

Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe

Beschluss der DAJ-Mitgliederversammlung vom 19.06.2020

Inhalt

Gruppenprophylaxe als lernendes System.....	3
Das sagen uns die Daten.....	4
Grundlagen unseres Handelns	6
Gruppenprophylaxe für das Milchgebiss.....	8
Gruppenprophylaxe für das bleibende Gebiss	14
Die integrierte mundgesundheitliche Präventionskette	15
Herausforderungen für alle Mitwirkenden	17

Gruppenprophylaxe als lernendes System

Eine kurze Einführung

Diese Empfehlungen beruhen auf einem internen Diskussionsprozess der DAJ nach Abschluss der Epidemiologischen Begleituntersuchungen 2016. Deren Ergebnisse markieren, wie vom Gesetzgeber 1989 festgelegt, den Ausgangspunkt eines Prozesses der Erfolgskontrolle der Gruppenprophylaxe, in den die Gutachter der Epidemiologischen Begleituntersuchungen mit ihren zahnmedizinischen Empfehlungen und Bewertungen ebenso einbezogen worden sind wie weitere Fachleute aus Public Health und Kindheitswissenschaften sowie entscheidende, planende und umsetzende Mitwirkende der Gruppenprophylaxe auf allen Ebenen. Die Datenbasis und die Ergebnisse des DAJ-Symposiums im März 2018 liegen als Publikationen vor¹ und bilden die Grundlage der folgenden Ausführungen.

Ziel des Papiers ist es, in Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben nach § 21 SGB V einen gemeinsamen Handlungsrahmen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe für die nächsten Jahre zu schaffen.

Der gesetzliche Auftrag (§ 21 SGB V Abs. 1) steckt den Rahmen wie folgt: „ Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.“

¹ Splieth C. et. al.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. Bonn 2017

Das sagen uns die Daten

Unsere Aufgaben in den nächsten Jahren

Der Blick auf das Kariesgeschehen in den drei in der DAJ-Studie 2016 erhobenen Altersklassen zeigt ein heterogenes Bild.

Karies im bleibenden Gebiss

Die Karieswerte (DMFT) der 12-Jährigen in sechsten Klassen sind international auf einem Spitzenplatz. Mit dem Index SIC kontrollieren die DAJ-Studien auch die Entwicklung im Drittel mit dem höchsten Kariesaufkommen der Population. Daher können wir belegen: Von den kontinuierlichen Präventionserfolgen seit 1994/95, dem Beginn der DAJ-Studien, haben alle drei untersuchten Gruppen profitiert, das Drittel mit den höchsten Karieswerten am stärksten. Gemäß den Kriterien des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist die Kariesprävention hier erfolgreich: Es wurden Verbesserungen für alle sozialen Schichten erzielt, die Verminderung der Abstände zwischen den Schichten wurde erfolgreich vorangetrieben. Die DAJ-Studie 2016 belegt aber dennoch, „dass eine relevante Kariesaktivität im bleibenden Gebiss heute fast ausschließlich auf 20 % der Kinder und Jugendlichen konzentriert ist, die vornehmlich einen niedrigen Status im Bildungssystem aufweisen.“²

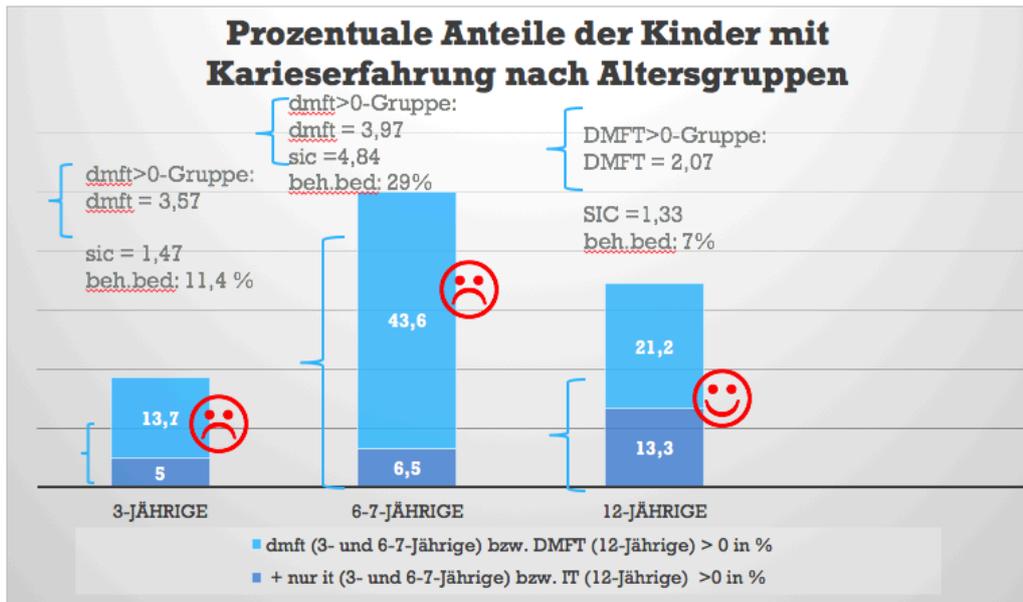
Im bleibenden Gebiss lautet die Aufgabe: Effektives Erreichen mundgesundheitlicher Chancengleichheit bei gleichzeitiger Sicherung des erreichten Niveaus für alle.

