

Tagungsband 2014/2015

Jetzt sind die Kleinsten da! Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige



Siegburg

4./5. Dezember 2014
21./22. Mai 2015



Dresden

3./4. November 2014
30./31. März 2015

Impressum

Herausgegeben von:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)

Bornheimer Str. 35 a

53111 Bonn

Telefon: 02 28 - 8 54 06 36 - 0

Telefax: 02 28 - 8 54 06 36 - 4

E-mail: info@daj.de

Homepage: www.daj.de

© DAJ 2016



Redaktion:

Nicola Quade, Bettina Berg (V.i.S.d.P.)

Illustrationen Cover:

Lydia Bertzen

Fotos/Bilder/Grafiken:

s. Quellenangaben

ISBN-Nr.: 978-3 926 228 - 28

Die Durchführung der Fortbildungstagungen wurde unterstützt durch die Firma CP GABA.

Tagungsband 2014/2015

Jetzt sind die Kleinsten da! Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige

Dresden, 3./4. November 2014 und 30./31. März 2015

Siegburg, 4./5. Dezember 2014 und 21./22. Mai 2015

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

jetzt sind die Kleinsten da! Und zwar in großer Zahl: Im März 2015 wurden bereits 33 % der unter Dreijährigen in Deutschland zumindest stundenweise in Kindertagesstätten oder öffentlich geförderter Tagespflege betreut, Tendenz stetig steigend. Sie haben, ebenso wie ältere Kinder, einen Anspruch auf Teilnahme an der Gruppenprophylaxe.

Quantitativ löst die Gruppenprophylaxe diesen Anspruch immer besser ein: Etwa 80 % aller Kinder in Kindertagesstätten erreichen wir jedes Jahr mindestens einmal mit unseren Angeboten. Daran hat sich im Vergleich zum Vorjahr nichts geändert, obwohl im letzten Kindergartenjahr rund 40.000 Kita-Plätze in Deutschland neu geschaffen wurden, davon knapp 32.000 Plätze für Kinder unter drei Jahren. Die Gruppenprophylaxe in Deutschland hat diese gesellschaftlich und politisch gewünschte Entwicklung mitgetragen und rund 33.400 Kinder in den Kitas mehr betreuen können als im Vorjahr.

Natürlich ist es unser Anliegen, die mundgesundheitsliche Prävention für die Kleinsten auch qualitativ angemessen, das heißt dem Stand der zahnmedizinischen Prävention und dem jeweils individuellen Entwicklungsstand des Kindes entsprechend, zu gestalten. Bereits im Jahr 2012 wurde daher die „DAJ-Empfehlung Frühkindliche Karies“ verabschiedet. Nun arbeiten wir daran, diese Empfehlung basierend auf dem aktuellen kindheitswissenschaftlichen Forschungsstand interdisziplinär weiterzuentwickeln. Mit den Tagungen 2014/2015 bieten wir einen Einblick in die fachlichen Grundlagen, die in unsere programmatische Weiterentwicklung eingehen werden und freuen uns, dabei auch von der reichhaltigen Praxiserfahrung aller Teilnehmenden profitieren zu dürfen.

Als Aktive der Gruppenprophylaxe unterstützen wir die Einrichtungen dabei, deren pädagogischen Auftrag im Hinblick auf die Gesundheitsförderung umzusetzen. Der Auftrag zur Stärkung gesundheitlicher Potentiale, Kompetenzen und Orientierungen von klein auf ist Bestandteil der Kita-Gesetze aller Bundesländer. Alle Kitas haben den Auftrag, darauf hinzuwirken, dass Kinder unabhängig von ihrer sozialen Herkunft lernen, in gesunder Weise für sich selbst Sorge zu tragen. Hier setzt die Gruppenprophylaxe mit ihren Konzepten an und hat den Kitas viel zu bieten!

Apropos: Das tägliche Zähneputzen in der Kita ist von Anfang an ein wichtiger Baustein – und kein Kürprogramm!

Bettina Berg
DAJ-Geschäftsführerin

Inhaltsverzeichnis

Vorträge

Willkommen in Sachsen!**So läuft es bei uns für die Kleinsten - Teil 1**

Seite 7

Iris Langhans

Willkommen in Sachsen!**So läuft es bei uns für die Kleinsten - Teil 2**

Seite 11

Dr. Ursula Schütte

Willkommen in NRW!**So läuft es bei uns für die Kleinsten**

Seite 14

Dr. Pantelis Petrakakis

**Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Kita und Tagespflege –
pädagogische Umsetzung der DAJ-Empfehlungen**

Seite 20

Prof. Dr. Christina Jasmund

Das orofaziale System im Kontext der kindlichen Gesamtentwicklung

Dr. h.c. Susanne Codoni

Seite 27

**Erziehungspartnerschaften als Chance für die Gruppenprophylaxe:
Eltern und Kita-Personal motivieren**

Jens Hoffsommer

Seite 33

**Bildungspartnerschaften in der Kita U3 entwickeln:
Eltern gewinnen und motivieren**

Bericht 1: Henriette Harms

Seite 37

Bericht 2: Hans-Jürgen Haak

Seite 43

Aus der Praxis für die Praxis:**Die „Kita mit Biss“ – von der Aktion zum Programm**

Dr. Petra Haak, Dr. Gudrun Rojas

Seite 46

**Mundgesundheit von Anfang an systematisch entwickeln:
Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg**

Dr. Gudrun Rojas

Seite 50

Workshops

*Workshop 1a***Altersgerechte und kindorientierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe für die Kleinsten**

Sonja Alberti

Seite 56

*Workshop 1b***Altersgerechte und kindorientierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe für die Kleinsten**

Alexandra Ferranti

Seite 60

*Workshop 2***Alles mit dem Mund! Das orofaziale System und seine Bedeutung in der kindlichen Entwicklung**

Esther Häner, Corinne Borer, Dr. h.c. Susanne Codoni

Seite 65

*Workshop 3***Spannungsfeld Kita?!****Gelungene Kommunikation mit Eltern und Kita-Personal**

Hans-Jürgen Haak

Seite 70

*Workshop 4***Kinder in Krippe und Kita – mit Spaß dabei!****Glanzlichter, Reime und Spiele für die Gruppenprophylaxe**

Sybille van Os-Fingberg

Seite 77

Referentinnen und Referenten

Seite 82

Vorträge

Willkommen in Sachsen! So läuft es bei uns für die Kleinsten – Teil 1

Iris Langhans

Einleitung

Seit 1992 ist die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e. V. zentrale Anlaufstelle für 27 regionale Arbeitskreise Jugendzahnpflege. Sie organisiert und koordiniert die präventiven zahnmedizinischen gruppenprophylaktischen Maßnahmen im Freistaat. Die Maßnahmen werden jährlich in Kindertageseinrichtungen und Schulen von 655 niedergelassenen Zahnarztpraxen, 27 Gesundheitsämtern mit 33 Kinder- und Jugendzahnärzten und acht Zahnärzten der Kinder- und Jugendzahnklinik Dresden durchgeführt.

