach wie vor haben viele Erwachsene (Eltern) massive Ängste vor dem Zahnarzt und ‚vererben‘ diese an ihre Kinder weiter.

Die Gemeinschaft der Gruppe/Klasse, das Vorbild älterer Kinder, die Sicherheit hilft vielen Kindern, sich an einen entspannten zahnärztlichen Kontakt zu gewöhnen. Deshalb wird in Kitas und Grundschulen in engem Kontakt mit der Gruppe untersucht. Altersentsprechend finden in weiterführenden Schulen Einzeluntersuchungen statt.

#### **1.3 Wegfall der flächendeckenden jugendzahnärztlichen Untersuchung durch den ÖGD**

Nach dem Konzept des ZÄD sollte in Kitas, Grundschulen, Förderschulen und Hauptschulen flächendeckend untersucht werden. Infolge inkompletter Daten<sup>1</sup> kann in diesem Bericht keine Aussage über die Flächendeckung bei Kitas, Grundschulen, Förderschulen und Hauptschulen gemacht werden.

Bei anderen weiterführenden Schulen fällt die jährliche zahnärztliche Untersuchung seit Jahren infolge der Personallücke weg. Allerdings werden bei Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen alle drei

---

<sup>1</sup> siehe Punkt 2

Jahre Stichprobenuntersuchungen durchgeführt. Es wird bei den jährlichen Reihenuntersuchungen die Priorität auf Kitas und Grundschulen gelegt.<sup>1</sup>

#### **1.4 Jugendzahnärztliche Untersuchung durch den ÖGD und Gruppenprophylaxe**

Durch die Kooperation im Arbeitskreis Zahngesundheit können die basisprohylaktischen Maßnahmen bei Kitas und Schulen übers Jahr verteilt werden. Es werden die Kitas zwei- bis dreimal im Jahr beachtet, die Schulen dreimal. Es erfolgt eine zeitliche Abstimmung zwischen Zahnärztlichem Dienst und Prophylaxebesuchen zur gleichmäßigen Verteilung der Intervalle.

#### **1.5 Fortlaufende Aktivitäten**

Der jährliche Tag der Zahngesundheit wird nach wie vor veranstaltet als Gemeinschaftsaktion des Arbeitskreises Zahngesundheit.

## **2 Daten der Jugendzahnärztlichen Untersuchungen**

Die Dokumentation der Befunderhebung bei den jugendzahnärztlichen Untersuchungen in den verschiedenen Einrichtungen erfolgt mit einer nicht weiter gepflegten und auch daher fehlerbehafteten Software.<sup>2</sup> Die aggregierten Daten für jede untersuchte Einrichtung werden per Hand in Excel-Tabellen eingetragen.

Insgesamt lagen für diesen Bericht von vier Teams über zehn Jahre – jeweils getrennt nach Halbjahren – von fünf Einrichtungsarten Daten in Form von Excel-Tabellen vor. Diese insgesamt 400 Datensätze wurden in eine Datei überführt und nach SPSS exportiert. Eine Datenprüfung wurde insoweit durchgeführt, als dass augenscheinliche Eingabefehler bereinigt wurden und einige unvollständige Datensätze aus der Analyse ausgeschlossen wurden. Diese Arbeiten sowie die Erstellung eines zweiten Datenfiles sind sehr zeitaufwändig gewesen.

Für diesen Bericht werden die Variablen ausgewählt, die für alle Einrichtungen gleichermaßen erhoben worden sind bzw. berechnet werden konnten. Es werden berichtet:

- naturgesunde Gebisse nach Einrichtungsart in den vergangenen zehn Jahren,
- Daten zu Risikoeinrichtungen,
- die gruppierten Mittelwerte der behandlungsbedürftigen Gebisse nach Gemeinde für den gesamten Beobachtungszeitraum (1996–2006), um einen überblickartigen interkommunalen Vergleich anstellen zu können,

---

<sup>1</sup> siehe dazu auch Kapitel 8

<sup>2</sup> vgl. Kapitel 7

- Daten (Mittelwerte) nach Jahren, um einen Eindruck von der Veränderung der Ergebnisse im Zeitverlauf zu bekommen,
- Daten im Zeitverlauf nach Einrichtungsarten und
- besondere Handlungsbedarfe nach Einrichtungen.

Dabei stehen unterschiedlich viele Datensätze der jeweiligen Einrichtungen zur Verfügung.

Einrichtung	Anzahl der Einrichtungen/ ZÄD gemeldet <sup>1</sup>	Anzahl der in den Datensatz aufgenom- menen Einrichtun- gen in den ver- gangenen zehn Jahren = Datenfile ZÄD	Anzahl der unter- suchten Einrichtun- gen = Datenfile des Arbeitskreises Zahn- gesundheit
Gesamtschulen	5	1	nicht gesondert aus- gewiesen
Gymnasien	14	5	nicht gesondert aus- gewiesen
Realschulen	15	5	nicht gesondert aus- gewiesen
Hauptschulen	14	68	128
Förderschulen	18	103	189
Grundschulen	79	518	874
Kindertagesstätten	241	1.579	2526
Sonstige, zusammengefasst: HS/RS/Gym/RS/Gym/GesS	-	-	124
<b>Gesamt</b>	<b>386</b>	<b>2.279</b>	<b>3.841</b>

**Tabelle 21: Bereinigter Datensatz der Jugendzahnärztlichen Untersuchungen 1996–2006 als Basis der Gesundheitsberichterstattung im Vergleich zum Datensatz des Arbeitskreises Zahngesundheit**

<sup>1</sup> Stand: 2007

Im Folgenden wird berichtet anhand beider Datenfiles über die naturgesunden Gebisse nach Einrichtungsart. Anschließend wird begründet, warum einer der Files des ZÄD für die weitere Berichterstattung genommen wird.

### 3 Naturgesunde Gebisse nach Einrichtungsart – Methodische Diskussion

Zusammengefasst ergeben sich dabei folgende Ergebnisse bei den Mittelwerten naturgesund; d.h. in den untersuchten einzelnen Einrichtungen sind in den letzten zehn Jahren entsprechende Prozente von Kindern mit naturgesunden Gebissen:

Einrichtung	Anzahl der untersuchten Kinder in den vergangenen zehn Jahren lt. Datenfile ZÄD	naturgesunde Gebisse/% der Kinder lt. Datenfile ZÄD	Anzahl der untersuchten Kinder in den vergangenen zehn Jahren lt. Datenfile AK Zahngesundheit	Naturgesunde Gebisse lt. Datenfile AK Zahngesundheit
Kindertagesstätten	73.387	68,4	95.152	65,6
Gymnasien	585	56,9	*	nicht separat ausgewiesen
Grundschulen	116.213	51,5	149.668	59,9
Gesamtschulen	144	51,4	*	nicht separat ausgewiesen
Realschulen	500	36,7	*	nicht separat ausgewiesen
Förderschulen	9.661	34,0	12.891	33,3
Hauptschulen	8.087	34,1	10.982	32,6
sonstige		[Mittelwert Gy, GesS, RS: 48,3]	3.370	47,9
<b>Gesamt</b>	<b>208.568</b>		<b>272.064</b>	

Tabelle 22: : Ergebnisse der Jugendzahnärztlichen Untersuchungen in den vergangenen zehn Jahren – naturgesunde Gebisse nach Kinder/Einrichtung sowie Gesamtzahl der untersuchten Kinder nach Einrichtungen anhand von zwei unterschiedlichen Datenfiles

Diese Zahlen beziehen sich einmal auf den bereinigten Datensatz des ZÄD, aus dem zwölf Datensätze aus der Analyse ausgeschlossen werden mussten. Infolge der softwarebedingten Datenverluste sowie der Einzeleingabe ist eine gewisse Fehlerquote bei einem so gearteten Verfahren nicht auszuschließen. Zum Vergleich wird anhand des separat erstellten Datenfiles berichtet, der erstellt wurde aus der auf Papier vorliegenden Dokumentation des Arbeitskreises Zahngesundheit.

Die Grundgesamtheit ist zwar nicht genau bekannt, aber beide Dateien beziehen sich auf Teilmengen der gleichen Grundgesamtheit. Anhand des Vergleichs der Mittelwerte der naturgesunden Gebisse ergeben sich keine großen Unterschiede für die Einrichtungen, die vergleichbar sind (Kitas, Grundschulen, Förderschulen, Hauptschulen; sowie eingeschränkt: Sonstige).

Da die Daten zu den naturgesunden Gebissen immer auf dem Zahlenmaterial des ZÄD beruhen, ist hieraus zweierlei zu schließen: bei den unterschiedlichen Zahlen handelt es sich erstens wahrscheinlich um Übertragungsfehler (bei Handschriftlichkeit erwartbar). Zweitens ist es sinnvoll, wegen der weniger starken Aggregation der Einrichtungstypen im ZÄD-Datensatz bei den weiterführenden Schulen, diesen Datensatz zumindest bei der Berichterstattung über einrichtungsspezifische Ergebnisse heranzuziehen.

Außerdem enthält der ZÄD-Datensatz Variablen, die in dem Datenfile des AK Zahngesundheit nicht enthalten sind (beispielsweise Gemeinden), so dass Einrichtungstyp nach Gemeinde zur Verfügung steht.

Bei dem Datenfile des AK Zahngesundheit sind demgegenüber die Daten hoch aggregiert nach Einrichtungstyp für den gesamten Rhein-Erft-Kreis.

Es sollte auf keinen Fall von den hier berichteten Daten auf die tatsächlichen Fallzahlen geschlossen werden und damit auf die Arbeitsleistung des Zahnärztlichen Dienstes resp. der Prophylaxefachkräfte. Es ist hochwahrscheinlich, dass die Fallzahlen noch höher sind, weil auch in der Dokumentation der Krankenkassen handschriftlich ‚nicht dokumentierte Fälle‘ vermerkt sind.

Es interessieren bei der Interpretation der Daten nicht so sehr die absoluten Zahlen, sondern die prozentuale Verteilung. Deshalb werden hier speziell die Mittelwerte berichtet.

#### 4 Naturgesunde Gebisse 1996–2006 nach Einrichtungsart

Zahnstatus %/ Einrichtung	naturgesund	saniert	behandlungsbedürftig
Kindertagesstätten n=1.565	68,4	5,4	26,2
Grundschule n=518	51,5	16,5	31,6
Förderschule n=103	34,0	22,4	42,7

Zahnstatus %/ Einrichtung	naturgesund	saniert	behandlungsbedürftig
Hauptschule n=68	34,1	26,9	19,7
Realschule n=5	36,7	48,9	14,2
Gymnasium n=5	56,9	35,1	6,9
Gesamtschule n=1	51,4	23,6	25,0
Gesamt N=2.265	61,8	9,5	27,9

**Tabelle 23: Ergebnisse der jugendzahnärztlichen Untersuchungen 1996–2006 nach Einrichtungsarten – Stichprobe/Befundklassen**

Die Tabelle gibt einen ersten groben Überblick über die Tendenz der Untersuchungsergebnisse: es werden die Mittelwerte der naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebisse in den vergangenen zehn Jahren nach Bildungsinstitution berichtet. Danach sind in den Hauptschulen und Förderschulen die schlechtesten Ergebnisse bezüglich Zahngesundheit zu verzeichnen. Erwartbar ist bei den jüngeren Kindern in den Kitas die Zahngesundheit am besten; allerdings knapp ein Drittel haben auch hier schon behandlungsbedürftige Zähne.

Es ist jedoch einschränkend bei der einrichtungsbezogenen Darstellung naturgesunder Gebisse zu beachten, dass eigentlich nach Einrichtungsart und Alter der SchülerIn berichtet werden müsste. Beispielsweise sind bei Grundschulen die Daten der 1. bis 4. Schuljahre zusammengefasst als Mischung aus Milchzähnen und bleibenden Zähnen: im ersten Schuljahr verteilt sich diese Mischung aber anders als im letzten Grundschuljahr mit mehr neuen, bleibenden Zähnen, die deshalb erhöht naturgesund erwartbar sind.

Ferner lässt sich bei den (niedrigen Fallzahlen der) weiterführenden Schulen aus der Rate der behandlungsbedürftigen Kinder außerdem herauslesen, dass hier Gruppenprophylaxe weniger nötig ist, weil diese Altersgruppe zum Zahnarzt geht/gehen kann, um sich die Zähne sanieren zu lassen. Die dem Personalmangel geschuldete Prioritätensetzung des ZÄD auf Kitas, Grundschulen, Förderschulen und Hauptschulen erscheint in diesem Licht noch einmal ausgesprochen sinnvoll.

