

Handlungskonzept Zahngesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen



Stadt
Neumünster

Handlungskonzept Zahngesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Impressum:

Herausgeber:

Stadt Neumünster
Der Oberbürgermeister
Fachdienst Gesundheit
Meßtorffweg 8
24534 Neumünster

Tel. 04321 942-2844 (Zahnärztin Frau Dr. Maria Schmidt)
Fax 04321 942-2800
E-Mail: maria.schmidt@neumuenster.de
www.neumuenster.de > Leben in Neumünster > Gesundheit

Redaktion und Gestaltung:

Dr. Maria Schmidt (Zahnärztin, Fachdienst Gesundheit)
Felix Brümmer (Präventionsmanager, Fachdienst Dezentrale Steuerungsunterstützung)

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Zusammenfassung	4
1. Einleitung	6
2. Kommunale Zahngesundheitsförderung	7
2.1 Relevanz gesunder Zähne und Möglichkeiten der Kariesvermeidung	7
2.2 Zahngesundheitsförderung als kommunaler Auftrag	8
2.3 Bisherige Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit in Neumünster	9
3. Handlungsbedarf	10
3.1 Stagnierende Entwicklung der Zahngesundheit	10
3.2 Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Zahngesundheit	11
<i>Hintergrund: Das Handlungskonzept Armut der Stadt Neumünster</i>	13
4. Handlungsoptionen zur Zahngesundheitsförderung	14
4.1 Übersicht über alle Handlungsansätze und Maßnahmen	15
4.2 Finanzierung der Maßnahmen	18
4.3 Maßnahmenevaluation und Weiterentwicklung des Handlungskonzepts	19
Literatur	20
Anhang: Tabellenentwurf Maßnahmenbeschreibung	21

Abkürzungsverzeichnis

AGJ	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege Neumünster e. V.
AGJZP	Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege (bundesweit)
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
FD	Fachdienst
FEK	Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster
GDG	Gesundheitsdienstgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ISEK	Integriertes Stadtentwicklungskonzept
Kita	Alle Formen der institutionellen Erziehung und Betreuung von Kindern im Rahmen der frühkindlichen Bildung
LAJ	Landesausschuss zur Förderung zur Jugendzahnpflege
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SGB	Sozialgesetzbuch
SGFK	Schulgesundheitsfachkraft
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Zusammenfassung

Das vorliegende Handlungskonzept liefert **Argumente und Maßnahmenvorschläge** für den Ausbau der Zahngesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Neumünster. Die beschriebenen Maßnahmen ergänzen sich systematisch. Für eine Umsetzung sollen sie gemeinsam mit den dafür benötigten Akteuren **weiter konkretisiert und schließlich einzeln der Ratsversammlung zum Beschluss vorgelegt** werden.

Gesunde Zähne sind von großer Bedeutung für die allgemeingesundheitliche und psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ein früh erlerntes, vernünftiges Mundgesundheitsverhalten wirkt sich lebenslang positiv auch auf die Allgemeingesundheit aus, denn Karies und Parodontitis (entzündungsbedingte Erkrankung des Zahnhalteapparates) stellen Risikofaktoren für Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen dar. Gesunde Zähne haben sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter eine wichtige ästhetische Funktion: Kranke oder fehlende Zähne im sichtbaren Bereich bergen die Gefahr der sozialen Ausgrenzung mit allen ihren Folgen.

Die Ursachen der Karieserkrankung sind gut erforscht. Auch Strategien zur Gesundheitserhaltung der Zähne sind bekannt. Werden die sogenannten vier Säulen der Prophylaxe (angemessene Zahnpflege, zuckerarme Ernährung, lokale Fluoridanwendung und halbjährliche zahnärztliche Kontrollen ab dem ersten Zahn) ernstgenommen, kann Karies durchaus vermieden werden. **Alle Präventionsprogramme zielen im Grunde darauf ab, über die vier Säulen der Kariesprophylaxe zu informieren und zu deren konsequenter und dauerhafter Umsetzung zu motivieren.** Mit dem § 21 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung wurden ab 1989 die gesetzlichen Voraussetzungen für den Ausbau der Präventionsarbeit geschaffen. Die Präventionsprogramme, die daraufhin Anfang der 1990er Jahre unter der Bezeichnung Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen eingeführt wurden und bis heute fortgeführt werden, haben sich als sehr erfolgreich erwiesen, denn sie führten deutschlandweit zu einem beachtlichen Kariesrückgang. Bei den 12-Jährigen beträgt der Kariesrückgang seit 1994 deutschlandweit 82 Prozent, bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern 35 Prozent. Jedoch können mit den Mitteln der Gruppenprophylaxe allein nicht alle Kinder bzw. deren Eltern zur dauerhaften Umsetzung der vier Säulen der Kariesprophylaxe motiviert werden: Eine **Konzentration der Karieslast auf bestimmte soziale Gruppierungen** zeigt, dass hier auf den jeweiligen Bedarf in der Kommune angepasste zusätzliche Handlungskonzepte nötig sind.

Auch in Neumünster werden Präventionsprogramme nach Vorgaben des § 21 SGB V umgesetzt. Die Mitarbeiterinnen der 1994 gegründeten Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (AGJ) in der Stadt Neumünster führen kindgerechte Unterrichtseinheiten mit Zahnputzübungen in Kindergärten und Schulen durch, beraten Eltern und Multiplikatoren zum Thema Zahngesundheit und bieten Fluoridierungsprogramme an Risikoschulen an. Der Zahnärztliche Dienst der Stadt führt flächendeckend die Reihenuntersuchungen durch und ermittelt so die Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf, in denen dann die Prophylaxe verstärkt wird. Auch Elternberatungen, Aufklärung von Multiplikatoren und die fachliche Betreuung der Arbeitsgemeinschaft gehören zu den Aufgaben des zahnärztlichen Dienstes.

Diese Maßnahmen reichen aber nicht aus: Der vom Zahnärztlichen Dienst der Stadt auf der Grundlage der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen erstellte Zahngesundheitsbericht 2017 zeigt eine **stagnierende Entwicklung bei der Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Neumünster** auf. Der Zahn-

gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen wird nach den landesweit einheitlichen Kriterien naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig bewertet. Ebenso werden die durchschnittliche Karieserfahrung pro Kind und der Anteil der Kinder mit einem Kariesrisiko erfasst. Der Anteil der 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen liegt in Neumünster nur bei 44,5 Prozent und ist damit um 12 Prozent niedriger als im Landesdurchschnitt und um 8 Prozent niedriger als der Durchschnittswert der anderen kreisfreien Städte.

Die sozialraumbezogene Betrachtung bei den Kitakindern und den Grundschulkindern zeigt eine **Assoziation der gesundheitlichen Entwicklung im Bereich Zahn-gesundheit mit der sozialen Herkunft**. Im Kerngebiet der Stadt mit höherer sozialer Belastung ist der Zahngesundheitszustand der Kitakinder und der Grundschul Kinder deutlich schlechter als im Randgebiet mit geringerer sozialer Belastung. Im Kerngebiet mit höherer sozialer Belastung ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer, der Sanierungsgrad ist niedriger und die Behandlungsbedürftigkeit ist höher.

Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde das vorliegende **Konzept zur Zahngesundheitsförderung** entwickelt. Es beschreibt ein breites **Spektrum von Handlungsoptionen zur Zahngesundheitsförderung**, die nach und nach umgesetzt werden können. Dazu gehören u. a. das Zähneputzen in allen Kitas, Horten und Risikoschulen, die zuckerfreie Ernährung in Kita und Schule und die Ermöglichung des Zahnarztbesuchs für möglichst alle Kinder. Grundgedanke dabei ist, den Stellenwert des Themas Zahngesundheit bei allen mit der Betreuung von Kindern Beschäftigten zu erhöhen. Über das soziale Umfeld sollen auch die Kinder und ihre Eltern, die durch die bisherigen Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nur unzureichend erreicht werden, zu zahngesundem Verhalten motiviert werden.

Aufgrund des deutlichen Zusammenhanges zwischen sozialer Belastung und Zahngesundheit soll das Konzept zur Zahngesundheitsförderung auch in das Handlungskonzept Armut integriert werden. Mit dem **Handlungskonzept Armut** hat sich die Stadt Neumünster ein umfassendes Programm zur Verringerung der Armut und negativer Armutsfolgen gegeben. In dem Handlungskonzept spielt Prävention eine große Rolle. Es wird der Aufbau einer lückenlosen Präventionskette angestrebt. **Prävention und Gesundheitsförderung sollen früh einsetzen**. Schädigende Einflüsse im Kindes- und Jugendalter hinterlassen Spuren, z. B. Angst vor dem Zahnarzt. Kariesvermeidung hat deshalb oberste Priorität. Kinder und Jugendliche und deren Eltern können über die Settings Kita und Schule besonders gut mit präventiven Maßnahmen erreicht werden. Hier können die mit der Erziehung der Kinder Beschäftigten und Akteure des sozialen Umfeldes der Familien zusammenarbeiten und in gemeinsam ausgeführten Projekten auf gesunde und gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse hinwirken.

Auf Grundlage der regelmäßigen Zahngesundheitsberichterstattung der Stadt Neumünster wird die **Umsetzung und Wirksamkeit der Maßnahmen zur Zahngesundheitsförderung regelmäßig reflektiert**. Die Reflexion dient der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Konzepts und Verbesserung der Umsetzung. Bei der Maßnahmenplanung werden Möglichkeiten einer **zumindest teilweisen Fremdfinanzierung** geprüft. In diesem Zusammenhang ist das im Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz zu nennen, dessen Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen liegt. Über das Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Kommunen, einer gemeinsamen Initiative der gesetzlichen Krankenkassen, können Mittel für den Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen beantragt werden. Auch Förderprogramme der Europäischen Union, des Bundes oder des Landes Schleswig-Holstein sowie private Institutionen werden für die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Ressourcen für die Umsetzung der Maßnahmen in Betracht gezogen.

1. Einleitung

Das vorliegende Handlungskonzept liefert **Argumente und Maßnahmenvorschläge** für den Ausbau der Zahngesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Neumünster. Die Maßnahmen decken unterschiedliche Altersgruppen und Handlungsansätze ab. Je nach Maßnahme variieren die für die Umsetzung benötigten Akteure und Ressourcen. Die Systematik und Maßnahmenbeschreibungen wurden mit den zuständigen Fachdiensten der Stadt grundsätzlich abgestimmt und mit zentralen Trägern und Institutionen z. B. der Kindertagespflege diskutiert. Die tatsächliche Umsetzung der Maßnahmenvorschläge bedarf jedoch einer weiteren Konkretisierung in enger Zusammenarbeit mit den dafür benötigten verwaltungsinternen und -externen Akteuren. Die konkretisierten Maßnahmen werden schließlich **einzeln der Ratsversammlung zum Beschluss vorgelegt**.

Gesunde Zähne tragen entscheidend zu **Lebensqualität und Lebenschancen** jedes Einzelnen bei. Sie stehen in positivem Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit und haben eine wichtige ästhetische Funktion. Insbesondere im Kindes- und Jugendalter beeinflusst die Zahngesundheit die individuelle Entwicklung und schafft Voraussetzungen für die spätere soziale Teilhabe.

Aus dem aktuellen Zahngesundheitsbericht 2017 des Zahnärztlichen Dienstes der Stadt Neumünster geht hervor, dass bereits in den Kindertagesstätten **in erheblichem Maß Karies** auftritt. Von den drei- bis sechsjährigen Kita-Kindern hatten 2016/2017 nur 66 Prozent naturgesunde Zähne. Der Anteil der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen liegt in Neumünster seit Jahren deutlich unter dem Anteil für das gesamte Land Schleswig-Holstein (im Schuljahr 2016/2017 bei 44,5 gegenüber 56,6 Prozent). Auch in weiterführenden Schulen finden sich viele Schülerinnen und Schüler mit sanierten oder behandlungsbedürftigen Zähnen.

Bei der Zahngesundheit besteht ein **deutlicher Zusammenhang mit der sozialen Herkunft**. In den belasteten Sozialräumen des Kerngebiets Neumünsters sind sowohl in den Kindertagesstätten als auch in den Ersten Klassen der Grundschulen die Anteile von Kindern mit naturgesunden Zähnen geringer als in den weniger sozial belasteten äußeren Stadtteilen. Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern hängt stark von ihren Lebenswelten ab. Eltern spielen hierbei eine entscheidende Rolle.