Die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen durch die Jugendzahnärztlichen Dienste werden in den Kindergärten und Schulen bis zur 7. Klasse flächendeckend durchgeführt. Im Schuljahr 2003/2004 wurden in 29 Landkreisen und kreisfreien Städten 19.509 Kinder im Alter von drei Jahren untersucht. 19 % der untersuchten Kinder (3.706 Kinder) hatten mindestens eine behandlungsbedürftige Karies, lediglich 479 Kinder, das entspricht 2,46 %, waren saniert. 78,55 % der Kinder hatten ein primär gesundes Gebiss. 21,45 % der untersuchten Kinder hatten nach den DAJ-Kriterien bereits ein erhöhtes Kariesrisiko. Diese alarmierenden Untersuchungsergebnisse veranlassten den Vorstand der LAGZ im Jahr 2004, Strategien zur Vermeidung der frühkindlichen Karies zu entwickeln.

Vorgehen

Schnell wurde klar, dass es nur im Zusammenwirken mit Professionen gelingen kann, frühzeitig die Grundsteine für eine gesunde Entwicklung von kleinen Kindern zu legen. Dazu wurden Gespräche mit Kinderärzten, Gynäkologen und Hebammen geführt.

Unter dem Motto „Gesunde Zähne von Anfang an, ein Leben lang“ sind seit dem zahlreiche Programme und Projekte entstanden. Seit 2005 ist das Handlungsfeld Mundgesundheit ein fester Bestandteil des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ der sächsischen Staatsregierung.



Abb. 1: Plakat „Zuckerfrei“

2006 wurde zusammen mit dem Sächsischen Sozialministerium ein Konzept zur Vermeidung der frühkindlichen Karies entwickelt. Mit dem Kinospot „Zuckerfrei!“ waren wir vier Wochen lang in allen sächsischen Kinos präsent. Parallel zur Kinoaktion wurden Plakate mit dem Motiv „Zuckerfrei“ an alle Gynäkologen, Kinderärzte, Zahnärzte und Hebammen mit der Bitte um

Aushang versandt. Finanziert wurden diese Maßnahmen vom Sozialministerium. Im Rahmen einer Fragebogenaktion wurden die Eltern zur frühzeitigen Milchzahnpflege und dem Gebrauch der Nuckelflasche befragt. Diese Aktion wurde evaluiert und weitere Handlungsschritte abgeleitet. Dabei zeigte sich die große Bereitschaft der sächsischen Hebammen, im Rahmen der Nachsorge Botschaften der Zahnärzte zur frühzeitigen Zahnpflege an die Eltern weiterzuleiten.

Eine Kooperationsvereinbarung mit dem sächsischen Hebammenverband wurde 2007 geschlossen. Den Mutterpass schmückt seit dem ein orangefarbener Aufkleber, der die Schwangere frühzeitig auf die eigene zahnmedizinische Vorsorge hinweist (Abb. 2). Unterstützt wird diese Aktion von den Regionalstellen der Kassenärztlichen Vereinigung. Im gelben Kinderuntersuchungsheft finden Eltern Botschaften zur Milchzahnpflege ab dem ersten Zahn und zum Gebrauch der Nuckelflasche in Form eines roten Aufklebers, der von den Hebammen eingeklebt wird.



Abb. 2: Aufkleber für den Mutterpass

Im Jahr 2007 startete das Schulungskonzept „Mit gesunden Zähnen fröhlich lachen“ für Personen in der Kindertagespflege. Die Schulungen werden den Tagespflegekräften regelmäßig angeboten und von den Kinder- und Jugendzahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt. Im Jahr 2008 erhielt die LAGZ Sachsen den Dr. Wahl-Preis der DAJ für ihre Konzepte im Bereich der frühkindlichen Kariesprävention.

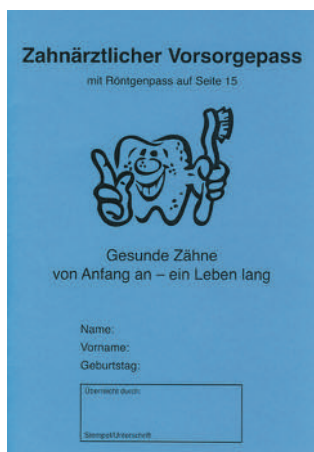


Abb. 3: Zahnärztlicher Vorsorgepass

Der zahnärztliche Vorsorgepass der LAGZ (Abb. 3), der seit 1998 zum Einsatz kommt, wurde überarbeitet. Der Pass enthält wertvolle Tipps zur Zahn- und Kieferentwicklung bis zum 12. Lebensjahr und dokumentiert die Maßnahmen des Haus- und gruppenprophylaktisch tätigen Zahnarztes sowie der Jugendzahnärztlichen Dienste. Besonders zu erwähnen ist dabei, dass der Pass von den Entbindungskliniken bei der LAGZ abgefordert und dem gelben Kinderuntersuchungsheft, welches die Mutter zur Geburt ihres Kindes erhält, beigelegt wird. Das war zum Zeitpunkt der Einführung des Passes im Jahr 2009 bundesweit einmalig. Viele Bundesländer sind diesem Beispiel gefolgt.

Mit der Bekanntmachung der Handlungsempfehlungen der DAJ zur Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige im Jahr 2012 haben wir unsere Bemühungen zur Vermeidung der frühkindlichen Karies weiter intensiviert.