Milchzahnkaries

Die erstmalig erhobenen bundesweit repräsentativen Daten zur Kariesprävalenz Dreijähriger zeigen: Der überwiegende Teil dieser Altersgruppe – rund 80 % der Kinder – wächst mundgesund auf. 13,7 % der Kleinkinder haben jedoch bis zum Alter von drei Jahren bereits manifeste Karies, weitere 5 % beginnende Karies. Die Gruppe der Betroffenen trägt eine hohe Krankheitslast, denn im Schnitt sind 3,57 Zähne erkrankt. Der überwiegende Teil dieser Karies ist unbehandelt. Für diese Kinder bedeutet die Karies ein gravierendes gesundheitliches Problem. Differenzierende Daten zur sozialen Schichtung konnten innerhalb der DAJ-Studie nicht erhoben werden, jedoch ist die soziale Polarisierung des Phänomens durch die Literatur ausreichend belegt.³

Die Prävention der frühkindlichen Karies unter besonderer Berücksichtigung von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf bleibt eine vorrangige Aufgabe der GP und muss verstärkt werden.

² Splieth C. et al, a.a.O., S. 227



43,6 % der 6- bis 7-jährigen Erstklässler in Deutschland haben im Milchgebiss Karieserfahrung. Berücksichtigt man die ebenfalls gemessene Initialkaries, hat die Hälfte der Population in diesem Alter Milchzahnkaries, rund zwei Drittel dieser Karies ist unbehandelt. Die Kinder, die manifeste Karies haben, haben im Schnitt vier kariöse Milchzähne. Auf den ersten Blick haben diese Kinder, die die Kindergartenzeit gerade beendet haben, diese Milchzahnkaries offensichtlich größtenteils im „klassischen“ Kita-Alter, also im Alter zwischen 3 und 6 Jahren, entwickelt. Jedoch ist auf Grund des Kariesaufkommens bereits bei etwa 20 % der Dreijährigen davon auszugehen, dass das Erkrankungsrisiko in dieser Lebensphase entsteht und sich kontinuierlich in der Kindergartenzeit zu hohem Niveau aufbaut. Somit entwickelt sich in diesem Lebensalter die Milchzahnkaries fast linear vom Phänomen einer kleinen Gruppe, die von Frühkindlicher Karies betroffen ist, zu einem bei den 6- bis 7-Jährigen sehr verbreiteten Phänomen. Rund 94 % aller Kinder dieses Alters haben Kindertagesstätten besucht. Fast 80 % der Kita-Kinder in Deutschland werden jährlich mit mindestens einem Gruppenprophylaxe-Impuls erreicht.

Die Präventionsstrategie der Gruppenprophylaxe in der Kita muss kontinuierlich hinterfragt und fachlich angepasst werden, um erfolgreich zu bleiben.

³ Zusammenhang Kindergesundheit und Soziale Lage vgl. :

M. Deichsel, G. Rojas, K. Lüdecke, R. Heinrich-Weltzien: Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg, Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1504–1511 DOI 10.1007/s00103-012-1537-9

H. Hölling · R. Schlack · P. Kamtsiuris · H. Butschalowsky · M. Schlaud · B.M. Kurth Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:836–842

T. Lampert · S. Müters · H. Stolzenberg · L. E. Kroll · KiGGS Study Group Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:762–770 DOI 10.1007/s00103-014-1974-8

Thomas Lampert, Jens Hoebel, Benjamin Kuntz, Stephan Müters, Lars Eric Kroll Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2 Journal of Health Monitoring · 2018 3(1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-016 Robert Koch-Institut, Berlin

Grundlagen unseres Handelns

Zu diesen Prinzipien bekennen wir uns

Der Gesetzgeber hat mit dem §21 des SGB V im Jahre 1989 die Gestaltung der Zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach Prinzipien verfügt, deren Aktualität wir nach den intensiven Experten-Hearings im Rahmen des DAJ-Symposiums im März 2018 nach wie vor für gegeben halten und die auch weiterhin die Gestaltungsprinzipien der Gruppenprophylaxe darstellen sollten:

Die Inhalte der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V: Zahnärztliche Untersuchung/ Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Erährungsberatung und Mundhygiene

Die DAJ und die sie tragenden Mitgliedsorganisationen sehen die Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V, insbesondere die in Absatz 1 Satz 4 genannten Maßnahmen wie die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, sowie Ernährungsberatung und Mundhygiene, nach wie vor als essentiell und zeitgemäß an.

Die zahnärztliche Untersuchung und die Erhebung des Zahnstatus dienen auf der individuellen Ebene der Veranlassung von Therapie (und ggf. Individualprophylaxe und sekundärer Prävention) und wichtigen Aspekten im Kinderschutz, auf der Bevölkerungsebene der Erhebung von Gesundheitsdaten zur Planung und Steuerung der Prophylaxe-Aktivitäten („Daten für Taten“).