## 5 Daten Kindertagesstätten

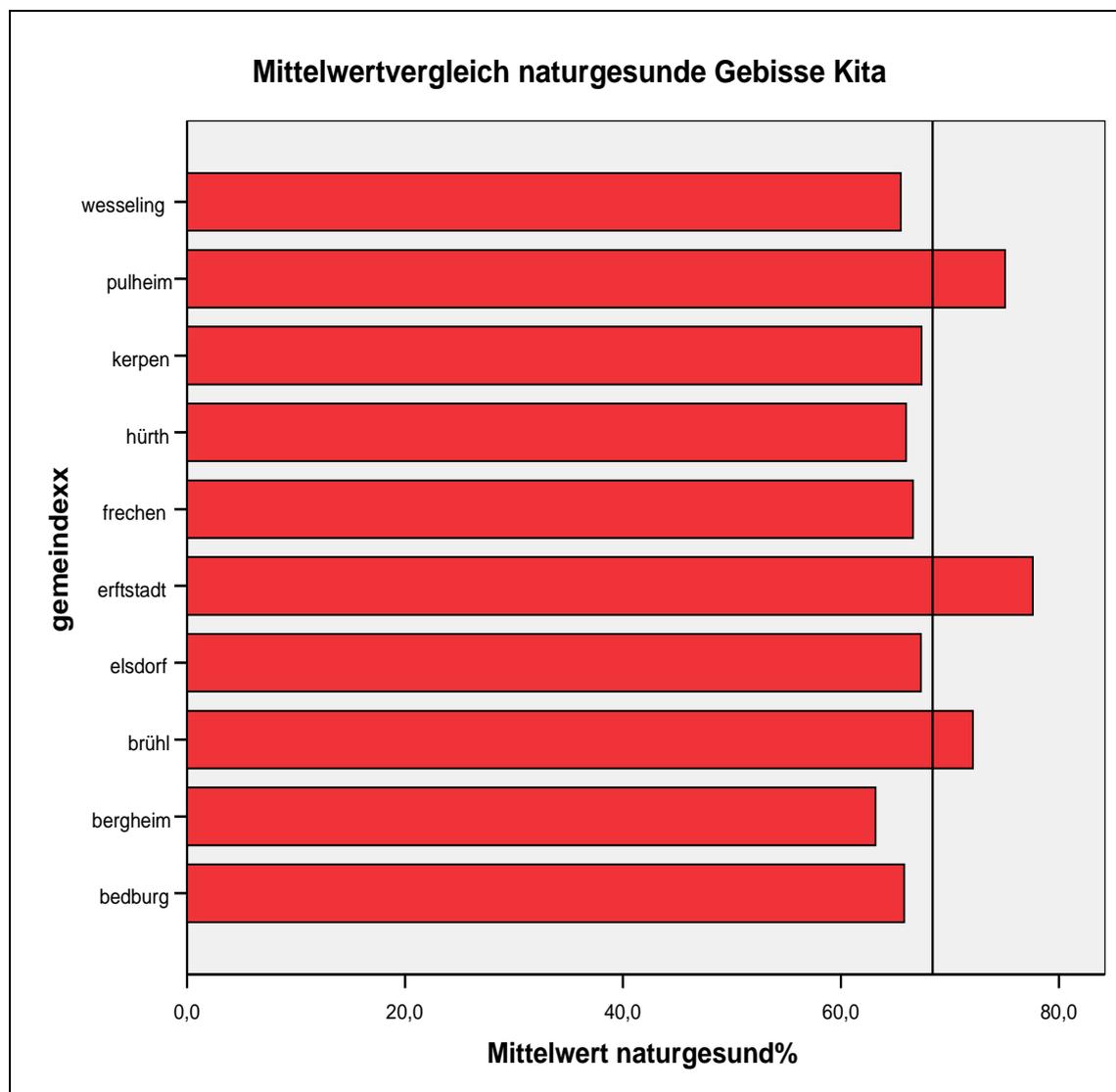
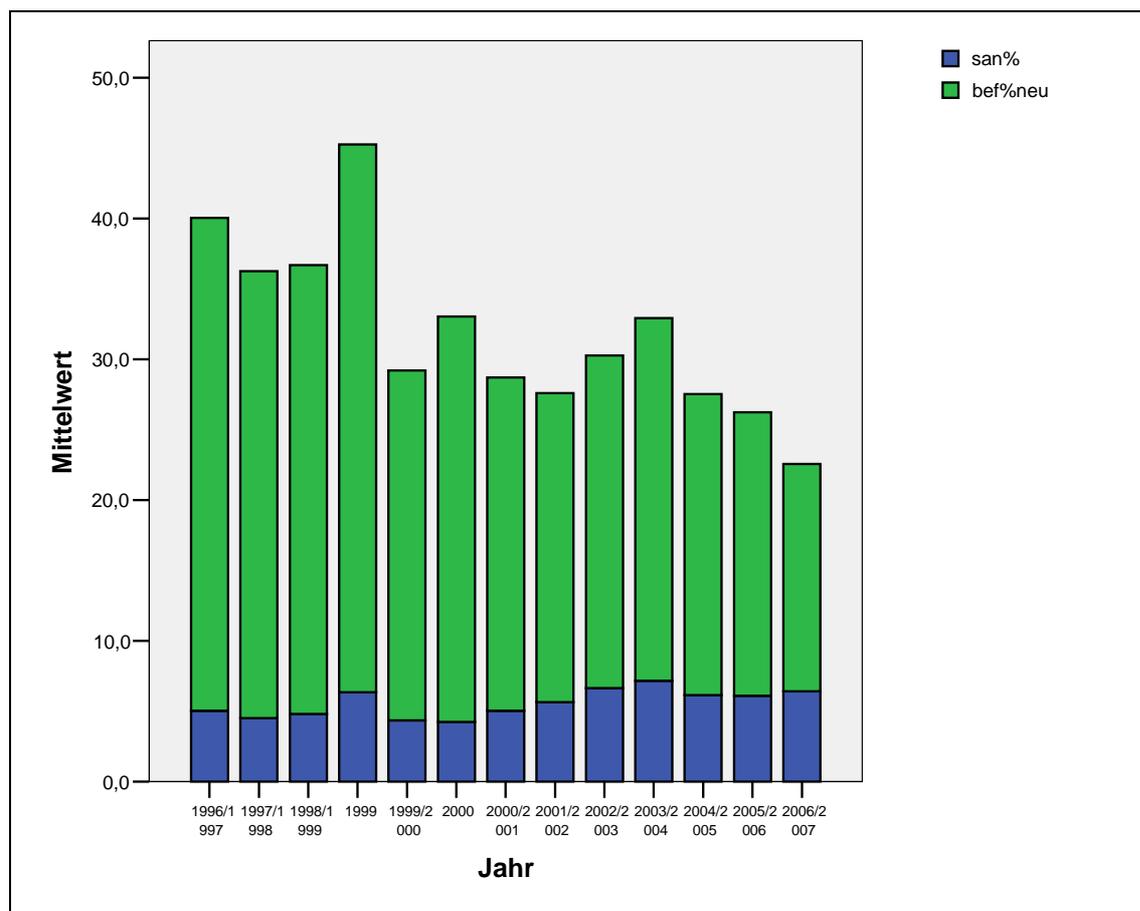


Abbildung 9: Mittelwertvergleich Befunde der Kindertagesstätten nach Gemeinden 1996–2006

Es kann mithilfe der vertikalen Linie (= Mittelwert aller Gemeinden für naturgesunde Gebisse) leicht abgelesen werden, dass drei Gemeinden (Brühl, Erftstadt und Pulheim) oberhalb des Durchschnittes liegen, während die anderen sieben Gemeinden unterhalb des Durchschnittes bei naturgesund liegen; oder anders ausgedrückt: die Rate der sanierten und behandlungsbedürftigen Gebisse bei Kindern in den Kindertagesstätten ist in diesen Gemeinden höher (Durchschnitt Gesamt naturgesund: 68,4%).



**Abbildung 10: Die Zähne von Kindertagesstättenkindern werden immer besser!?**  
 – Sanierte und behandlungsbedürftige Kinder in den Kindertagesstätten 1996–2006

Insgesamt gesehen könnte aus der Abbildung geschlossen werden, dass die Zähne der Kinder in den vergangenen zehn Jahren immer besser geworden sind. Sieht man sich die blauen Balken an, so ist unschwer zu ersehen, dass der Prozentsatz der sanierten Kinder leicht angestiegen ist resp. in den letzten drei Jahren fast konstant ist, während der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähne tatsächlich zurückgegangen ist.

## 6 Gruppierete Daten Gesamt Rhein-Erft-Kreis: alle Einrichtungen/Risikopolarisierung

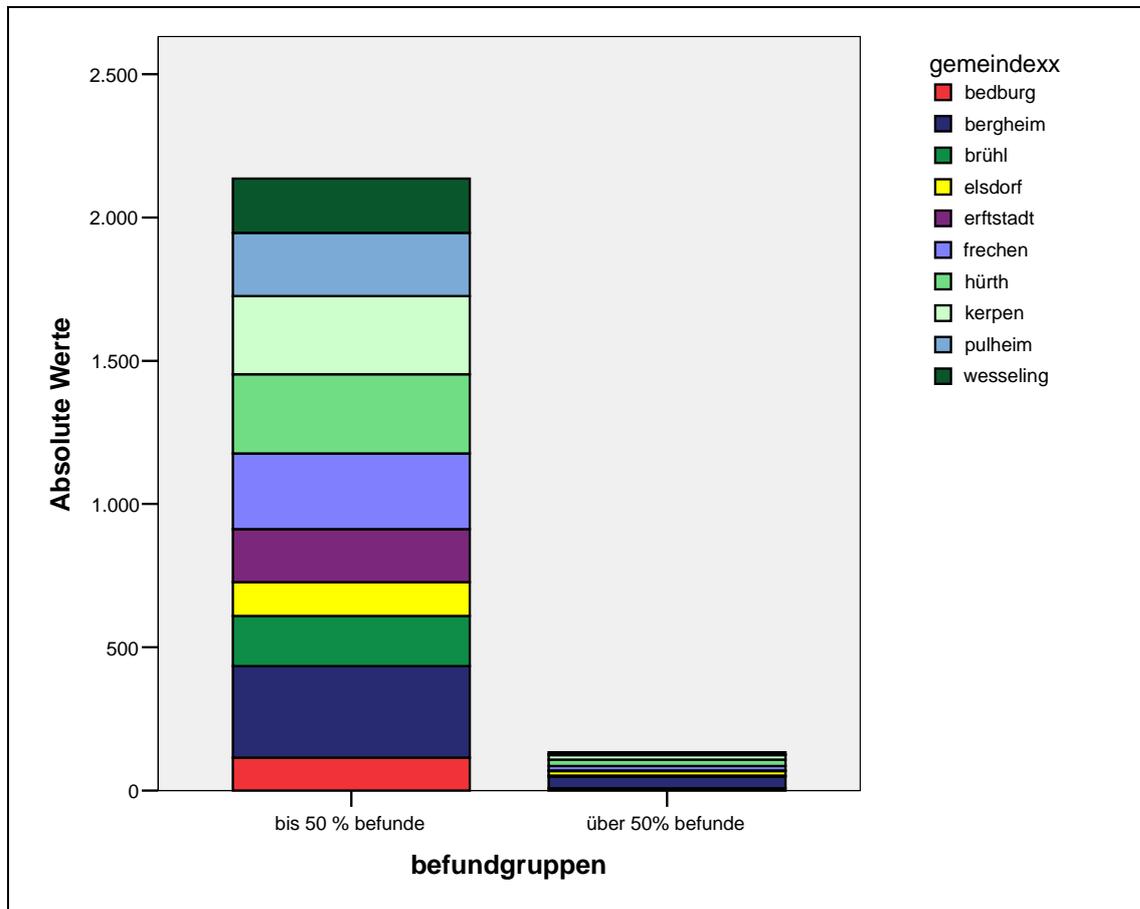
Einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis ist erhältlich, wenn die Daten von allen Einrichtungen im Zeitverlauf dargestellt werden. Dazu werden die Befunde in vier Gruppen eingeteilt, so dass sich jeweils ergeben Einrichtung/Jahr/naturgesund in Prozent:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 25	45	2,0	2,0	2,0
	bis 50	554	24,4	24,4	26,4
	bis 75	1132	49,9	49,9	76,3
	über 75	539	23,7	23,7	100,0
	Gesamt	2270	100,0	100,0	

**Tabelle 24: Viergruppige Verteilung von Einrichtungen naturgesund/jeweils Prozentanteil der Kinder naturgesund, Zeitraum: 1996–2006 Rhein-Erft-Kreis**

Hier wird bereits deutlich, dass es eine deutliche Verteilung von Risiken auf rund ein Viertel der Einrichtungen gibt (lediglich bis 50% naturgesund). Von den insgesamt 2.270 Einrichtungen, die in die Gesamtauswertung eingegangen sind, sind 134 Einrichtungen, in denen die Rate der Behandlungsbedürftigkeit bei 50% und mehr lag.

Die Polarisierung der Risikoeinrichtungen wird an folgender Graphik noch deutlicher:



**Abbildung 11: Eine kleine Zahl von Einrichtungen hat eine hohe prozentuale Rate behandlungsbedürftiger Gebisse, zusammengefasst 1996–2006**

Zur Veranschaulichung werden hier die absoluten Zahlen der Kinder berichtet.

Es sind in den 134 Einrichtungen, die eine Rate von über 50% behandlungsbedürftige Zähne haben, insgesamt 14.054 Kinder dokumentiert worden. Von denen haben insgesamt 7.848 behandlungsbedürftige Zähne; dies entspricht einem Prozentsatz von 55,8%.

## 7 Wie haben sich die Raten der Befunde im Zeitablauf verändert?

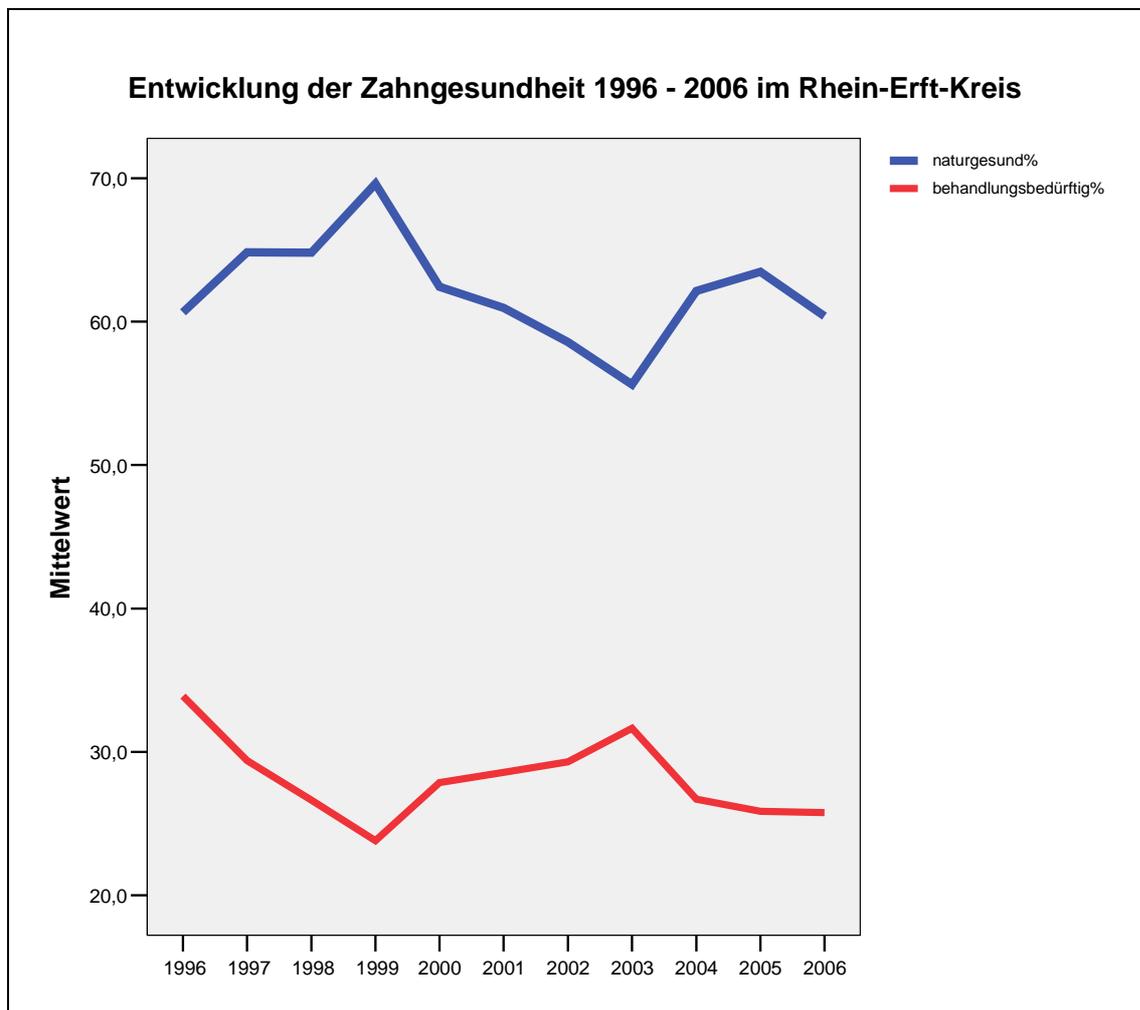


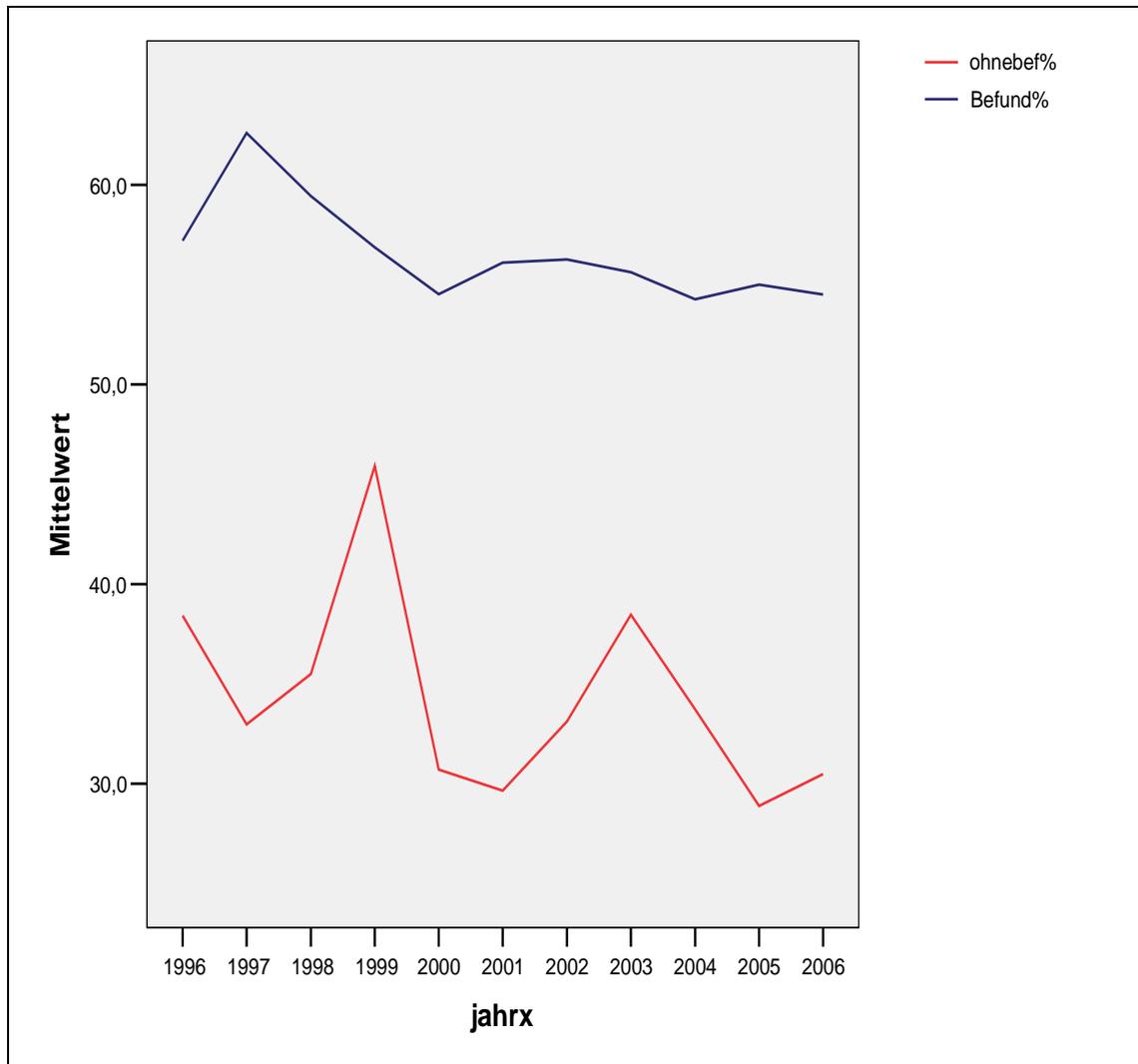
Abbildung 12: Verbesserung der Zahngesundheit im Zeitablauf 1996–2006/ alle Einrichtungen im Rhein-Erft-Kreis