Seit März 2014 erhalten Mütter und Väter im Freistaat Sachsen kurz nach der Geburt ihres Kindes den Flyer „Gesunde Zähne von Anfang an, ein Leben lang!“ (Abb. 4) zusammen mit einer Kinderzahnbürste. Der Flyer informiert in knapper und plakativer Form aus Sicht des Kindes, dass Eltern ihrem Nachwuchs bereits mit Durchbruch des ersten Milchzahnes regelmäßig die Zähne putzen und den Einsatz der Nuckelflasche mit gesüßten Getränken vermeiden sollten. Er motiviert die Eltern, ihr Kind frühzeitig dem Zahnarzt vorzustellen. Entwickelt wurde der Flyer in der Arbeitsgruppe der LAGZ „Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige“ und in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Hebammenverband.

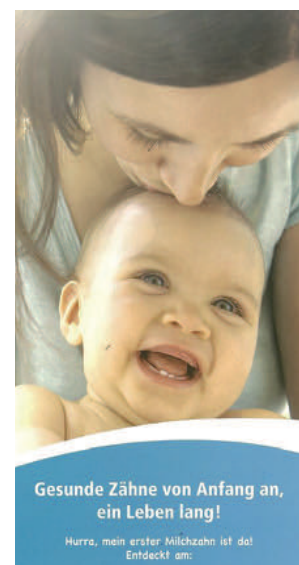


Abb. 4: Flyer „Gesunde Zähne von Anfang an – ein Leben lang!“

Für Kindergärten und Tagespflegepersonen haben wir eine Broschüre „Gesund beginnt im Mund und geht von da aus weiter...“ zum Thema Zähneputzen in der Kita entwickelt, in der praktische Tipps und Anleitungen für einen hygienischen und reibungslosen Ablauf des täglichen Zahnputztrainings gesammelt wurden. Die Broschüre wurde auf dem Kitabildungsserver des Freistaates Sachsen www.kita-bildungsserver.de und auf der LAGZ- Homepage www.lagz-sachsen.de eingestellt.

Im letzten Jahr haben Kindergärten das gemeinsame Zähneputzen leider wieder eingestellt. Um dem entgegen zu wirken, haben auf Initiative der LAGZ Sachsen die beiden Staatsministerinnen für Kultus sowie für Soziales und Verbraucherschutz einen gemeinsamen Brief an alle Leiter von Kindertageseinrichtungen verfasst, in dem die Bedeutung der Zahnpflege in den Einrichtungen noch einmal unterstrichen wurde.

Die LAGZ Sachsen hat eigene Gesundheitsziele bis zum Jahr 2015 verabschiedet. Eines der Ziele ist, dass 90 % der Dreijährigen, naturgesunde Gebisse aufweisen. Dass die eingeleiteten Maßnahmen greifen, zeigen die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen des Schuljahres 2012/2013 (s. Abb. 5). Von 22.105 untersuchten Dreijährigen waren bereits 87,77 % Kinder kariesfrei, 419 Kinder (1,90 %) waren saniert und 2.284 Kinder, 10,33 % waren behandlungsbedürftig. Ein erhöhtes Kariesrisiko nach DAJ-Kriterien hatten noch 12,23 % der untersuchten Kinder.

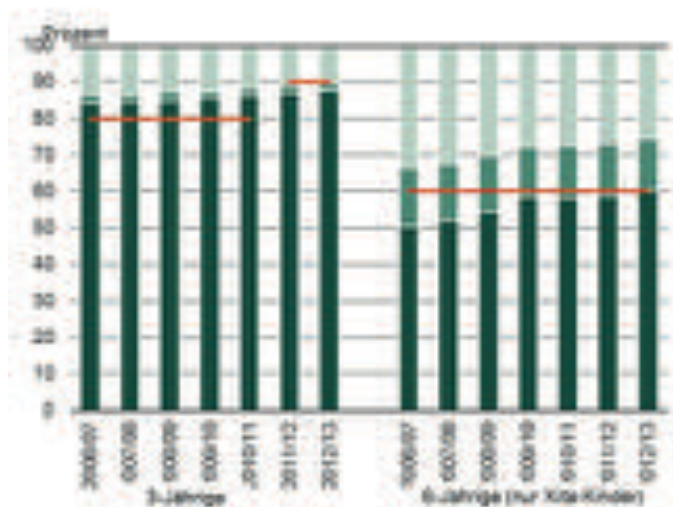


Abb. 5: Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindergartenkindern in Sachsen

Literatur

Leitfaden der LAGZ Sachsen e.V.

Gesundheitsziele der LAGZ Sachsen e.V.

Evaluation einer Kampagne zur Bekämpfung der Nuckelflaschenkaries

B. Bittner¹, S. Frenschkowski², K. Fuchs³, K. L. Resch³



Freistaat Sachsen
Staatsministerium für Soziales

¹ Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnheilkunde des Freistaates Sachsen e.V., Schützenhöhe 11 01099 Dresden, Tel.: 0351 8066330
² Staatsministerium für Soziales, Albertstraße 10 01097 Dresden, Tel.: 0351 5640
³ Deutsches Institut für Gesundheitsforschung GmbH, Lindenstraße 5 08645 Bad Elster, Tel.: 037437 55750



Deutsches Institut für
Gesundheitsforschung
gemeinnützige GmbH

Ziele und Ablauf der Kampagne

Durch die Aufklärungskampagne: »Zuckerfrei! - Prävention und Früherkennung von Nuckelflaschenkaries« sollte 2007 in Sachsen das Wissen um das Problem der sog. Nuckelflaschenkaries und deren Prävention bei den Eltern verbessert werden, da sie die häufigste chronische Erkrankung im Kleinkindalter ist. Bisherige Aufklärungsansätze setzen zu spät an. Die Kampagne wurde im Rahmen des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ durchgeführt und beinhaltete einen Aufklärungspot, der in 65 Kinos in Sachsen gezeigt wurde sowie eine Plakataktion bei Zahnärzten, Kinderärzten, Gynäkologen und Hebammen („Multiplikatoren“). Zudem kleben seitdem Hebammen und Gynäkologen in jeden Mutterpass einen Hinweisaufkleber, der an den Zahnarztbesuch erinnert.