Dass eine zuckerreiche Ernährung nachgewiesenermaßen mundgesundheitsschädlich ist, umgekehrt eine zuckerarme Ernährung zum Erhalt der Mundgesundheit beiträgt, ist unstrittig. Die Komponente Ernährungsberatung ist deshalb auf der bevölkerungsbezogenen Ebene für ein Programm zur Mundgesundheitsförderung unverzichtbar und stellt darüber hinaus einen wichtigen Bestandteil eines Common Risk Factor Approach dar. Die Bausteine der Gruppenprophylaxe zur mundgesunden Ernährung nach § 21 in Kita und Schule leisten hier einen wichtigen Beitrag. Parallelstrukturen mit den entsprechenden Angeboten nach § 20 SGB V in Kita und Schule sollen vermieden, Synergien und Kooperationsmöglichkeiten genutzt werden.

Der Mundhygiene schließlich kommt im Rahmen der Gruppenprophylaxe eine herausragende Bedeutung zu. Gesundheitsförderliches Ziel und angestrebter präventiver Nutzen sind hier neben der Kariesreduktion auch die zeitstabile Verhaltensbeeinflussung durch die Implementation des regelmäßigen Zähneputzens mit fluoridierter Zahnpasta über die Lebensspanne. Des Weiteren sind der Erwerb eigenverantwortlicher gesundheitlicher Handlungskompetenz und der Aufbau einer Selbstwirksamkeitserwartung zu nennen. Das tägliche Zähneputzen mit fluoridierter Kinderzahnpasta gemeinsam mit der Bezugsperson in der Einrichtung ist damit ein wesentlicher integrierter, bevölkerungsbezogener Ansatz zum Ausgleich sozialer Ungleichheiten in der Mundgesundheit, der künftig flächendeckend zu den bisherigen regelmäßigen Gruppenprophylaxe-Impulsen in den Kitas hinzutreten muss, damit das dort gelernte Gesundheitsverhalten ritualisiert wird. Die regelmäßigen Mundhygiene-Unterweisungen und -übungen im Rahmen von Gruppenprophylaxe-Impulsen ermöglichen es allen Kindern, ihrem

Alter und Wissensstand entsprechend, das richtige und systematische Zähneputzen aufbauend zu erlernen.

Der bedeutsamste kariesprotektive Effekt wird durch Fluoride erreicht (Remineralisierung nach kariösem Angriff, nach § 21 Absatz 1 SGB V „Zahnschmelzhärtung“). Hierzu leistet das tägliche Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpaste gemeinsam mit der Bezugsperson in der Einrichtung einen Beitrag. Des Weiteren ist die Anwendung von Fluoridlack ein hoch effektives Mittel zur Prävention von Karies im Milchgebiss und im bleibenden Gebiss⁴, insbesondere auch in der Gruppenprophylaxe unter Berücksichtigung der jeweils geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen⁵.

Kombinationen verschiedener primärpräventiver Gruppenprophylaxemaßnahmen sind ratsam.

Der gesetzliche Auftrag zur Flächendeckung

Die DAJ und die sie tragenden Mitglieder bekennen sich selbst unter dem Eindruck der hervorragenden rückläufigen Kariesentwicklung im bleibenden Gebiss zur flächendeckenden Umsetzung der Gruppenprophylaxe. Es wäre zu befürchten, dass ein Abbau präventiver bevölkerungsbezogener Maßnahmen mit einem Wiederanstieg der Kariesraten einherginge. Darüber hinaus liegt dem Zusammenspiel von Flächendeckung und Risikoorientierung, wie es § 21 SGB V beschreibt, das Public Health-Prinzip des universalen Proportionalismus zugrunde: Basisprophylaxe für alle auf der einen Seite – risikoorientiert intensivierete Maßnahmen zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit auf der anderen. Dieses Prinzip garantiert einen hohen Nutzen für Personen mit erhöhtem Kariesrisiko bei gleichzeitig diskriminierungsfreier Durchführung der Maßnahmen. In welcher Intensität die Flächendeckung im bleibenden Gebiss zu gestalten ist, um einerseits den Status quo bevölkerungsbezogen zu wahren und gleichzeitig eine effektive Förderung der Chancengleichheit sicherzustellen, muss jeweils auf der Ebene der regionalen Arbeitsgemeinschaften oder der Landesarbeitsgemeinschaften ermittelt werden.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Deren Erreichen bzw. Verbesserung ist vorrangige Aufgabe und durchgängiges Gestaltungsprinzip bevölkerungsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung und somit auch der Gruppenprophylaxe. Wie das Zusammenspiel von universeller Basisprophylaxe und risikoorientierten Programmteilen systematisch verbessert werden sollte, wird im Folgenden beschrieben.