Daher zielt das Handlungskonzept zur Zahngesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen nicht nur auf direkte Veränderungen in Kitas und Schulen, sondern – vermittelt über Bildungseinrichtungen, Öffentlichen Gesundheitsdienst und weitere Akteure wie z. B. die Kinderärzte – auf einen höheren Stellenwert gesunder Zähne im Elternhaus und eine gesündere familiäre Praxis. Es wird ein **breites Spektrum von Handlungsoptionen** beschrieben, die einzeln beschlossen und nach und nach umgesetzt werden können.

In der Stadt Neumünster engagieren sich neben Politik und Verwaltung vielfältige weitere Akteure für Gesundheitsförderung und Armutsprävention. Das Handlungskonzept zur Zahngesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen ergänzt die Gesundheitsziele des **Integrierten Stadtentwicklungskonzepts** (ISEK) der Stadt Neumünster und knüpft an das 2017 beschlossene **Handlungskonzept Armut** an, in dem es u. a. um die Verringerung negativer Armutsfolgen für die gesundheitliche Entwicklung geht.

2. Kommunale Zahngesundheitsförderung

2.1 Relevanz gesunder Zähne und Möglichkeiten der Kariesvermeidung

Gesunde Zähne tragen entscheidend zu **Lebensqualität** und Lebenschancen jedes Einzelnen bei. Gesunde Zähne im Kindes- und Jugendalter sind eine wichtige Voraussetzung für die allgemeine gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Zudem wirkt sich ein früh erlerntes, vernünftiges Mundgesundheitsverhalten lebenslang positiv auf die Allgemeingesundheit aus, denn Karies und Parodontitis (entzündungsbedingte Erkrankung des Zahnhalteapparates) stellen Risikofaktoren für Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen dar. Gesunde Zähne haben sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter eine wichtige ästhetische Funktion: Kranke oder fehlende Zähne im sichtbaren Bereich bergen die **Gefahr der sozialen Ausgrenzung** mit allen ihren Folgen.

Karies ist nicht heilbar, da sie unwiederbringlichen Verlust der Zahnhartsubstanz verursacht. Eine Heilung im Sinne von Gewebswiederaufbau ist nicht möglich, es kann lediglich eine Reparatur durch das Einbringen von Ersatzmaterialien durchgeführt werden. **Karies ist aber vermeidbar**, wenn die richtigen Vorsorgemaßnahmen ergriffen werden.

Die Ursachen der Karieserkrankung sind gut erforscht. Zahnkaries entsteht durch bakteriellen Zahnbelag (Plaque), der sich an der Zahnoberfläche anlagert. Die in der Plaque enthaltenen Bakterien zeigen ein stark erhöhtes Wachstum, **wenn Zucker zur Verfügung steht**. Beim Stoffwechsel dieser Karieserreger entsteht Milchsäure und damit ein saures Milieu in der Mundhöhle. Ab einem bestimmten Säuregehalt (pH-Wert unter 5,5) kommt es zum Herauslösen von Mineralien aus dem Zahnschmelz und damit zunächst zur Schwächung, später zur Zerstörung der Zahnhartsubstanz. Der Speichel enthält Stoffe, die die schädliche Säure binden können. Etwa 30 Minuten nach der Nahrungsaufnahme ist der Großteil der Säuren gebunden. Anfängliche Defekte im Zahnschmelz können zudem durch im Speichel vorhandene Mineralien und zugeführte Fluoride wieder geschlossen werden. In den tieferen Schichten der Plaque kann der Speichel seine säurebindende Funktion nicht entfalten. An bestimmten Stellen am Zahn (Fissuren und Grübchen) und am Kontaktpunkt zum Nachbarzahn entsteht Karies besonders leicht. Je länger ein saures Milieu in der Mundhöhle besteht, desto höher ist die Kariesgefahr. Kauaktive Nahrungsmittel fördern den Speichelfluss, Getränke nicht. Der Konsum von zuckerhaltigen Getränken führt zu verstärktem Bakterienwachstum und damit zu vermehrter Bildung von Säure, die durch die mangelnde Speichelproduktion nicht gebunden werden kann.

Auch die aus diesen hier in Kurzform dargestellten Zusammenhängen resultierenden **Maßnahmen zur Kariesvermeidung sind lange bekannt**. Die vier Säulen der Kariesprophylaxe sind:

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

Entscheidend ist die konsequente und dauerhafte Umsetzung dieser Maßnahmen.

Dass **präventive Konzepte sehr erfolgreich** sein können, zeigen eindrucksvoll die Erfolge der Gruppenprophylaxe. Die von Krankenkassen, öffentlichem Gesundheitsdienst und der Zahnärzteschaft gemeinsam entwickelten Präventionsprogramme auf Grundlage der §§ 21 und 22 im SGB V führten seit 1994 deutschlandweit zu einem Kariesrückgang bei den 12-jährigen Jugendlichen um 82 Prozent. Der Kariesrückgang bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern beträgt deutschlandweit seit 1994 nur 35 Prozent und stagniert seit dem Jahr 2009 (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. 2017).

Die WHO hat Gesundheitsziele für Sechsjährige definiert: Bis zum Jahr 2000 sollten 50 Prozent dieser Altersgruppe naturgesunde Zähne haben, bis zum Jahr 2020 sollen es sogar 80 Prozent sein. Die Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe (ebenda) zeigen, dass das WHO-Ziel für das Jahr 2000 auf Bundesebene seit 2009 erreicht ist, auf Landesebene sogar schon seit 1997. Jedoch sind auf kommunaler Ebene die Verhältnisse sehr unterschiedlich. Hier spielen sozioökonomische Faktoren eine Rolle; es gibt Kariesrisikogruppen, die besonders betroffen sind (Kariespolarisation).

Somit ist jede Kommune gefragt, zusätzlich zur Gruppenprophylaxe weitergehende, auf die Bedarfe ausgerichtete Präventionskonzepte zu entwickeln.

2.2 Zahngesundheitsförderung als kommunaler Auftrag

Um die Verbreitung der Karieserkrankung bei Kindern und Jugendlichen zu reduzieren, wurde im Jahr 1989 das Sozialgesetzbuch V (gesetzliche Krankenversicherung) erweitert: Paragraph 21 verpflichtet die Krankenkassen, gemeinsam mit den in den Ländern für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen und den Zahnärztinnen und Zahnärzten **flächendeckende Prophylaxemaßnahmen** zur Vermeidung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) zu unterstützen. Dieser gesetzliche Auftrag verpflichtet also drei Partner, nämlich die Krankenkassen, den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Zahnärzteschaft.

Um den gesetzlichen Auftrag gemeinsam umzusetzen, wurden bundesweit **„Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege“** (AGJZP) gegründet, deren Mitglieder Vertreterinnen und Vertreter der ortsansässigen Krankenkassen, der jeweiligen Kommune und der niedergelassenen Zahnärzteschaft sind. Die Arbeitsgemeinschaft beschäftigt Zahnmedizinische Fachangestellte, die in den Kitas und Schulen die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe durchführen. Das Geld für Gehälter und Materialien stellen die Krankenkassen in Form eines bestimmten Haushaltsvolumens zur Verfügung. Die Kommunen stellen die Durchführung der Reihenuntersuchungen zur Ermittlung des Betreuungsbedarfes und damit die Steuerung der Gruppenprophylaxe sowie die fachliche Betreuung der Arbeitsgemeinschaft sicher. Die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte unterstützen die Gruppenprophylaxe und führen die Maßnahmen der Individualprophylaxe (§ 22 SGB V) durch. In diesem Rahmen wurde im Jahr 1994 die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Stadt Neumünster gegründet. Sie besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Stadt und der niedergelassenen Zahnärzteschaft in Neumünster. Die Mitglieder sind drittel-paritatisch stimmberechtigt.

Auch im Gesundheitsdienstgesetz (GDG) des Landes Schleswig-Holstein von 2001 wird der gesetzliche Auftrag zur Gesundheitsförderung formuliert. § 3 benennt das Land, die Kreise und die **kreisfreien Städte als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes**. Kreise und kreisfreie Städte sollen ihre Aufgaben als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe wahrnehmen. Darunter fallen entsprechend dem Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, auf gesunde und gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse hinzuwirken und

gleiche Gesundheitschancen für alle anzustreben (§ 1 GDG), auch die Gesundheitsförderung (§ 5 GDG), die Gesundheitsberichterstattung (§ 6 GDG) und der Schutz der Kinder- und Jugendgesundheit (§ 7 GDG). Mit diesen kommunalen Aufgaben wird der großen Bedeutung der Lebensverhältnisse vor Ort für die gesundheitliche Entwicklung Rechnung getragen. Die Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern auf der kommunalen Ebene erleichtert es, bedarfsorientiert auf deren Lebensverhältnisse einzuwirken und gesundes Aufwachsen und Leben zu fördern. In lokalen Netzwerken verschiedener Akteure lassen sich entsprechende Herausforderungen erkennen und Chancen verwirklichen.

2.3 Bisherige Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit in Neumünster

Die Zahngesundheitsförderung wird in Neumünster durch die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (AGJ) und den Zahnärztlichen Dienst der Stadt Neumünster gemeinsam durchgeführt. Die vom Jugendzahnärztlichen Dienst der Stadt Neumünster durchgeführten **Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen** haben zweifachen Charakter: Da sie flächendeckend und zur Ermittlung des Betreuungsbedarfes ausgeführt werden, handelt es sich um Reihenuntersuchungen. Für das einzelne Kind aber bedeutet der Kontakt mit der Jugendzahnärztin eine Vorsorgeuntersuchung. Die Jugendzahnärztin sucht den persönlichen Kontakt zum Kind und zu den Eltern. Sie bietet Beratung an und steht als Gesprächspartnerin zur Verfügung. Ziel ist es, bei Eltern und Kindern eventuell vorhandene Ängste abzubauen und zum regelmäßigen Besuch einer Zahnarztpraxis zu motivieren. Das Untersuchungsergebnis wird den Eltern schriftlich mitgeteilt. Immer wird der halbjährliche Kontrollbesuch beim Hauszahnarzt empfohlen. Bei Kieferfehlstellungen wird ein Beratungstermin beim Kieferorthopäden angeraten. Wenn erforderlich, werden die Versiegelung von bleibenden Molaren (Backenzähnen) und oft eine Verbesserung der Mundhygiene angeraten. Bei Behandlungsbedarf aufgrund von Karies oder Zahnfleischerkrankungen wird eine Behandlungsaufforderung ausgesprochen. Der Behandlungsaufforderung wird leider nicht immer Folge geleistet.

Es gibt **eine große Anzahl von Kindern**, die trotz einer bzw. mehrerer Aufforderungen (persönliches, individuelles Anschreiben an die Eltern, Telefonate) über Jahre **nicht zahnärztlich behandelt** werden, was in zahlreichen Fällen zu einer dramatischen Verschlechterung der Mundgesundheit führt. In diesen Fällen ist ggf. eine Zusammenarbeit mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) notwendig, um eine Behandlung zu erreichen, teilweise auch mit richterlicher Unterstützung. Bei besonders auffälligen Befunden (Kinder mit Kariesrisiko) werden Informationsbroschüren, die auch in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, mitgegeben. Die Mitgabe von Informationsmaterial wird dokumentiert. Auch Bildbroschüren, die ohne Text zahngesundes Verhalten erklären, sind vorhanden. Alle Kinder dieser Zielgruppe werden mindestens einmal im Jahr untersucht. An Schulen mit besonders hohen Kariesrisikowerten erfolgen – wenn die zeitlichen Ressourcen es zulassen – Nachuntersuchungen in dem jeweiligen Schuljahr.