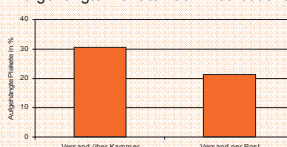
Die Evaluation

Zur Evaluation der Plakataktion wurde eine Stichprobe von Zahnärzten im Rahmen einer telefonischen Umfrage der Landeszahnärztekammer befragt, von den anderen Multiplikatoren jeweils zugängliche Teilgruppen (convenience sample). Zusätzlich wurden Eltern (zu 98% Mütter) während der U6 - Untersuchung über eine Zufallsstichprobe von 100 Kinderärzten schriftlich befragt. Zur Auswertung der Elternfragebögen konnte ein Rücklauf von knapp 33% erreicht. Ziele waren der Durchdringungsgrad der Kampagne und der Wissenstand zur Problematik bei den Eltern.

Ergebnisse der Multiplikatorenbefragung

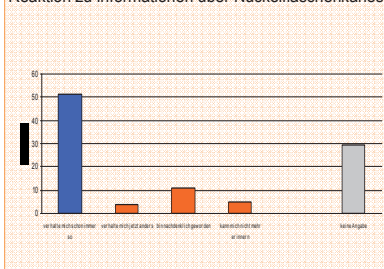
Durch die Wahl geeigneter Distributionswege war sichergestellt, dass alle Praxen mindestens ein Plakat zur Verfügung gestellt bekamen. 72% der befragten Multiplikatoren konnten sich erinnern, ein Plakat bekommen zu haben (62% der Zahnärzte). 26% der Befragten gaben an, die Plakate aufgehängt zu haben (30% der Zahnärzte). Der Versand der Plakate als Beilage des Zahnärzteblattes bzw. des Rundbriefes des Sächsischen Hebammenverbandes hat sich als erfolgreicher erwiesen als der direkte Versand per Post (Diagramm rechts). 93% stufen die Aktion als „sinnvoll“ oder „sinnvoll und wichtig“ ein, 7% hielten sie für überflüssig.

Aufgehängte Plakate nach Distributionsweg

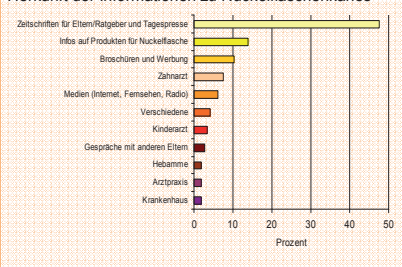


Ergebnisse der Elternbefragung

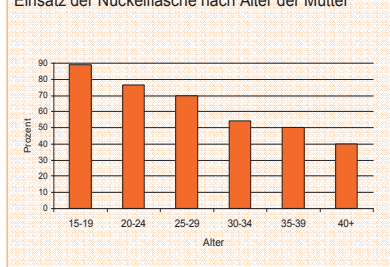
Reaktion zu Informationen über Nuckelflaschenkaries



Herkunft der Informationen zu Nuckelflaschenkaries



Einsatz der Nuckelflasche nach Alter der Mutter

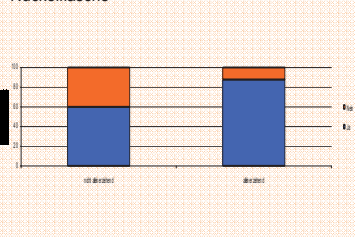


52% der Mütter sind von Informationen zu Nuckelflaschenkaries erreicht worden. Neu waren diese nur für 4%. Die meisten (51,4%) gaben an, sich schon immer so zu verhalten, jede zehnte etwa (11%) gab an, nachdenklich geworden zu sein.

48% der Mütter gaben an, Informationen aus Zeitschriften, Ratgebern und Tagespresse zu erhalten, 7,6% erhalten sie vom Zahnarzt. Hebammen und Krankenhäuser werden dagegen nur von weniger als 2% genannt.

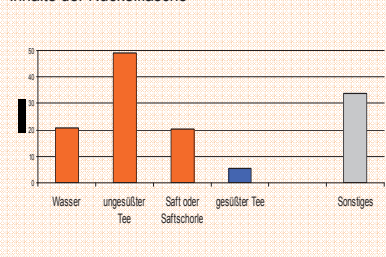
Die Elternbefragung ergab, dass insgesamt 63% die Nuckelflasche geben. Mit steigendem Alter der Mütter nimmt die Gabe der Nuckelflasche jedoch kontinuierlich ab.

Alleinerziehende und der Einsatz der Nuckelflasche



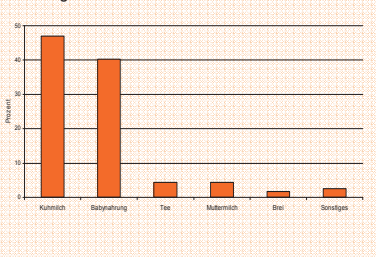
87% der Alleinerziehenden geben ihrem Kind die Nuckelflasche. Von ihnen geben 13% gesüßten Tee in die Flasche, jedoch nur 4,3% der Befragten, die angeben, nicht allein erziehend zu sein.

Inhalte der Nuckelflasche



Die Mütter geben am häufigsten ungesüßten Tee in die Nuckelflasche (49%), 20% bieten Wasser und Saft oder Saftschorle an. Gesüßten Tee gibt es nur bei etwa 5,5%.

Sonstige Inhalte der Nuckelflasche



34% der Mütter machten Angaben zu sonstigen Inhalten der Nuckelflasche. Dabei spielt Kuhmilch die größte Rolle (47%).

Schlussfolgerung

Die Evaluation zeigte, dass von den verschiedenen Distributionsvarianten die über die Kammer die erfolgreichste war. Es bestehen noch deutliche Wissensdefizite bei den Eltern, noch deutlicher sind die Defizite bei der Umsetzung. Vor allem Jüngere und Alleinerziehende sollten in Zukunft noch gezielter und intensiver angesprochen werden. Der Kinderarzt wird zunehmend eine Lotsenfunktion übernehmen, indem er die Mütter möglichst früh an den Zahnarzt verweist. Dieser Ansatz wird in Sachsen weiter verfolgt.