Es ist zu beachten, dass der Anstieg im Jahre 2000 bei den behandlungsbedürftigen Zähnen an einer veränderten Dokumentation der behandlungsbedürftigen Zähne liegt: seit 2000 werden bei allen SchülerInnen auch die Schäden an den Milchzähnen dokumentiert. An den beiden Linien ist auffällig, dass der höchste Wert Behandlungsbedürftigkeit im Jahre 2003 liegt, um ab dann in den Folgejahren auf einem niedrigeren Wert sich zu stabilisieren. Bezogen auf die letzten drei Jahre kann also von einer kontinuierlichen Verbesserung der Zahngesundheit nicht gesprochen werden. Das liegt teilweise auch an dem personalbedingtem Schwerpunkteinsatz bei solchen Schulen mit erwartbar höherem Kariesrisiko.

Vielmehr sind gut ein Viertel der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen zu verzeichnen.

## 8 Rate der Befunde in den Risikoeinrichtungen

Sind die generellen Ergebnisse für alle Einrichtungen – die Stabilisierung der Rate behandlungsbedürftiger Gebisse – auch in den Risikoeinrichtungen anzutreffen (= Befunde > 50)?



**Abbildung 13: Rate behandlungsbedürftiger Gebisse bei ‚Risikoeinrichtungen‘ ist stärkeren Schwankungen unterworfen als bei der Gesamtheit der Einrichtungen im Rhein-Erft-Kreis**

Es ist auffällig, dass bei den Risikoeinrichtungen die Linie der Rate behandlungsbedürftiger Gebisse seit 2000 wellenförmig verläuft – und nicht kontinuierlich abfällt wie bei der Gesamtheit der Einrichtungen. Der allgemeine Trend einer Verbesserung der Zahngesundheit im Zehnjahresvergleich ist ebenso, aber abgeschwächt festzustellen.

## 9 Kommunale Daten im Zeitverlauf – alle Einrichtungen

### 9.1 Daten 1996–2006

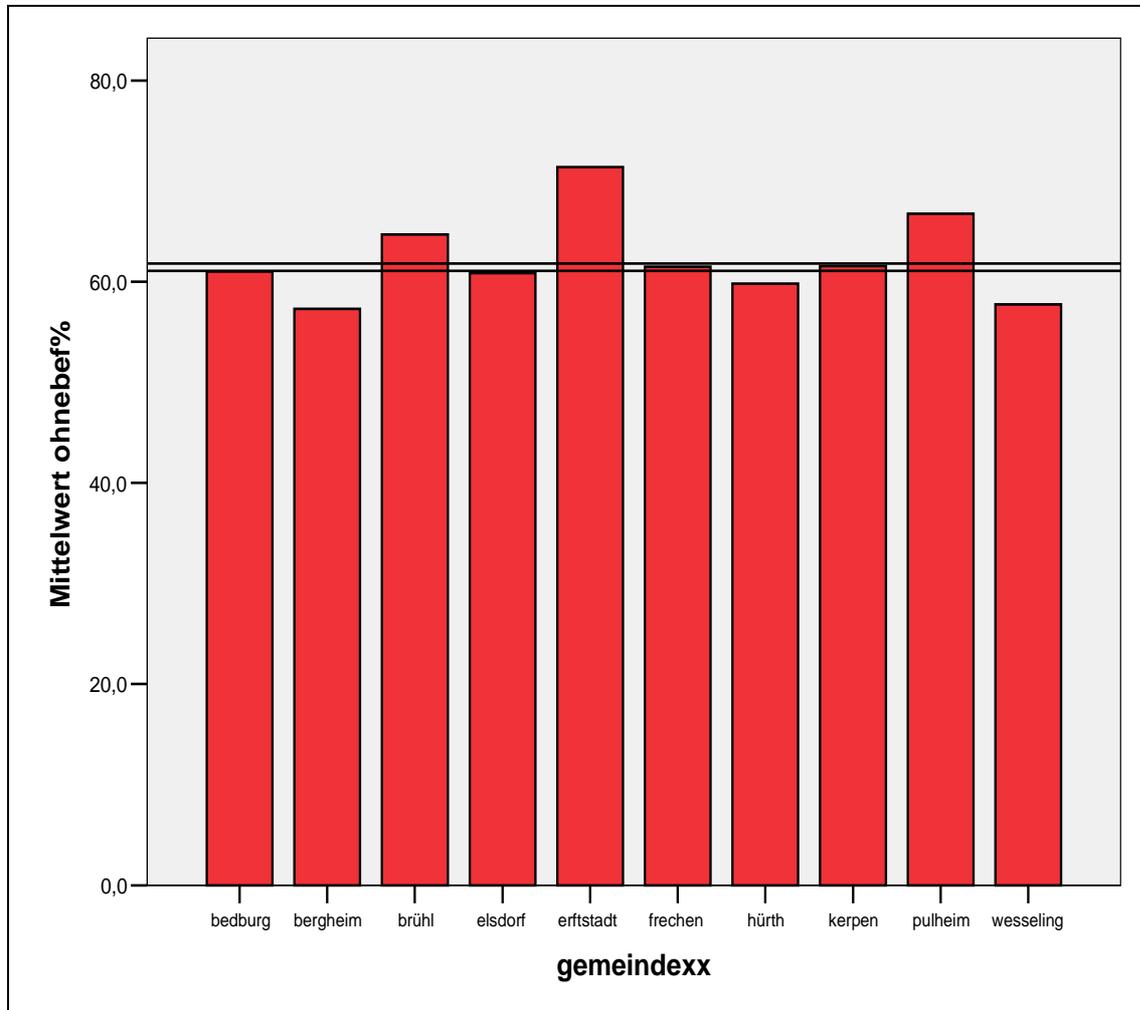


Abbildung 14: Naturgesund – alle Einrichtungen nach Gemeinden in den Jahren 1996–2006 (Mittelwert für alle Gemeinden: 61,8%)

Liegt der Mittelwert bei den naturgesunden Gebissen bei Kindergartenkindern bei 68,4%, so gerechnet über alle Einrichtungen bei 61,8% für alle Gemeinden. Dementsprechend ist an dieser Graphik erkennbar, welche Gemeinden über diesem Durchschnitt der Einrichtungen naturgesund liegen (Pulheim, Erftstadt und Brühl) bzw. beim Durchschnitt oder darunter.

## 9.2 Daten der Jahre 2002/2004–2006

Es werden hier die Daten nach Gemeinden der naturgesunden Gebisse insgesamt berichtet, die nach der neuen Befundung, in der sämtliche Zähne einbezogen sind, durchgeführt worden sind.

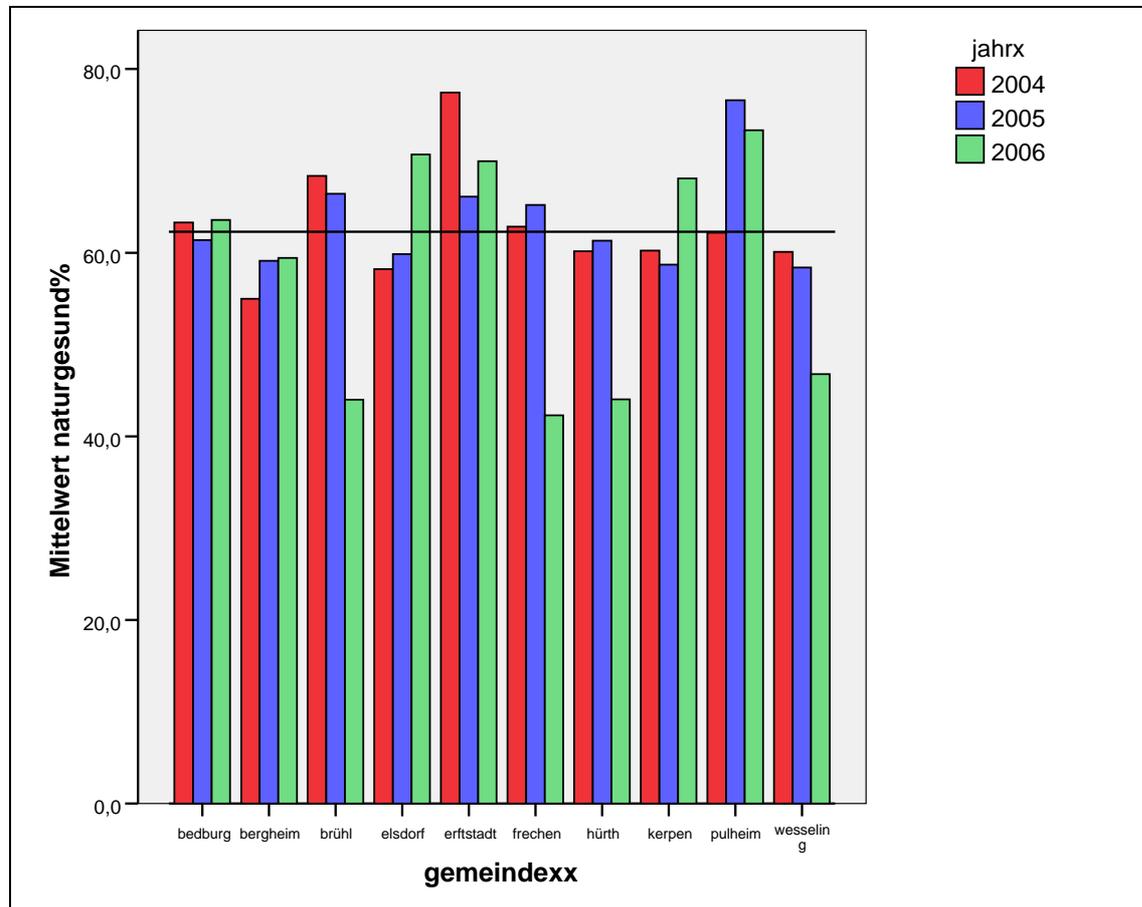


Abbildung 15: Vergleich der naturgesunden Gebisse alle Gemeinden Rhein-Erft-Kreis 2004–2006/ alle Einrichtungen (Mittelwert Gesamt: 62,3%)<sup>1</sup>

Es ist deutlich zu sehen, dass sich in sechs Gemeinden die Rate der naturgesunden Gebisse von 2004 bis 2006 erhöht (Bedburg, Bergheim, Elsdorf, Erftstadt, Kerpen, Pulheim), in vier Gemeinden allerdings verringert hat (Brühl, Frechen, Hürth, Wesseling).

Bergheim, Hürth und Wesseling liegen in dem Zeitraum unter dem Gesamtmittelwert; wobei in Bergheim innerhalb des Zeitraums eine Aufwärtstendenz feststellbar ist, die in den beiden anderen Gemeinden leider nicht konstatiert werden kann.

Auffällig ist weiterhin Brühl und Frechen, die im Jahr 2006 eine Verschlechterung von in den Vorjahren durchaus über dem Mittelwert liegenden Ergebnissen haben.

<sup>1</sup> Quelle: Datensatz ZÄD Dienst

Diese generelle Aussage muss differenziert werden in Bezug auf Brühl und Wesseling: in 2006 sind in diesen beiden Gemeinden personalbedingt nur ausgewählte Einrichtungen untersucht worden, in denen erwartungsgemäß erhöhte Kariesraten anzutreffen waren.

Betrachtet man die Einrichtungsarten im Zeitverlauf, so ergibt sich bei den naturgesunden Gebissen folgendes Bild:

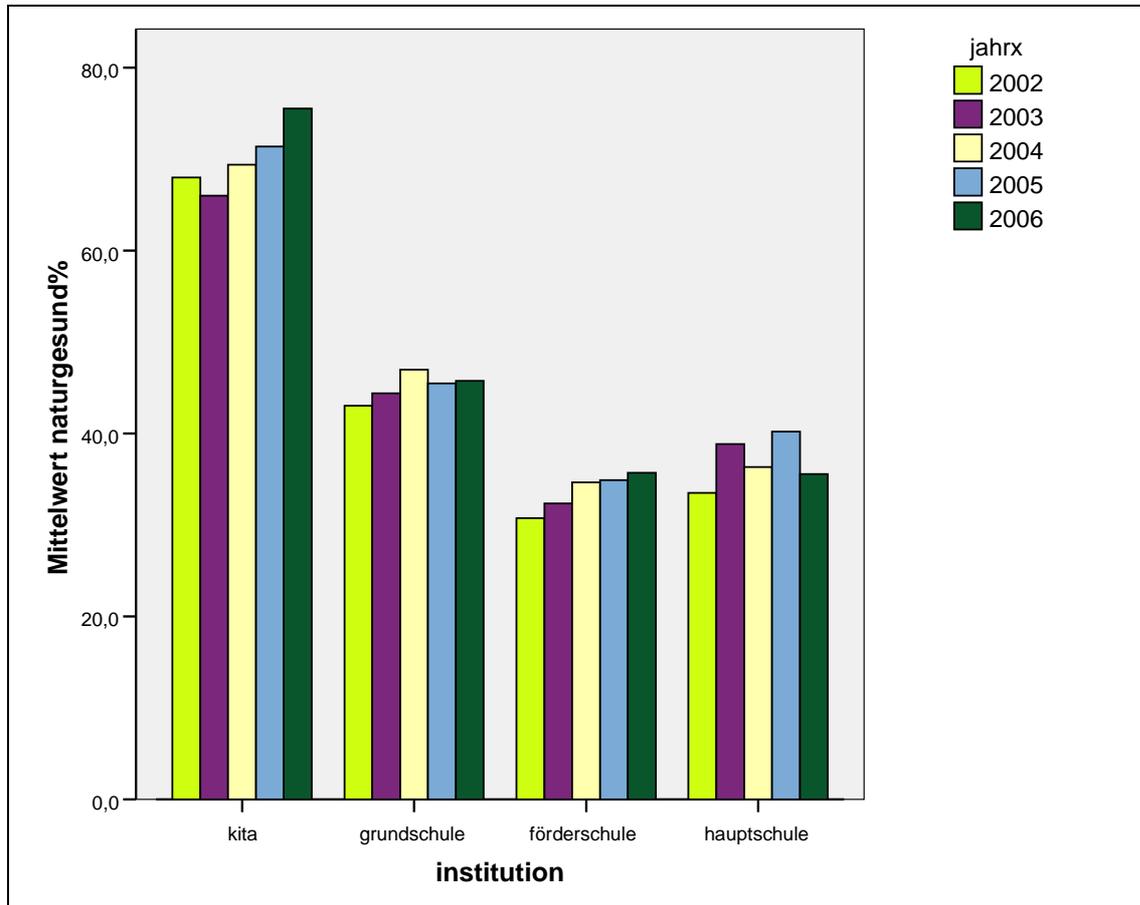


Abbildung 16: Naturgesunde Gebisse nach Einrichtungsart in den Jahren 2002–2006 im Rhein-Erft-Kreis<sup>1</sup>

Erwartungsgemäß ist in den Kitas die Rate naturgesunder Gebisse am höchsten, wobei eine kontinuierliche Erhöhung der Rate – außer bei der Hauptschule – zu verzeichnen ist.