⁴ IQWiG-Rapid Report N17-03 Fluoridlackapplikation im Milchgebiss zur Verhinderung von Karies

⁵ U.a. Zahnheilkundegesetz, SGB V, SGB VIII

Gruppenprophylaxe für das Milchgebiss

Gemeinsam mit der Kita

Bislang erfolgt die „klassische“ Gruppenprophylaxe in der Kita, indem externe Personen als Fachkräfte des örtlichen Arbeitskreises für Jugendzahnpflege oder als Patenzahnärzte die Einrichtung aufsuchen und mit einer Gruppe Kinder einen sogenannten „Gruppenprophylaxe-Impuls“ durchführen. Wie dieser – basierend auf § 21 SGB V - gestaltet ist, geschieht in Abhängigkeit des dort gültigen Gruppenprophylaxe-Konzeptes⁶, wobei das Erlernen der richtigen Mundhygiene eine zentrale Rolle einnimmt. Je nach Situation vor Ort finden im Laufe des Jahres weitere Impulse für diese Kinder statt. Ob diese bis zu vier singulären Impulse jedoch durch alltägliches Zähneputzen und weitere Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit in der Kita selbst unterstützt werden, hängt zumeist von Entscheidungen des Kita-Personals ab. Die Akteurinnen und Akteure der Gruppenprophylaxe treten in den meisten Bundesländern als Gäste, externe Anbieter oder „Events“ in der Einrichtung in Erscheinung, die wenig Einfluss auf die Gestaltung des pädagogischen Alltags haben und diesen auch noch nicht überall systematisch suchen. In einigen Bundesländern konnte diese Trennung bereits durch entsprechende Konzepte, die die Zusammenarbeit von Gruppenprophylaxe und Kitas systematisch verankern, überwunden werden⁷. Diesen Weg erscheint zukunftsweisend.

Die von der DAJ befragten Expertinnen und Experten sind sich einig: Um Präventionserfolge im Milchgebiss zu erzielen, sollten die beiden nachfolgend beschriebenen Maßnahmen flächendeckend in jeder Kita gegeben sein:

Alle Kinder putzen täglich nach einer der Hauptmahlzeiten gemeinsam mit ihrer Bezugserzieherin/ihrem Bezugserzieher die Zähne mit fluoridierter Zahnpasta (ab 2 Jahre).

Zur Begründung: Die Etablierung dieses Rituals von Anfang an ist wichtig für die lebenslange Aufrechterhaltung der Mundhygiene und damit der Mundgesundheit. Da ein Teil der Kinder zu Hause nicht an regelmäßige Mundpflege herangeführt wird, muss die Kita hier im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit sozialkompensatorisch wirken. Gleichzeitig wird durch das gemeinsame Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpasta eine regelmäßige Fluoridzufuhr

⁶ Zur Organisationsstruktur der Gruppenprophylaxe vgl. <https://www.daj.de/Wir-ueber-uns.26.0.html>. Die unterschiedlich gestalteten Strukturen der Gruppenprophylaxe in den Bundesländern sind aus den jeweils gültigen Rahmenvereinbarungen ersichtlich. Die in den jeweiligen Bundesländern gültigen gesetzlichen Grundlagen sind ebenfalls über die Webseite der DAJ einsehbar: https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Epi_Studie_2014_2015/Anhang3_Rechtliche_Grundlagen_Stand1103.pdf (Eine Aktualisierung der Datei ist in Arbeit)

⁷ Wegweisend ist hier z.B. die Vereinbarung zur Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in den Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz gemäß § 21 Sozialgesetzbuch (SGB) V vom 1. Januar 2016 zu nennen. Ein weiteres erfolgreiches Beispiel ist das Programm „Kita mit Biss“, das ursprünglich in Brandenburg entwickelt, inzwischen in mehreren Bundesländern zur Umsetzung gelangt. Informationen unter: <http://www.brandenburger-kinderzaehne.de/Kita-mit-Biss.768.0.html>

gewährleistet. Da das kindliche Lernen vor allem über Beziehung funktioniert, kommt dem gemeinsamen Tun eine hohe Bedeutung zu: Die Bezugsperson ist Rollenmodell für Kinder – und in manchem Fall ein alternatives positives Rollenmodell zum Elternhaus im Hinblick auf die Erhaltung der Mundgesundheit.

Die Verantwortung für die Gesundheit der Kinderzähne liegt in erster Linie bei den Eltern, denn Pflege und Erziehung sind nach dem Grundgesetz das natürliche Recht der Eltern. Das pädagogische Personal nimmt hier eine pädagogische und familienunterstützende Aufgabe im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit wahr, ist aber weder für die Qualität des Putzergebnisses verantwortlich noch putzt es selbst Kindern die Zähne.

Schwere und unbehandelte Fälle frühkindlicher Karies können als wichtige Indikatoren der Kindes-Vernachlässigung herangezogen werden und sind bedeutsam für die Gesamtbeurteilung einer Kindeswohlgefährdung, denn Karies und chronische Entzündungen in der Mundhöhle beeinträchtigen die gesunde physische und psychische Entwicklung des Kindes⁸. Hierüber sollte das Kita-Personal informiert sein.

Mundgesundheitsförderung muss Bestandteil jeder Kita-Konzeption sein.

Zur Begründung: In der Kita-Konzeption werden die Grundsätze des pädagogischen Handelns beschrieben und dargelegt, wie die verschiedenen Bildungsbereiche – zum Beispiel Gesundheit – in dieser Einrichtung umgesetzt werden sollen. Sie stellt den Rahmen dar, auf den sich Träger, Team und Eltern verständigt haben; die Qualität der alltäglichen pädagogischen Arbeit wird daran gemessen.