Abb. 6: Evaluation der Kampagne zur Bekämpfung von Nuckelflaschenkaries

Willkommen in Sachsen! So läuft es bei uns für die Kleinsten – Teil 2

Dr. Ursula Schütte

Dresden, die Landeshauptstadt Sachsens, erfreut sich hoher Geburtenzahlen, die in den letzten Jahren häufig an der Spitze der großen ostdeutschen Städte lagen (z. B. Ende 2013: 114 Geburten auf 10.000 Einwohner; Stichtag 01.01.2013). Der daraus erwachsenden Verantwortung ist sich Dresden bewusst: die Stadt nimmt sich ihrer Kinder an, schafft Verhältnisse, in denen Kinder gesund aufwachsen können und möchte ihnen die gleiche Chance auf ein (zahn-)gesundes Leben bieten. Dies hat eine lange Tradition.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stellten eine hohe Kariesinzidenz und die daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen nicht nur in Deutschland ein ernstzunehmendes Problem dar (Groß et al. 2006). Aufgrund von Zahnschmerzen blieben Kinder immer wieder dem Unterricht fern (ebd.). Mangelnde Mundhygiene und deren Auswirkungen waren die Ursache. Dies führte zu grundsätzlichen Überlegungen, um v. a. bedürftigen Kindern zahnärztliche Hilfe zukommen lassen zu können - die Gründungen von Schulzahnkliniken wurden angeregt (ebd.). In Dresden wurde 1906 die erste Schulzahnklinik durch den Unternehmer Karl August Lingner gegründet, für Dresden die Wiege der Schulzahnspflege (s. Pressemitteilung der Landeshauptstadt Dresden von 2006).

Mehr als 100 Jahre später obliegt dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt die Aufgabe, sich um die Dresdner Kinder und ihre (Milch-)Zähne zu kümmern. Betraut mit dieser gesetzlich verankerten Aufgabe ist das Sachgebiet „Kinder- und Jugendzahnklinik“ der Abteilung „Kinder- und Jugendgesundheit“. Ziel der Arbeit der Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) ist es, die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern und orale Erkrankungen zu vermeiden. Dazu gilt es, das Gesundheitsbewusstsein und die persönlichen Ressourcen der Heranwachsenden durch Aufklärung zu stärken, auch unter Einbeziehung der Eltern, Lehrer und Erzieher.

Unter Wahrung des Datenschutzes führen die Mitarbeiter der KJZK die per Gesetz geregelten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durch (i. d. R. bis einschließlich 7. Klasse). Dies ist sowohl im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG; § 11) als auch in der Schulgesundheitspflegeverordnung (§ 5), dem Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG; § 26 a) und dem Gesetz über Kindertageseinrichtungen - SächsKitaG (§ 7) festgeschrieben.

Des Weiteren beteiligt sich die KJZK daran, in enger Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege Sachsen e. V. (LAGZ Sachsen) den § 21 SGB V umzusetzen und ist mit der Durchführung der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe in Kindertageseinrichtungen und Schulen beauftragt. Dabei gilt es den Kindern spielerisch, anschaulich und v. a. altersgerecht Wissen rund um die Zahn- und Mundgesundheit zu vermitteln - von der Aufklärung über zahngesunde Ernährung bis hin zur Beantwortung der Fragen „Wie entsteht Karies? Warum wackelt der Milchzahn? Was muss ich tun, damit meine Zähne ein Leben lang gesund bleiben“, stets flankiert von praktischen Zahnputzübungen.

Bundesweit einzigartig ist es, dass – neben Vorsorgeuntersuchung und Prophylaxe – die KJZK (fach-)zahnärztliche Behandlung von Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen nach dem

Prinzip der freien Arztwahl (alle Kassen und privat) anbietet. In fünf über das Stadtgebiet verteilten zahnärztlichen Praxen können die Familien sich an vier Nachmittagen der Woche in zahnärztliche Behandlung begeben. Das Angebot erfreut sich hoher Akzeptanz und wird seit Jahren sehr gut angenommen. Darüber hinaus beteiligt sich das Sachgebiet an der Gesundheitsberichterstattung und informiert und berät zu Fragen der Mundgesundheit im Rahmen der kontinuierlich anfallenden und wichtigen Öffentlichkeitsarbeit.

Handlungsansätze der Frühkindlichen Karies

Das Gesundheitsamt betreut z. Z. knapp 52.000 Kinder, von denen im Alter zwischen null und sechs Jahren ca. 84 % erreicht werden. Die Zahlen steigen. Die Auswertung der epidemiologischen Daten von Dresden Stadt im Schuljahr 2012 / 13 zeigt eine leichte Zunahme der Karieserfahrung bei den Dreijährigen: bei zehn von 100 Kindern ist mindestens ein Zahn kariös. Auch wenn das sächsische Gesundheitsziel 2015 der LAGZ für diese Altersgruppe damit erreicht ist (90 % der Kinder sind kariesfrei), möchte die KJZK diesem Trend entgegenwirken und hat die Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen mit in den Fokus ihrer Arbeit gerückt. Denn jedes dreijährige Kind mit einer Karies ist eines zu viel!

So arbeiten Mitarbeiter der KJZK in der Arbeitsgruppe „Gruppenprophylaxe für Null- bis Dreijährige“ der LAGZ mit. Das Gesundheitsamt setzt sich für das regelmäßige Zähneputzen in den Kindertageseinrichtungen ein. Die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung hat keine Altersbegrenzung nach unten: Alle, auch die Kleinen, werden mit viel Einfühlungsvermögen und der unerlässlichen Unterstützung der Erzieherinnen an die Untersuchungssituation herangeführt und untersucht.

Um immer wieder den Stellenwert der Mundgesundheit auch schon bei den Kleinsten zu kommunizieren, führt die KJZK interne Fortbildungen / Beratungen durch und stellt sich dabei den Fragen von Fachberatern, Erziehern, Familienhebammen, Tagespflegepersonal oder der Jugendhilfe. Viele Eltern werden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit erreicht: Die KJZK beteiligt sich mit Informationsständen an Messen, wie z. B. der Messe „Baby plus Kids“, ist bei Kindergarten- und Schulfesten dabei und präsentiert sich öffentlich wirksam zum Tag der Zahngesundheit. Darüber hinaus konnte im Rahmen einer kontinuierlich stattfindenden Plakat-Aktion der Stadt Dresden zu immer wechselnden Themen auf die Wichtigkeit der Zahnpflege ab dem ersten Milchzahn im September 2014 hingewiesen werden. Hintergrundinformationen dazu können in einer Pressemitteilung im Dresdner Amtsblatt nachgelesen werden (Ausgabe 37/2014).