<sup>1</sup> Quelle: ZÄD –Datensatz

Wie stellt sich das Bild nun bezüglich der einzelnen Gemeinden dar?

Ich berichte hier die Zahlen von 2006:

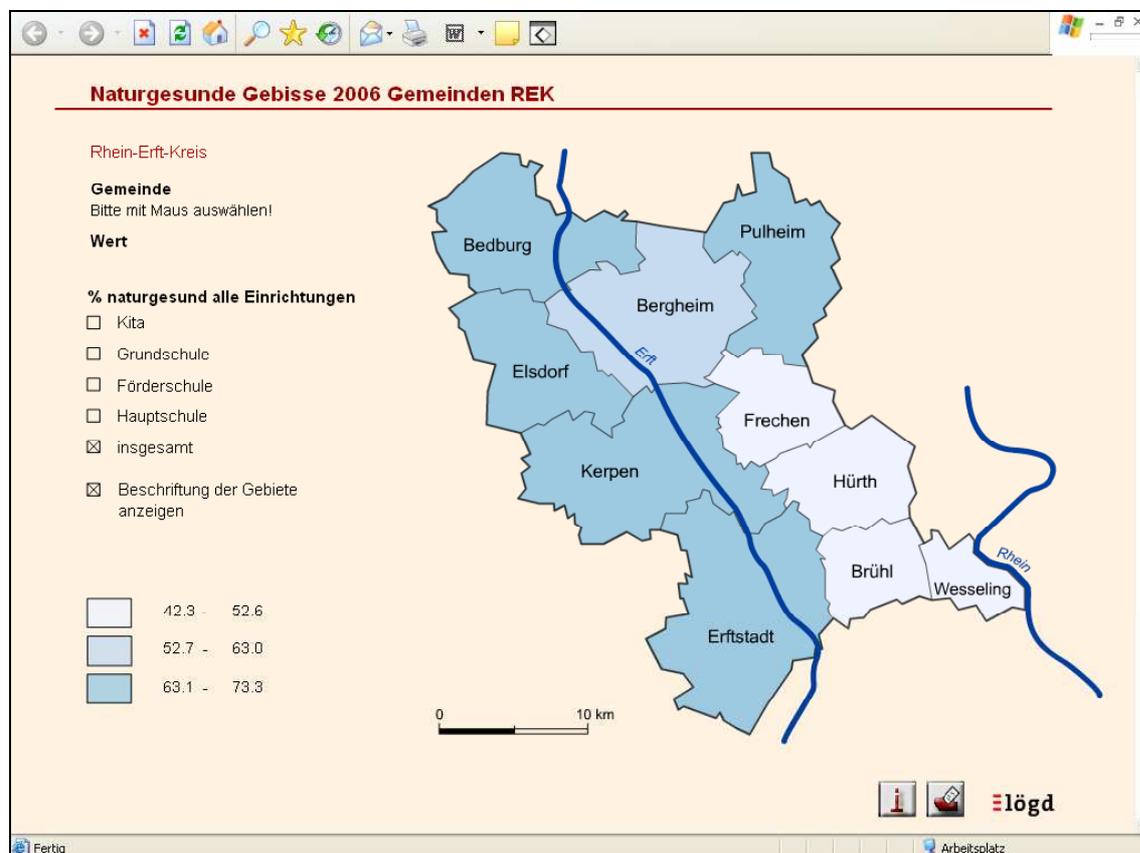


Abbildung 17: Naturgesunde Gebisse Rhein-Erft-Kreis 2006/alle Einrichtungen<sup>1</sup>

Es ist deutlich zu sehen, dass es Gemeinden gibt, in denen – gemessen an allen Einrichtungen, außer weiterführende Schulen Realschulen/Gymnasium – die Rate der naturgesunden Gebisse unter der Hälfte der Kinder/Jugendlichen liegt.

Allerdings ist in Bergheim die Gesamtschule in die Berechnung mit eingegangen mit 51,4% naturgesund; wird sie herausgerechnet als weiterführende Schule, so liegt Bergheim in der gleichen Kategorie wie Frechen, Hürth, Brühl und Wesseling.

Bei der Zahngesundheit von Kindern/Jugendlichen muss demnach eine Zweiteilung des Kreises im Jahre 2006 konstatiert werden.

<sup>1</sup> Quelle: Datensatz ZÄD

Nach Einrichtungsarten gegliedert ergibt sich ebenfalls ein deutliches Bild, welches zuungunsten von Hauptschulen und Förderschulen ausfällt:

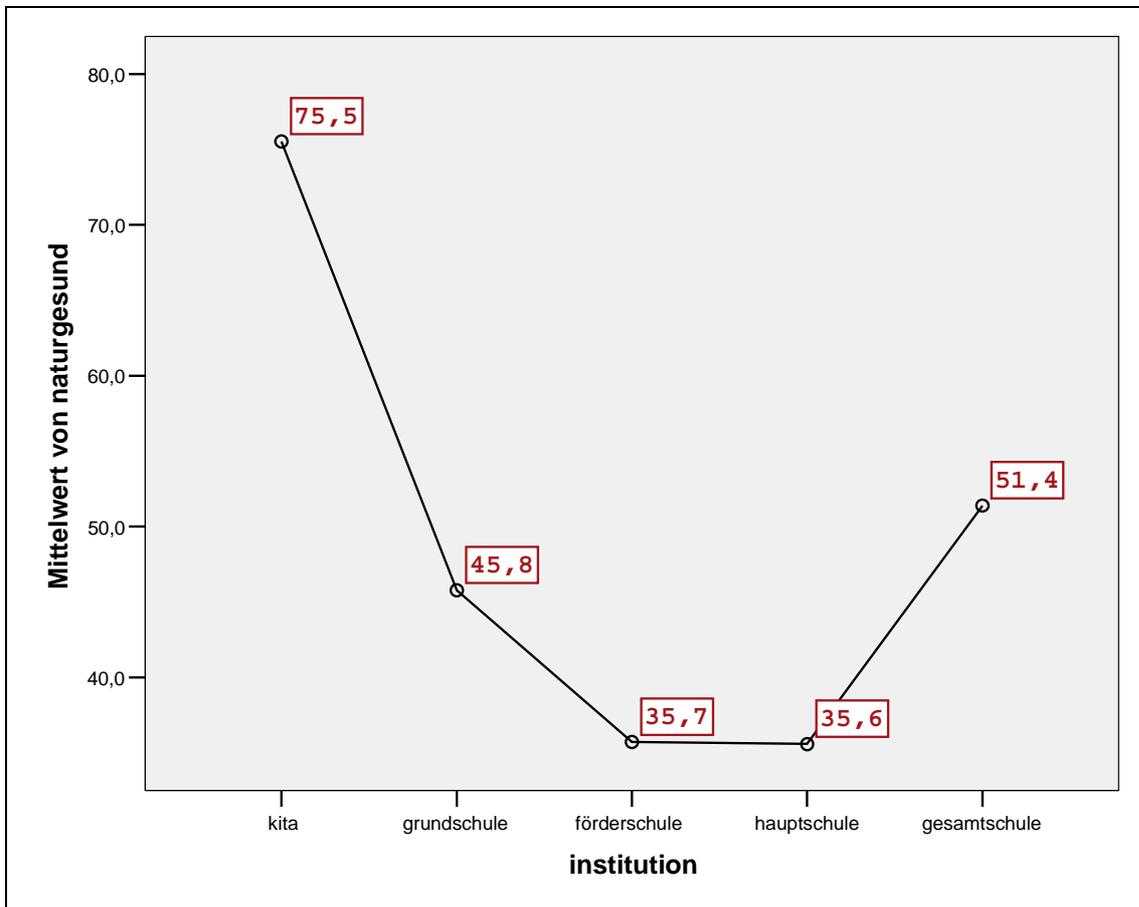


Abbildung 18: Naturgesunde Gebisse Rhein-Erft-Kreis 2006 nach Einrichtungen<sup>1</sup>

Dass in der Gesamtschule ein höherer Anteil von naturgesunden Gebissen anzutreffen ist, hängt mit der Dokumentation im Grundschulalter zusammen: hier werden nicht nur die bleibenden Zähne, sondern auch die Milchzähne befundet. Die neuen, bleibenden Zähne sind wahrscheinlich in höherem Maße naturgesund als die alten Milchzähne, die ausserdem alterbedingt in den weiterführenden Schulen abnehmen resp. nicht mehr vorhanden sind.

Im Vergleich zur Gesamtschule erklären sich die schlechteren Werte von Förderschule und Hauptschule aus der Häufung von sozial Benachteiligten in diesen beiden Schulformen.

<sup>1</sup> Quelle: Datensatz ZÄD

## 10 Zusammenfassung zu Daten der Untersuchungsbefunde

Naturgesunde Gebisse sind abhängig vom Alter, aber auch von der Schulform, welche Kinder resp. Jugendliche besuchen. Die Schulform wiederum ist in der Regel stark assoziiert mit sozialstrukturellen Merkmalen. Dies wird an den Zahlen deutlich für Gymnasien, Realschulen und Hauptschulen, in denen abnehmende Raten von naturgesunden Gebissen zu verzeichnen sind.

Kinder in Kitas haben unterdurchschnittlich sanierte und behandlungsbedürftige Zähne in Pulheim, Kerpen, Erftstadt, Brühl und Bedburg. In Wesseling, Hürth, Frechen und Bergheim liegen die Werte über dem Mittelwert.

Dabei ist der Prozentsatz der Kinder mit sanierten Zähnen leicht angestiegen und der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen ist rückläufig.

Dabei verteilen sich die hohe Rate von behandlungsbedürftigen Zähnen auf eine kleine Zahl von Einrichtungen (137); man spricht auch von ‚Polarisation‘. Dass in den Jahren 2003–2006 immer mehr Gemeinden keine Einrichtungen mit behandlungsbedürftigen Befunden über 50% aufweisen, ist eine sehr erfreuliche Entwicklung.

Die Frage, ob die Zahngesundheit ‚immer besser‘ wird, muss differenzierter beantwortet werden: bezogen auf alle Einrichtungen stabilisiert sich die Rate behandlungsbedürftiger Gebisse bei rund einem Viertel der Kinder; in den ‚Risikoeinrichtungen‘ schwankt die Rate auf einem erhöhten Niveau. Ganz generell kann von einem kontinuierlichem Sinken der Rate behandlungsbedürftiger Gebisse in den Jahren 1999 bis 2003 Jahren gesprochen werden mit einem Steigen in den darauffolgenden zwei Jahren und einem erneuten Sinken ab 2005.

Bei einer differenzierteren Betrachtung der vergangenen vier Jahre fällt auf, dass die generelle Aussage, dass sich die Rate naturgesunder Gebisse nach Einrichtungsart unterscheidet, weiterhin gültig ist. Außerdem ist deutlich, dass sich auch innerhalb des Rhein-Erft-Kreises die Zahngesundheit nicht in allen Gemeinden gleichartig darstellt (gemessen an der Rate naturgesunder Gebisse in allen Einrichtungen).

## 11 Prioritätensetzung – Besondere Handlungsbedarfe nach Einrichtungen

Ein ‚Adlerblick‘ auf alle Gemeinden und alle Einrichtungen zeigt deutlich, wo Handlungsbedarfe bestehen (sollten):

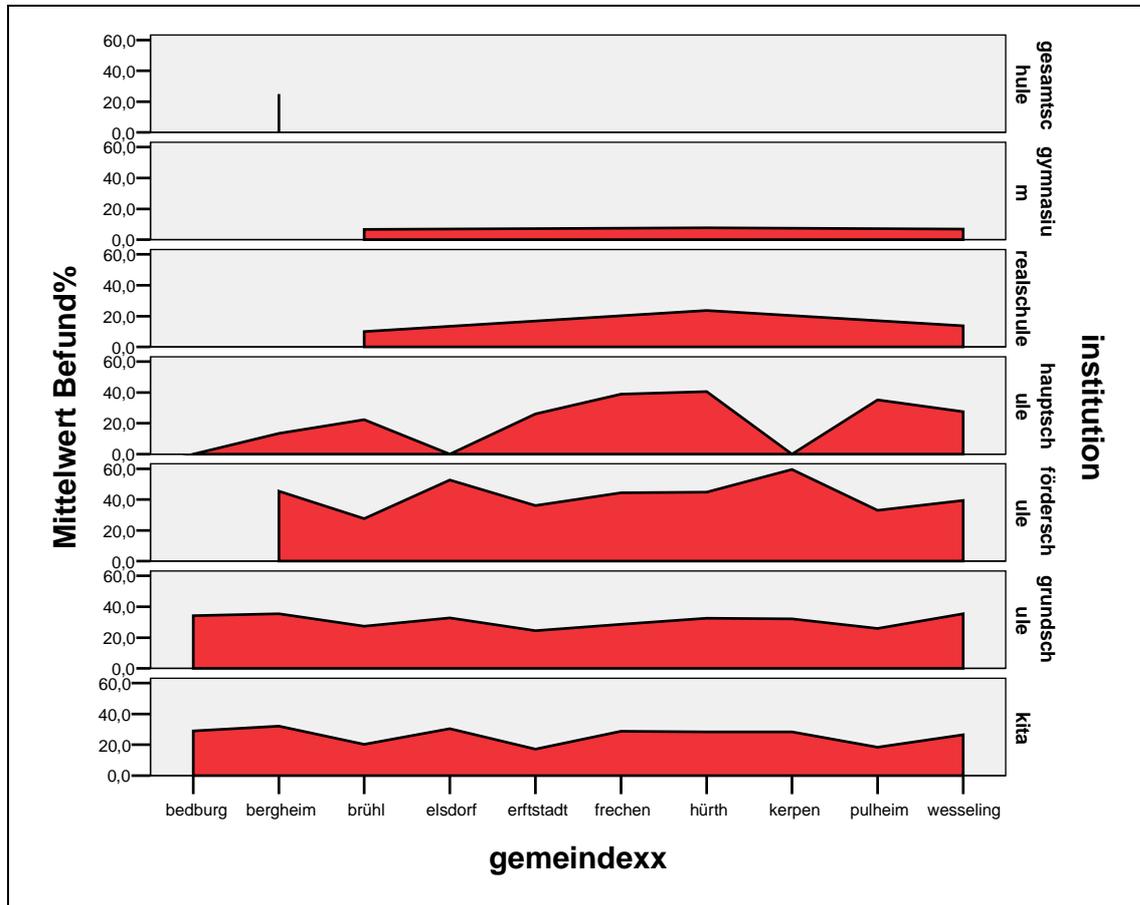


Abbildung 19: Förderschulen, die Mehrzahl der Hauptschulen und einige Grundschulen sind Settings mit speziellen Handlungsbedarfen – behandlungsbedürftige Zähne nach Einrichtungen 2000–2006/Gemeinden

Leider ist es nicht möglich, diese Analysen zu medizinisch orientierten Daten zu verbinden mit Sozialdaten. Sie werden nicht eigens erhoben – auch wenn natürlich bei den untersuchenden Zahnärztinnen ein klares Bewusstsein über den Zusammenhang von Sozialstruktur mit Befunden zu Mund- und Zahngesundheit besteht. Ein Ausdruck davon ist die Priorisierung von Untersuchungen auf die Kitas und Grundschulen im Sinne der Prävention. Angesichts der Daten wäre eine verstärkte Untersuchung sowie Prophylaxemaßnahmen in Realschulen, Hauptschulen und vor allem den Förderschulen sinnvoll.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> vgl. Tabelle 21 mit den durchschnittlich geschätzten Werten der Institutionen, in denen zahnärztliche Untersuchungen stattgefunden haben

## 12 Exkurs: Zur Verbindung von Sozialdaten und medizinischen Daten

Die Stadt Wesseling hat 2006 einen Familienbericht zusammen mit ZEFIR, Ruhr-Universität Bochum erstellt. Hier wurden sozialstrukturelle Daten mit medizinischen Daten verbunden.