Durch eine Verpflichtung als Teil der Konzeption kann Mundgesundheit über das tägliche Zähneputzen hinaus in der Lebenswelt der Kinder breit verankert werden. Was fachlich geboten ist, stellen die „Kernbotschaften für die Kita“⁹ der DAJ dar. Wie es pädagogisch fundiert und integriert wird, muss in der Kita ausgehandelt werden. Von besonderer Bedeutung ist, dass die Elternarbeit zur Mundgesundheit, die ebenfalls Bestandteil der „Kernbotschaften“ ist, konzeptionell mitverankert wird.

⁸ Vgl. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Kinderschutzleitlinienbüro, Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069

⁹ Frühkindliche Karies: zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige Kinder. Erweiterte Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. auf Basis einer kindheitswissenschaftlichen Expertise. Bonn 2016, aktualisierte Auflage März 2020.

Beide Anliegen – das tägliche Zähneputzen und die Verankerung der Mundgesundheit in der Konzeption - stellen Ansprüche von außen dar, die Dritte – hier: die Jugendzahnpflege gemäß § 21 SGB V – an verantwortliche und souveräne Akteurinnen und Akteure der Kinder- und Jugendhilfe (Regelungsbereich SGB VIII) herantragen. Das bedeutet: Nicht Forderungen sind angebracht und zielführend, sondern überzeugende Argumente, Motivation und wertschätzende Kommunikation auf Augenhöhe. Wer überzeugen und Veränderung bewirken möchte, dessen Angebot muss so gut sein, dass sich Veränderung lohnt. Wer überzeugen möchte, muss zunächst die Aufgabenstellung (vgl. KJHG, Kinderbildungsgesetze) und den pädagogischen Ansatz der Einrichtung akzeptieren, verstehen und Umsetzungsvorschläge einbringen, die ins Konzept passen. Diese Grundhaltung muss die Jugendzahnpflege sich flächendeckend zu eigen machen, wenn sie als Berater und Partner Akzeptanz finden und zur mundgesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt Kita beitragen möchte.

Konkrete Maßnahmen:

Die DAJ und die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege legen einen klaren Handlungsschwerpunkt auf die flächendeckende Verankerung des Zähneputzens in Kindertagesstätten, nach Möglichkeit durch entsprechende gesetzliche Regelungen. Wo dies nicht zu erreichen ist, sollte auf subsidiäre Maßnahmen unter Einbeziehung der Politik gedrungen werden (z. B. entsprechende landesweite Trägervereinbarungen unter Einbeziehung der Landeselternbeiräte).

Die Organisationen der Jugendzahnpflege, die die Gruppenprophylaxe auf den unterschiedlichen Ebenen tragen, setzen mit der Beratung und Unterstützung von Kitas zur mundgesundheitsförderlichen Alltagsgestaltung einen neuen Handlungsschwerpunkt, der sowohl Ressourcen in der Planung als auch erweiterte Kompetenzen über die Aus- und Fortbildung und für die Beratungsarbeit vor Ort erfordert. Inwiefern sich dies mittelfristig quantitativ und qualitativ auf die Anzahl der Impulse pro Einrichtung auswirken kann, muss vor Ort individuell geregelt werden.

Konkret werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen, soweit nicht bereits umgesetzt:

- Die Jugendzahnpflege entwickelt für die gängigen pädagogischen Grundkonzepte (Situationsansatz, Reggio, Offenes Konzept etc.) in Zusammenarbeit mit KindheitspädagogInnen und Praktikerinnen Umsetzungsvarianten zur Integration der o.g. Maßnahmen in den Kita-Alltag. Wie Intensiv-Prophylaxe-Module für Kinder mit hohem Kariesrisiko im Rahmen dieser Konzepte jeweils optimal integrierbar sind, muss ebenfalls erarbeitet werden.
- Sie evaluiert langfristig und verbessert diese Modelle, mit dem Ziel sie zu Best-Practice-Modellen zu entwickeln.
- Auch für die Integration der Maßnahmen in die Tagespflege und Groß-Tagespflege werden Best Practice-Modelle entwickelt.

Maßnahmen auf Bundesebene

- Die DAJ arbeitet mit allen großen Kita-Trägerverbänden zusammen und bemüht sich um die Integration der Best Practice-Modelle in die Qualitätsmanagement-Systeme der jeweiligen Verbände.
- Die DAJ wirkt auf der Bundesebene politisch darauf hin, dass das tägliche Zähneputzen in der Kita und die mundgesundheitsförderliche Gestaltung des Kita-Alltags in den Ländern gesetzlich verankert werden (z.B. Zusammenarbeit BMFSFJ, GMK, BZgA / Nationales Zentrum Frühe Hilfen). Sie wirkt an interdisziplinären Netzwerken und Initiativen mit, die sich für die Steigerung der Gesundheitskompetenz von pädagogischem Personal einsetzen.
- Die DAJ wirkt auf der Bundesebene politisch auf die Schaffung einer geeigneten Infrastruktur für das Zähneputzen in den Kitas und Schulen hin. Bundesfinanzierte Programme zur Infrastrukturförderung von Kita und Schulen sind um entsprechende Maßnahmen zu ergänzen.
- *Kommentar*
- Die DAJ setzt sich bei der Kultusministerkonferenz für die Aufnahme der Mundgesundheitsförderung in die Lehr- und Ausbildungspläne der Fachschulen für Sozialpädagogik ein.
- Die DAJ sucht die Kooperation mit dem Bundesverband für Kindertagespflege. Sie wirkt auf die Aufnahme der Mundgesundheitsförderung und Prävention frühkindlicher Karies in die Ausbildungscurricula für Tageseltern hin.

