



Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

28.08.2019 Gesundheits- und Pflegekonferenz

Oliver Schneider

Leiter des Bergischen Kompetenzzentrums
für Öffentliche Zahngesundheit

Geschäftsführer des Arbeitskreises Zahngesundheit
Wuppertal

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen





Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

Gesetzliche Grundlagen:

- § 13 ÖGDG NRW**
- § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe) → Arbeitskreis Zahngesundheit**
- Grundlage für die zahnärztliche Untersuchung: §54 SchulG und §10 KiBiz**



Bergisches Kompetenzcenter für Öffentliche Zahngesundheit

Bergisches Kompetenzcenter für öffentliche Zahngesundheit:

Seit April 2012 werden im Rahmen der Bergischen Kooperation die Aufgaben der bisherigen zahnärztlichen Dienst der Städte Remscheid, Solingen und Wuppertal gebündelt.

Der Arbeitskreis Zahngesundheit ist eine gemeinsame Initiative der Krankenkassen, der Zahnärzte und des Gesundheitsamtes in Wuppertal.

Er führt Maßnahmen hinsichtlich einer regelmäßigen und flächendeckenden zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe durch und trägt mit sozialmedizinisch-präventiven Ansätzen zur Verbesserung insbesondere der Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Wuppertal bei.



Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

Zahnärztliche Untersuchungen erfolgen in Kindertagesstätten, Grund- und Förderschulen.

In den vergangenen 5 Jahren wurden pro Jahr durchschnittlich rund 28.000 Kinder in Remscheid, Solingen und Wuppertal untersucht.

Auf Wuppertal entfielen hierbei im o.g. Zeitraum durchschnittlich rund 14.000 zahnärztliche Untersuchungen pro Jahr.

Die Untersuchungen haben einen individualmedizinischen Aspekt (jedes Kind erhält eine Elternbenachrichtigung über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung), zum anderen erfolgt eine anonyme statistische Auswertung der erhobenen Untersuchungsergebnisse (epidemiologischer Aspekt der zahnärztlichen Untersuchung).



Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

In Remscheid und Wuppertal erfolgen Fluoridierungsmaßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe, die Maßnahmen wurden in Wuppertal im Jahr 2017, in Remscheid im Jahr 2018 begonnen.

Im vergangenen Jahr wurden in Wuppertal 1153 und in Remscheid 360 Fluoridierungsimpulse durchgeführt.



Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

Auswertung:

- Die Untersuchungen werden statistisch hinsichtlich des sog. dmft/DMFT-Indexes, sowie hinsichtlich der Anzahl der Kinder mit naturgesunden, sanierten oder kariösen Gebissen ausgewertet
- **dmft**-Index: dokumentiert im **Milchgebiss** die Befunde „decayed“, „filled“ und „missing“ (teeth)
- **DMFT**-Index: dokumentiert im **bleibenden Gebiss** die Befunde „Decayed“, „Filled“ und „Missing“ (Teeth)
- Addition der Anzahl von Zähnen mit kariesbedingter Zerstörung, Füllung oder Extraktion des Zahnes



Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

Epidemiologie:

Die Epidemiologie (von altgriechisch ἡ νόσος επιδημία, epidēmíā nósos „Epidemie, Volkskrankheit“, wörtlich „über das ganze Volk verbreitete Krankheit“, und -logie) ist **jene wissenschaftliche Disziplin**, die sich mit der **Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen** oder Populationen beschäftigt.

(Quelle: Wikipedia)

DMS V



(Quelle: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html> abgerufen am 22.08.2019)



Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

Epidemiologie:

-Karies

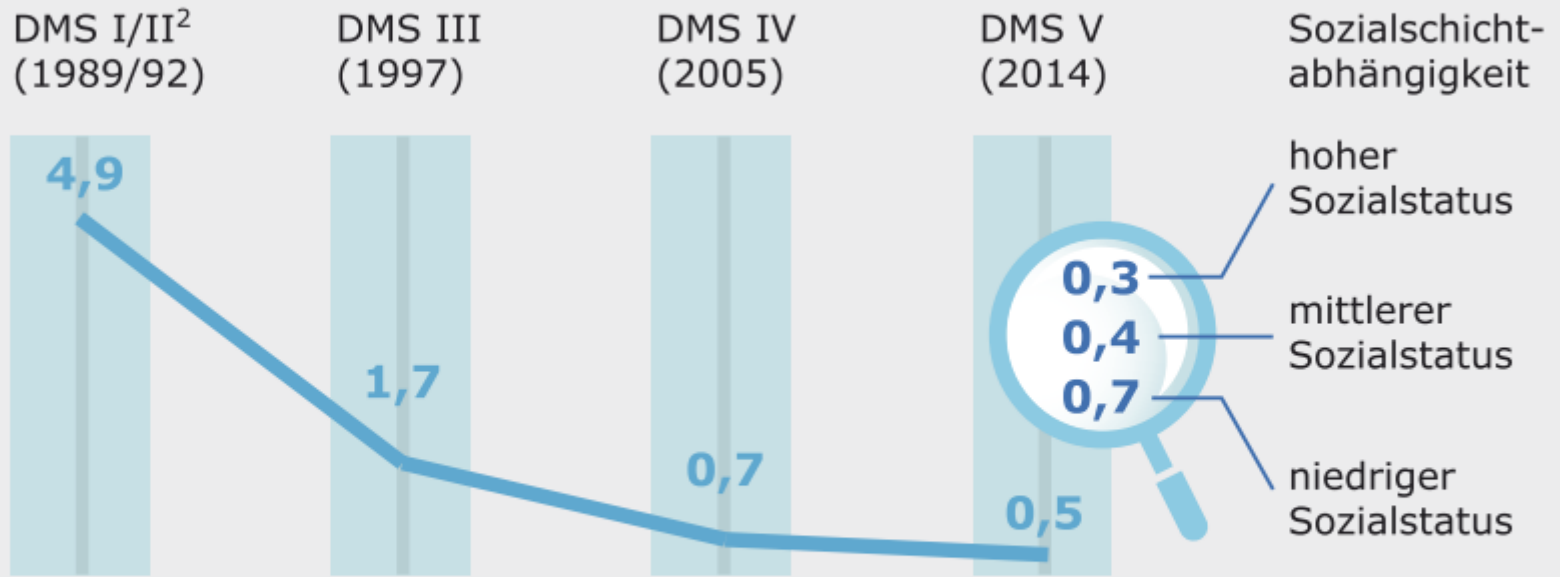
-Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81 Prozent) sind heute kariesfrei. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich in den Jahren von 1997 bis 2014 verdoppelt.