Die wichtigsten gruppenprophylaktischen Maßnahmen, die von den vier Mitarbeiterinnen der AGJ durchgeführt werden, **sind die praktischen Zahnputzübungen** mit den Kindern. Die theoretische Prophylaxe wird altersgerecht vermittelt, in den Kitas in spielerischer Form, z. B. durch Bastelarbeiten, Aufführung von Puppentheater, Angstabbau am Zahnarztstuhl oder Demonstration eines gesunden Frühstücks. Hierbei werden bewusst auch die Erzieherinnen und Erzieher als Multiplikatoren mit eingebunden. In den Schulen werden Unterrichtseinheiten durchgeführt, die auch praktische Übungen enthalten, wie z. B. Arbeiten mit Styropor-Zähnen, um die Entstehung der Karies oder die Wirkung von Fluoriden zu demonstrieren. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der altersgerechten Wissensvermittlung von Mundhygiene,

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

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

Großer Wert wird in Neumünster auf die **Aufklärung der Eltern zum Thema Mundgesundheit bei Kita-Kindern** gelegt. So konzentriert sich eine Mitarbeiterin auf die Aufklärung der werdenden Eltern und der Eltern von Kleinkindern. Sie sucht Stillgruppen und Eltern-Kind-Gruppen auf und informiert dort über wichtige Grundlagen der Zahngesundheit. In einem besonderen Projekt informieren die Prophylaxefachkräfte die Eltern an einem Informationsstand in Kurzform über wichtige Grundlagen der Mundgesundheit, wenn diese ihre Kinder in den Kindergarten bringen. Es werden kleine Geschenke verteilt wie z. B. Babyzahnbürste oder der erste Trinkbecher. Als wichtiger Beitrag zur frühen Präventionsarbeit wird die halbjährlich im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) stattfindende Messe „Bauch und Baby“ von der Jugendzahnärztin und einer Prophylaxefachkraft besucht. Als weiterer Ansatzpunkt für die **Elternarbeit** werden (erstmalig 2013) die Elternabende für die ersten Klassen an drei Innenstadtschulen mit besonders hohem Betreuungsbedarf besucht. Mit einer Power-Point-Präsentation oder Folien auf einem Overhead-Projektor vermitteln die Jugendzahnärztin und die für die jeweilige Schule zuständige Prophylaxefachkraft den Eltern unter der Überschrift „zuckerfreier Vormittag“ die entscheidende Bedeutung der Mundhygiene und der zahngesunden Ernährung für die Zahngesundheit ihrer Kinder.

Die **Untersuchungsergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen** werden **jährlich** ausgewertet. Es werden einrichtungsbezogene Risikoprofile erstellt und so die Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf ermittelt. Landesvergleiche ermöglichen die Standortbestimmung der eigenen Kommune. Alle drei Jahre wird im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung ein ausführlicher Zahngesundheitsbericht erstellt.

3. Handlungsbedarf

3.1 Stagnierende Entwicklung der Zahngesundheit

Im Schuljahr 2016/2017 wurde das Gesundheitsziel, dass 50 Prozent der 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässler naturgesunde Zähne aufweisen sollen, **nicht erreicht**. Der Anteil der 6- bis 7-Jährigen mit naturgesunden Zähnen betrug in den ersten Klassen lediglich 44,5 Prozent. Betrachtet man den Anteil der 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen über einen längeren Zeitraum (seit dem Schuljahr 2004/2005), so zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen in dieser Untersuchungsgruppe um den Mittelwert von 47 Prozent schwankt. Der durchschnittliche Prozentsatz der 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen liegt in ganz Schleswig-Holstein bei 57,5 Prozent. Neumünster liegt somit im Mittel 10,5 Prozent **unter dem Landesdurchschnitt**.

Bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern lässt sich eine **Kariespolarisation** feststellen: 73 Prozent der Zähne mit Karieserfahrung sind bei 25 Prozent der Kinder zu verzeichnen. Jedes Kind ohne naturgesunde Zähne hatte im Durchschnitt 4,76 gefüllte, fehlende oder kariöse Zähne. Der Untersuchungsgrad bei den 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern betrug 98 Prozent (741 untersuchte Kinder von 758). In den Kitas hatten im Schuljahr 2016/2017 66 Prozent der 3- bis 6-jährigen

Kinder naturgesunde Zähne, die Behandlungsbedürftigkeit lag bei 26,5 Prozent. **Bereits bei den 3-jährigen Kitakindern tritt Karies auf:** Nur 82 Prozent der Kinder in dieser Altersgruppe hatten naturgesunde Zähne. Der Untersuchungsgrad bei den 3- bis 6-jährigen Kitakindern lag bei 82 Prozent der in den Einrichtungen gemeldeten Kindern (1.716 untersuchte Kinder von 2.085 in den Einrichtungen gemeldeten Kindern) und bei 74 Prozent bevölkerungsgruppenbezogen (2.327 am Stichtag 31.12.2016 beim Einwohnermeldeamt gemeldete Kinder im Alter von 3 bis 6,5 Jahren).

Bei den Grundschulkindern der Klassen 1 bis 4 ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen im Vergleich zum Schuljahr 2013/2014 fast gleichgeblieben. Er liegt bei 42 Prozent, im Schuljahr 2013/2014 lag er bei 43 Prozent. Der Untersuchungsgrad an den Grundschulen lag bei 96,5 Prozent (2.897 untersuchte Kinder von 3.001). Von den **Schülerinnen und Schülern der Schulklassen 5 bis 9 an weiterführenden Schulen** (Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe) hatten 62 Prozent naturgesunde Zähne, im Schuljahr 2013/2014 waren es 64 Prozent. Bei den 12-Jährigen an Haupt- und Realschulen und Gemeinschaftsschulen ohne gymnasiale Oberstufe schwankt der Anteil der Jugendlichen mit naturgesunden Zähnen seit dem Schuljahr 2008/2009 um einen Mittelwert von 68,8 Prozent und lag im Schuljahr 2016/2017 bei 65 Prozent. Der Untersuchungsgrad lag an den weiterführenden Schulen bei 88 Prozent (1.401 untersuchte Jugendliche von 1.598 an diesen Schulen gemeldeten Schülerinnen und Schülern). Insgesamt wurden im Schuljahr 2016/2017 6.653 Kinder und Jugendliche (von 7.473 in den Einrichtungen gemeldeten) untersucht (vgl. Zahngesundheitsbericht 2017, Jugendzahnärztlicher Dienst der Stadt Neumünster 2018).

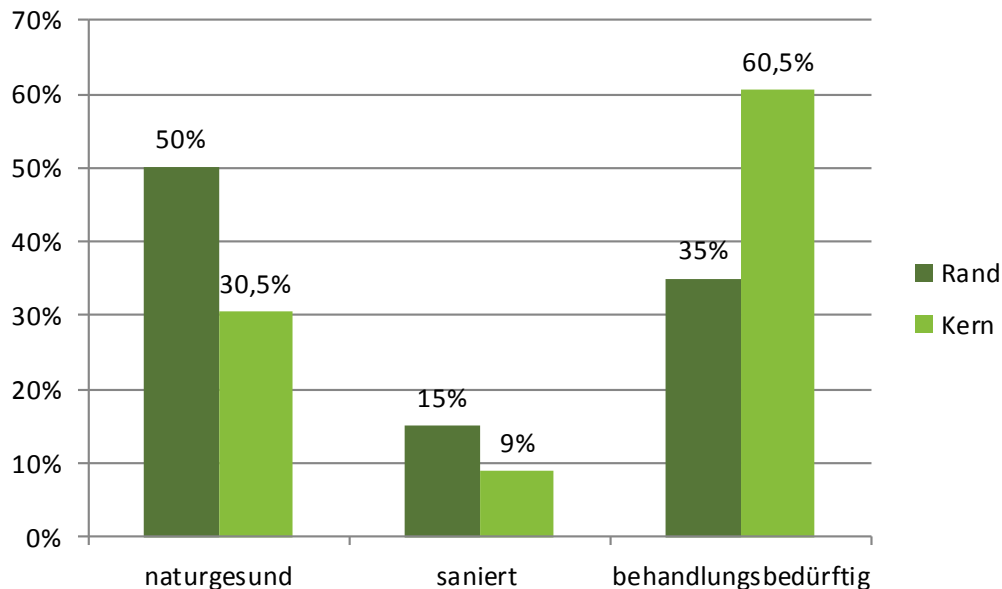
3.2 Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Zahngesundheit

Für die **Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Herkunft und Zahngesundheit** wurden die sechzehn Bezirke der Stadt Neumünster im Rahmen der Sozialberichterstattung (vgl. Sozialbericht 2017) in zwei Sozialräumen zusammengefasst. So werden das Kerngebiet mit einem höheren Sozialindex (= höhere soziale Belastung) und das Randgebiet mit einem niedrigeren Sozialindex (= geringere soziale Belastung) unterschieden. Kern- und Randgebiet sind willkürliche Bezeichnungen und sollen ihre Lage innerhalb der Stadt veranschaulichen. Der Sozialindex eines Bezirkes berechnet sich aus den standardisierten Werten des Sozialhilfebezuges, der Arbeitslosigkeit, des Wohngeldbezuges und der Inanspruchnahmen von Hilfen zur Erziehung im Verhältnis zur jeweiligen Einwohnerzahl und der gesamten Einwohnerzahl in Neumünster. Diese Daten wurden vom Fachdienst Dezentrale Steuerungsunterstützung der Stadt Neumünster erhoben. Vergleiche in Bezug auf die Mundgesundheit zwischen Kern- und Randgebiet beschränken sich auf die Kinder in den Grundschulen (1. bis 4. Klasse) und in den Kindertagesstätten. Bei den Grundschulen und Kindertagesstätten kann davon ausgegangen werden, dass die Kinder in der Nähe wohnen. Bei weiterführenden Schulen ist das zu deutlich geringeren Anteilen der Fall.

In Neumünster kann ein **deutlicher Zusammenhang zwischen der sozialen Belastung eines Gebiets und der Zahngesundheit der Kita- und Grundschul-kinder** festgestellt werden. Im sozial stärker belasteten Kerngebiet der Stadt lag der Anteil der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen im Schuljahr 2016/2017 bei nur 30,5 Prozent. Sanierte Zähne hatten 9 Prozent, während der überwiegende Teil der Kinder, nämlich 60,5 Prozent, unversorgte kariöse Zähne hatte. Im sozial weniger belasteten Randgebiet hatten 50 Prozent der Erstklässlerinnen und Erstklässler naturgesunde Zähne, 15 Prozent hatten sanierte Zähne und bei 35 Prozent bestand Behandlungsbedarf.

Die Behandlungsbedürftigkeit der Erstklässlerinnen und Erstklässler hat im Vergleich mit den Untersuchungsergebnissen aus dem Jahr 2013/2014 insbesondere im Kerngebiet zugenommen. Dort ist auch der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen stärker gesunken als im Randgebiet.

Abbildung: Zahngesundheitszustand der Erstklässlerinnen und Erstklässler im Schuljahr 2016/2017 – Kerngebiet und Randgebiet im Vergleich



Quelle: Jugendzahnärztlicher Dienst der Stadt Neumünster 2018

Auch **bei den 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern zeigen sich Unterschiede zwischen Kern- und Randgebiet.** In den Kindertagesstätten im Kerngebiet der Stadt lag der Anteil der 3- bis 6-jährigen Kinder mit naturgesunden Zähnen bei 61 Prozent, behandlungsbedürftige Zähne hatten 32,5 Prozent. Im Randgebiet hatten 70 Prozent der Kita-Kinder naturgesunde und 22 Prozent behandlungsbedürftige Zähne. Schon bei 3-jährigen Kindern tritt Karies in erheblichem Maß auf: Im Kerngebiet der Stadt hatten nur 79 Prozent der 3-jährigen Kitakinder naturgesunde Zähne, die Behandlungsbedürftigkeit lag hier bei 21 Prozent. Im Randgebiet hatten 84 Prozent der 3-Jährigen naturgesunde Zähne, behandlungsbedürftig waren 14 Prozent. Deutliche Unterschiede zwischen Kern und Rand der Stadt Neumünster zeigen sich auch, wenn die Zahngesundheit der **Klassen 1 bis 4 der Grundschulen** gemeinsam betrachtet werden: Im Kerngebiet ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer (28 Prozent gegenüber 47 Prozent im Randgebiet) und die Behandlungsbedürftigkeit ist höher (57 Prozent gegenüber 34,5 Prozent im Randgebiet) (vgl. Zahngesundheitsbericht 2017, Jugendzahnärztlicher Dienst der Stadt Neumünster 2018).

Die **Ergebnisse für Neumünster bestätigen die Befunde zahlreicher nationaler und internationaler Studien**, dass soziale Belastungen nicht nur negativ mit der allgemeinen Gesundheit assoziiert sind, sondern auch spezifisch mit der Zahngesundheit. Deutliche Unterschiede bei der Zahngesundheit zuungunsten von Kindern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wurden z. B. wiederholt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beschrieben (Robert Koch Institut und Destatis 2015, S. 149 ff.; vgl. Heilmann et al. 2016).