Bezüglich der Zahngesundheit hat sich für einzelne Stadtteile von Wesseling folgendes Bild ergeben:

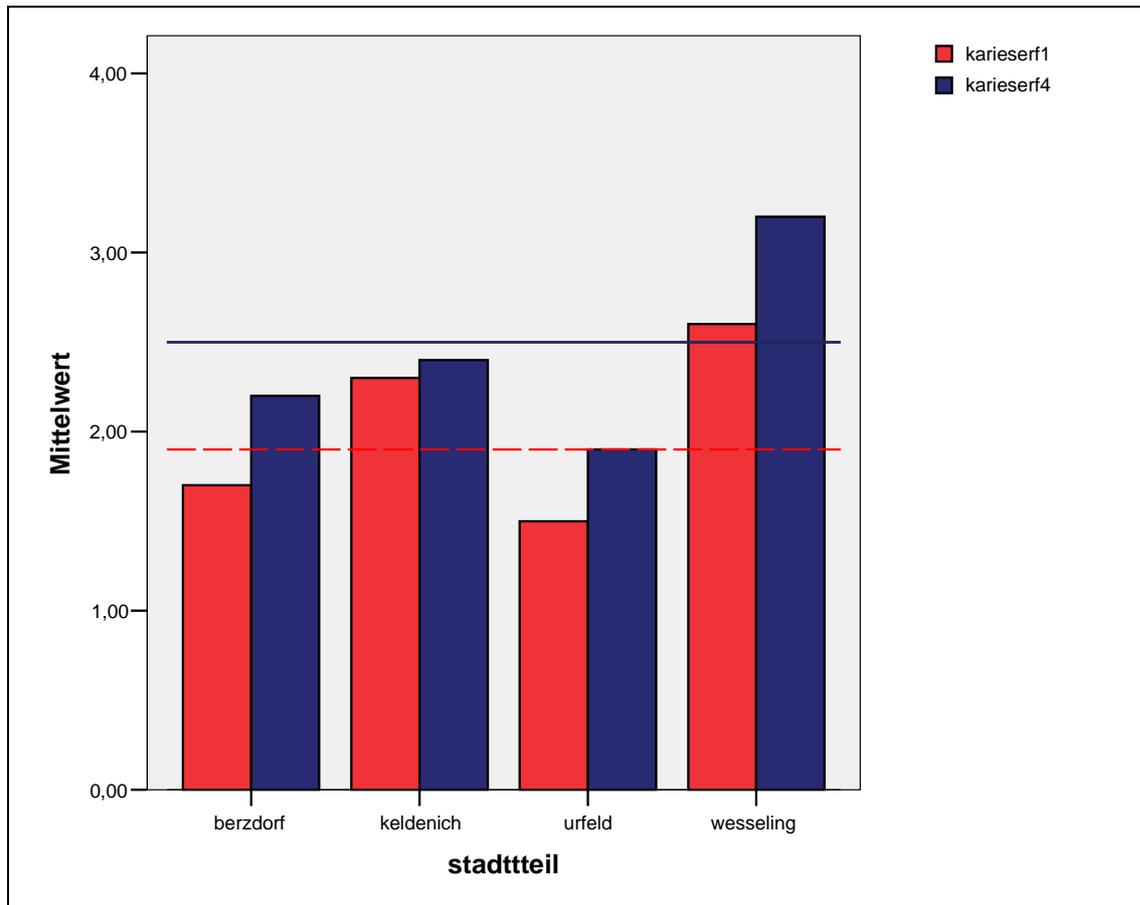


Abbildung 20: Karieserfahrung bei Grundschulkindern in Stadtteilen von Wesseling 2003/2004 – Daten des Zahnärztlichen Dienstes

Betrachtet man die rote Linie = Mittelwert Karieserfahrung 1. Klasse Gesamtwesseling, so wird deutlich, dass die Stadtteile Berzdorf und Urfeld unterhalb und Keldenich und Wesseling oberhalb des Mittelwertes liegen. In der vierten Klasse (= blaue Linie) ergibt sich nur für Wesseling ein Wert oberhalb des Mittelwertes. Interessant sind diese Befunde, wenn man sie mit den sozialstrukturellen Verhältnissen in diesen vier Stadtteilen verbindet: Berzdorf und Urfeld gelten als sozialstrukturell ‚bessere‘ Stadtteile, Keldenich ist gespalten und Wesseling ist stärker gekennzeichnet durch Familienarmut und soziale Probleme, wenig etablierte deutsche Familien und Überalterung.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ZEFIR, 2006, 51 – vgl. den Familienbericht zu näheren Spezifizierung der Faktoren  
[http://www.wesseling.de/verwaltung/downloads/familienbericht\\_wesseling.pdf](http://www.wesseling.de/verwaltung/downloads/familienbericht_wesseling.pdf)

Es bestehen Bestrebungen in einigen Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises, diesen Ansatz der Sozialberichterstattung zu übernehmen. Seitens des Jugendärztlichen und Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes ist eine durchgängige Erhebung von Sozialdaten wünschenswert. Die Verbindung von Gesundheitsdaten und Sozialdaten erbringt zwar derzeit im zusammengefassten Ergebnis immer das gleiche Resultat: Armut und Gesundheit sind verschwistert. Ob dieses Ergebnis – gerade für Kinder – und vor allem in welchem Ausmaß, immer so bestehen bleiben soll, ist eine andere Frage.

Hierzu wird aus dem Protokoll der Gesundheitskonferenz des Rhein-Erft-Kreises vom 30.5.2007 zitiert, in der es u.a. um Frühwarnsysteme, Kindergartenuntersuchungen, Schließung von Impflücken und Auseinandersetzungen in Ausschüssen ging.

„Herr Mikus [Vertreter der Zahnärztekammer Nordrhein] hielt Kompetenzstreitereien in der Sache für nebensächlich. Aus seiner Fachlichkeit kenne er soziale Brennpunkte. Bei seiner beruflichen Tätigkeit habe er zwei erschreckende Tatsachen festgestellt, nämlich dass erstens die Zahl der Familien, die sozial abrutschten, ständig steige und sich zweitens Bildungsniveau, Hygienemaßregeln und Vorsorgeverhalten ‚vererben‘.

Ungeachtet der Zuständigkeiten sei deshalb Hilfe gefragt.

Durch zunehmende Automatisierung würden ‚einfache‘ Arbeitsplätze abgeschafft. Väter und Mütter würden dadurch arbeitslos. In den damit verbundenen Sog des sozialen Abstiegs der Familien gerieten zwangsläufig auch die Kinder. Ihnen fehle es an Vorbildern und einem ‚Vorleben‘ der Eltern.

Moralisch halte er diese Gegebenheiten für nicht vertretbar. In 20–30 Jahren seien die Defizite finanziell nicht mehr zu beheben. Im Ortsteil Oberaußem verspüre er in aller Deutlichkeit die negativen Auswirkungen sinkender sozialer Verhältnisse.“

### **13 Weiterer Arbeitsbereich des Zahnärztlichen Dienstes: Gutachten**

Es werden hier die Daten von 2001–2006 berichtet, weil für diesen Zeitraum von allen vier Teams Daten vorliegen (in den Jahren vorher gab es wechselnde personelle Besetzung bei einem Team).

Insgesamt sind in diesem Zeitraum 2.011 Gutachten erstellt worden, davon 231 für Kinder. Dies entspricht einem Anteil von 11,5%.

### **14 Weiterer Arbeitsbereich des Zahnärztlichen Dienstes – Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen**

Der Arbeitskreis Zahngesundheit des Rhein-Erft-Kreises ist Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Nordrhein und hat sich an den epidemiologischen Begleituntersuchungen seit 1997 beteiligt. Diese bundesweit durchgeführten Untersuchungen erfolgen mit freiwilliger Teilnahme der Länder und Kommunen.

## 15 Stichprobenstudien – Ergebnisse Rhein-Erft-Kreis

Die Ergebnisse für drei Altersgruppen werden hier referiert als Vergleich Nordrhein und Rhein-Erft-Kreis anhand der zugänglichen Daten (die fettgedruckten Zahlen = Rhein-Erft-Kreis).

Jahr/Alter der Kinder	6–7 jährige dmf-t		9-jährige DMF-T		12-jährige DMF-T	
	NRW	REK	NRW	REK	NRW	REK
1995	2,9	-	1	-	2,3	-
1997	2,59	-	0,57	-	1,77	-
2000	2,3	<b>2,26</b>	-	<b>0,23</b>	1,16	<b>1,27</b>
2004	2,05	<b>1,99</b>	-	-	0,87	<b>0,79</b>

Tabelle 25: Vergleich der dmf-t/DMFT-Werte für ausgewählte Altersgruppen/ Stichprobenuntersuchungen der Jahre 1995, 1997, 2000 und 2004

Der Rhein-Erft-Kreis erzielt bei den 6–7 jährigen in den Jahren 2000 und 2004 sowie bei den 12-jährigen im Jahr 2004 bessere Ergebnisse als Nordrhein insgesamt. Dabei liegt Nordrhein schon unter dem Durchschnitt bei den Zwölfjährigen im Jahr 1997, gemessen an dem Gesundheitsstrukturgesetz 2000, welches einen DMF-T-Wert von 2 vorgesehen hat.

In den Folgejahren ist infolge unklarer Kostenübernahme das Programm Stichprobenuntersuchungen in Nordrhein/bundesweit nicht mehr gewährleistet.

Im Jahr 2004 wurde die Gruppe der 9-jährigen ausgetauscht gegen die Gruppe der 15-jährigen. Der DMF-T-Index lag in Nordrhein bei 1,74; im Rhein-Erft-Kreis bei **1,68**.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Stichprobenuntersuchungen für alle Altersgruppen bei der letzten Untersuchung im Jahre 2004 für den Rhein-Erft-Kreis einen niedrigeren Wert als in Nordrhein insgesamt.

Gemessen an den Zielen der KZBV für das Jahr 2020<sup>1</sup> ist noch etwas zu verbessern bei den Milchzähnen; der DMF-T-Wert zeigt, dass bereits im Jahr 2004 bei der Stichprobe das Ziel im Rhein-Erft-Kreis erreicht ist.

Dies kann als hervorragendes Ergebnis insbesondere auf die Arbeit des Arbeitskreises Zahngesundheit zurückgeführt werden mit der systematischen Präventions- und Prophylaxearbeit vom Kindergartenalter an.

<sup>1</sup> vgl. Kapitel 3

## 16 Zusammenfassung

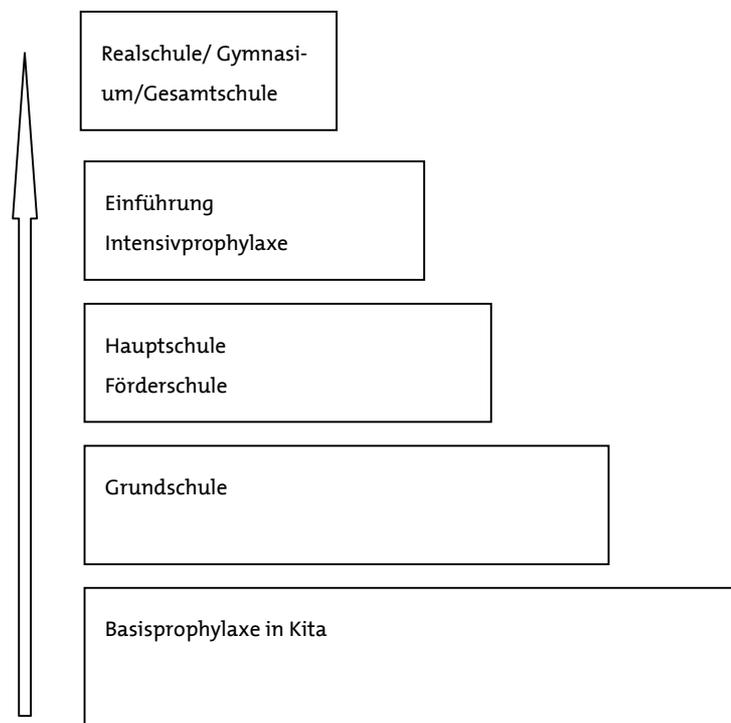
Anhand von Daten, die aggregiert einrichtungsbezogen nach Jahren einerseits (Datenfile AK Zahngesundheit) sowie andererseits aggregiert nach Einrichtungsart/Jahren und Gemeinden (Datenfile ZÄD) vorliegen, werden die Ergebnisse über naturgesunde Gebisse und über sanierte und behandlungsbedürftige Gebisse 1996–2006 berichtet.

Insgesamt ist bei einem leichten Anstieg sanierter Gebisse insgesamt ein Zurückgang der behandlungsbedürftigen Gebisse im Zeitverlauf festzustellen. Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen ist also tatsächlich immer besser geworden. Allerdings ist dieser Rückgang jeweils von unterschiedlichen Niveaus ausgehend.

Deshalb wird eine flächendeckende Untersuchung insbesondere der Einrichtungen durch den zahnärztlichen Dienst vorgeschlagen, in denen erhöhte Raten von behandlungsbedürftigen Zähnen zu verzeichnen sind: dies bezieht sich vor allem auf Hauptschulen, Realschulen und Förderschulen. Hier sollte auch eine intensivere Prophylaxe durch die Prophylaxefachkräfte des Arbeitskreises Zahngesundheit angeboten werden.