-Bei den jüngeren Erwachsenen (35-bis 44-Jährige) ist die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung seit 1997 um 30 Prozent zurückgegangen (4,9 Zähne).

-Nur noch halb so viele jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) weisen im Vergleich zum Jahr 1997 noch eine Karieserkrankung der Zahnwurzel auf.

Epidemiologie

Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei Kindern



¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

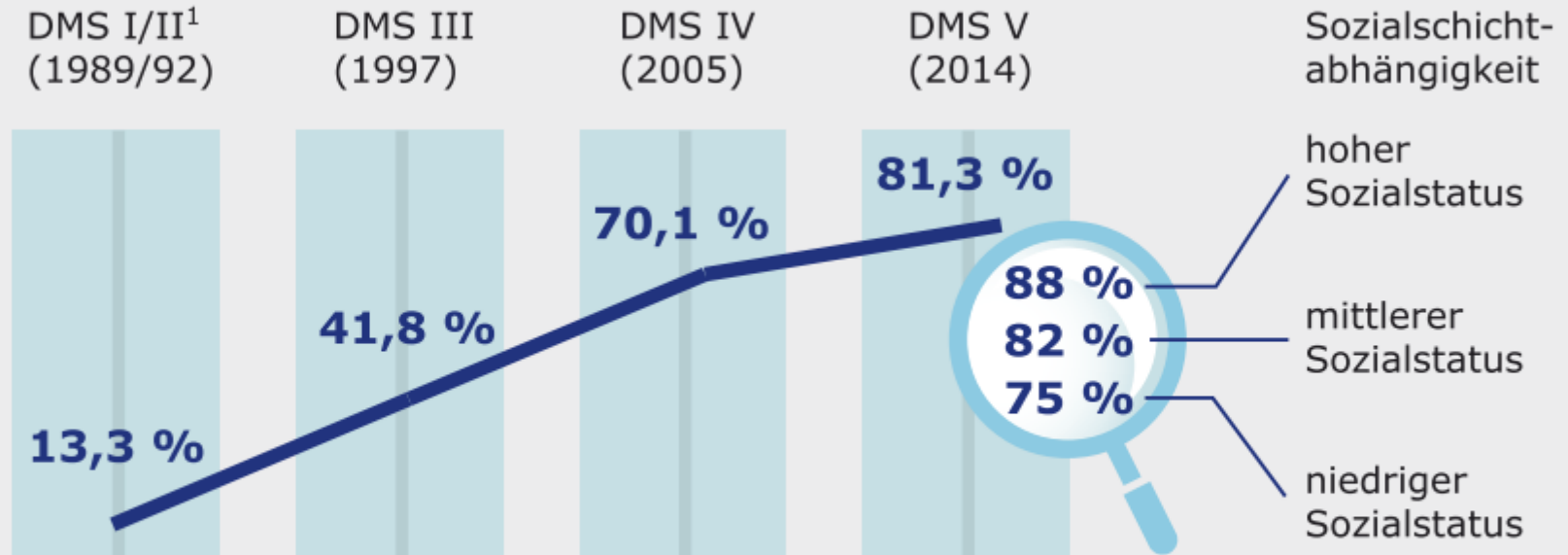
² 13-/14-Jährige

Sinkende Karieserfahrung bei Kindern (12-Jährige): Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle sozialen Schichten haben von der Prävention profitiert

(Quelle: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html> abgerufen am 22.08.2019)

Epidemiologie

Entwicklung der kariesfreien Gebisse bei Kindern



¹ 13-/14-Jährige

Zunahme kariesfreier Gebisse bei Kindern (12-Jährige): Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle sozialen Schichten haben von der Prävention profitiert

(Quelle: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html> abgerufen am 22.08.2019)

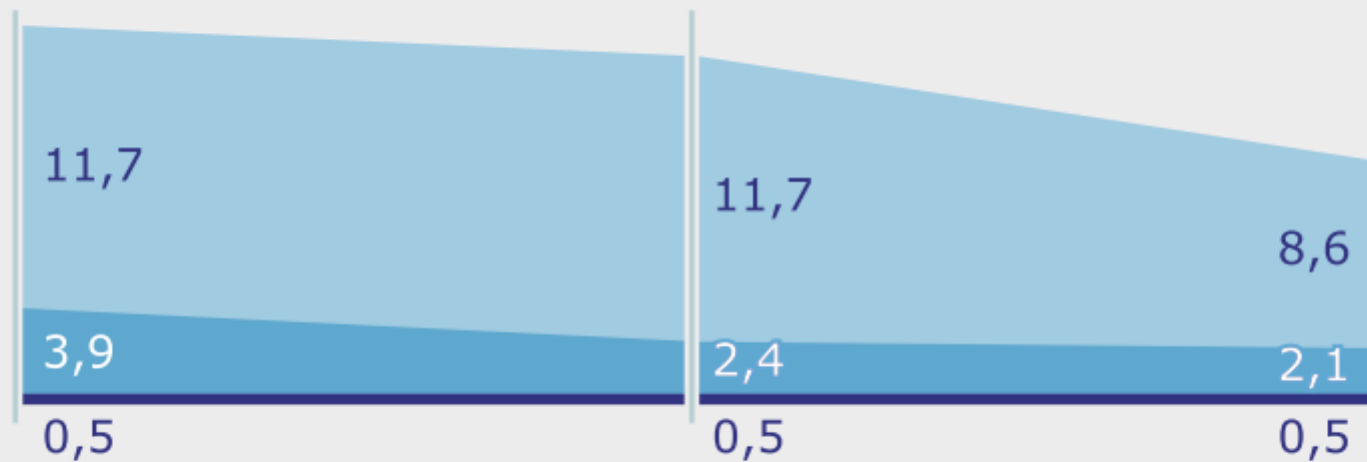
Epidemiologie

Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei jüngeren Erwachsenen

DMS III (1997): **16,1**

DMS IV (2005): **14,6**

DMS V (2014): **11,2**



¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

■ kariöse Zähne
 ■ fehlende Zähne
 ■ gefüllte Zähne

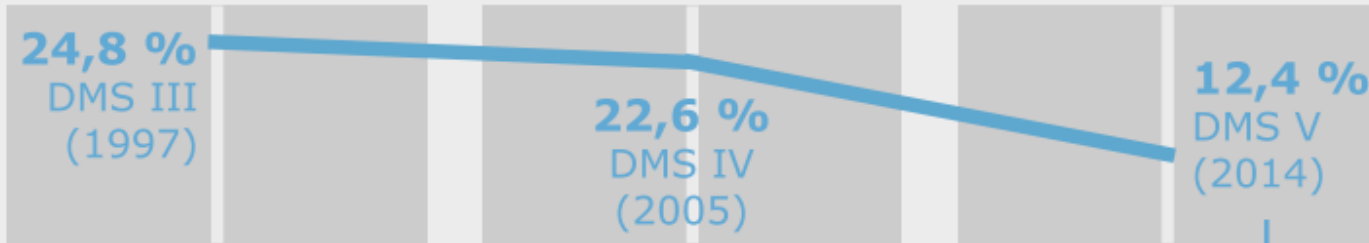
Sinkende Karieserfahrung bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige)