Abb. 1: Plakataktion der Stadt Dresden

Milchzahnkaries ist keine Nebensache, sondern beeinträchtigt die Lebensqualität der Kinder und damit auch der Eltern erheblich. Um diesbezüglich die Lebenskompetenz und damit die (Mund-)Gesundheit der Kinder zu fördern, wird in Dresden z. Z. an dem Konzept eines umfassenden Präventionsprogramms gearbeitet. Als Setting ist die „Kindereinrichtung“ avisiert, da dieses Lebensumfeld einen wichtigen Beitrag zur Mundgesundheitserziehung leistet bzw. leisten kann. Die Konzeption sieht als Ansprechpartner alle kommunalen Kindereinrichtungen sowie alle Sorgeberechtigten, die ihre Kinder zur Betreuung in eine kommunale Einrichtung

geben, vor. Das Programm ist nachhaltig angelegt. Einmal als fester Bestandteil verankert, soll es stetig weitergeführt werden, so dass auch die nachfolgenden Generationen davon profitieren.

Um Beratung und Aufklärungsarbeit zu vernetzen, bestehen enge Kooperationen der KJZK u. a. mit der LAGZ Sachsen, der Landes Zahnärztekammer Sachsen, dem Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen der Landeshauptstadt Dresden, der Sächsischen Bildungsagentur und der Universitäts ZahnMedizin (UZM). Die Kooperation mit der UZM ermöglicht Studierenden der Zahnmedizin kurz vor dem Physikum, in der KJZK bei den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zu hospitieren. Neben dem gegenseitigen Lehraustausch haben beide Institutionen erstmalig gemeinsam eine Lehrveranstaltung der besonderen Art durchgeführt. „Wissen mit Biss - Notruf aus der Mundhöhle“, so hieß die Auftaktvorlesung der Kinderuniversität Dresden im Sommersemester 2014. Auch wenn die Kinder im Hörsaal nicht der hier avisierten Altersgruppe angehörten, konnten wichtige Botschaften an die Eltern, die die Vorlesung durch Live-Übertragung in einen angrenzenden Hörsaal mitverfolgen konnten, für die z. T. weitaus jüngeren Geschwisterkinder mitgegeben werden.

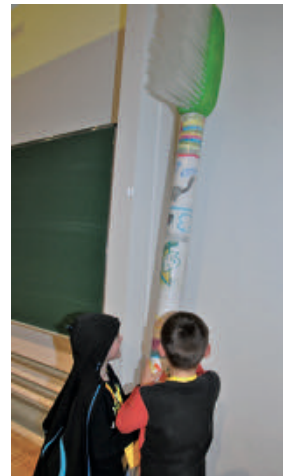


Abb. 2/3: Eindrücke aus der Kinderuniversität Dresden, Quelle: Schütte

Fazit

Es ist festzustellen, dass eine Kooperation aller Professionen, die das gesunde Aufwachsen von klein auf begleiten, sinnvoll und wirksam ist. In den Settings Kita und Tagespflege ist die Einbindung der Eltern und Erzieher unerlässlich, um Bedingungen zu schaffen, die allen Kindern Zugang zu einem mundgesundheitsförderlichen Umfeld ermöglichen. Tägliche Zahnpflege mit fluoridierter Zahncreme in den Einrichtungen muss ein Bestandteil der Konzeption der Kindereinrichtung für Kinder ab dem 2. Lebensjahr sein.

Literatur

Groß, D.; Schupp, S.; Winckelmann, H.-J. (2006): Die Entwicklung der Schul- und Jugendzahnklinik der Stadt Ulm. In: Groß, D. (Hrsg): Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde. Königshausen & Neumann, S. 161.ff.

Pressemitteilung der Landeshauptstadt Dresden vom 19.09.2006. Jugendzahnklinik Dresden - Geschichte und Aufgaben. URL: http://www.dresden.de/de/02/035/010_pressemitteilungen.php; Zugriffsdatum: 16.03.2015.

Pressemitteilung im Dresdner Amtsblatt, Ausgabe 37/2014. URL: http://www.dresden.de/de/rathaus/aktuelles/amtsblatt/03_archiv.php; Zugriffsdatum: 16.03.2015.

Willkommen in NRW! **So läuft es bei uns für die Kleinsten**

Dr. Pantelis Petrakakis

Die Kreisstadt Siegburg ist der Verwaltungssitz des Rhein-Sieg-Kreises und befindet sich in Nordrhein. Nordrhein ist der westliche Landesteil des großen Flächenlandes Nordrhein-Westfalen (NRW). Als Ganzes betrachtet ist NRW das viertgrößte und mit ca. 18 Millionen Einwohnern das bevölkerungsreichste Bundesland der deutschen Republik. Darüber hinaus ist NRW das Bundesland mit der höchsten Wirtschaftsleistung. Wie der aus zwei Teilen bestehende Landesname erahnen lässt, hat NRW eine Sonderstellung inne. Zwar ist das Bundesland in landespolitischer Hinsicht ein einheitlicher Raum, historische, sprachliche und kulturelle Unterschiede legen jedoch einen deutlichen Trennungsstrich zwischen dem Landesteil Nordrhein im Westen und Westfalen-Lippe im Osten.

Historisch betrachtet hat das Zusammenfügen dieser beiden unterschiedlichen Landesteile dazu geführt, dass noch heute in bestimmten Bereichen voneinander unabhängige, landeseigene Strukturen weiterhin existieren. So gibt es beispielsweise zwei getrennte Landschaftsverbände in NRW. Landschaftsverbände nehmen in ihrer Funktion als höhere Kommunalverbände im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung eigenständige regionale Aufgaben unter anderem im Bereich Jugend, Soziales und Integration sowie Schule und Kultur wahr.