Maßnahmen auf Landesebene

- Die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege (oder entsprechende Stellen in den Bundesländern) leisten politische Lobbyarbeit für die Gruppenprophylaxe und die sie tragenden Strukturen.
- Die Landesarbeitsgemeinschaften engagieren sich für die Aufnahme des Zähneputzens in Kindertageseinrichtungen in die entsprechenden Ländergesetze.
- Die Landesarbeitsgemeinschaften engagieren sich politisch für die Schaffung einer geeigneten Infrastruktur für das Zähneputzen in den Kitas und Schulen. Sie fordern eine Berücksichtigung des Themas bei allen Neu- und Ausbaumaßnahmen für Bildungs- und Betreuungseinrichtungen.
- Sie wirken auf den Abschluss von Trägervereinbarungen wie bereits in Rheinland-Pfalz vorhanden¹⁰ oder vergleichbare Regelungen in den Bundesländern hin.
- Sie arbeiten auf Landesebene mit den Trägerverbänden von Kitas zusammen, um die Mundgesundheit konzeptionell zu verankern, Fachberatungen als Multiplikatoren für Best-Practice-Modelle in den Einrichtungen zu gewinnen und systematisch weiterzubilden.
- Sie etablieren Ausbildungsmodule zur Mundgesundheit in den Fachschulen für Sozialpädagogik.
- Die LAGen suchen nach Wegen, um auf der Landesebene vorhandene Programme zur intensiveren Förderung von Kitas in Gebieten mit gehäuft sozial schwierigen Lebenslagen systematisch mit Intensiv-Prophylaxe-Programmen zu verknüpfen. Diese Einrichtungen sollten in der mundgesundheitsförderlichen Alltagsgestaltung prioritär unterstützt werden. Die Ausstattung mit Zahnpflegematerial für das tägliche Zähneputzen sollte in diesen Brennpunkteinrichtungen durch die Jugendzahnpflege übernommen werden.
- Die LAGen qualifizieren geeignete und motivierte Personen aus den regionalen Arbeitskreisen für die Beratung von Kita-Leitungen und Teams gemäß den o.g. Grundprinzipien. Sie schaffen Möglichkeiten der Unterstützung für diese Tätigkeiten (Coaching, angeleitete kollegiale Supervision, strukturierter Erfahrungsaustausch).
- Sie qualifizieren Personen gezielt für Elternarbeit (z. B. Zusammenarbeit mit kita-move)
- Die LAGen suchen auf Landesebene Wege der systematischen Integration des Themas Mundgesundheitsförderung in die Aus- und Weiterbildung von Tagespflegepersonen (nach Bundesländern unterschiedlich geregelt, z. B. Landesjugendämter, kommunale Jugend- und Gesundheitsämter, Landesverbände für Tagespflege).

¹⁰ Vereinbarung zur Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in den Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz gemäß § 21 Sozialgesetzbuch (SGB) V, Mainz 1. Januar 2016

Maßnahmen auf kommunaler/regionaler Ebene

- Die auf die Arbeit mit erwachsenen Zielgruppen spezialisierten und mit der pädagogischen Arbeit von Kitas vertrauten Personen beraten und unterstützen zunächst prioritär Kitas mit besonderem Förderbedarf bei der Umsetzung mundgesundheitsförderlicher Gestaltung im Kitaalltag und deren konzeptioneller Verankerung. Sie entwickeln mit der Kita die Elternzusammenarbeit zum Thema.
- Sie beraten die örtlichen Kita-Träger und Schulträger, z.B. im Rahmen von Neu- und Sanierungsprojekten, zur Schaffung der geeigneten Infrastruktur für das tägliche Zähneputzen in den Einrichtungen.
- Sie bilden auch die interdisziplinäre Schnittstelle zu den lokalen Kinderschutznetzwerken (gemäß Bundeskinderschutzgesetz) und informieren die Kitas zum Thema Kindesvernachlässigung auf Grundlage oraler Befunde.
- In Zusammenarbeit mit dem örtlichen Jugendamt unterstützen Beratungspersonen der regionalen Arbeitskreise die Tagespflegepersonen bei der Integration der Mundgesundheit.

Gruppenprophylaxe für das bleibende Gebiss

Akzente setzen für Chancengleichheit

Die DAJ-Studie 2016 verdeutlicht, dass sich die Kariesprävalenz bei den 12-Jährigen auf eine Gruppe von ca. 20 % der Kinder konzentriert und mit abnehmendem Status der Bildungseinrichtungen deutlich ansteigt. Das Wirken der Gruppenprophylaxe in Förderschulen ist quantitativ wie qualitativ ausbaufähig.