(Quelle: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html> abgerufen am 22.08.2019)

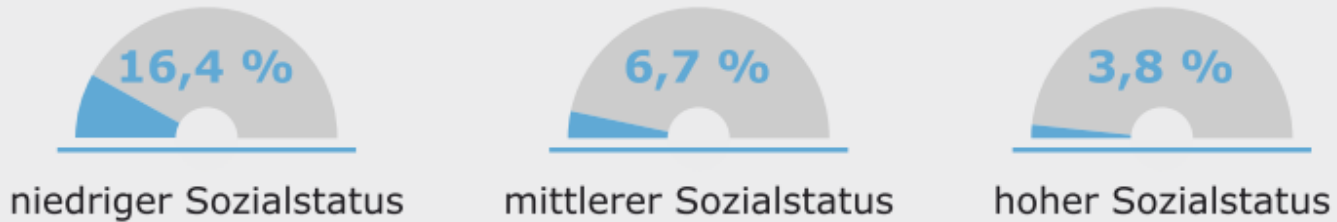
Epidemiologie

Zahnverluste und Zahnersatz bei jüngeren Senioren

völlige Zahnlosigkeit



Sozialschichtabhängigkeit bei der Zahnlosigkeit



Halbierung der Zahnlosigkeit bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige):
Sozialschichtabhängigkeit bei Zahnverlusten

(Quelle: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html> abgerufen am 22.08.2019)

Epidemiologie

Internationale Vergleiche (G7-Staaten)

	Karieserfahrung (DMFT) ¹	moderate Parodontitis ²	schwere Parodontitis ²	völlige Zahnlosigkeit
	0,5	48 %	10 %	12 %
	1,0	52 % ³	21 % ³	22 %
	1,2	13 % ³	10 % ³	16 %
	1,1	36 %	12 %	13 %
	1,4	23 %	4 %	–
	0,7	62 %	13 %	15 %
	1,2	–	–	26 %
	Kinder	jüngere Erwachsene		jüngere Senioren

¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

² CPI - Fallklassifikation

³ Regionaldaten

(Quelle: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html> abgerufen am 22.08.2019)



Epidemiologie

-Probleme?

-Ausmaß sozialer Teilhabe bestimmt über (Zahn-) Gesundheit

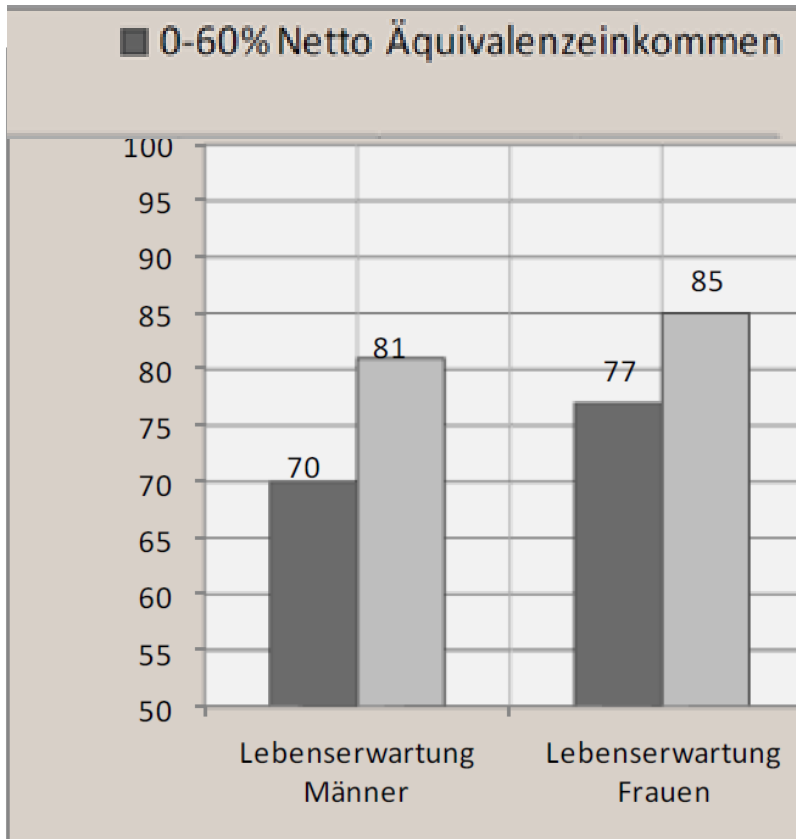


Bergisches Kompetenzzentrum für Öffentliche Zahngesundheit

Allgemeine Erwägungen

Soziale Lage und Gesundheit

Quelle: (Statement des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ . Dieser wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen.) abgerufen am 15.09.2016



Soziale Lage und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang. Die Lebenserwartung hängt in Deutschland stark vom dem Bildungsstand und der beruflichen Stellung ab: Männer des unteren Einkommensviertels sterben im Durchschnitt **rund elf Jahre früher als Männer im oberen Einkommensviertel**. Bei Frauen beträgt der Unterschied rund acht Jahre (Lampert & Kroll, 2010).



Soziale Lage und Zahngesundheit

„Generell weisen besonders Kinder mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status oder mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko auf, an frühkindlicher Karies zu erkranken sowie eine doppelt so hohe Kariesprävalenz.“

Prof. Dr. Christian Splieth Leiter der Abt. für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Greifswald,

ehem. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ)

Quelle: Zeitschrift der Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V. 20. Jahrgang 1/2014 abgerufen am 18.09.2017



Soziale Lage und Zahngesundheit

Problem: „Polarisierung der Karies“.

- Ungleiche Verteilung der Erkrankung**
- Hoher Polarisationsgrad „20 Prozent der Kinder tragen 80 Prozent der Krankheitslast“**
- Risikofaktoren sind unzureichende Mundhygiene und Fehlernährung (zu häufig Süßes, zuckerhaltige Getränke aus Saugerflaschen)**
- Polarisation steht in Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren (Bildung, Einkommen, berufliche Stellung)¹**

1 [Socioeconomic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis, Schwendicke et al. (2015)]



Soziale Lage und Zahngesundheit

„Generell läßt sich feststellen, dass **die Zahngesundheit von Kindern umso besser ist, je höher der sozioökonomische Status ihrer Familien ist** (gemessen am Familieneinkommen, sowie Schulbildung und Beruf der Eltern).