Das Handlungskonzept Armut der Stadt Neumünster

Mit dem am 21. November 2017 von der Ratsversammlung beschlossenen Handlungskonzept Armut hat sich die Stadt Neumünster ein **umfassendes Programm zur Verringerung der Armut und negativer Armutsfolgen** gegeben. In dem Handlungskonzept spielt Prävention eine große Rolle. Es wird der **Aufbau einer lückenlosen Präventionskette** angestrebt. Handlungsbedarf und -optionen leiten sich aus Sozialdaten und Experteneinschätzungen ab. Hierbei wurde die Stadt von einem Beratungsunternehmen unterstützt. In Einzel- und Gruppeninterviews sowie einem groß angelegten Expertenworkshop wurde ein breites Spektrum lokaler Akteure berücksichtigt – von der Stadtverwaltung und kommunalen Selbstverwaltung über Gesundheits-, Betreuungs- und Bildungseinrichtungen bis hin zu Wohlfahrtsverbänden, Vereinen und Initiativen.

Das Handlungskonzept geht von einem **mehrdimensionalen Armutsbegriff** aus, der neben materieller auch soziale, kulturelle und gesundheitliche Armut einschließt. Zwischen den Armutsdimensionen gibt es starke Wechselwirkungen. So hat materielle Armut negative Effekte auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Erwachsenen. Eine schlechte Gesundheit kann wiederum die ökonomische Teilhabe nachteilig beeinflussen. Einen engen Bezug zur gesundheitlichen Entwicklung haben 10 der insgesamt 27 im Handlungskonzept Armut beschriebenen Handlungsoptionen. Hierbei geht es u. a. um die Unterstützung junger Familien vor und nach der Geburt und um die Förderung von Kindern psychisch kranker Eltern, aber auch um die individuelle Hilfeplanung für Seniorinnen und Senioren. **Das vorliegende Konzept zur Förderung der Zahngesundheit würde diese Maßnahmen ergänzen.**

Das Handlungskonzept Armut ist ausdrücklich darauf ausgelegt, stetig überprüft, weiterentwickelt und ergänzt zu werden. Im Sinne integrierter Planung soll es die Grundlage für die interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit vielfältiger Akteure jenseits partikularer Handlungslogiken sein.

4. Handlungsoptionen zur Zahngesundheitsförderung

„Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen, erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit; Erziehung und Gesundheit sind untrennbar.“ Dieser Ansatz wird von Desmond O' Byrne, dem Leiter der Abteilung Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), formuliert.

Gesundheitserziehung in Schule und Kita auf der einen Seite und im Elternhaus auf der anderen Seite sollen sich idealerweise ergänzen. Für Kinder, in deren Lebenswelt Familie die Gesundheitserziehung einen nur geringen Stellenwert hat, sind **Kita und Schule die entscheidenden Orte für den Erwerb von Gesundheitskompetenz.**

Für die Gesunderhaltung der Zähne ist eine angemessene Zahnpflege ab dem ersten Zahn von entscheidender Bedeutung. Zähneputzen ist aber kein menschliches Grundbedürfnis, sondern muss erlernt, geübt und so zur Gewohnheit gemacht werden. **Ein Kind, das früh gelernt hat, auf seine Zähne zu achten, wird dies auch im Erwachsenenalter tun.**

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern hängt stark von ihren Lebenswelten Elternhaus, Kita, Schule, ab. Die entscheidende Rolle dabei spielt das Elternhaus. Den Eltern obliegt die Gesundheitsfürsorge, in diesem Bereich können die öffentlichen Einrichtungen nur beratend unterstützen. **Öffentliche Einrichtungen** (Kita, Schule, ÖGD) und andere Akteure (Kinderärztinnen und -ärzte) haben aber einen **Einfluss, da sie Teil des sozialen Umfeldes der Familien sind.** Wenn Zahngesundheit vom sozialen Umfeld als wichtig angesehen wird, erhöht dies auch den Stellenwert gesunder Zähne im Elternhaus.

Alle Maßnahmen zielen also im Grunde auch darauf ab, **den Stellenwert des Themas Zahngesundheit** bei allen mit der Betreuung von Kindern Beschäftigten zu **erhöhen.** So trägt beispielsweise das Zähneputzen in der Kita nicht nur dazu bei, dass die Kinder das Zähneputzen üben und es sich zur Gewohnheit machen. Die Tatsache, dass das Zähneputzen in der Kita selbstverständlich stattfindet, ist gleichzeitig eine Botschaft an die Eltern, dass Zahngesundheit wichtig ist.

Kinder und Jugendliche können über die Settings Kita und Schule **besonders gut mit präventiven Maßnahmen** erreicht werden. Hier können die mit der Erziehung der Kinder Beschäftigten und Akteure des sozialen Umfeldes zusammenarbeiten und in gemeinsam ausgeführten Projekten auf gesunde und gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse hinwirken.

4.1 Übersicht über alle Handlungsansätze und Maßnahmen

Handlungs- ansatz	Nr.	Maßnahme	Umset- zung OHNE zusätz- liche Res- ourcen	Umset- zung NUR MIT zusätz- lichen Res- ourcen	Zentrale Akteure für Umsetzung
1. Kleinkinder/Frühe Hilfen					
Elterninformation zur Vermeidung der Frühkindlichen Karies	Z 1.1	Information zur Zahngesundheitsförderung durch Frühe Hilfen: 1. In der Schwangerenberatung 2. Beim Willkommensbesuch, Aufkleber „Kinderzahnvorsorge“ (s. Z 1.2) für das gelbe Untersuchungsheft 3. bei Beratungen im Rahmen der Frühen Hilfen		X	Frühe Hilfen FD 53.3
Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch (2 x pro Jahr ab dem 1. Zahn) motivieren	Z 1.2	Aufkleber „Kinderzahnvorsorge“ für das gelbe Untersuchungsheft in Kooperation mit Kinderärztinnen und Kinderärzten, Infoblatt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kinderarztpraxen		X	FD 53 Kinderärzte Zahnärzte
2. Kindertagespflege					
Sensibilisierung der Kindertagespflegepersonen für das Thema Zahngesundheit	Z 2.1	Fortbildung für Kindertagespflegepersonen zum Thema Zahngesundheit		X	FD 51 FD 53
Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch (2 x pro Jahr ab dem 1. Zahn) motivieren	Z 2.2	Aufgreifen des Themas Zahngesundheit im Rahmen der Anmeldung in einer Einrichtung der Kindertagespflege	X		FD 51 FD 53
3. Kindertageseinrichtungen					
Zähneputzen in allen Kitas mit allen Kindern ermöglichen	Z 3.1	Trägervereinbarung zur Zahngesundheitsförderung in den Kindertagesstätten	X		FD 53 FD 51 Träger von Einrichtungen
	Z 3.2	Aufnahme der Zahngesundheit in die Kitakonzeption durch Sensibilisierung für das Thema von Trägern, Geschäftsführungen, Leitungen	X		FD 53 FD 51 Träger von Einrichtungen

Handlungs- ansatz	Nr.	Maßnahme	Umset- zung OHNE zusätz- liche Res- ourcen	Umset- zung NUR MIT zusätz- lichen Res- ourcen	Zentrale Akteure für Umsetzung
Zähneputzen in allen Kitas mit allen Kindern ermöglichen	Z 3.3	Modellprojekt: Zwei Kindertagesstätten mit zusätzlicher personeller Ressource für die Zahngesundheitsförderung		X	FD 53 FD 51
	Z 3.4	Fortbildung für pädagogische Fachkräfte zum Thema Zähneputzen und Zahn- gesundheit		X	FD 53 FD 51 LAJ
Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch (2 x pro Jahr ab dem 1. Zahn) motivieren	Z 3.5	Aufgreifen des Themas Zahngesundheit im Anmeldebogen für die Kindertagesstätte	X		FD 53 FD 51
Allen Kita-Kindern zahnärztliche Behandlung ermöglichen	Z 3.6	Zahngesundheitslotsen für die Begleitung der Familien beim Aufsuchen einer zahnärztlichen Praxis		X	FD 53 FD 51 FD 52 (ASD) Prophylaxe- fachkräfte der AGJ
4. Schulen					
Schulkindern in der Nachmittags- betreuung das Zähneputzen nach dem Mittagessen ermöglichen	Z 4.1	Bei geeigneten räumlichen Voraus- setzungen: Zähneputzen mit den Betreuerinnen und Betreuern im Hort, in der betreuten Grundschule und in der Schulkindbetreuung nach dem Mittagessen	X		FD 53 FD 40 FD 51 Elternvereine Träger von Einrich- tungen
Umfassende Unterstützung der Zahngesundheit (Zuckerfreie Ernährung, Zähneputzen, Elternarbeit)	Z 4.2	Schulgesundheitsfachkraft (SGFK) am Beispiel von Flensburg für zunächst zwei Risikoschulen - Mitarbeit/Unterstützung bei der dauerhaften Umsetzung des Essensangebots an Schulkiosks und Schulmensen nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) - Projekte zu (zahn)gesunder Ernährung (Leistungswasser, Obstpause) - Elternarbeit, niedrigschwelliges Gesprächsangebot zu Ernährung und anderen Gesundheitsthemen - Mitarbeit/Mitorganisation des Zähneputzens an der Schule		X	FD 53, FD 40 Caterer Besonders wichtig: Schulrat

Handlungs- ansatz	Nr.	Maßnahme	Umset- zung OHNE zusätz- liche Res- ourcen	Umset- zung NUR MIT zusätz- lichen Res- ourcen	Zentrale Akteure für Umsetzung
Zuckerfreie Ernährung in der Schule zur Senkung des Kariesrisikos für alle Kinder	Z 4.3	Förderung des Wassertrinkens in der Schule – Anbringen von Wasserhähnen in ausreichender Höhe (25 cm über dem Waschbecken), damit die Trinkflaschen mit Wasser befüllt werden können		X	FD 53 FD 40 FD 63
Zahnpflege allen Kindern in der Schule ermöglichen	Z 4.4	Konzeptentwicklung zur Ermöglichung des Zähneputzens in der Schule	X		FD 53 FD 40 FD 63 Schulrat
	Z 4.5	Schaffung der räumlichen Voraussetzungen für die Zahnpflege in den Schulen (Hygieneraum in räumlicher Nähe zu den Schulmensen, Zahnputzbrunnen, Trennwand mit Tür zwischen Toiletten und Handwaschbecken bei den Schultoiletten)		X	FD 53 FD 40 FD 63
	Z 4.6	Pilotprojekt Zähneputzen an Risikoschule mit dem Ziel, das Zähneputzen einmal pro Tag in den Schulalltag zu integrieren • Lehrkräfte für das Projekt gewinnen • Zeitliche und räumliche Ressourcen gemeinsam mit den Lehrkräften ausloten • Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen der AGJ		X	FD 53 FD 40 FD 63 Schulrat
Allen Schulkindern zahnärztliche Behandlung ermöglichen; Eltern konkret unterstützen, ihre Kinder zahnärztlich behandeln zu lassen; dadurch die Behandlungsbedürftigkeit senken, d. h. den Sanierungsgrad erhöhen	Z 4.7	Zahngesundheitslotsen für die Begleitung der Familien beim Aufsuchen einer zahnärztlichen Praxis, Vermittlung durch Zahnärztlichen Dienst in Zusammenarbeit mit der Schule		X	FD 53 FD 52 (ASD) Schulrat Prophylaxefachkräfte der AGJ

Handlungs- ansatz	Nr.	Maßnahme	Umset- zung OHNE zusätz- liche Res- sourcen	Umset- zung NUR MIT zusätz- lichen Res- sourcen	Zentrale Akteure für Umsetzung
Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch, insbesondere zur Inanspruchnahme der Individual- prophylaxe nach § 22 SGB V motivieren	Z 4.8	Thema Zahngesundheit bei allen Untersuchungen von Kindern im Fachdienst Gesundheit im Elterngespräch aufgreifen	X		FD 53

4.2 Finanzierung der Maßnahmen

Die Übersicht über mögliche Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen enthält bereits die Einschätzung, für welche Maßnahmen zusätzliche Ressourcen benötigt werden und welche Maßnahmen sich im Rahmen des bisherigen Haushalts mit dem vorhandenen Personal umsetzen lassen. „Ohne zusätzliche Ressourcen“ bedeutet dabei nicht, dass die Maßnahmen vollkommen kostenlos sind. So benötigt z. B. die Ergänzung der Trägervereinbarungen und die Überarbeitung der Anmeldebögen für die Kitas die Zeit städtischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die dann nicht für andere Aufgaben zur Verfügung steht. Die Umsetzung jeder Maßnahme bedeutet somit **eine bewusste Schwerpunktsetzung** im Bereich der Gesundheitsbildung und Armutsprävention. Daher sollen auch bei Maßnahmen ohne zusätzliche Kosten **die Fachausschüsse und die Ratsversammlung in die Beratung und den Beschluss ihrer Umsetzung eingebunden** werden.