Eine weitergehende entsprechende Verpflichtung ergibt sich (auch) aus der gesetzlichen Grundlage zur Intensivprophylaxe bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko nach §21 SGB V im Rahmen der Gruppenprophylaxe.<sup>1</sup>

## 17 Fünf Schritte einer Prioritätenliste zur Zahngesundheit – 1. Ziel: durchgängige Prophylaxe von Kita an



<sup>1</sup> Quelle: <http://gesetze.bmas.de/Gesetze/sgbo5xinhalt.htm>



## Überblick – Ansatzpunkte für Maßnahmen bezüglich der Versorgungsstruktur für Mund- und Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis

### 1 Versorgungsstruktur – Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der Ist-Analyse ziehen?

Forschungsfragen	Antwort
I. Versorgungsstruktur	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ist eine ambulante/eine öffentliche/eine integrierte zahnärztliche Versorgungsstruktur im Rhein-Erft-Kreis vorhanden?</li> <li>2. Ist die zahnärztliche Versorgungsstruktur quantitativ ausreichend?</li> <li>3. Gibt es fehlende Segmente in der Versorgungsstruktur?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) ambulante Versorgungsstruktur für Gesamtkreis als Planungsgebiet quantitativ im Mittelfeld liegend (Vergleich: NRW) vorhanden, allerdings regionale Disparitäten in der Versorgung zwischen einzelnen Gemeinden</li> <li>b) Öffentlicher Gesundheitsdienst ist nicht ausreichend personell besetzt</li> <li>c) Integrierte Versorgung ist (noch) nicht vorhanden</li> </ol>
II. Ergebnisdaten	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Werden alle Kinder vom Öffentlichen Gesundheitsdienst erreicht?</li> <li>2. Werden die Prophylaxe-Ziele bei der Fluoridierung erreicht?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) nicht alle Kinder werden erreicht (dabei ist die Basisprophylaxe Voraussetzung ist für die Risikoprophylaxe nach §21 SGB V)</li> <li>b) bei der Fluoridierung erfolgt eine Schwerpunktsetzung nach sozialräumlichen Kriterien (‚belastete Stadtteile‘), wobei nicht alle derartige Stadtteile versorgt werden können</li> </ol>
III. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Daten zur Versorgungsstruktur und zu den Ergebnissen ziehen?	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Technische Ausstattung des Zahnärztlichen Dienstes mit IT</li> <li>2. Personelle Ausstattung des Zahnärztlichen Dienstes gemäss Gesundheitsziele</li> <li>3. Kooperation innerhalb des Arbeitskreises Zahngesundheit</li> <li>4. Verstetigung von Projekten</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Die Ausstattung des Zahnärztlichen Dienstes mit IT (Hardware, Software und Schulung) kann grundlegend neu gestaltet werden, weil vorhandene Systeme kaum ausreichend funktionsfähig</li> <li>b) Die personelle Ausstattung sollte sich an der Zahl der Kinder und an den Gesundheitszielen der Bundeszahnärztekammer orientieren</li> </ol>

Forschungsfragen	Antwort
5. Identifizierung von Benachteiligungen anhand von Sozialdaten und Gesundheitsdaten	c) Kooperation und Kommunikation sowie die Steuerung des AK Zahngesundheit bedürfen einer Verbesserung
6. Partnerschaftsmodelle Bildungseinrichtungen – ambulante Zahnarztpraxen	d) Projektförderungen sollten nicht gestrichen werden, wenn die Anlässe für die Projekte fortbestehen
7. Fortbildung für MitarbeiterInnen Zahnärztlicher Dienst speziell für Kinderzahnheilkunde	e) Personelle Ressourcen und unkonventionelle Maßnahmen zur tatsächlichen Sanierung von besonders benachteiligten Kindern sind (leider) nötig, wie beispielsweise Wiedereinführung einer ‚Rollenden Zahnarztpraxis‘
8. Spezielle Maßnahmen für benachteiligte Kinder: begleiteter Zahnarztbesuch Zahnklinikwagen	f) Im Rahmen von: ‚Kindergesundheit in einem kinderfreundlichen Kreis‘ ist das Internetangebot des Zahnärztlichen Dienstes zu aktualisieren und um eine adressatenspezifische Ansprache zu erweitern
9. Aktualisierung der Webseiten des Zahnärztlichen Dienstes – adressatengerechte Ansprache für Kinder und Jugendliche	

Tabelle 26: Schlussfolgerungen

## 2 Welche Fragen konnten mit diesem Bericht (noch) nicht beantwortet werden?

Forschungsfrage	Antwort
I. Versorgungsstruktur	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verzahnung von ambulanten und öffentlichen zahnärztlichen Versorgungsstrukturen für bestimmte Bildungseinrichtungen</li> <li>2. Klärung einer ausreichenden Finanzierung für Kinderzahngesundheit</li> <li>3. Spezialisierte zahnärztliche Versorgung (Kieferorthopädie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie etc.) ungeklärt</li> <li>4. Sinnvolle Abgrenzung und Koordination der Arbeit von Prophylaxefachkräften und Zahnärztlichem Dienst</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kooperation vom ambulanten und öffentlichen Gesundheitsbereich, eventuell koordiniert über Gesundheitskonferenz</li> <li>b) Propagierung der Prophylaxe im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und ‚Poolfinanzierung‘ durch alle Krankenkassen</li> <li>c) Verbesserung der Organisationsstruktur innerhalb des Zahnärztlichen Dienstes</li> </ol>
II. Datenanalyse	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DMF-T-Indices berechnen</li> <li>2. Korrelationen nach Gemeinden/ Institutionen/Sozialstruktur</li> <li>3. Analyse der Daten unter der Fragestellung: Erbringt die Prophylaxe signifikant bessere Ergebnisse bei der Zahngesundheit von Kindern? Unter welchen Bedingungen ist die Prophylaxe erfolgreich?</li> <li>4. Vergleich der Daten der Reihenuntersuchungen unter der Fragestellung: Verbessert sich die Zahngesundheit durch Feststellung von Zahn- und Mundschäden und anschließendem Zahnarztbesuch? Was müsste passieren, damit sich die Zahn- und Mundgesundheit tatsächlich dauerhaft verbessert?</li> <li>5. Aufnahme von Sozialvariablen in die Dokumentation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) alle Punkte sind lösbar, wenn es eine ordentliche IT-Ausstattung gäbe <b>und</b> eine entsprechende Qualifizierung der MitarbeiterInnen</li> <li>b) Entwicklung eines einheitlichen Dokumentationsschemas des Arbeitskreises Zahngesundheit</li> <li>c) Zusammenarbeit von Zahnärztlichem Dienst und Gesundheitsberichterstattung verstetigen</li> </ol>

Tabelle 27: Fragen, die nicht beantwortet wurden

### 3 Welche Ansatzpunkte im Rhein-Erft-Kreis sollten weiterverfolgt werden?

Ansatzpunkt	Antwort
Organisation der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitskreis Zahngesundheit</li> <li>• Kooperation von Öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen-Zusammenschluss als Modell für weitere Präventionsangebote im Bereich Kindergesundheit</li> <li>• Kooperation Öffentlicher Gesundheitsdienst mit Sozialdiensten (Jugendamt, Sozialamt, Schulamt etc.)</li> <li>• Kooperation ZÄD mit Kinder- und Jugendärztlichem Dienst</li> </ul>
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analog Sozialpädiatrisches Zentrum: Mischfinanzierung Öffentliche Hand und Kassen</li> </ul> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div> <p>Modell für weitere regionale Angebote für Kindergesundheit</p> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinierte Präventionsangebote</li> </ul>
Versorgung im Setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulant tätige ‚Patenschafts‘- (zahn-)ärzte für Bildungseinrichtungen (vgl. Niederaussem)</li> <li>• Öffentlicher Gesundheitsdienst: Sprechstunde des kinder- und jugendärztlichen Dienstes in einer Hauptschule</li> </ul>
Versorgung im Stadtteil	<p>Öffentlicher Gesundheitsdienst erbringt Versorgungsleistungen im benachteiligten Stadtteil<sup>1</sup> – Kleinkinder – Sprechstunde/Fluoridierung</p>

Tabelle 28: Ansatzpunkte im Rhein-Erft-Kreis

<sup>1</sup> vgl. Projekt des Zahnärztlichen Dienstes in Bergheim

## **4 Zusammenfassung**

Dieser Bericht konnte Fragen zum derzeitigen Stand der Zahngesundheit beantworten, einige Fragen sind offen und schließlich werden Ansatzpunkte benannt, die es weiterzuentwickeln gilt.

Im Rhein-Erft-Kreis gibt es eine funktionierende Basisprophylaxe, wobei ein flächendeckender Ausbau auf alle Bildungseinrichtungen anzustreben ist.

Intensivprophylaktische Maßnahmen sind für gut ein Fünftel der Kinder anzusetzen. Um diese Kinder zielgerichtet herauszufinden und behandeln zu können, bedarf es gruppenprophylaktischer Aktivitäten ‚von Anfang an‘, um möglichst frühzeitig eingreifen zu können.

Die Kooperation zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen im Arbeitskreis Zahngesundheit liefert ein beispielgebendes regionales Modell für Präventionsangebote für Kindergesundheit generell.

Dieses Modell auch innerorganisatorisch weiter auszugestalten (ZÄD) und mit zusätzlichen Inputs fortzuentwickeln (z.B. Wiedereinführung Clinomobil; Entwicklung intensivprophylaktischer Maßnahmen, dort, wo sie nötig sind etc.) ist im Interesse der Kinder und der Gesellschaft.



## Empfehlungen zur Mund- und Zahngesundheit für alle Altersgruppen

Es werden einmal die Empfehlungen berichtet sowie die Organisation der zahnärztlichen Versorgung, damit Eltern, Kinder und Jugendliche auch nach diesen Empfehlungen handeln können.

### 1 Babys und Kleinkinder

#### 1.1 Empfehlungen zur Mundhygiene von Anfang an – Fluoridierung<sup>1</sup>

Bezüglich der Fluoridierung gibt es immer wieder bzw. immer noch Zweifel. Deshalb werden in diesem Gesundheitsbericht die Empfehlungen für Eltern mit Kleinkindern aufgrund des neuesten Forschungsstandes wiedergegeben.

Generell gilt:

#### **Milchzähne sind wichtig.**

Sie unterstützen das Knochenwachstum im Kiefer.

Sie steuern die Stellung der bleibenden Zähne.

Sie helfen bei der Sprachbildung.

Daraus folgt:

Milchzähne kariesfrei halten.

Vom ersten Zahn an um Mund- und Zahnhygiene kümmern.

---

<sup>1</sup> nach Prof. Zimmer, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Vortrag in Bergheim 2006

Entwicklungsstadium des Kindes	Empfehlung	Organisation
vor Durchbruch der Zähne	Wischen/Abtupfen 1x tägl. reicht	vom 0–3 Lebensjahr: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3x Früherkennungsuntersuchung beim Zahnarzt,</li> <li>• Früherkennungsuntersuchungen sind nicht mit Praxisgebühr belegt.</li> </ul>
nach Durchbruch der Zähne ab (!) 6. Lebensmonat	Ziel aller Maßnahmen/bessere Alternative: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lokale Fluoridierung statt systemischer, um eine Deckschicht zu erreichen<sup>1</sup></li> <li>• Fluoridzahnpaste und fluoridiertes Speisesalz</li> <li>• Kinderzahnpaste 500 ppm Fluorid (keine Öko-Zahnpasten, da sie kein Fluorid enthalten!)</li> <li>• Putzen mit Zahnpasta: 1x/Tag ab 1. Milchzahn</li> </ul> <b>alternativ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoridtabletten und Putzen ohne fluoridhaltige Zahnpasta/täglich durch Eltern (s.u.)</li> <li>• Putzen mit Zahnpasta: 1x/Tag ab 1. Milchzahn</li> </ul>	
ab 2. Lebensjahr	Putzen 2x/Tag, möglichst durch Kind selbst, Nachputzen durch Eltern notwendig	

Tabelle 29: Empfehlungen für Säuglinge und Kleinkinder bis 2. Lebensjahr

<sup>1</sup> Toxizität ist vernachlässigenswert; Toxizität wird erreicht bei 5 mg/pro kg Körpergewicht

[http://www.kzvb.de/zzqpubl.nsf/\(schwer\)/B122D492C41B43BFC1256F40004FB8DD?OpenDocument](http://www.kzvb.de/zzqpubl.nsf/(schwer)/B122D492C41B43BFC1256F40004FB8DD?OpenDocument)  
 allg. : [www.leitlinien.net](http://www.leitlinien.net)

## 2 Kleinkinder und Jugendliche

Entwicklungsstadium des Kindes	Empfehlung	Organisation
ab 6. Lebensjahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Putzen 2–3x/Tag mit Erwachsenenzahnpasta</li> <li>• halbjährliche lokale Fluoridierung der Zähne</li> <li>• oder: lokale Fluoridierung wöchentlich</li> <li>• Fissurenversiegelung</li> <li>• ev. kieferorthopädische Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 2x jährlicher Zahnarztbesuch zur Kontrolle und Mundgesundheitsaufklärung</li> <li>• sowie Fissurenversiegelung und</li> <li>• lokale Fluoridierung</li> </ul>
ab 12. Lebensjahr	zusätzlich: interdentale Plaqueentfernung mit Zahnseide	
<b>Fluoridsalz als Basissalz</b>		

Tabelle 30: Empfehlungen vom 6.–18. Lebensjahr

## 3 Erwachsene

Entwicklungsstadium des ‚Kindes‘	Empfehlung	Organisation
ab komplettem bleibenden Gebiss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Putzen 2–3x/Tag</li> <li>• Zahnseide</li> <li>• lokale Fluoridierung 1x wöchentlich</li> <li>• professionelle Zahnreinigung empfehlenswert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 2x jährlicher Zahnarztbesuch</li> <li>• professionelle Zahnreinigung wird privat liquidiert</li> </ul>
<b>Fluoridsalz als Basissalz</b>		

Tabelle 31: Empfehlungen für Erwachsene

#### 4 Welche Krankenkassenleistungen (Pflichtversicherung) bestehen für Mund- und Zahngesundheit?

Alter	Organisation	Maßnahme
Neugeborenes U2: 3–10. Tag U3: 4.–6. Woche U4: 3.–4. Monat	Kinderarzt: im Rahmen der U2–U4	prüft Mundhöhle auf Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte und vergrößerte Zunge
U7: 21.–24. Monat (2 Jahre) U8: 43.–48. Monat (4 Jahre) U9: 60.–64. Monat (5 ½ Jahre)	Kinderarzt: Im Rahmen der U7–U9	Überprüfung auf Zahnkaries und Zahnstellungsanomalien
3.–6. Lebensjahr	Zahnarzt: jährlich ab vollständigem Milchgebiss	zahnärztliche Früherkennung, 3x, mindestens jährlicher Abstand
6.–18. Lebensjahr	Zahnarzt: Individualprophylaxe, halbjährlich	IP 1: Mundhygiene IP 2: Mundgesundheitsaufklärung IP 4: lokale Fluoridierung IP 5: Fissurenversiegelung Molaren

Tabelle 32: Kassenleistungen für Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen, 0–10 Jahre<sup>1</sup>

#### 5 Zusammenfassung

Die Möglichkeit der gesunden Entwicklung von Mund und Zähnen ist inhaltlich und organisatorisch gegeben und für alle BürgerInnen von Anfang an erreichbar (= auch finanziell, weil Kassenleistung). Es fällt für Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen keine Praxisgebühr an.

Zusätzlich sind für Kinder und Jugendliche bis zum max. 16. Lebensjahr auch der AK Zahngesundheit mit den Kooperationspartnern Krankenkassen und Öffentlicher Gesundheitsdienst vorhanden. Sie erfüllen durch Screenings in Bildungseinrichtungen und Prophylaxemaßnahmen Präventionsleistungen, welche die Inzidenzreduktion von Mund- und Zahnkrankheiten beinhaltet.

Alle Maßnahmen und Anstrengungen sind nur dann erfolgreich, wenn sie konsequent von jedem einzelnen Kind und Jugendlichen und seiner Familie angenommen wird. Denn auch für Zähne gilt: Es gibt nichts Gutes – außer man tut es!

<sup>1</sup> Quelle: Pieper, Momeni 2006 unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## Zusammenfassung, Danksagung und Nachwort

### 1 Zusammenfassung

#### 1.1 Kinderzahngesundheit in einem kinderfreundlichen Rhein-Erft-Kreis – Daten, Versorgungsstruktur und Organisation der Prophylaxe

Die Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein Teilbereich der Kindergesundheit – und deswegen im Rahmen der Initiative: Kinderfreundlicher Rhein-Erft-Kreis – Kindergesundheit ein wichtiger Baustein.

Der Zahnärztliche Dienst trägt mit seinen Reihenuntersuchungen in Bildungseinrichtungen wesentlich zur Prävention und Prophylaxe von Mund- und Zahngesundheit bei.