[...]

Ein einfacher Parameter, der zu Charakterisierung der sozialen Situation herangezogen werden kann, ist die Arbeitslosenquote.“ (Pieper, 1998)



Soziale Lage und Zahngesundheit

- **Aufgrund der Polarisierung der Karies wird die Thematik Mundgesundheit bei Kindern in Haushalten mit hohem Sozialstatus als größtenteils gelöste Problematik wahrgenommen**
- **„Wenn man nur gut putzt und nicht zu viel Zucker konsumiert bekommt man keine Karies.“**
- **Problem: Familien in schwierigen sozialen Lagen haben durch problematisches Gesundheitsverhalten (teilweise erheblich) erhöhte Krankheitslast zu tragen**

Sozialstruktur Wuppertal

TABELLE 1 Anzahl und Anteil der Kinder in Familien im SGB-II-Bezug nach Altersgruppen in Deutschland und Nordrhein-Westfalen im Jahr 2015

In Prozent	UNTER 3 JAHRE	VON 3 BIS UNTER 6 JAHRE	VON 6 BIS UNTER 15 JAHRE	VON 15 BIS UNTER 18 JAHRE	UNTER 18 JAHRE INSGESAMT absolut	UNTER 18 JAHRE INSGESAMT in Prozent
Deutschland	16,6	17,0	14,8	11,1	1.931.474	14,7
Deutschland West	15,1	15,5	13,2	9,8	1.426.470	13,2
Deutschland Ost	22,5	23,2	21,9	18,0	505.004	21,6
Nordrhein-Westfalen	20,9	21,4	18,6	14,2	541.572	18,6
Wuppertal, Stadt	30,9	32,1	28,5	21,8	15.863	28,2

Quelle: Factsheet Kinderarmut der Bertelsmannstiftung abgerufen am 15.09.2017

(Berechnungen auf der Grundlage der Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarkt in Zahlen, Kinder im SGB II, Nürnberg, August 2016)

https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/Factsheet_WB_Kinderarmut_NW_09_2016.pdf



Zahnärztliche Untersuchung in Kindertagesstätten und Schulen

Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen in Wuppertal

Zahnärztliche Untersuchung in Kindertagesstätten und Schulen

Auswertung:

- Die Untersuchungen werden statistisch hinsichtlich des sog. dmft/DMFT-Indexes, sowie hinsichtlich der Anzahl der Kinder mit naturgesunden, sanierten oder kariösen Gebissen ausgewertet
- **dmft**-Index: dokumentiert im **Milchgebiss** die Befunde „decayed“, „filled“ und „missing“ (teeth)
- **DMFT**-Index: dokumentiert im **bleibenden Gebiss** die Befunde „Decayed“, „Filled“ und „Missing“ (Teeth)
- Addition der Anzahl von Zähnen mit kariesbedingter Zerstörung, Füllung oder Extraktion des Zahnes



Zahnärztliche Untersuchung in Kindertagesstätten und Schulen

Auswertung:

- dmft / DMFT:
- eine personenbezogene Zahl als Maß der „Karieserfahrung“, Abschätzung des individuellen (bisherigen) Kariesrisikos
- **Epidemiologische Abschätzung der Karieserfahrung in einer Gruppe mithilfe des durchschnittlichen dmft / DMFT-Wertes**
- **Aufschluss über die besonders präventionsbedürftigen Einrichtungen, die dann durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach §21 SGB V intensiv betreut werden können**



Zielvorgaben

**Mundgesundheitsziele für Deutschland - 2020
Bundeszahnärztekammer
(und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege)**

ZIELVORGABEN: Bis zum Jahre 2020 soll folgendes erreicht sein:

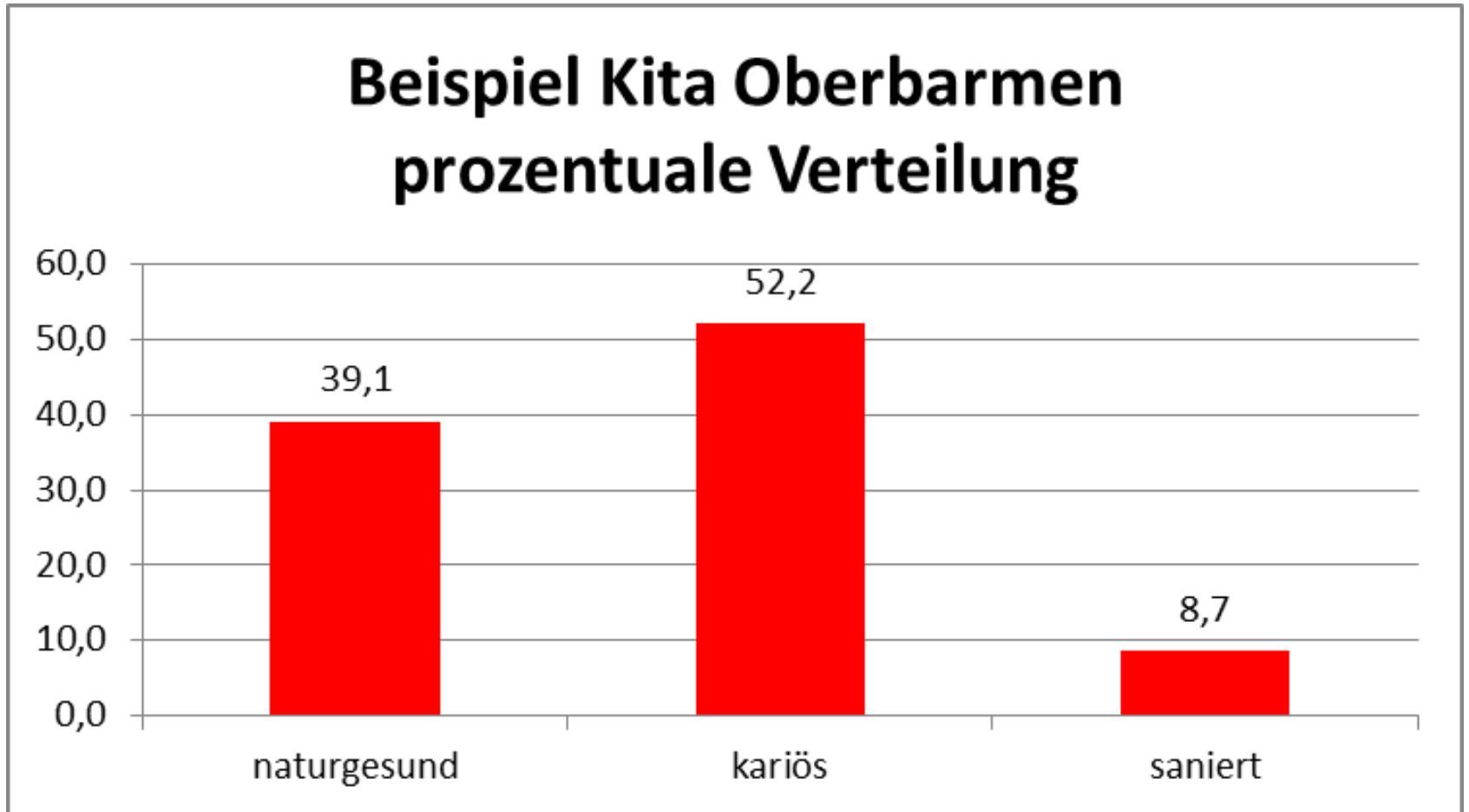
1. Zahnhartsubstanzdefekte

- Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6-Jährigen Kindern soll mindestens 80% betragen.**