NRW hat auch zwei getrennte Ärzte- und Zahnärztekammern, sowie zwei verschiedene Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Jugendzahnpflege, was in Deutschland einmalig ist. Und nicht zuletzt gibt es in NRW zwei Landesstellen des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG). Mit Blick auf den Vortragstitel ist es daher nur möglich, stellvertretend für die Kolleginnen und Kollegen des nordrheinischen Landesteils über die Bemühungen für das „Wohl der Kleinsten“ zu berichten und nicht über die Maßnahmen der Kolleginnen und Kollegen im Landesteil Westfalen-Lippe. Das ist insofern beachtenswert, da die Gruppenprophylaxe in beiden Landesteilen ebenfalls unterschiedlich organisiert ist. Im östlichen Landesteil ist sie zentral, kommunal übergreifend und einheitlich organisiert. In Nordrhein herrscht hingegen ein gewisser „Pluralismus“ vor. Ein übergeordnetes LAG-Konzept zur Betreuung von Kindern unter drei Jahren besteht in Nordrhein nicht, in Westfalen-Lippe schon.

Auch wenn es kein strukturiertes und übergreifendes Konzept geben sollte, werden auch in Nordrhein die „Kleinsten“ in den Kindertagesstätten (Kita) selbstverständlich gruppenprophylaktisch betreut. Diese besondere Gruppe stellt die Gruppenprophylaxe grundsätzlich vor neue Aufgaben und Herausforderungen. Bevor beispielhaft auf einige „good practice“-Konzepte zur spezifischen zahnärztlich-gruppenprophylaktischen Betreuung der „Kleinsten“ in Nordrhein eingegangen wird, ist es daher von Interesse, auf die Besonderheiten bei der Betreuung dieser Gruppe Kinder kurz und erläuternd einzugehen.

Wer sind die „Kleinsten“?

In der Fachpresse und auch in der einschlägigen wissenschaftlichen Fachliteratur wird häufig von der „Milchzahnkaries als häufigster chronischer Krankheit im Kindesalter“ oder von „einer epidemieartigen Verbreitung der Frühkindlichen Karies“ im Milchgebiss berichtet. Auffallend ist dabei, dass mal von Vorschulkindern, mal von Kindergartenkindern oder von „Unter Dreijährigen“ gesprochen wird. Anhand der Berichterstattung zeigt sich ein grundlegendes Problem.

Eine definierte, bzw. standardisierte altersmäßige Eingrenzung der betroffenen Gruppe ist offensichtlich nicht gegeben.

Für eine Risikobestimmung und eine möglichst wirksame und früh ansetzende Vermeidung von Kariesläsionen ist aber der Transport eindeutiger präventiver Botschaften an Multiplikatoren und Bezugspersonen der Kinder notwendig. Für eine altersgerechte und zielgerichtete mundgesundheitsbezogene Prävention ist somit eine eindeutige Eingrenzung der Zielgruppe zwingend erforderlich.

Die Zielgruppendefinition scheint im Fall unserer „Kleinsten“ derzeit bestenfalls daher nur eingeschränkt möglich zu sein. Bedingt durch die zwar rasch, aber nicht für alle Kinder gleichermaßen voranschreitenden Veränderungen innerhalb der ersten Lebensjahre scheint unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten eine Einteilung in Altersphasen nicht empfehlenswert zu sein (Lohaus & Vierhaus 2013). Offensichtlich ist die kindliche Entwicklung nicht zwingend an das Alter gebunden, was es nicht unbedingt einfacher macht, eine valide und allgemeingültige Einteilung, bzw. Eingrenzung kindlicher Entwicklungsphasen – ohne Berücksichtigung des Dentitionsalters – zu definieren.

Frühkindliche Karies – Erfassung und Dokumentation

Was die Eingrenzung, bzw. die Begriffsbestimmung der Frühkindlichen Karies angeht, gestaltet sich dies ebenfalls nicht einfach. In der englischsprachigen Literatur werden heute noch u. a. Begriffe wie „Nursing Bottle Syndrome“ (NBS), „Nursing Caries“ (NC) oder „Baby Bottle Tooth Decay“ (BBTD) verwendet, die das gleiche Krankheitsbild beschreiben, obwohl auf Betreiben der American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) der Begriff „Early Childhood Caries“ (ECC) für die Bezeichnung der Frühkindlichen Karies – oder was wir darunter verstehen – empfohlen wird (De Grauwe et al. 2004; Drury et al. 1999). In Deutschland wird der Begriff ECC mittlerweile ebenfalls verwendet. Aber auch die Bezeichnung „Nuckelflaschenkaries“ (NFK) ist noch immer sehr populär.

Als eine der gebräuchlichsten Definitionen der ECC gilt die der American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). In ihrem Positionspapier wird sie als eine Erkrankung der dentalen Hartgewebe bei Kindern ab der Geburt bis einschließlich des sechsten Lebensjahres (0 bis < 6 Jahre, bzw. 0 - 71 Lebensmonate) bezeichnet (American Academy of Pediatric Dentistry 2014). Als besonders schwere Verlaufsform der ECC wird die S-ECC (Severe Early Childhood Caries) angegeben. Diese liegt nach Ansicht der Fachgesellschaft u.a. dann vor, wenn bei Kindern unter drei Jahren Anzeichen einer Glattflächenläsion anzutreffen sind. Es fällt auf, dass die Einordnung der Kariesverlaufsform in dieser Einteilung an bestimmte Altersspannen geknüpft ist (Abb. 1).