Zur detaillierten Ausarbeitung der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit gehört insbesondere die Klärung der zusätzlichen Kosten und der Finanzierung. Je nach Altersgruppe, institutioneller Anbindung und Handlungsansatz stehen **möglicherweise auch öffentliche oder private Fördermittel** zur Verfügung, durch die eine kommunale Finanzierung ergänzt bzw. teilweise ersetzt werden kann. Denkbar sind hier Förderprogramme der Europäischen Union, des Bundes oder des Landes Schleswig-Holstein.

Teilweise stellen auch Verbände und Vereine oder die gesetzlichen und privaten Krankenkasse Fördermittel für präventive Gesundheitsprogramme zur Verfügung. In diesem Zusammenhang ist das im Juli 2015 in Kraft getretene **Präventionsgesetz** zu nennen, dessen Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen liegt. Auch diese Finanzierungsmöglichkeiten sollen vor der Maßnahmenumsetzung geprüft und wenn möglich beantragt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Mittelbeantragung über das Präventionsgesetz auch mit Zeitaufwand verbunden ist. Allerdings können über das „Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Kommunen“ Mittel für den Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen beantragt werden. Hierbei ist aber von der Kommune ein Eigenanteil zu leisten.

4.3 Maßnahmenevaluation und Weiterentwicklung des Handlungskonzepts

Die regelmäßige Zahngesundheitsberichterstattung der Stadt Neumünster und entsprechende Vergleichszahlen aus anderen Kommunen, auf Landes- und auf Bundesebene sind eine **hervorragende Voraussetzung für eine Wirkungsevaluation** der Zahngesundheitsförderung. Insbesondere in den Grundschulen können aufgrund von Vollerhebungen bei geringen Ausfallquoten Veränderungen der Anteile von Kindern mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Zähnen verlässlich beschrieben und sinnvoll bewertet werden. Auch die Zahlen zur Zahngesundheit der Kinder in den Kindertagesstätten sowie zur Zahngesundheit der Gemeinschaftsschülerinnen und Gemeinschaftsschüler bieten eine gute Datengrundlage, um Effekte der Zahngesundheitsförderung zu messen.

Um einen Bezug zwischen den im vorliegenden Konzept zur Zahngesundheitsförderung vorgeschlagenen Maßnahmen und den beobachtbaren Entwicklungen der Zahngesundheit herzustellen, müssen diese Maßnahmen genauer beschrieben werden können. Hier geht es insbesondere darum, wie viele Kinder und Jugendlichen durch welche Maßnahmen erreicht wurden. **Idealerweise können ein solcher „Output“ und der beobachtbare „Outcome“ (die direkte Wirkung) auch kleinräumig bzw. einrichtungsspezifisch erfasst und einander zugeordnet werden.** Den größten Informationsgehalt für die Bewertung und Weiterentwicklung der Zahngesundheitsförderung hätten anonymisierte Individualdaten, die Zahngesundheit, soziale Hintergrunddaten, besuchte Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und die Nutzung weiterer Gesundheitsangebote zusammenbringen. Eine solche bereichsübergreifende Datengewinnungs- und Auswertungsstrategie orientiert sich an erfolgreichen Beispielen einzelner anderer Kommunen und ist mit dem Ansatz der Präventionsketten im Handlungskonzept Armut grundsätzlich angelegt (Landeskoordinierungsstelle „Kein Kind zurücklassen!“ 2016, S. 49). Die Entwicklung und Umsetzung einer solchen Strategie ist jedoch auch aufwändig und benötigt Zeit. In der Zwischenzeit können die **qualitative Beschreibung von Fortschritten und die gemeinsame Reflexion der beteiligten Akteure** bereits wichtige Hinweise auf den bisherigen Erfolg und für die Weiterentwicklung der Maßnahmen geben.

Die Umsetzung und Weiterentwicklung des Konzepts zur Zahngesundheitsförderung wird daher zunächst vor allem auf der regelmäßigen **Reflexion des bisherigen Umsetzungsstands**, der damit einhergehenden organisatorischen Herausforderungen und Chancen sowie der daraus resultierenden Effekte auf die Zahngesundheit basieren. Der federführende Jugendzahnärztliche Dienst des Fachdienstes Gesundheit wird die hierfür relevanten Akteure der kommunalen Planung und der fachlichen Umsetzung zusammenbringen.

Literatur

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014). Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (2017). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.

Heilmann, A., Sheiham, A., Watt, R. G., Jordan, R. A. (2016). Common Risk Factor Approach – Ein integrierter bevölkerungsbezogener und evidenzbasierter Ansatz zum Ausgleich sozialer Ungleichheiten in der Mundgesundheit. Gesundheitswesen 78. S. 672-677.

Jugendzahnärztlicher Dienst der Stadt Neumünster (2018). Zahngesundheitsbericht 2017. Neumünster: Stadt Neumünster Fachdienst Gesundheit.

Kocks, A. (2008). Schulgesundheitspflege. Pflege und Gesellschaft, 3: 246-260.

Landeskoordinierungsstelle „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (2016). Bericht der Landeskoordinierungsstelle zur fachlichen Begleitung des Lernnetzwerks und der Modellkommunen. Münster: Institut für soziale Arbeit e. V.

Robert Koch Institut (RKI) und Statistisches Bundesamt (destatis) (2015). Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut.

Wagner Y., Heinrich-Weltzien R. (2016). Evaluation of an interdisciplinary preventive programme for early childhood caries: findings of a regional German birth cohort study. Clin Oral Investig. 20(8): 1943-1952.

Anhang: Tabellenentwurf Maßnahmenbeschreibung

1. Kleinkinder/Frühe Hilfen

Handlungsansatz	Elterninformation zur Vermeidung der Frühkindlichen Karies
Maßnahmen Nr.	Z 1.1
Bezeichnung	Information zur Zahngesundheitsförderung durch Frühe Hilfen: 1. In der Schwangerenberatung 2. beim Willkommensbesuch, Aufkleber „Kinderzahnvorsorge“ (s. Z 1.2) für das gelbe Untersuchungsheft 3. bei Beratungen im Rahmen der Frühen Hilfen
Beschreibung	In Neumünster hatten im Schuljahr 2016/2017 18 Prozent der in Kindertagesstätten und Krippen untersuchten 3-jährigen Kinder bereits Karieserfahrung. In diesem Alter ist eine Behandlung oft nur in Vollnarkose möglich. Deshalb ist die Aufklärung der Eltern zur Kariesvermeidung von entscheidender Bedeutung. Stillen, Gebrauch der Flasche nur zu den Mahlzeiten, keine zuckerhaltigen Getränke aus der Flasche trinken, Umstellung auf feste Nahrung und Trinken aus dem Becher sowie Zahnpflege und Zahnarztbesuch ab dem 1. Zahn sind Themen, die bei Beratungen im Rahmen der Frühen Hilfen angesprochen werden können. Beratungsbausteine Zahn-gesundheit für die Beraterinnen und Berater und Flyer zum Thema Zahngesundheit werden entwickelt und können in der Schwangerenberatung, beim Willkommensbesuch und bei anderen Beratungen im Rahmen der Frühen Hilfen, z. B. in den Familienzentren Verwendung finden. Im Beratungsbaustein Zahngesundheit für die Schwangerenberatung wird die Zahngesundheit von Mutter und Kind thematisiert. Beim Willkommensbesuch werden die Eltern auf den Aufkleber „Kinderzahnvorsorge“ im gelben Untersuchungsheft angesprochen. Beraterinnen und Berater erhalten eine Fortbildung zum Thema Zahngesundheit.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), Frühe Hilfen
Kooperationen	
Kosten	Fortbildungskosten für Beraterinnen und Berater
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch (2 x pro Jahr ab dem 1. Zahn) motivieren
Maßnahmen Nr.	Z 1.2
Bezeichnung	Aufkleber „Kinderzahnvorsorge“ für das gelbe Untersuchungsheft in Kooperation mit Kinderärztinnen und Kinderärzten, Infoblatt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kinderarztpraxen
Beschreibung	Eine Studie aus dem Jahr 2016 aus Jena zeigt, dass das Auftreten einer Karieserkrankung umso geringer ist, je früher der Erstbesuch in einer zahnärztlichen Praxis stattfindet (Wagner und Heinrich-Weltzien 2016). Seit dem 1.9.2016 gibt es im Gelben Untersuchungsheft für die U5-Untersuchung (6. bis 7. Lebensmonat), die U6 (10. bis 12. Lebensmonat) und die U7 (21. bis 24. Lebensmonat) nun auch Verweise zum Zahnarzt. Diese Verweise stellen sich in Form von Ankreuzfeldern zur Dokumentation dar. An die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt soll bei der U5 bis zur U7 zur „Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut“ verwiesen werden, wobei bei der Formulierung offenbleibt, ob der Verweis zum Zahnarzt immer oder nur bei Auffälligkeiten (die dann vom Kinderarzt erhoben werden müssten) an Zähnen und Schleimhaut angekreuzt werden soll. Weiterhin gibt es für die Kinderärztin/den Kinderarzt keine Möglichkeit zu erkennen, ob eine zahnärztliche Untersuchung stattgefunden hat, da der Zahnarztbesuch im gelben Untersuchungsheft nicht eingetragen wird. Eine Rückkopplung zwischen Arzt und Zahnarzt findet also nicht statt. Eine Empfehlung zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung sieht die Kinder-Richtlinie erst ab der U7a, also ab einem Alter von kurz vor bis zum 3. Geburtstag, vor. Dies stellt ein Problem dar, denn schon bis zum Alter von 3 Jahren, d. h., wenn das Milchgebiss mit seinen 20 Zähnen vollständig ist, entsteht Karies. Im Alter von 12 bis 16 Monaten bricht der erste Milchmolar durch, ab dem 20. Monat der 2. Milchmolar. Diese Zähne befinden sich im hinteren Bereich des Mundes und sind nicht so gut sichtbar wie die Front- und Eckzähne. Der grundsätzliche Verweis jedes Kindes ab dem 1. Zahn in eine zahnärztliche Praxis ist sehr sinnvoll, da dort besonders gute Bedingungen für die Feststellung von Karies oder Kariesvorstufen in Form von ausreichender Beleuchtung und speziellen Untersuchungsinstrumenten gegeben sind. In Neumünster hatten im Schuljahr 2016/2017 18 Prozent der untersuchten 3-jährigen Kinder Zähne mit Karieserfahrung, vollständig saniert waren die Zähne nur bei 1 Prozent aller Kinder. Im Kernbereich der Stadt mit hoher sozialer Belastung hatten 21 Prozent der untersuchten 3-jährigen Kinder kariöse Zähne, der Sanierungsgrad lag hier bei 0. Um den Zahnarztbesuch im Heft zu dokumentieren, kann für die U5-, die U6- und die U7- jeweils ein Aufkleber eingebracht werden, der vom Zahnarzt abgestempelt wird. So kann der Kinderarzt bei der nächsten Untersuchung sehen, ob die zahnärztliche Untersuchung stattgefunden hat. Dieser Weg wird in Rheinland-Pfalz in einem Pilotprojekt beschritten. Zur Umsetzung des Zieles des halbjährlichen Zahnarztbesuchs ab dem 1. Zahn wird eine Kooperation von Kinderärzten und Zahnärzten angestrebt. Auch soll es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kinderarztpraxen ein Informationsschreiben zur Wichtigkeit des frühen Zahnarztbesuches

	geben.
Beispiel aus anderen Kommunen	Rheinland-Pfalz, hier Pilotprojekt im Landkreis Pirmasens / Zweibrücken
Federführung	FD Gesundheit (53)
Kooperationen	Kinderärztinnen und Kinderärzte in Neumünster, Zahnärztinnen und Zahnärzte in Neumünster, evtl. KV, KZV
Kosten	Kosten für die Aufkleber – 10.000 Aufkleber kosten ca. 700 EUR, pro U-Heft werden 3 Aufkleber benötigt
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