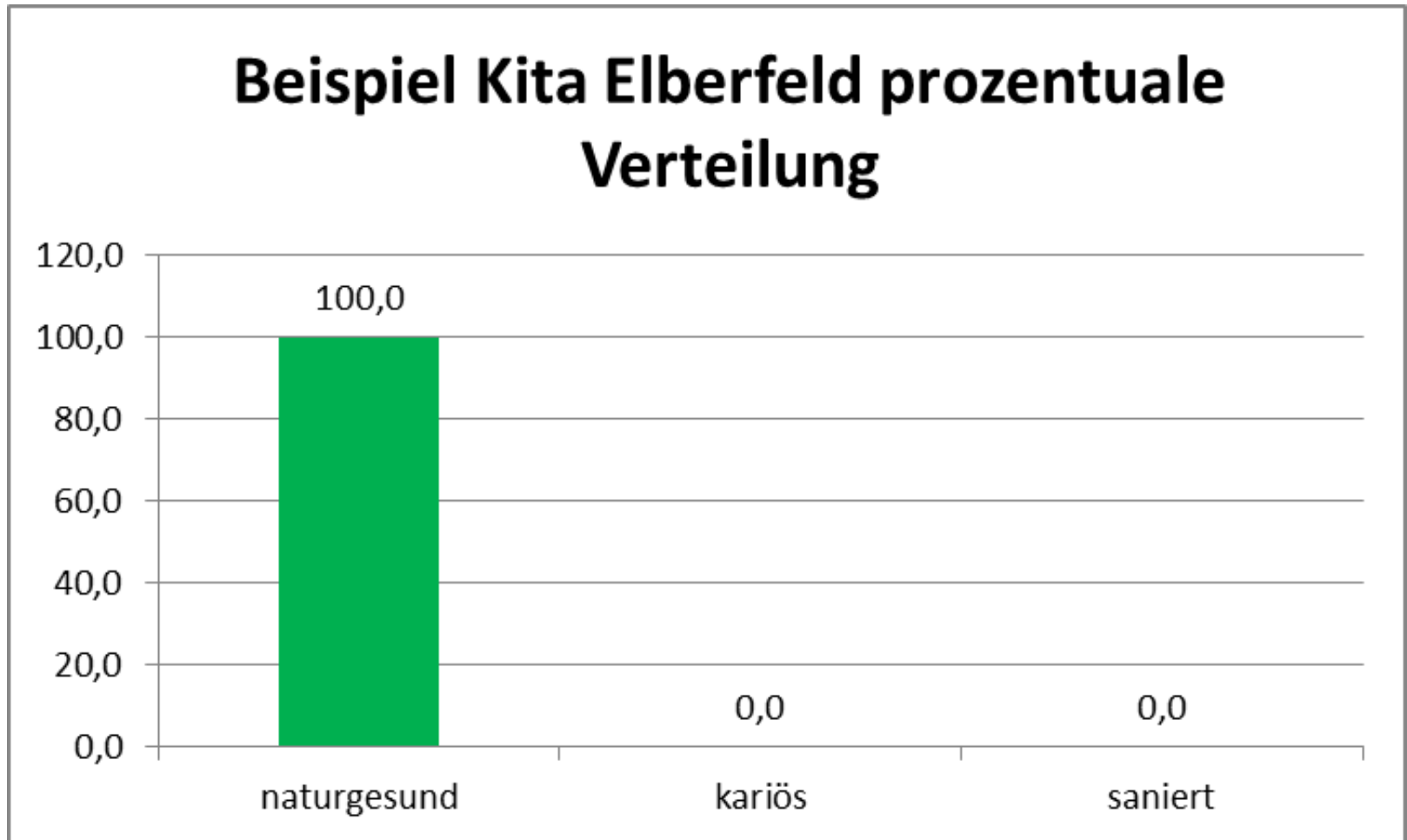
Anmerkung: Zahlen zum Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6-jährigen Kindern liegen nicht vor!



Prozentuale Verteilung von Kindern in Kindertagesstätten mit den aufgeführten Befunden (Vergleich von Einrichtungen in Stadtbezirken)



 **Prozentuale Verteilung von Kindern in Kindertagesstätten mit den aufgeführten Befunden (Vergleich von Einrichtungen in Stadtbezirken)**