- Die Gruppenprophylaxe agiert auch im bleibenden Gebiss weiterhin flächendeckend, um die erzielten Erfolge der Kariesprophylaxe aufrechtzuerhalten. Die dabei notwendige Intensität der verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen sowie der Fluoridlackapplikation muss vor Ort bestimmt werden.
- Die Gruppenprophylaxe in Förderschulen muss systematisch und flächendeckend intensiviert werden. Die Fluoridierungsraten von derzeit nur rund 29 % sollten deutlich gesteigert werden. Anzustreben sind Intensivprophylaxe-Programme mit 3 bis 4 Fluoridierungsimpulsen im Jahr.
- Gleiches gilt für weitere Schulen mit niedrigem formalen Status (deren Bezeichnung inzwischen von Bundesland zu Bundesland differiert) und/oder Schulen in Stadtteilen mit einem hohen Anteil von Kindern im Sozialhilfebezug.
- Das tägliche Zähneputzen nach dem Mittagessen mit fluoridierter Zahnpasta sollte in Förder- und Brennpunktschulen etabliert werden. Die örtlichen Arbeitskreise sollten Personen gezielt bestimmen und fortbilden, die Schulleitungen und Schulräte diesbezüglich gewinnen und beraten – auch im Hinblick auf die Schaffung der sanitären Voraussetzungen.
- Im Zuge der Inklusion ist die Zahl der Förderschulen stetig rückläufig, immer mehr Kinder mit besonderem Förderbedarf werden in Regeleinrichtungen inkludiert. Der Schulunterricht wird daher verstärkt binnendifferenziert gestaltet, um Kindern mit unterschiedlichen Leistungsmöglichkeiten gerecht zu werden. Dies muss auch für Gruppenprophylaxe-Impulse gelten. Die pädagogische Aufgabe der Gruppenprophylaxe-Fachkräfte wird dadurch anspruchsvoller. Sie müssen in Fortbildungen auf diese Situation vorbereitet werden und differenzierte Konzepte erarbeiten.

Die integrierte mundgesundheitsliche Präventionskette

Systematisches Handeln im Netzwerk

Wie bereits beschrieben, ist die Gruppenprophylaxe mit ihrem Zusammenspiel von Flächendeckung und Risikoorientierung bereits nach dem Public Health-Prinzip des universalen Proportionalismus angelegt: Basisprophylaxe für alle – risikoorientiert intensivierte Maßnahmen zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit „on top“. Damit ist sie auf dem richtigen Weg, auf dem sie weiter fortschreiten muss, jedoch *systematischer, kommunikativer und vernetzter*, damit sie nicht nur in der Lebenswelt der Kinder agiert, sondern mit dieser zusammenwirkt und diese mitgestaltet. Wie beschrieben, muss sie einen Schwerpunkt darauf setzen, erwachsene Verantwortliche in den Settings, Bezugspersonen, andere Professionen als Partner und Mitstreiterinnen zu gewinnen und zu befähigen. Dazu müssen die Akteurinnen und Akteure der Gruppenprophylaxe deren Kompetenz anerkennen, deren Handlungslogik erkennen und sich kommunikativ auf sie einstellen können – getragen von einer wertschätzenden und gleichberechtigten Haltung. Gleichzeitig muss sie politisch dazu den Boden bereiten – in der Kommune, im Land und im Bund. Das Ziel ist das flächendeckende Angebot einer integrierten mundgesundheitslichen Präventionskette. Sie beginnt mit Hebammen und den Akteurinnen und Akteuren der Frühen Hilfen, die Eltern in der nötigen Intensität helfen, Frühkindliche Karies zu vermeiden und ab dem ersten Zahn mit der Mundpflege des Kleinkindes zu beginnen. Sie setzt sich fort bei den Tageseltern und in der Kita, wo das Kind das tägliche Ritual des gemeinsamen Zähneputzens und mundgesunde Ernährung erlebt, Eltern über Kita und Gruppenprophylaxe gemeinsam (gemäß dem Konzept für unter Dreijährige) mit den Botschaften zur Prävention frühkindlicher Karies vertraut gemacht werden. Sie reicht über die „klassischen“ Lern-Impulse zur richtigen Zahnputzsystematik und mundgesunden Ernährung für das Kind in Kita und Grundschule bis zu Empowerment- und Fluoridierungs-Maßnahmen für Jugendliche.

Forschungsergebnisse aus den Bereichen Bildung und Gesundheit legen nahe, dass Investitionen in der Phase der frühen Kindheit den höchsten Nutzen erzielen¹¹. Entsprechend sollte auch die Gruppenprophylaxe einen klaren Intensitätsschwerpunkt bei der Umsetzung der beschriebenen Konzepte zur Gruppenprophylaxe und Multiplikationsarbeit für unter Dreijährige setzen gemäß dem Motto:

Von der Gruppenprophylaxe in der Kita zur Gruppenprophylaxe mit der Kita!