2. Kindertagespflege

Handlungsansatz	Sensibilisierung der Kindertagespflegepersonen für das Thema Zahngesundheit
Maßnahmen Nr.	Z 2.1
Bezeichnung	Fortbildung für Kindertagespflegepersonen zum Thema Zahngesundheit
Beschreibung	In Neumünster werden ca. 380 Kinder in Einrichtungen der Kindertagespflege betreut. Auch Kindertagespflegepersonen profitieren von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Zahngesundheit (vgl. Z 3.4). Durch den Besuch von entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen werden die Kindertagespflegepersonen in die Lage versetzt, das Thema gegenüber den Eltern zu kommunizieren. Fortbildungen in diesem Bereich müssen am Wochenende stattfinden.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung (51)
Kooperationen	
Kosten	Kosten müssen noch ermittelt werden (Kosten für Referenten, Raumkosten, Reisekosten)
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch (2 x pro Jahr ab dem 1. Zahn) motivieren
Maßnahmen-Nr.	Z 2.2
Bezeichnung	Aufgreifen des Themas Zahngesundheit im Rahmen der Anmeldung in einer Einrichtung der Kindertagespflege
Beschreibung	Eine Studie aus dem Jahr 2016 aus Jena zeigt, dass das Auftreten einer Karieserkrankung umso geringer ist, je früher der Erstbesuch in einer zahnärztlichen Praxis stattfindet (Wagner und Heinrich-Weltzien 2016). Bevor das Kind zum ersten Mal eine Einrichtung der Kindertagespflege besucht, werden viele Dinge mit den Eltern besprochen. Neben Fragen zu besonderen Gewohnheiten, Ernährungsgewohnheiten, Sprachkompetenz usw. werden auch Fragen zur Gesundheit, beispielsweise notwendige Medikamenteneinnahme, Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten, geklärt. Oft werden auch Fragebögen zur Erfassung dieser wichtigen Angaben verwendet oder die Eltern werden zu einem Kennlerngespräch eingeladen. An dieser Stelle kann sehr gut auch das Thema Zahngesundheit positioniert werden. Die Frage nach der Zahngesundheit bei der Anmeldung impliziert, dass dieses Thema wichtig ist. Die Frage nach der häuslichen Zahnpflege impliziert, dass die häusliche Zahnpflege wichtig ist. Die Frage nach dem regelmäßigen Zahnarztbesuch impliziert, dass der regelmäßige Zahnarztbesuch (2 x jährlich ab dem ersten Zahn) wichtig ist.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung, Abteilung Kindertagesstätten (51.2)
Kooperationen	Kindertagespflegepersonen
Kosten	<i>Voraussichtlich keine zusätzlichen Kosten</i>
Finanzierung	<i>Kein Finanzierung notwendig</i>

3. Kindertageseinrichtungen

Handlungsansatz	Zähneputzen in allen Kindertageseinrichtungen mit allen Kindern ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 3.1
Bezeichnung	Trägervereinbarung zur Zahngesundheitsförderung in den Kindertageseinrichtungen
Beschreibung	Die Träger der Kindertageseinrichtungen in der Stadt Neumünster verpflichten sich in einer gemeinsamen Vereinbarung dazu, in den Einrichtungen die Zahngesundheit zu fördern. Inhalte der Trägervereinbarung sind die Einordnung der Zahngesundheit als wichtigen Teil der Allgemeingesundheit, die Rolle der Kita als erste Lebenswelt des Kindes außerhalb der Familie, Kompetenzerwerb für Gesundheitsverhalten durch frühzeitige Gewohnheitsbildung, Zähneputzen in der Kita, Aufnahme zahnmedizinischer Gesichtspunkte in das pädagogische Konzept der Kita, zuckerarme Ernährung in den Kindertageseinrichtungen durch Regeln für das von den Eltern mitgegebene Frühstück oder durch Bereitstellen des Frühstücks von Seiten der Einrichtung sowie die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) werden über die Initiative „InForm“ Empfehlungen für Kita-Verpflegung inklusive Zwischenmahlzeiten, Süßigkeitenkonsum und Getränken gegeben. Die Einhaltung dieser Empfehlungen sollen bei der Vergabe an Caterer als Voraussetzung genannt werden.
Beispiel aus anderen Kommunen	Im Bundesland Rheinland-Pfalz gibt es eine Trägervereinbarung auf Landesebene zum Zähneputzen in den Kindertageseinrichtungen, in der alle Träger Zahngesundheit als „das Ergebnis eines Lern- und Erziehungsprozesses, bei dem die Kita eine zusätzliche Rolle einnimmt“, bewerten. So könne „das Kita-Team für Chancengleichheit sorgen und Teilhabegerechtigkeit herstellen“. Partner dieser Vereinbarung sind: Das Land Rheinland-Pfalz, die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, die kommunalen Spitzenverbände, die evangelische Kirche, die katholische Kirche, die LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtsverbände, der Landeselternausschuss. Die Trägervereinbarung datiert auf den 1.1.2016.
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung (51)
Kooperationen	Träger der Einrichtungen, Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege, Elternvertretungen der Kindertageseinrichtungen in Neumünster, niedergelassene Zahnärzteschaft in Neumünster, Stadt Neumünster
Kosten	<i>Zunächst keine zusätzlichen Kosten</i> , aber möglicherweise als Konsequenz aus der Vereinbarung z. B. Kosten für das Frühstück, wenn es gestellt wird – bei einer Umlage auf die Eltern kann nicht von vollständiger Erstattung ausgegangen werden.
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes- und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Zähneputzen in allen Kitas mit allen Kindern ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 3.2
Bezeichnung	Aufnahme der Zahngesundheit in die Kitakonzeption durch Sensibilisierung für das Thema von Trägern, Geschäftsführungen, Leitungen
Beschreibung	Die Kindertageseinrichtungen in der Stadt Neumünster verankern das Thema Zahngesundheit als wichtigen Teil der Allgemeingesundheit in ihrer Kita-Konzeption, entsprechend der von den Trägern beschlossenen Vereinbarung zur Zahngesundheit (siehe Z 3.1). Durch die Aufnahme in die Kita-Konzeption erhält das Thema Zahngesundheit einen hohen Stellenwert, auch in der Wahrnehmung durch die Eltern. Beim Erlernen des Zähneputzens durch tägliches Üben und Vorbildfunktion nimmt die Kita als erste Lebenswelt des Kindes außerhalb der Familie eine wichtige, zusätzliche Rolle ein. Der Kompetenzerwerb für Gesundheitsverhalten durch frühzeitige Gewohnheitsbildung wird durch die Kita verstärkt. Die Verantwortung für die Zahngesundheit ihrer Kinder bleibt jedoch weiterhin bei den Eltern.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung (51)
Kooperationen	Träger der Einrichtungen, Kita-Leitungen, Elternvertretungen der Kitas in Neumünster
Kosten	<i>Keine zusätzlichen Kosten für die Kindertageseinrichtungen, in denen bereits geputzt wird</i>
Finanzierung	<i>Keine Finanzierung notwendig</i>

Handlungsansatz	Zähneputzen in allen Kindertageseinrichtungen mit allen Kindern ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 3.3
Bezeichnung	Modellprojekt: Zwei Kindertageseinrichtungen mit zusätzlicher personeller Ressource für die Zahngesundheitsförderung
Beschreibung	In den Kitas in Sozialräumen mit hoher sozialer Belastung befinden sich deutlich mehr Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, Sprachstörungen, Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten. Die Betreuung dieser Kinder und ihrer Eltern ist sehr zeitaufwändig. Personalengpässe sind der am häufigsten genannte Grund von Seiten der Kitas, dass das Zähneputzen eingestellt wird. Für zwei Kindertageseinrichtungen in Neumünster soll je eine zusätzliche pädagogische Fachkraft mit Schwerpunkt Zahngesundheitsförderung (jeweils eine halbe Stelle), die das Kita-Team insbesondere bei der Organisation und Durchführung des täglichen Zähneputzens mit den Kindern unterstützt, zur Verfügung gestellt werden. Die pädagogischen Fachkräfte nehmen vorher an Fortbildungen zum Thema Zahngesundheit und Integration des Zähneputzens in den Kita-Alltag teil. Zu den Aufgaben der zusätzlichen pädagogischen Fachkräfte mit Schwerpunkt Zahngesundheitsförderung gehört auch die besondere Betreuung der Kariesrisikokinder. Bei Kariesrisikokindern nimmt die Zahnpflege im Elternhaus einen zu geringen Stellenwert ein. Ein Kind im Kindergartenalter ist nicht in der Lage, seine Zähne überall gründlich zu reinigen. Wenn zu Hause keine ausreichende Zahnpflege stattfindet, ist die Kita die einzige Chance dieser Kinder, eine angemessene Zahnpflege zu erhalten. Ob ein Kind ein Kariesrisiko hat, wird im Rahmen der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen festgestellt. Kariesrisikokinder erhalten dann mit dem Einverständnis der Eltern besondere Unterstützung beim gemeinschaftlichen Zähneputzen durch die pädagogischen Fachkräfte. Anleitung zum richtigen Nachputzen wird durch die Mitarbeiterinnen der AGJ gegeben. Alle Träger von Einrichtungen in Neumünster können sich für eine von ihnen geführte Einrichtung für das Modellprojekt bewerben.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung (51)
Kooperationen	Träger der Einrichtungen
Kosten	Personalkosten für 2 Halbtagsstellen
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Zähneputzen in allen Kindertageseinrichtungen mit allen Kindern ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 3.4
Bezeichnung	Fortbildung für pädagogische Fachkräfte zum Thema Zähneputzen und Zahngesundheit
Beschreibung	Die Bedeutung gesunder Zähne für die allgemeingesundheitliche und psychosoziale Entwicklung von Kindern ist den pädagogischen Fachkräften bekannt. Der Besuch entsprechender Fortbildungsveranstaltungen vertieft und ergänzt diese Kenntnisse und versetzt die Erzieherinnen und Erzieher in die Lage, die Wichtigkeit des Themas gegenüber den Erziehungsberechtigten und Kolleginnen und Kollegen zu kommunizieren (Multiplikatorenfunktion). Erfahrene Referentinnen und Referenten stellen das Thema Zahngesundheit in den Rahmen der Gesundheitserziehung, in dem die Kita eine zusätzliche Rolle einnimmt, und thematisieren den Kompetenzerwerb für gesundheitsförderliches Verhalten durch frühzeitige Gewohnheitsbildung. Für die Integration des Zähneputzens in den Kita-Alltag gibt es vielfältige Möglichkeiten. Fortbildungen helfen, passende Ideen zu finden, die für die jeweilige pädagogische Fachkraft am besten umzusetzen sind. Sehr hilfreich ist auch immer der Erfahrungsaustausch. Die Überzeugung von der Richtigkeit des eigenen Handelns ist sehr wichtig. Nur dann können Ziele (hier gesundheitliche Chancengleichheit in Bezug auf die Zahngesundheit) mit Elan verfolgt werden. Das gilt sowohl für das Zähneputzen mit den Kindern als auch für die Kommunikation mit den Eltern. Fortbildungsveranstaltungen zu diesen Themen gibt es schon sehr lange für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnspflege auf Landes- sowie auf Bundesebene. Im Mai 2018 wurde eine Fortbildung vom Landesausschuss zur Förderung der Jugendzahnspflege für pädagogische Fachkräfte angeboten, an der aus Neumünster vier Erzieherinnen aus zwei Kitas teilnahmen. Ziel sollte sein, dass die Kitas regelmäßig Erzieherinnen oder Erzieher zu Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Zahngesundheit schicken.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung (51)
Kooperationen	Träger der Einrichtungen, LAJ (Landesausschuss zur Förderung der Jugendzahnspflege)
Kosten	Nur Reisekosten
Finanzierung	Kosten für die Fortbildung werden vom LAJ getragen