Beispiel



Quelle: DAJ.e.V. <http://daj.de/Bildarchiv.75.0.html>
abgerufen am 18.09.2017

Beispiel



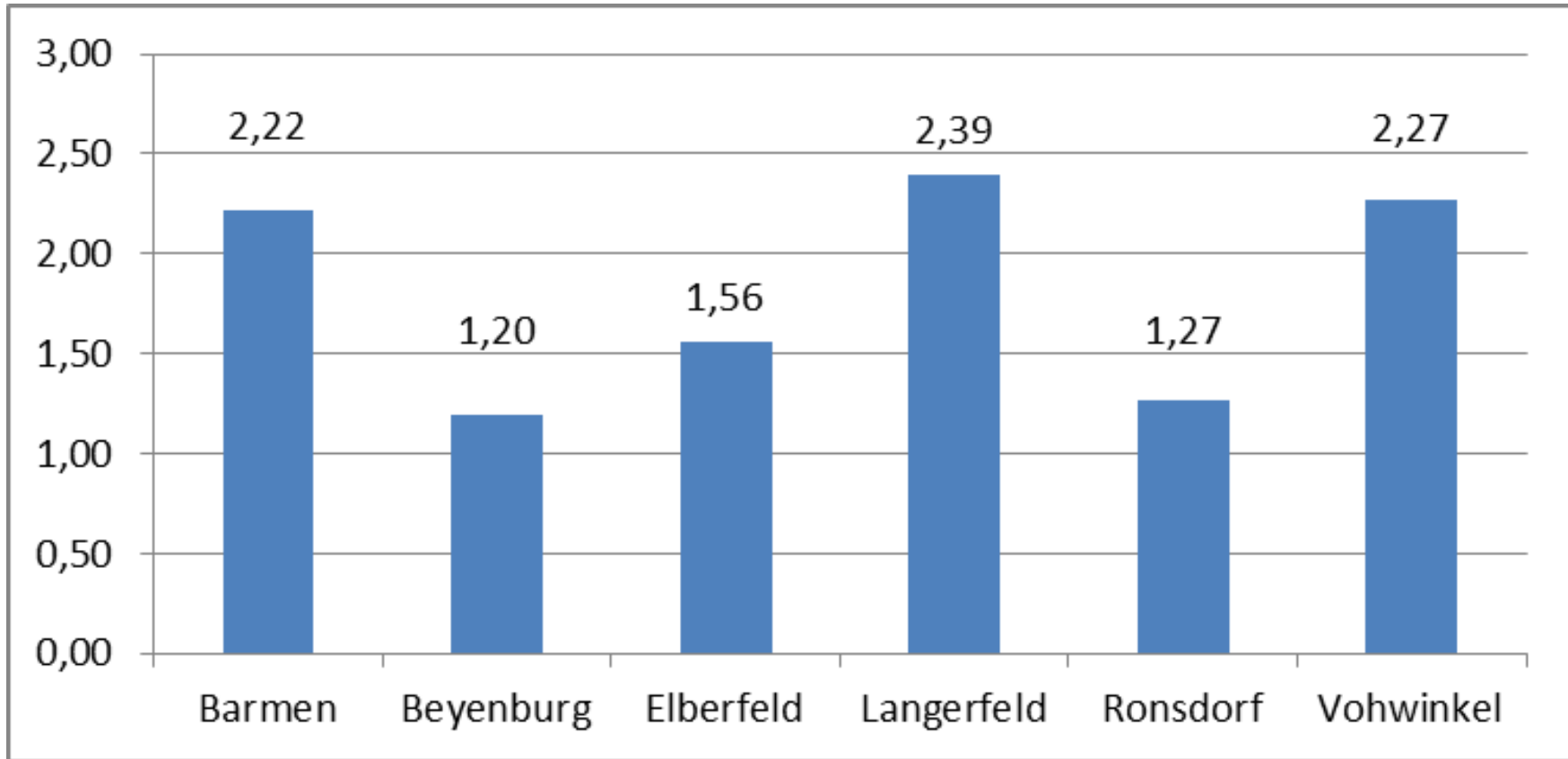
Quelle: DAJ.e.V. <http://daj.de/Bildarchiv.75.0.html>
abgerufen am 18.09.2017

Beispiel



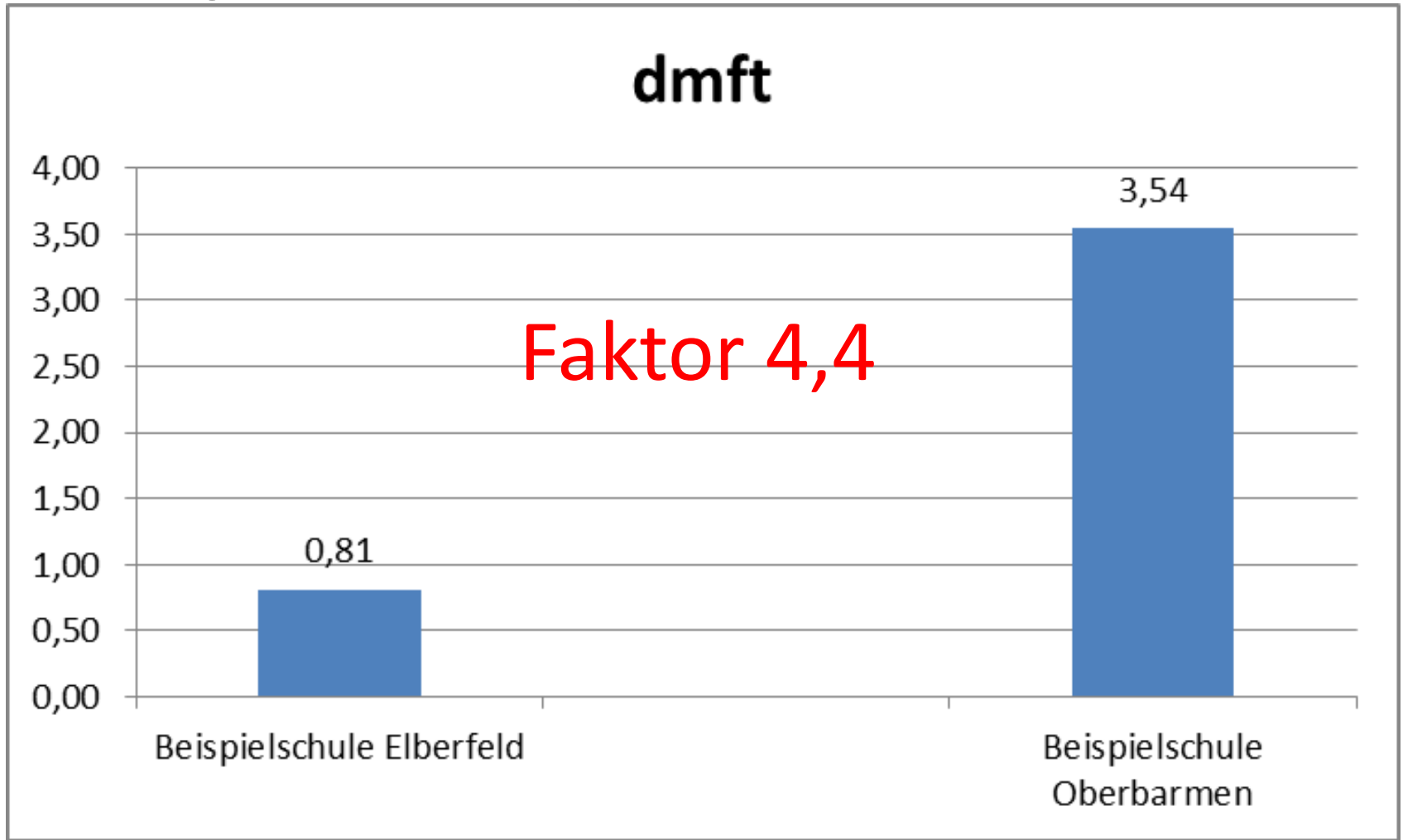
Quelle: DAJ.e.V. <http://daj.de/Bildarchiv.75.0.html>
abgerufen am 18.09.2017