¹¹ Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland. Eine ökonomische Bewertung langfristiger Bildungseffekte bei Krippenkindern. Heidi Stutz, Tobias Fritschi, Tom Oesch im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, BASS – Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG 2008

Economic, neurobiological and behavioral perspectives on building america's future workforce. Knudsen, E.I., Heckman, J.J., et al. (2006).

„These findings lead to the conclusion that the most efficient strategy for strengthening the future workforce, both economically and neurobiologically, and for improving its quality of life is to invest in the environments of disadvantaged children during the early childhood years.“

Herausforderungen für alle Mitwirkenden

Veränderung beginnt bei uns

Zu den Grundprinzipien der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gehört, dass sie unter zahnärztlicher Leitung steht. Die Gruppenprophylaxe konnte seit Einführung des § 21 SGB V nicht zuletzt durch das hohe und kompetente Engagement des zahnärztlichen Berufstandes Präventionserfolge erzielen, die die DAJ-Studien eindrucksvoll belegt haben. Was die zahnmedizinischen und präventiven Inhalte der Gruppenprophylaxe betrifft, ist die fachliche Autorität der Zahnärztinnen und Zahnärzte maßgeblich.

In Folge der ersten Pisa-Studie im Jahre 2000 haben sich die Rolle und Bedeutung von Kindertagesstätten grundsätzlich gewandelt. Sie wurden zu Stätten frühkindlicher Bildung, deren fundamentale Bedeutung für den weiteren Bildungsweg von Kindern erkannt und nach und nach anerkannt wurde. Der quantitative Ausbau der Kindertagesstätten ging mit einem Prozess der Professionalisierung des pädagogisch-didaktischen Anspruchs einher, in den sich auch externe Partner der Kita – wie zum Beispiel die Gruppenprophylaxe – mit ihren Angeboten einzupassen haben. Diese Wandlung wurde durch die Gruppenprophylaxe regional sehr unterschiedlich mitvollzogen und ist insgesamt noch nicht gelungen.

Für das Geschehen in der Kita ist die fachliche Autorität der pädagogischen Leitung maßgeblich. Externe Partner müssen mit Präventionsangeboten überzeugen, die pädagogisch-didaktisch passend sind und auf Augenhöhe kommunizieren. Analoges gilt für die Gestaltung von Abläufen und Prozessen in Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere Frühen Hilfen und Kinderschutz. Häufig entstehen in der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit (und auch in der Elternzusammenarbeit) nur schwer zu überwindende Widerstände, weil die gleichwertige Handlungssouveränität des Gegenübers nicht anerkannt wird. Diese Anerkennung ist jedoch Voraussetzung dafür, die Erlaubnis des/der anderen zu erhalten, ihn/sie im eigenen Kompetenzbereich zu beraten und befähigen.

Darüber hinaus stehen die Akteurinnen und Akteure der Gruppenprophylaxe immer wieder im Spannungsfeld zwischen individualmedizinischer und bevölkerungsbezogener Handlungslogik.

Die aufgezeigten Veränderungen werden auf den verschiedenen Ebenen zu neuen Handlungsweisen führen. Für eine weitere systematische Qualitätsentwicklung steht an deren Beginn eine kritische Reflexion der derzeitigen Organisationsstrukturen.

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe basiert auf kommunaler Ebene auf dem Engagement der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Notwendige und qualitätssteigernde Synergieeffekte der Zusammenarbeit und Vernetzung gilt es zu fördern.

Die Anforderungen an die professionelle Ausführung aller Tätigkeiten werden weiter steigen. Qualifizierungsangebote und Fortbildungen, insbesondere in den Bereichen Kommunikation, Psychologie und Pädagogik, müssen dem genauso Rechnung tragen wie mögliche Anreizsysteme.

Für die Strukturen auf Landesebene ergeben sich ebenfalls veränderte Anforderungen.

Änderungen im beschriebenen Sinne machen es erforderlich, über den Umfang und die Verteilung der finanziellen und personellen Ressourcen bestehender und zukünftiger Aufgabengebiete innerhalb der Gruppenprophylaxe nachzudenken.

Vernetzung und partnerschaftliches Handeln sollten sich künftig in der Organisationsstruktur der Gruppenprophylaxe abbilden, indem z.B. Organisationen aus dem Bereich des KJHG, Träger- und Elternverbände, Tagespflegeverbände etc. zur Mitarbeit in DAJ und LAGen gewonnen werden.

Entsprechend dem Expertenrat sollte die Erfolgskontrolle für die Gruppenprophylaxe neu gedacht werden. Neben epidemiologischen Erkenntnissen, bei deren Erbringung verstärkt auf die GBE gesetzt werden sollte, könnte die vergleichende Evaluation von Wirkmodellen im Setting treten. Hier könnten sich unterschiedliche Evaluationsprojekte aus unterschiedlichen Landesarbeitsgemeinschaften systematisch ergänzen. Zugunsten der Kontinuität sollte aber auch in Zukunft die Kariesentwicklung in den Altersgruppen der 3-Jährigen, der 6 bis 7-Jährigen und der 12-Jährigen überprüft werden.