Die personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rhein-Erft-Kreis lassen eine flächendeckende und alle Kinder und Jugendliche umfassende Prävention und Prophylaxe nicht zu, sondern lediglich eine Schwerpunktprophylaxe.

Dabei ist zu differenzieren: in Kindertagesstätten und Grundschulen wird eine flächendeckende Versorgung (fast) erreicht. In Förderschulen ist die Unterstützung von ErzieherInnen notwendig, sowohl bei der Terminierung der Untersuchungen als auch der Untersuchungen selbst. Diese Unterstützung wird leider nicht immer geleistet.

Bei weiterführenden Schulen wird ein Schwerpunkt auf die Hauptschulen gelegt; Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen sind nur in der Stichprobenuntersuchung, welche alle drei Jahre erfolgt, mitvertreten.

Die Daten der durchgeführten Reihenuntersuchungen in den vergangenen zehn Jahren belegen aber trotzdem eine kontinuierliche Verbesserung der Zahngesundheit insgesamt.

Bezüglich der Versorgungsstruktur mit ambulanten Praxen ergibt sich eine mittlere Versorgungsquote im Vergleich NRW Gesamt, wobei auch der Rhein-Erft-Kreis als Landkreis geringer versorgt ist als die Städte. Dabei ist die Versorgung mit Zahnärzten leicht rückläufig in den letzten vier Jahren, die mit Kieferorthopädie leicht steigend.

Innerhalb des Kreises ergeben sich nochmals unterschiedliche Versorgungsquoten in den einzelnen Gemeinden, wobei die Allokation der Versorgungsdichte Richtung Nordkreis (auch hier) abnimmt.

Verbesserungen in der Erreichung aller Kinder, auch insbesondere mit intensiverer Prophylaxe bis hin zu Intensivprophylaxe für ‚Risikokinder‘ sind wünschenswert.

Die Organisation eines Teilbereiches der Versorgung – der Prophylaxe – erfolgt mithilfe der Organisationsstruktur: Arbeitskreis Zahngesundheit im Rhein-Erft-Kreis.

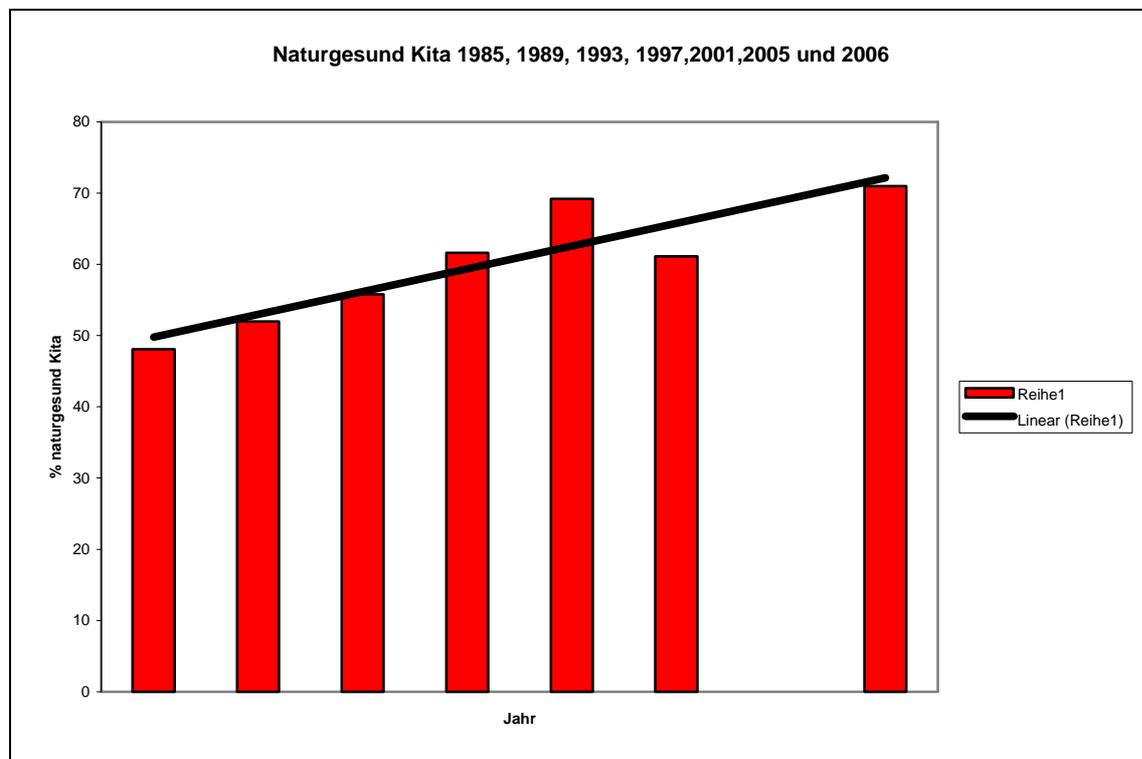
Insgesamt kann diese Organisationsstruktur, die gekennzeichnet ist durch die Zusammenarbeit von allen Krankenkassen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst im Ansatz als vorbildlich bezeichnet werden.

Vielleicht sind hier Ansätze zu finden für die Prophylaxe und Prävention von Kindergesundheit insgesamt?

Und zum Abschluss dieses Gesundheitsberichtes drei Graphiken über die Entwicklung der Zahngesundheit in den letzten zwanzig Jahren. Für diesen langen Zeitraum kann dies seriös nur für die Kindertagesstätten berichtet werden, weil sich ab dem Jahr 2000 infolge einer Umstellung bei der Befundung bei allen anderen Kindern (es wurden nicht nur die bleibenden, sondern – wie es eigentlich schon immer sinnvoll gewesen wäre – auch die Milchzähne befundet) die Zahlen der einzelnen Jahrgänge nicht vergleichen lassen. Durch den Wegfall von Meldepflichten seitens des Landes NRW im Jahr 2000 wurde es auch dem Zahnärztlichen Dienst möglich, diese sinnvolle Befundung – insbesondere für die Grundschul Kinder – einzuführen.

Es wird für die Grundschul Kinder deshalb über die naturgesunden bleibenden Zähne berichtet.

Die dritte Graphik für Kita, Grundschule, Hauptschule und Förderschule deshalb für die Jahre 2003, 2006 und 2007.



**Abbildung 21: Die steigende Zahl der naturgesunden Gebisse bei Kindergartenkindern Rhein-Erft-Kreis in den vergangenen zwanzig Jahren<sup>1</sup>**

Die Zähne der Kita-Kinder sind gesünder geworden.

Ebenso hat sich die Rate der naturgesunden bleibenden Zähne bei Grundschulkindern ständig erhöht.

---

<sup>1</sup> Quelle: Datei AK Zahngesundheit

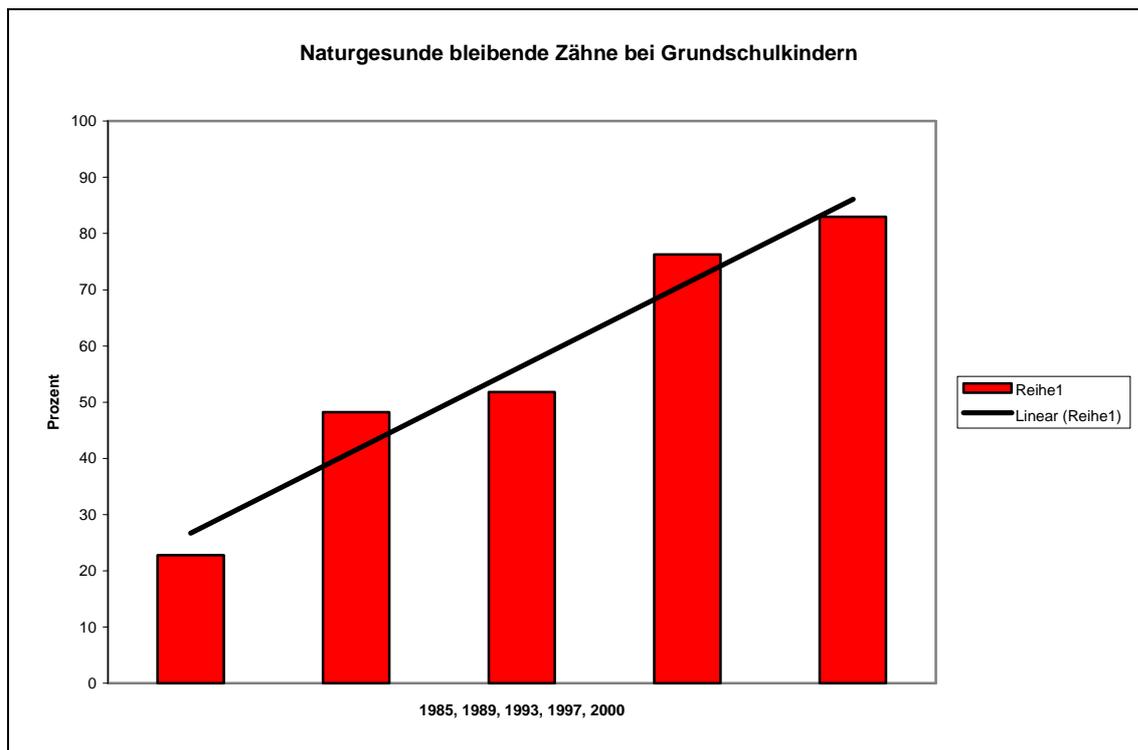


Abbildung 22: Naturgesunde, bleibende Zähne bei Grundschulkindern von 1985–2000<sup>1</sup>

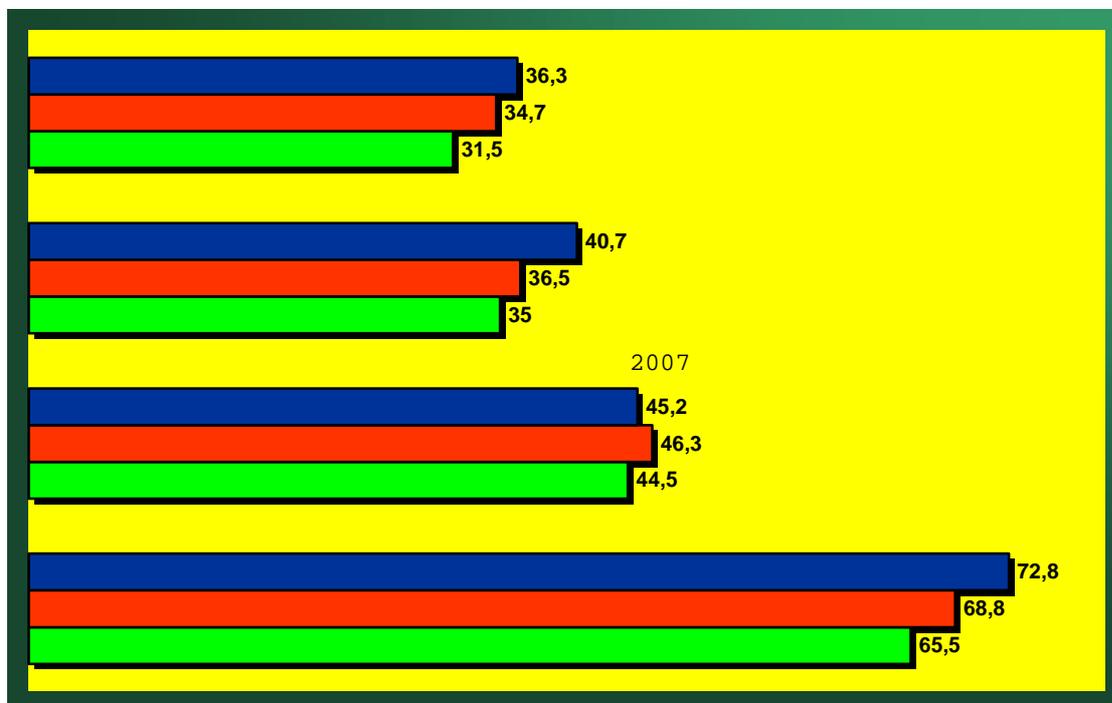


Abbildung 23: Naturgesunde Gebisse bei Kitas, Grundschulen, Hauptschulen und Förderschulen im Rhein-Erft-Kreis in den Jahren 2003, 2006, 2007<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Quelle: Arbeitskreis Zahngesundheit

Wie die Abbildungen zeigen, hat es eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindertagesstätten- und Grundschulkindern gegeben.

Mit der Umstellung der Befundung auf Milchzähne und bleibende Zähne haben sich die Zahlen verändert – der Trend ist bei den Kindertagesstätten weiter steigend, bei Grundschulen ziemlich unverändert auf einem ziemlich guten Niveau, bei Haupt- und Förderschulen auch steigend, allerdings auf einem niedrigeren Niveau.

Frau Hampel, Teamleiterin ZÄD interpretiert zusammenfassend und fordert:

„Insgesamt hält sich seit 2001 die Zahngesundheit aller Kinder durch das bestehende Prophylaxeprogramm fast unverändert auf einem ziemlich hohen Niveau. Das heißt, dass etwa  $\frac{2}{3}$  der Kinder mit gesunden Zähnen lachen kann.

Gleichzeitig haben jedoch rund 20% der Kinder zum Teil extrem kranke Zähne. Nach der Erfahrung des ZÄD, gewonnen auch aus Gesprächen mit Eltern und Erziehern, sind diese Kinder weitestgehend in sozial schwachen Schichten zu finden. Zahnerkrankungen sind hier in der Regel nur ein Teil von vielen sozialen und häuslichen Problemen.

In diesen Familien häufen sich massiv Zahnarztphobien gepaart mit der Unfähigkeit, Hilfen zu suchen und zu finden.<sup>1</sup> Diese Familien stecken in finanziellen Schwierigkeiten, sind wenig mobil, wenig informiert, leben und ernähren sich häufig ungesund. Dies führt neben den Zahnerkrankungen (in der Regel) oft zu Übergewicht, Haltungsschäden, Lernschwächen usw..

Um die Gesundheit und damit die Chancen auf ein besseres Leben der Kinder aus diesem Bereich der Rhein-Erft-Kreis-BürgerInnen zu fördern, wäre eine intensivere Zusammenarbeit mit Kinderärzten, Sozialarbeitern, Eltern und Erziehern notwendig.

Hier sind auch aus dem Arbeitskreis Zahngesundheit dringend Prophylaxe und Hilfsangebote erforderlich. Diese müssen vor Ort stattfinden, möglichst zu dem Zeitpunkt, zu dem eine optimale Prägung zahngesunden Verhaltens am besten möglich ist – also im Kleinkindalter. Und hier müsste über eine Basisprophylaxe hinaus im Rahmen eines tatsächlichen Intensivprogramms regelmäßig mindestens sechsmal im Jahr ein Prophylaxeimpuls insbesondere zu Gesunder Ernährung und Fluoridierung erfolgen.“

Diese Schlussfolgerung wird auch durch die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen unterstrichen.<sup>2</sup> Aktuell aus dem Jahr 2007: beispielsweise bei den rein körperlichen Merkmalen sind 77,5% der Kinder aus der niedrigen Sozialschicht, aus der mittleren Sozialschicht 86,1% und aus der höheren Sozialschicht 90,1% ohne Befund.

Schon in der Kindheit sind Gesundheit und Sozialstatus voneinander abhängig.