Durchschnittlicher dmft-Wert in Grundschulen



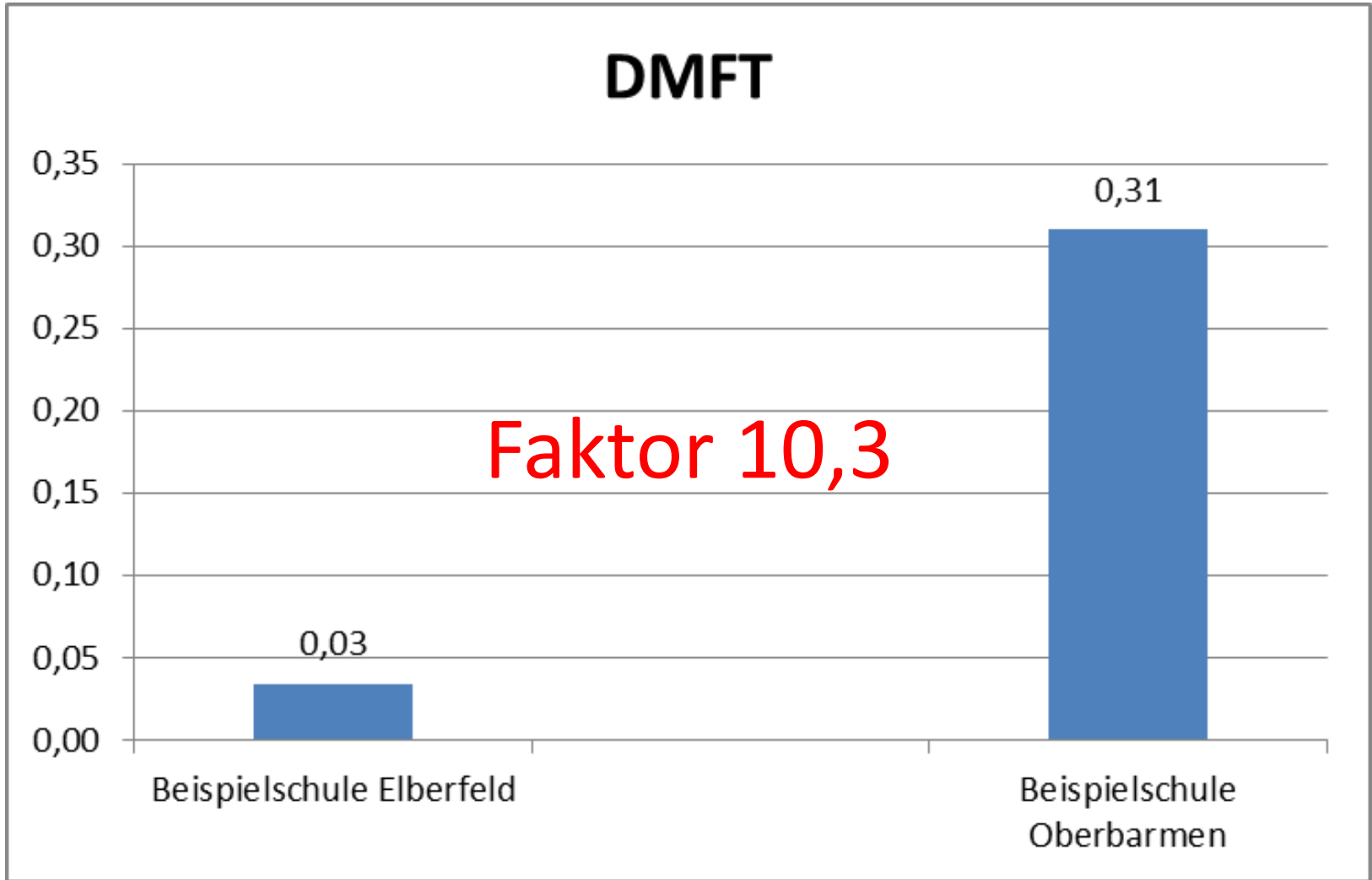


Durchschnittlicher dmft-Wert in Grundschulen (Vergleich von Einrichtungen in Stadtbezirken)