Handlungsansatz	Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch (2 x pro Jahr ab dem 1. Zahn) motivieren
Maßnahmen Nr.	Z 3.5
Bezeichnung	Aufgreifen des Themas Zahngesundheit im Rahmen der Anmeldung in der Kindertageseinrichtung
Beschreibung	Eine Studie aus dem Jahr 2016 aus Jena zeigt, dass das Auftreten einer Karieserkrankung umso geringer ist, je früher der Erstbesuch in einer zahnärztlichen Praxis stattfindet (Wagner und Heinrich-Weltzien 2016). Bevor das Kind zum ersten Mal eine Kindertageseinrichtung besucht, werden viele Dinge mit den Eltern besprochen. Neben Fragen zu besonderen Gewohnheiten, Ernährungsgewohnheiten, Sprachkompetenz usw., werden auch Fragen zur Gesundheit, beispielsweise notwendige Medikamenteneinnahme, Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten geklärt. Oft werden auch Fragebögen zur Erfassung dieser wichtigen Dinge verwendet oder die Eltern werden zu einem Kennlerngespräch eingeladen. An dieser Stelle kann sehr gut auch das Thema Zahngesundheit positioniert werden. Die Frage nach der Zahngesundheit bei der Anmeldung impliziert, dass dieses Thema wichtig ist. Die Frage nach der häuslichen Zahnpflege impliziert, dass die häusliche Zahnpflege wichtig ist. Die Frage nach dem regelmäßigen Zahnarztbesuch impliziert, dass der regelmäßige Zahnarztbesuch (2 x jährlich ab dem ersten Zahn) wichtig ist. Da die Eltern die Kita als Partner in der Erziehung ihrer Kinder begreifen, nehmen sie von der Kita als wichtig erachtete Dinge an.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung (51)
Kooperationen	Träger der Einrichtungen
Kosten	<i>Voraussichtlich keine zusätzlichen Kosten</i>
Finanzierung	<i>Keine Finanzierung notwendig</i>

Handlungsansatz	Allen Kita-Kindern zahnärztliche Behandlung ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 3.6
Bezeichnung	Zahngesundheitslotsen für die Begleitung der Familien beim Aufsuchen einer zahnärztlichen Praxis
Beschreibung	Es gibt Familien, für die der Besuch einer zahnärztlichen Praxis aus verschiedenen Gründen ein schier unüberwindliches Hindernis darstellt. Gründe dafür können z.B. schwierige Situationen in der Familie, Überlastung, Strukturlosigkeit, eigene Angst vor dem Zahnarzt sein. Daher steht trotz des sehr guten Versorgungsangebots faktisch nicht allen Kindern eine zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Hier soll ein aufsuchendes Angebot zur Begleitung der Eltern in die zahnärztliche Praxis sowie für die Organisation der Termine geschaffen werden. Das Angebot soll niedrigschwellig und primär unterstützend sein und auf Freiwilligkeit beruhen. Es soll den Kindern eine zahnärztliche Behandlung ermöglichen und den Eltern vermitteln, wie sie selbst die Gesundheitsfürsorge im Bereich Zahngesundheit für ihre Kinder wahrnehmen. Zahngesundheitslotsen haben idealerweise Hintergrundwissen im Bereich Zahnmedizin. Sie sollen organisatorisch dem FD Gesundheit angehören. Sie kooperieren unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange mit dem ASD, wenn sich das als sinnvoll darstellt. Auch die pädagogischen Fachkräfte kennen die Möglichkeit einer Unterstützung in diesem Bereich und können auf Nachfrage der Eltern (Hinweis auf Zahngesundheitslotsen auf Elternmitteilung) die Verbindung zu den Zahngesundheitslotsen herstellen.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Frühkindliche Bildung (51), FD 40 Schule, Jugend, Kultur und Sport (40), ASD (FD 52)
Kooperationen	
Kosten	Die Kosten sind abhängig von der Ausgestaltung und dem Umfang der Tätigkeit
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

4. Schulen

Handlungsansatz	Schulkindern in der Nachmittagsbetreuung das Zähneputzen nach dem Mittagessen ermöglichen (gilt nur für Grundschulen)
Maßnahmen Nr.	Z 4.1
Bezeichnung	Bei geeigneten räumlichen Voraussetzungen: Zähneputzen mit den Betreuerinnen und Betreuern im Hort, in der betreuten Grundschule und in der Schulkindbetreuung nach dem Mittagessen
Beschreibung	Gemeinsames Zähneputzen mit Betreuerinnen und Betreuern nach dem Mittagessen in Hort oder Schule ist eine wichtige Maßnahme zur Kariesvermeidung und setzt die Gesundheitserziehung nach der Kita fort. Das Zähneputzen mit Schulkindern trägt zur gesundheitlichen Chancengleichheit bei.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD 53, FD 51, FD 40, Elternvereine, Träger von Einrichtungen
Kooperationen	Träger von Einrichtungen
Kosten	Ca. 5- 10 EUR pro Kind pro Schuljahr
Finanzierung	Eltern

Handlungsansatz	Umfassende Unterstützung der Zahngesundheit (Zuckerfreie Ernährung, Zähneputzen, Elternarbeit)
Maßnahmen Nr.	Z 4.2
Bezeichnung	Schulgesundheitsfachkraft (SGFK) am Beispiel von Flensburg für zunächst zwei Risikoschulen • Mitarbeit/Unterstützung bei der dauerhaften Umsetzung des Essensangebots an Schulkiosks und Schulmensen nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) • Projekte zu (zahn)gesunder Ernährung (Leistungswasser, Obstpause) • Elternarbeit, niedrigschwelliges Gesprächsangebot zu Ernährung und anderen Gesundheitsthemen • Mitarbeit/Mitorganisation des Zähneputzens an der Schule
Beschreibung	Die schuleigene Pflegekraft hat in vielen Ländern eine lange Tradition. Die „school-nurse“ gibt es in den USA und in Großbritannien schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Auch hierzulande beschäftigen Schulen in freier Trägerschaft zum Teil SGFK. In Brandenburg gibt es ein Projekt der im „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ mitwirkenden Landesministerien für Arbeit, für Bildung und Gesundheit sowie des AWO-Bezirksverbandes Potsdam e. V. zur Einführung von Schulgesundheitsfachkräften. Hintergrund des Projektes ist, dass die Schulen aufgrund von „Ganztagsangeboten, Bestrebungen zu inklusiven Bildungsangeboten und zur Förderung gesundheitlicher und bildungsbezogener Chancengleichheit“ vor großen Herausforderungen stehen. SGFK tragen dazu bei, in den Schulen ein „niedrigschwelliges aufsuchendes System der kinder- und jugendorientierten Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung“ anzubieten. In der „Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg“ heißt es: „Schulen in Deutschland und so auch im Land Brandenburg verfügen nach wie vor nur ansatzweise über eine geregelte Gesundheitsversorgung während der Schulstunden: Die Akutversorgung ist oft Aufgabe der Sekretärinnen und Sekretäre. Medizinisch ungeschultes Personal befindet darüber, ob ein Kind nach kleineren Unfällen oder bei Unwohlsein in der Schule verbleibt oder nach Hause geschickt wird. Die Schulen sind oft nur unzureichend ausgestattet für eine angemessene medizinische Versorgung. Mit der immer stärkeren Entwicklung hin zur Ganztagschule „stellt diese Versorgungslücke für Eltern wie auch für Lehrer eine erhebliche Unsicherheit und Belastung dar“ (Kocks 2008, S. 248). Gut jede zweite Schule in Deutschland – und so auch in Brandenburg – unterbreitet heute (freiwillige) Ganztagsangebote, die von ca. einem Drittel der Schüler/innen in Anspruch genommen werden (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014). Die Heranwachsenden verbringen also zunehmend mehr Zeit im Lebensumfeld Schule, das in vielen Bereichen nach wie vor als eine der bedeutsamsten Sozialisationsinstanzen in Kindheit und Jugend gilt – mehr und mehr auch im Bereich Gesundheit. In fast allen europäischen Staaten und vielen Staaten weltweit gibt es daher an Schulen eine schuleigene Pflegefachkraft (häufig auch als „Schulkrankenschwester“ benannt). Ihre Aufgaben sind vielfältig: Sie wirken an der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung und Entwicklung einer

	gesunden Schule mit. Sie beraten Schülerinnen und Schüler sowie Schulpersonal, sie haben gesundheitliche Probleme einzelner im Blick und vermitteln Hilfen. Sie ermöglichen mit Blick auf den Inklusionsanspruch der Bildungseinrichtungen durch Beratung und eventuelle Pflege im Schulalltag auch Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten den Besuch einer Regelschule.“ Schulgesundheitsfachkräfte können neben der gesundheitlichen Versorgung mit Präventionsangeboten auch zu einem gesünderen Lebensstil an den Schulen beitragen. Auch vom Verband Bildung und Erziehung und vom Berufsverband der Kinderärzte wird die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften gefordert. Insbesondere die von der Schulgesundheitsfachkraft durchgeführten Aktionen zu gesunder Ernährung (gesunder Schulkiosk, Obstpause, Wasserschule, Powerkids mit Ernährungsführerschein – alles Beispiele aus Flensburg) sind wichtig für die Verbesserung der Zahngesundheit. Fachlich ist eine Anbindung der SGFK an den öffentlichen Gesundheitsdienst sinnvoll. Mitarbeit/Unterstützung bei der dauerhaften Umsetzung des Essensangebots in Schulkiosks und Schulmensen nach Richtlinien der DGE durch SGFK Der Zuckerkonsum in Deutschland pro Kopf ist doppelt so hoch wie von der WHO empfohlen. Studien zeigen, dass in Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status besonders viel Zucker konsumiert wird. Da davon auszugehen ist, dass von den Kindern in ihrer Lebenswelt Familie eher zu viel Zucker konsumiert wird, sollten die öffentlichen Einrichtungen beim Zuckerkonsum sehr zurückhaltend sein. Ein zu hoher Zuckerkonsum ist – neben nicht ausreichender Zahnpflege – der entscheidende Risikofaktor für die Entstehung von Karies. Das Auftreten von Karies steigt in dem Maß, in dem Zucker konsumiert wird. Zahnbelag entsteht immer wieder neu, da nie alle Bakterien aus der Mundhöhle entfernt werden können. Es gibt Bakterien, die mit der Entstehung von Karies besonders in Zusammenhang gebracht werden. Von diesen wird Zucker besonders schnell umgesetzt, was zu einem vermehrten Wachstum der Bakterien und Anlagerung auf der Zahnoberfläche führt. Beim Stoffwechsel der Bakterien entsteht Milchsäure, die dann zum Herauslösen von Mineralien aus der Zahnoberfläche führt. Der Speichel ist in der Lage, die schädliche Säure zu binden, allerdings nimmt dies einen längeren Zeitraum in Anspruch. Steht den Bakterien immer wieder Nahrung in Form von Zucker zur Verfügung, kommt der Speichel mit seiner säurebindenden Funktion nicht mehr hinterher. Es wird immer mehr Zahnhartsubstanz (Schmelz und Dentin) aus dem Zahn herausgelöst – die Karies schreitet fort. Deswegen ist eine zuckerfreie Ernährung im Schulalltag besonders wichtig. Sie dient auch der Umsetzung des „zuckerfreien Vormittags“ zur Kariesvermeidung. Projekte zu (zahn)gesunder Ernährung durch SGFK (Leistungswasser, Obstpause) Projekte zu (zahn)gesunder Ernährung bieten den Schulkindern die Möglichkeit, praktische Erfahrung bei diesem Thema zu sammeln. An der Schule Ramsharde in Flensburg wurde z. B. in einem Nachmittagskurs gemeinsam Essen zubereitet und gemeinsam gegessen. Dabei lernten die Kinder u. a., dass gesunde
--	--