---

<sup>1</sup> vgl. Kapitel 2

<sup>2</sup> siehe Module 1–3, Gesundheitsberichterstattung zur Kindergesundheit im Rhein-Erft-Kreis

## 2 Danksagung

Zum Schluss möchte ich allen Mitwirkenden an diesem Bericht danken (in zeitlicher Reihenfolge):

- Den Prophylaxeassistentinnen des Zahnärztlichen Dienstes für die enormen Mühen der Bereitstellung der Zahndateien.
- Allen Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes für die freundliche, sachliche und zügige Atmosphäre in den Besprechungen für diesen Zahngesundheitsbericht.
- Philipp Burbach vom Amt 10 für die schnelle und unkomplizierte Zusammenarbeit in einem frühen Berichtsstadium mit der Einweisung in spezielle Kniffe von Excel, die einen Beitrag zur Bewältigung des Datenberges geleistet hat.
- Dr. Henzel für kritisches Gegenlesen des ersten Entwurfes: es ist inzwischen Usus geworden und vermittelt immer wieder Verbesserungen.
- Dem neuen Amtsleiter Dr. Schuba für die kritische Begleitung der vorletzten und letzten Phase des Berichts.
- Schließlich Frau Hampel, die mit ihrer großen Erfahrung während und vor allem in der Endphase der Berichterstellung wesentliche Beiträge geleistet hat und die Feinheiten über die Zahnheilkunde und insbesondere die gruppenprophylaktische Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes vermitteln konnte – Interdisziplinarität kann eben auch klappen.  
Frau Hampel gilt mein spezieller Dank: ihr hohes Engagement für das Thema in Bezug auf die Kinder und die Organisationsentwicklung hat diesen Gesundheitsbericht in entscheidenden Punkten weitergebracht und präzisiert. Für die Zusammenarbeit, das Vertrauen, die Offenheit und die Sorgfalt danke ich ihr sehr.
- Susanne Seegebrecht für die überlegte, schnelle, anregende und souveräne Gestaltung des Titelblattes und dem professionellen Layout des Textes.

Mögen die Ergebnisse unserer interdisziplinären Kooperation (wir haben manchmal um einzelne Worte gerungen...) sich auch der Leserin/dem Leser dieses Berichtes vermitteln.

## 3 Nachwort

Die Zusammenarbeit hat bereits ganz praktische Auswirkungen: Team- und Organisationsentwicklung innerhalb des ZÄD sind in Gang gesetzt, wie Vereinheitlichung der Datendokumentation und sinnvolle Erweiterungen der zahnärztlichen Untersuchung um Sozialindikatoren sind geplant.



## Abkürzungsverzeichnis

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der <b>Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften</b> e.V.
BKK	Betriebskrankenkassen
DMF-T	Index aus der Summe von zerstörten, fehlenden, gefüllten bleibenden Zähnen
dmf-t	Index aus der Summe von zerstörten, fehlenden, gefüllten Milchzähnen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkassen
IP	Individualprophylaxe
IT	Informationstechnologie
Kita	Kindertagesstätte
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LÖGD	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (seit Januar 2008 fusioniert mit der Landesanstalt für Arbeitsschutz im: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
QM	Qualitätsmanagement
VdAK	Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V.
WLLP	Würzburger Leise-Leseprobe
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst
ZFA	Zahnärztliche Fachangestellte mit Weiterbildung in zahnmedizinischer Prophylaxe
ZZQ	Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte



## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Prozesse der Gesellschaftsbildung.....	18
Abbildung 2: Versorgungsgrad Zahnärzte im Rhein-Erft-Kreis.....	39
Abbildung 3: Entwicklung der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung im Rhein-Erft-Kreis 2003 bis 2006, Versorgungsquoten .....	40
Abbildung 4: Kieferorthopädische Versorgung im Rhein-Erft-Kreis.....	42
Abbildung 5: Verteilung der jugendzahnärztlich untersuchten Kitas nach Gemeinden im Rhein-Erft-Kreis.....	46
Abbildung 6: Gleichbleibende Aktivitäten bei den gruppenprophylaktischen Maßnahmen in NRW nach Institutionen 2003–2005 .....	65
Abbildung 7: Elternarbeit in Grundschulen (erste Zahl unter Jahreszahl) und Kindertagesstätten (zweite Zahl unter Jahreszahl) – erreichte Eltern (dritte Zahl unter Jahreszahl) von 1996–2006 ....	68
Abbildung 8: Zehntausende von Kindern werden von den Prophylaxeimpulsen im Rhein-Erft-Kreis erreicht, Aufsummierung von zahnärztlichen Untersuchungen und Prophylaxeimpulsen 1996–2006 .....	69
Abbildung 9: Mittelwertvergleich Befunde der Kindertagesstätten nach Gemeinden 1996–2006 .....	81
Abbildung 10: Die Zähne von Kindertagesstättenkindern werden immer besser!? – Sanierte und behandlungsbedürftige Kinder in den Kindertagesstätten 1996–2006 .....	82
Abbildung 11: Eine kleine Zahl von Einrichtungen hat eine hohe prozentuale Rate behandlungsbedürftiger Gebisse, zusammengefasst 1996–2006.....	84
Abbildung 12: Verbesserung der Zahngesundheit im Zeitablauf 1996–2006/ alle Einrichtungen im Rhein-Erft-Kreis.....	85
Abbildung 13: Rate behandlungsbedürftiger Gebisse bei ‚Risikoeinrichtungen‘ ist stärkeren Schwankungen unterworfen als bei der Gesamtheit der Einrichtungen im Rhein-Erft-Kreis.....	86
Abbildung 14: Naturgesund – alle Einrichtungen nach Gemeinden in den Jahren 1996–2006 (Mittelwert für alle Gemeinden: 61,8%).....	87
Abbildung 15: Vergleich der naturgesunden Gebisse alle Gemeinden Rhein-Erft-Kreis 2004–2006/ alle Einrichtungen (Mittelwert Gesamt: 62,3%) .....	88
Abbildung 16: Naturgesunde Gebisse nach Einrichtungsart in den Jahren 2002–2006 im Rhein-Erft-Kreis.....	89
Abbildung 17: Naturgesunde Gebisse Rhein-Erft-Kreis 2006/alle Einrichtungen .....	90
Abbildung 18: Naturgesunde Gebisse Rhein-Erft-Kreis 2006 nach Einrichtungen .....	91
Abbildung 19: Förderschulen, die Mehrzahl der Hauptschulen und einige Grundschulen sind Settings mit speziellen Handlungsbedarfen – behandlungsbedürftige Zähne nach Einrichtungen 2000–2006/Gemeinden.....	93

Abbildung 20: Karieserfahrung bei Grundschulkindern in Stadtteilen von Wesseling 2003/2004 – Daten des Zahnärztlichen Dienstes .....	94
Abbildung 21: Die steigende Zahl der naturgesunden Gebisse bei Kindergartenkindern Rhein-Erft-Kreis in den vergangenen zwanzig Jahren .....	110
Abbildung 22: Naturgesunde, bleibende Zähne bei Grundschulkindern von 1985–2000 .....	111
Abbildung 23: Naturgesunde Gebisse bei Kitas, Grundschulen, Hauptschulen und Förderschulen im Rhein-Erft-Kreis in den Jahren 2003, 2006, 2007.....	111

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhalte und Organisationsform von Zahngesundheitserziehung.....	12
Tabelle 2: Die unterschiedlichen, im Verlauf der Sozialisation erworbenen Kapitalien.....	16
Tabelle 3: Gesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer bezüglich Zahnhartsubstanzdefekte bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahre 2020.....	25
Tabelle 4: Gesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer bezüglich Ernährung bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahre 2020.....	26
Tabelle 5: Gesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer bezüglich Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahre 2020.....	26
Tabelle 6: Was ist Verhältnisprävention – was ist Verhaltensprävention? .....	27
Tabelle 7: Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnbehandlung gesetzlich Versicherter im Vergleich GKV und AOK in den Jahren 1998–2005 .....	29
Tabelle 8: Fallender Kostenanteil pro Mitglied für Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen im Rhein-Erft-Kreis 2003–2006.....	32
Tabelle 9: Haushaltsansätze für das Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis, 2005–2008.....	33
Tabelle 10: Zahnärztinnen und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht.....	35
Tabelle 11: Zahnärztinnen und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht.....	36
Tabelle 12: Zahnärztliche Versorgung im Rhein-Erft-Kreis.....	37
Tabelle 13: Durchschnittliche Zahl EinwohnerIn/Kinder und Jugendliche pro zahnärztliche Praxis in den Gemeinden und Städten des Rhein-Erft-Kreises .....	38
Tabelle 14: Zahnärzte und Kieferorthopäden im Rhein-Erft-Kreis, 2002–2006.....	41
Tabelle 15: Schulstruktur Allgemeinbildende Schulen im Rhein-Erft-Kreis 2007.....	45
Tabelle 16: Entwicklung von Zielvorstellungen über Mund- und Zahngesundheit auf Bundes-, Landes- und Regionalebene.....	59

Tabelle 17: Schwerpunkt der Gruppenprophylaxe im Bereich der Grundschulen im Rhein-Erft-Kreis, 2004.....	63
Tabelle 18: Sonderaktionen des Jugendzahnärztlichen Dienstes 2001–2006 zur Kariesprophylaxe im Rhein-Erft-Kreis.....	66
Tabelle 19: Gelee- und Lackfluoridierung im Bereich Prophylaxe von Kindern in ausgewählten Horten, Grundschulen, Förderschulen und Hauptschulen des Rhein-Erft-Kreises 2001–2006.....	71
Tabelle 20: Prophylaxemaßnahmen mit Fluoridierungen erreichen nur wenige Schulen im Rhein-Erft-Kreis.....	72
Tabelle 21: Bereinigter Datensatz der Jugendzahnärztlichen Untersuchungen 1996–2006 als Basis der Gesundheitsberichterstattung im Vergleich zum Datensatz des Arbeitskreises Zahngesundheit.....	77
Tabelle 22: : Ergebnisse der Jugendzahnärztlichen Untersuchungen in den vergangenen zehn Jahren – naturgesunde Gebisse nach Kinder/Einrichtung sowie Gesamtzahl der untersuchten Kinder nach Einrichtungen anhand von zwei unterschiedlichen Datenfiles.....	78
Tabelle 23: Ergebnisse der jugendzahnärztlichen Untersuchungen 1996–2006 nach Einrichtungsarten – Stichprobe/Befundklassen .....	80
Tabelle 24: Viergruppige Verteilung von Einrichtungen naturgesund/jeweils Prozentanteil der Kinder naturgesund, Zeitraum: 1996–2006 Rhein-Erft-Kreis .....	83
Tabelle 25: Vergleich der dmft-t/DMFT-Werte für ausgewählte Altersgruppen/ Stichprobenuntersuchungen der Jahre 1995, 1997, 2000 und 2004.....	96
Tabelle 26: Schlussfolgerungen .....	100
Tabelle 27: Fragen, die nicht beantwortet wurden .....	101
Tabelle 28: Ansatzpunkte im Rhein-Erft-Kreis.....	102
Tabelle 29: Empfehlungen für Säuglinge und Kleinkinder bis 2. Lebensjahr.....	106
Tabelle 30: Empfehlungen vom 6.–18. Lebensjahr .....	107
Tabelle 31: Empfehlungen für Erwachsene.....	107
Tabelle 32: Kassenleistungen für Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen, 0–10 Jahre .....	108



## Literaturverzeichnis

- Altgeld, Thomas: Warum hinter die Ottawa-Charta zurückfallen? Gesundheitsförderung darf in der Präventionsdiskussion nicht untergehen In: Public Health Forum, 12. Jg. (2004), H. 45, S. 20–21
- Barkmann, Claus;  
Schulte-Markwort, Michael: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55. Jg. (2006), H. 6, S. 444–458
- Blank, Ingo: Kariesphrophylaxe beginnt schon im Kindesalter In: Deutsche Apothekerzeitung, Jg. 2006, H. 34, S. 63–68
- BMFSJ: Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010 Ein Kinder- und Jugendreport zum Nationalen Aktionsplan (NAP) Berlin 2006
- Bourdieu, Pierre;  
Passeron, Jean Claude: Die Illusion der Chancengleichheit Stuttgart 1971
- Bude, Heinz;  
Willisch, Andreas (Hrsg.): Das Problem der Exklusion Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige Hamburg 2006
- Butz, Rüdiger von;  
Noack, Michael;  
Micheelis, Wolfgang;  
Schwan, Annette: Kooperation von niedergelassenen Zahnärzten mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zur Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern mit hohem Kariesrisiko im Kreis Wesel In: Public Health Forum, 13. Jg. (2005), H. 46, S. 27–28
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.: Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe Jahresauswertung der Schuljahre 2004/2005 Bonn 2006. (= DAJ Infos Spezial)
- Eichholz, Rainald: Merkmale eines kinderfreundlichen Kreises Vortrag auf der Fachtagung 16.6.2007 Bergheim
- Kinder- und Jugendsurvey (Hrsg.): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Berlin 2007
- Kliche, Thomas;  
Kawski, Stephan;  
Koch, Uwe: Evaluation-Das Beispiel Schulische Gesundheitsförderung In: Public Health Forum, 12. Jg. (2004), H. 45, S. 9–10
- Krauth, Christian;  
Haverkamp, Alexander: Was wissen wir über Kosten und Effizienz von Präventionsprogrammen? In: Public Health Forum, 12. Jg. (2004), H. 45, S. 6–7

- LÖGD (Hrsg.): Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen Adaptierte Fassung für NRW, 2005 Bielefeld 2007
- Micheelis, Wolfgang;  
Schiffner, Ulrich (Hrsg.): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005 Köln (DÄV) 2006
- Mittermeier, Dirk;  
Werth, Detlef: Zahnärztliche Beanspruchungsprofile bei der Kinderbehandlung. Eine systematisch erhobene Dokumentation aus zwei Zahnarztpraxen Köln 2006. (= [www3.kzbv.de](http://www3.kzbv.de))
- N.N.: Gesundheitsbericht für Deutschland 5.2.1 Karies und Parodontopathien o.O. 1998. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- Oesterreich, Dietmar;  
Ziller, Sebastian: Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2020 In: Public Health Forum, 46. Jg. (2004), H. 46, S. 22–23
- Pieper, Klaus;  
Momeni Anahita: Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern In: Deutsches Ärzteblatt, 103. Jg. (2006), H. 15, S. A1003–1009
- Reich, Elmar: Erfolge der zahnmedizinischen Prävention in Deutschland - Darstellung der Entwicklung und Situationsanalyse In: Public Health Forum, 46. Jg. (2005), H. 46, S. 4–6
- RKI (Hrsg.): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen Berlin 2006. (= Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Rosenbrock, Rolf: Primärprävention durch Kampagnen In: Public Health Forum, 12. Jg. (2004), H. 45, S. 22–23
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung o.O. u. J. (= [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de))
- Schenk, L.;  
Knopf, H.: Mundgesundheitsverhalten In: Bundesgesundheitsblatt, Jg. 2006, H. 12, S. 1230
- Schenk, Liane;  
Knopf, H.: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Aus: Kinder- und Jugendsurvey (Hrsg.): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Berlin 2007. S. 653–658
- Schmucker, Rolf: Gesundheitsziele — Viel Lärm um nichts? In: Public Health Forum, 14. Jg. (2006), H. 52, S. 15–16

- Töppich, Jürgen: Die Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung: Aufgaben und Ansätze In: Public Health Forum, 12. Jg. (2004), H. 45, S. 7–8
- Walter, Ulla: Auf dem Weg zu mehr Prävention In: Public Health Forum, 12. Jg. (2004), H. 45, S. 2–4
- Weikunat, Rolf: Vom Wissen zum Verhalten In: Public Health Forum, 12. Jg. (2004), H. 45, S. 17–18.
- Weitkamp, Jürgen;  
Oesterreich, Dietmar;  
Ziller, Sebastian: Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde In: Public Health Forum, 13. Jg. (2005), H. 46, S. 2–3
- Weßling, Adelheid: Die Schuleingangsuntersuchung: Perspektiven für eine Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheitsförderung in Schule und Gemeinde In: Gesundheitswesen, Jg. 2000, H. 62, S. 383–390
- Wetzel, Willi-Eckhard: Mundgesundheit und Ernährung In: Public Health Forum, 46. Jg. (2005), H. 13, S. 15–16