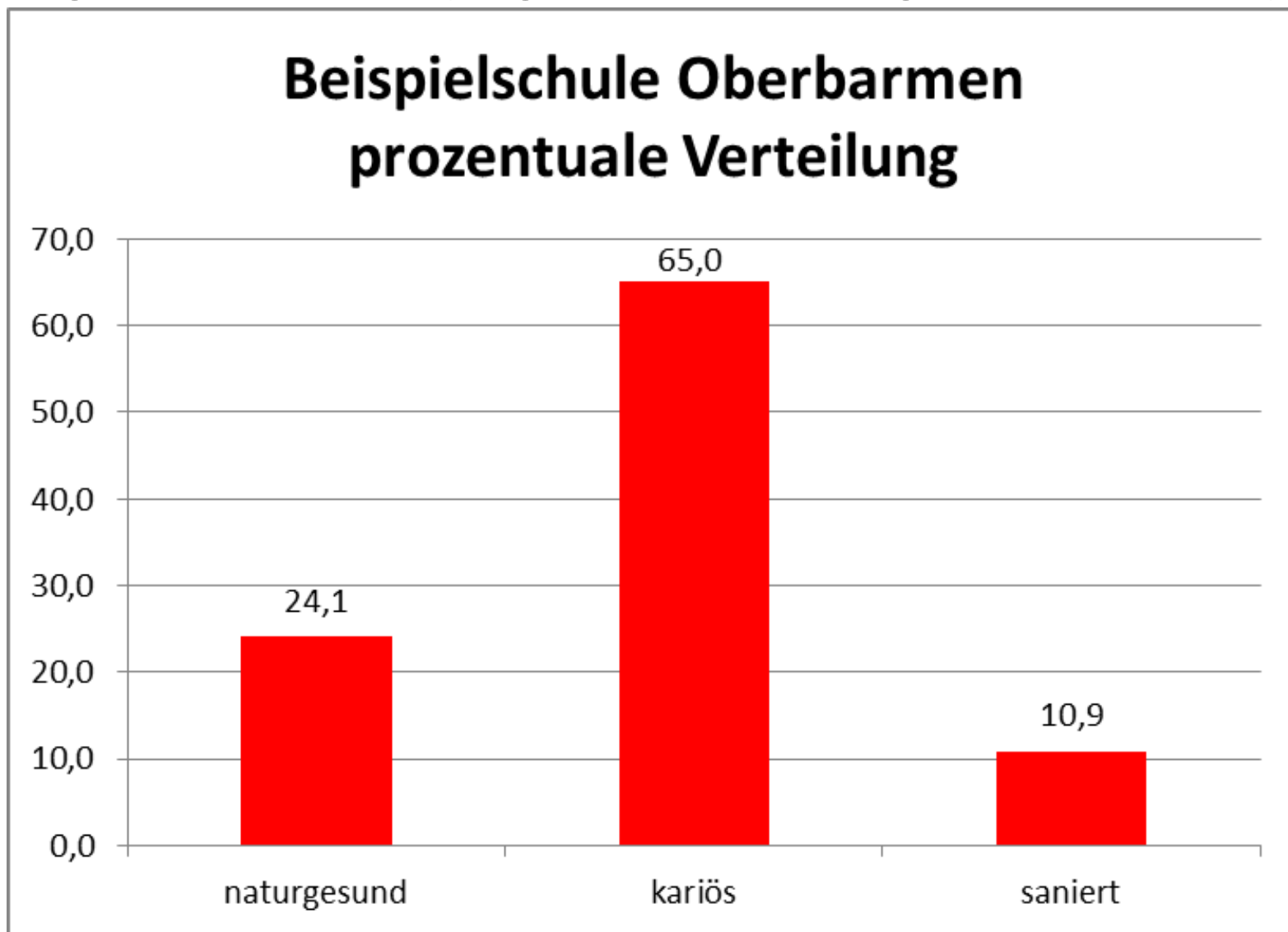


Durchschnittlicher DMFT-Wert in Grundschulen (Vergleich von Einrichtungen in Stadtbezirken)



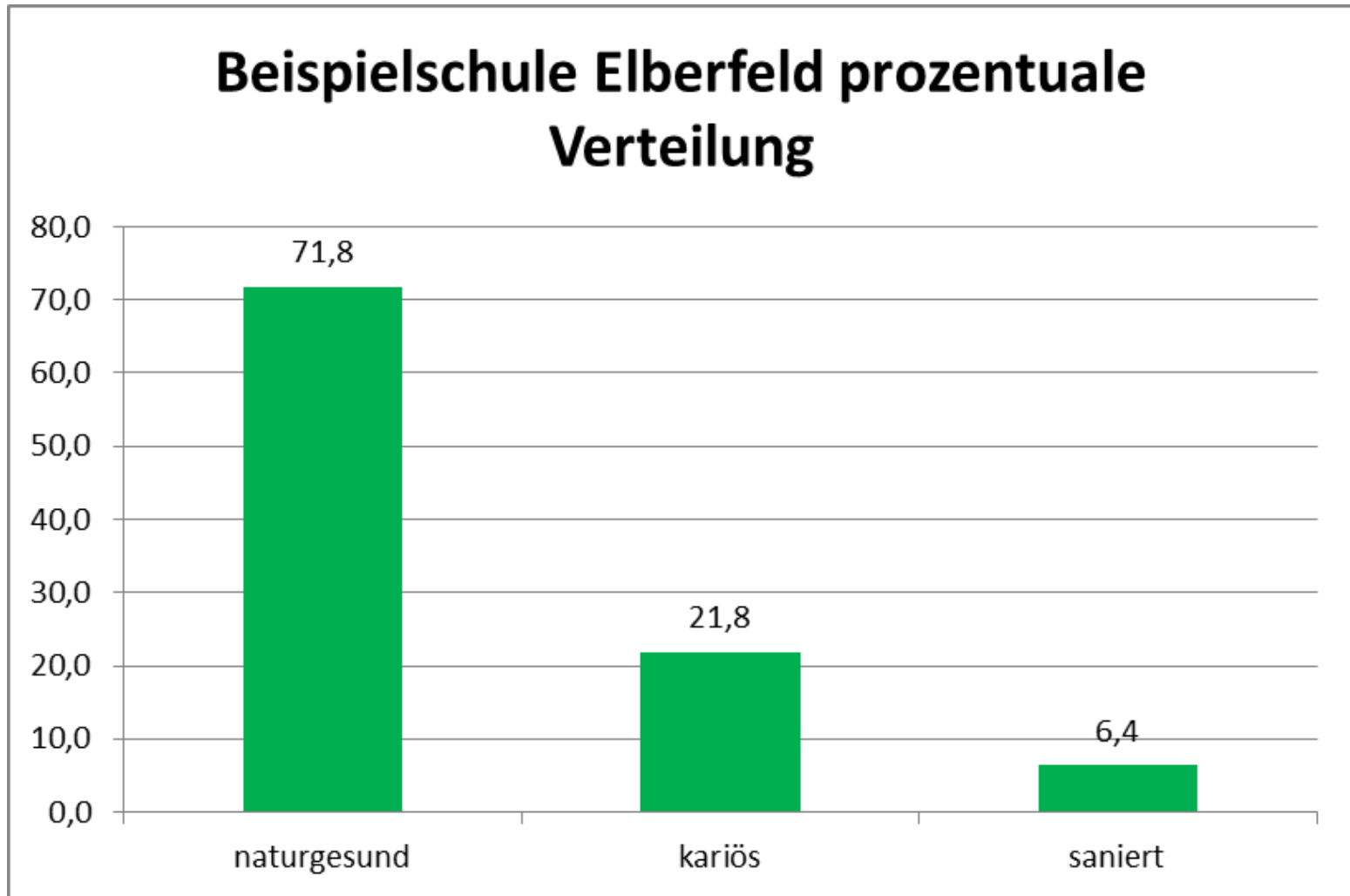


Prozentuale Verteilung von Schülern in Grundschulen mit den aufgeführten Befunden (Vergleich von Einrichtungen in Stadtbezirken)





Prozentuale Verteilung von Schülern in Grundschulen mit den aufgeführten Befunden (Vergleich von Einrichtungen in Stadtbezirken)





Weitere Aspekte zahnärztlicher Untersuchungen

In dieser Betrachtung werden Beratungsempfehlungen hinsichtlich kieferorthopädischer, logopädischer, HNO-ärztlicher Fragestellungen noch gar nicht betrachtet.

Fazit

- **Mundgesundheit ist abhängig vom Ausmaß der sozialen Teilhabe**
- **Zahnärztliche Untersuchungen durch den ÖGD gewährleisten auch für Kinder in sozial benachteiligten Lagen Zugang zu zahnärztlicher Versorgung**
- **Herausforderungen:**
- **Die Anzahl der Behandlungen, die durch die Behandlungsempfehlungen des ÖGD erfolgen, kann durch intensivere Betreuung erhöht werden**
- **Einholung der Einwilligungserklärung für Fluoridierungsmaßnahmen ist u. a. abhängig von der Akzeptanz dieser Maßnahmen im Bereich der Eltern- und Lehrerschaft**



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.**