	Sachen lecker sind und wie man diese zubereitet. • Elternarbeit durch SGFK, niedrigschwelliges Gesprächsangebot zu Ernährung und anderen Gesundheitsthemen Zum Aufgabenbereich der SGFK gehören auch Elternberatungen. Die Kontaktaufnahme zu den Eltern ergibt sich aus praktischen Gründen im Schulalltag und ist deshalb niedrigschwellig. Wenn beispielsweise ein Kind wegen Zahnschmerzen durch die Schulgesundheitskraft betreut wurde, kann diese die Eltern auf die Wichtigkeit des Zahnarztbesuches und auf das Angebot der Zahngesundheitslotsen hinweisen. Auch zur Ernährung und anderen Gesundheitsthemen kann die SGFK beraten • Mitorganisation des Zähneputzens an der Schule durch SGFK Bei der Organisation der Zahnpflege kann die SGFK unterstützen, indem sie sich z. B. um die Beschaffung von Zahncreme, Bechern und Bürsten, Hygiene und zeitliche Abläufe kümmert.
Beispiel aus anderen Kommunen	Schulgesundheitsfachkräfte an zwei Schulen in Flensburg, zwanzig SGFK in Hessen und Brandenburg http://tinyurl.com/y5g4kflx http://tinyurl.com/y2ucuu45
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Schule, Jugend, Kultur und Sport (40)
Kooperationen	Caterer
Kosten	Zwei 0,5 VZÄ-Stellen E 6
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Zuckerfreie Ernährung in der Schule fördern zur Senkung des Kariesrisikos für alle Kinder
Maßnahmen Nr.	Z 4.3
Bezeichnung	Förderung des Wassertrinkens in der Schule – Anbringen von Wasserhähnen in ausreichender Höhe (25 cm über dem Waschbecken), damit die Trinkflaschen mit Wasser befüllt werden können
Beschreibung	Zuckerkonsum ist ein Risikofaktor für die Kariesentstehung. Deshalb ist die zuckerfreie Ernährung in der Schule sehr wichtig. Zuckerkonsum in Form von süßen Getränken stellt einen Kariesrisikofaktor dar, der immer noch stark unterschätzt wird. Beim Trinken wird kaum Speichel gebildet, der die von den Bakterien gebildete Säure wieder binden kann. Ein zu hoher Zuckerkonsum kann auch allgemeingesundheitliche Auswirkungen haben (Übergewicht, steigendes Diabetesrisiko). Deswegen ist die Erleichterung des Wassertrinkens eine wichtige Maßnahme der Gesundheitsförderung. Wenn die Wasserflaschen in der Schule gefüllt werden können, müssen sie auch nicht von den Kindern „geschleppt“ werden. Damit die Kinder ihre Trinkflaschen direkt mit Leitungswasser befüllen können, müssen die Wasserhähne hoch genug angebracht sein. Auch müssen genügend Wasserhähne in guter Erreichbarkeit für die Kinder vorhanden sein. Zumindest bei Umbau/Neubau und Renovierungsmaßnahmen sollte dies berücksichtigt werden.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Schule, Jugend, Kultur und Sport (40), Fachdienst Gebäudemanagement (65)
Kooperationen	
Kosten	Werden noch ermittelt
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Zahnpflege allen Kindern in der Schule ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 4.4
Bezeichnung	Konzeptentwicklung zur Ermöglichung des Zähneputzens in der Schule
Beschreibung	Immer mehr Kinder werden ganztags in Schulen betreut. Deswegen ist das Zähneputzen aus dem Schulalltag nicht wegzudenken. An Schulen mit besonders vielen Kariesrisikokindern ist das Zähneputzen in der Schule besonders wichtig und trägt zur gesundheitlichen Chancengleichheit bei. Von einigen Lehrkräften wird an einigen Schulen mit den Kindern nach dem gemeinsamen Frühstück geputzt. Im Rahmen der Konzeptentwicklung sollen in Zusammenarbeit mit den Schulleitungen, den Lehrkräften und dem FD 40 die Möglichkeiten für Zahnpflege an der Schule besprochen werden. Die räumlichen Voraussetzungen an den Schulen sind sehr unterschiedlich. In den Neubauten befinden sich in den Klassenräumen z. T. keine Waschbecken mehr, wodurch sowohl das Zähneputzen als auch das Wassertrinken erschwert werden. In Schulen mit Ganztagsangeboten und Mensen würden mensa-nah gelegene Hygieneräume die Möglichkeit zum Händewaschen vor dem Essen und zum Zähneputzen nach dem Essen geben. Gerade der Neubau von Schulen oder Mensen bietet die Möglichkeit, Voraussetzungen für Hygiene und Zahnpflege zu schaffen. Ziel ist, dass der Hygieneraum in das Raumprogramm aufgenommen wird. An ausgewählten Schulen soll in Pilotprojekten das Zähneputzen mit Lehrkraftunterstützung erprobt werden.
Beispiel aus anderen Kommunen	• Kariesfreie Schule in Hamburg-Eißendorf, dort putzen die Betreuerinnen und Betreuer in einer Grundschule mit Ganztagsbetrieb nach dem Mittagessen mit den 400 Kindern die Zähne • Zähneputzen nach dem gemeinsamen Frühstück in einer Grundschule in Osnabrück • Zahnputzräume und Putzbrunnen an einigen Schulen in Kiel
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Schule, Jugend, Kultur und Sport (40), Fachdienst Gebäudemanagement (65), Schulrat
Kooperationen	
Kosten	Laut Angaben des Schulleiters in Hamburg-Eißendorf belaufen sich die laufenden Kosten auf 5 EUR pro Kind und Schuljahr, Raumkosten müssen noch geklärt werden
Finanzierung	Eltern für Becher, Bürsten, Zahncreme

Handlungsansatz	Zahnpflege allen Kindern in der Schule ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 4.5
Bezeichnung	Schaffung der räumlichen Voraussetzungen für die Zahnpflege in den Schulen
Beschreibung	Einbindung des FD Gesundheit (53) bei Schulneubau oder Umbau einer Schule zur Beratung zwecks Aufnahme z. B. eines Hygieneraumes in das Raumprogramm. Räumliche Voraussetzungen für das Zähneputzen können sein: a) Hygieneraum in räumlicher Nähe der Schulklassen zum Händewaschen vor dem Mittagessen und zum Zähneputzen nach dem Mittagessen b) Zahnputzbrunnen c) Einbau von Zwischenwand und Tür zwischen Toiletten und Waschbeckenraum bei den Schultoiletten, so dass die Waschbecken zum Zähneputzen genutzt werden können.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Schule, Jugend, Kultur und Sport (40), Fachdienst Gebäudemanagement (60), Schulrat
Kooperationen	
Kosten	Die Kosten sind von Ausgestaltung und Umfang abhängig
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Zahnpflege allen Kindern in der Schule ermöglichen
Maßnahmen Nr.	Z 4.6
Bezeichnung	Pilotprojekt Zähneputzen an Risikoschule mit dem Ziel, das Zähneputzen einmal pro Tag in den Schulalltag zu integrieren
Beschreibung	In einem Pilotprojekt lassen sich mehrere Ansätze der Zahngesundheitsförderung miteinander verbinden und erproben. Die Schaffung der personellen und räumlichen Voraussetzungen sowie die Verknüpfung mit gesundheitspädagogischen Konzepten verspricht eine effektive Reduktion der Kariesbelastung der Schülerinnen und Schüler. Die zentralen Aspekte des Pilotprojekts wären: • Lehrkräfte für das Projekt zu gewinnen • Zeitliche und räumliche Ressourcen gemeinsam mit den Lehrkräften auszuloten • Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen der AGJ zu nutzen Die Wirksamkeit Pilotprojektes wird evaluiert. Bei einer positiven Bewertung ist die Ausweitung auf weitere Schulen möglich.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), FD Schule, Jugend, Kultur und Sport (40), Fachdienst Gebäudewirtschaft, Tiefbau und Grünflächen (60), Schulrat
Kooperationen	
Kosten	Die Kosten sind von Ausgestaltung und Umfang abhängig
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes-und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Allen Schulkindern zahnärztliche Behandlung ermöglichen; Eltern konkret unterstützen, ihre Kinder zahnärztlich behandeln zu lassen; dadurch die Behandlungsbedürftigkeit senken, d. h. den Sanierungsgrad erhöhen
Maßnahmen Nr.	Z 4.7
Bezeichnung	Zahngesundheitslotsen für die Begleitung der Familien beim Aufsuchen einer zahnärztlichen Praxis, Vermittlung durch Zahnärztlichen Dienst in Zusammenarbeit mit der Schule
Beschreibung	Es gibt Familien, für die der Besuch einer zahnärztlichen Praxis aus verschiedenen Gründen ein schier unüberwindliches Hindernis darstellt. Gründe dafür können z. B. schwierige Situationen in der Familie, Überlastung, Strukturlosigkeit, eigene Angst vor dem Zahnarzt sein. Daher steht trotz des sehr guten Versorgungsangebots faktisch nicht allen Kindern eine zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Hier soll ein aufsuchendes Angebot zur Begleitung der Eltern in die zahnärztliche Praxis sowie für die Organisation der Termine geschaffen werden. Das Angebot soll niedrigschwellig und primär unterstützend sein und auf Freiwilligkeit beruhen. Es soll den Kindern eine zahnärztliche Behandlung ermöglichen und den Eltern vermitteln, wie sie selbst die Gesundheitsfürsorge im Bereich Zahngesundheit für ihre Kinder wahrnehmen. Zahngesundheitslotsen haben idealerweise Hintergrundwissen im Bereich Zahnmedizin. Sie sollen organisatorisch dem FD Gesundheit angehören. Sie kooperieren unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange mit dem ASD, wenn sich das als sinnvoll darstellt. Auch die Lehrkräfte bzw. pädagogischen Fachkräfte kennen die Möglichkeit einer Unterstützung in diesem Bereich und können auf Nachfrage der Eltern (Hinweis auf Zahngesundheitslotsen auf Elternmitteilung) die Verbindung zu den Zahngesundheitslotsen herstellen.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53), Schulrat
Kooperationen	ASD (FD 52)
Kosten	Die Kosten hängen von Ausgestaltung und Umfang ab
Finanzierung	Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten über Bundes- und Landesmittel, Private Institutionen oder das Präventionsgesetz

Handlungsansatz	Eltern zum regelmäßigen Zahnarztbesuch, insbesondere zur Inanspruchnahme der Individualprophylaxe (§22 SGB V) motivieren
Maßnahmen Nr.	Z 4.8
Bezeichnung	Thema Zahngesundheit bei allen Untersuchungen von Kindern im FD Gesundheit im Elterngespräch aufgreifen
Beschreibung	Im Fachdienst Gesundheit werden jährlich ca. 1000 Kinder ärztlich untersucht. Es handelt sich dabei um Untersuchungen zur Feststellung der Schulfähigkeit (ca. 700 Kinder) und um Untersuchungen zur Feststellung heilpädagogischen Förderbedarfs (ca. 300 Kinder). Die Einschulungsuntersuchung bietet eine gute Möglichkeit, die Eltern auf die Wichtigkeit des Themas Zahngesundheit hinzuweisen. Im Alter von ca. 6 Jahren bekommen die Kinder die ersten bleibenden Backenzähne. Da diese hinter dem letzten Milchbackenzahn durchbrechen und somit weit hinten im Mund stehen, bedürfen sie besonderer Aufmerksamkeit bei der Zahnpflege. Teilweise wissen Eltern und Kinder auch nicht, dass es sich um bleibende Zähne handelt. Kinder ab 6 Jahre können die Leistungen der Individualprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis in Anspruch nehmen. Diese beinhalten neben der Erhebung des Mundhygienestatus, dem Anfärben der Beläge, dem Entfernen harter und weicher Beläge, der Mundhygieneinstruktion und der Fluoridierung auch die Fissurenversiegelung. Bei der Fissurenversiegelung werden Fissuren und Grübchen auf der Kaufläche des Zahnes, in denen sich besonders leicht Bakterien ansammeln können, mit einem Kunststoff verschlossen. Ein besonderer Hinweis der Ärztin auf die Notwendigkeit regelmäßiger Zahnarztbesuche und auf die Leistungen der Individualprophylaxe soll die Eltern zum Aufsuchen einer Zahnarztpraxis und Inanspruchnahme der Leistungen der Individualprophylaxe motivieren. Auch bei den Untersuchungen zur Feststellung heilpädagogischen Förderbedarfs soll der Kontakt zu den Eltern im Rahmen der allgemeingesundheitlichen Beratung zum Aufgreifen des Themas Zahngesundheit genutzt werden.
Beispiel aus anderen Kommunen	
Federführung	FD Gesundheit (53.3)
Kooperationen	
Kosten	<i>Keine zusätzlichen Kosten</i>
Finanzierung	<i>Keine Finanzierung notwendig</i>