Befund	Alter	Merkmal
ECC	< 6 Jahre	dmf-s > 1 (einschließlich d1, d2-Läsionen)
S-ECC	< 3 Jahre	Karieserfahrung Glattfläche > 1
S-ECC	3-5 Jahre 3 Jahre	Karieserfahrung Glattfläche an Oberkieferfrontzähnen dmf-s ≥ 4

Abb. 1: Konsentierung des Begriffs „Early Childhood Caries“ (ECC) (vormals Nursing Bottle Caries, 1978) sowie Einteilung der ECC nach Drury, 1999 und AAPD, 2014

Befund	Alter	Merkmal
ECC Typ I	2-5 Jahre	Isolierte kariöse Läsionen an Molaren und/oder Schneidezähnen im Milchgebiss
ECC Typ II	Keine Altersangabe	Labio-linguale Glattflächenkaries im Oberkiefer
ECC Typ III	Üblicherweise im Alter von 3-5 Jahren	Kariöse Läsionen an allen Zähnen einschließlich der Unterkiefer-Schneidezähne im Milchgebiss

Abb. 2: ECC-Einteilung nach Wyne (1999)

Der ebenfalls sehr gebräuchliche Index zur Erfassung einer ECC nach Wyne geht im Vergleich zur Definition der AAPD von einer dreistufigen ECC-Klassifikation (ECC nach Wyne I-III) aus, die sich weniger nach dem Alter der Kinder, sondern eher nach den drei Parametern Schweregrad der Krankheit / der Anzahl betroffener Zähne / der Karieslokalisation ausrichtet (Wyne 1999) (Abb. 2). Beide o. g. Beispiele stehen exemplarisch dafür, dass es derzeit weltweit noch immer keinen einheitlichen Index für die Erfassung der ECC gibt. Dies erschwert nicht nur die Einschätzung der „wahren Krankheitslast“ der Kinder unter drei, bzw. der Kinder im Vorschulalter, sondern macht eine verlässliche Vergleichbarkeit von Ergebnissen unterschiedlicher Veröffentlichungen miteinander geradezu unmöglich (Ismail und Sohn 1999).

Konzepte zur Kariesprävention

Das aktuelle Konzept der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung e. V. (KZBV) „Frühkindliche Karies vermeiden“ aus dem Jahr 2014 stützt sich auf eine ganze Reihe epidemiologischer Querschnittsuntersuchungen zur Verbreitung der ECC in Deutschland. Bei genauer Betrachtung wird das oben beschriebene Dilemma deutlich, denn den präsentierten Studien zur Kariesprävalenz im Milchgebiss liegt weder ein einheitlicher Index zur Erfassung der ECC zugrunde noch wurden Kinder der gleichen Altersgruppe untersucht. Dessen ungeachtet soll die epidemiologische Datenlage auf dringliche Zahngesundheitsprobleme aufmerksam machen und die Notwendigkeit von spezifischen Präventionsprogrammen für die Kariesvermeidung im Milchgebiss verdeutlichen.

Ob das Ziel der BZÄK, besonders bedürftigen Kindern bis zum maximalen Alter von zweieinhalb Jahren durch Überweisungen von Pädiatern und Praxisbesuche sowie die Verwendung eines zahnärztlichen Untersuchungsheftes zu mehr zahnmedizinischer Prävention und (zahn-)gesundheitlicher Chancengleichheit zu verhelfen, erreicht werden kann, sei dahingestellt. Die Ergebnisse einer ganzen Reihe Studien lassen eher die Vermutung zu, dass für besonders betroffene Kinder aus prekären sozialen Verhältnissen – und deren Eltern – die Schwelle, eine Zahnarztpraxis zu betreten, sehr hoch ist (Flores & Lin 2013; Kamtsiuris et al. 2007; Mouradian et al. 2000; Schenk & Knopf 2007). Somit zeigen sich schon hier im Konzept der BZÄK erste Hürden, die einen hohen Erreichungsgrad der besonders betroffenen Kindergruppe eher unwahrscheinlich erscheinen lassen. Hier können die aufsuchende Betreuung und die Gruppenprophylaxe sehr viel mehr leisten.

Dass dies über das Setting Kindertagesstätte stattfinden soll und kann, zeigt das Konzeptpapier der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege aus dem Jahr 2012 (DAJ 2012). Es gibt wertvolle Tipps für Elternarbeit und für die Schulung von Multiplikatoren. Allerdings zeigen aktuelle Untersuchungen der Technischen Universität Bochum, dass auch in der Kita die besonders betroffenen Kinder nicht unbedingt erreicht werden können.

Gerademal 35 % der in den alten Bundesländern befragten Eltern wünschen sich für ihre unter Dreijährigen Kinder einen Kita-Platz. In den neuen Bundesländern sind es deutlich mehr Eltern, die für ihre Kinder einen Kita-Platz wünschen, was die Erreichbarkeit der Kinder über das Setting Kita deutlich erleichtert. Insbesondere die Parameter „Erwerbslosigkeit“ und „Migrationshintergrund“ bewirken, dass der Wunsch nach einer Kita-Betreuung nicht besonders ausgeprägt ist (Fuchs-Rechlin et al. 2014). Sie zeigen eindrücklich, dass diese Gruppe nur mit einem erhöhten Aufwand erreicht werden kann und wie wichtig es ist, andere „Kanäle“ für die Erhöhung des Erreichungsgrades der problematischen Fälle zu nutzen. Dies zeigt sich insbesondere beim kollegialen Austausch zu dieser Thematik. Spricht man im Kollegenkreis die Betreuung der unter Dreijährigen an, so hört man sehr häufig, dass eine spezifische Betreuung dieser Kinder sehr notwendig sei, der Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen sowohl in den Zahnärztlichen Diensten als auch in den lokalen Arbeitskreisen für Zahngesundheit diese jedoch nicht ermöglicht. Möglichkeiten, sich intensiv mit der Gruppe der unter Dreijährigen zu beschäftigen, ergeben sich immer erst dann, wenn Stellenanteile frei werden.

Parallelen zum so genannten „Pareto- oder 80:20-Prinzip“, das aus dem Bereich der Wirtschaftswissenschaften stammt, treten dabei hervor. Auf die Gruppenprophylaxe bezogen besagt dieses Prinzip, welches im Übrigen bis heute noch nicht wissenschaftlich bewiesen worden ist, dass rund 80 % der Kinder in Kita und Schule erreicht werden können. Um die restlichen 20 % zu erreichen, die aufgrund der eingeschränkten Zugänglichkeit durch das Netz der Prävention fallen, müssen deutlich mehr Ressourcen eingesetzt werden. Fraglich ist, ob die Gruppenprophylaxe das in ihrer augenblicklichen Struktur zu leisten in der Lage ist.

Beispiele aus Nordrhein

Dennoch bestehen Bemühungen, die bereits erwähnten „alternativen Kanäle“, bzw. Strukturen jenseits der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis und der settingbezogenen Gruppenprophylaxe zu nutzen. Anhand einiger Beispiele, die bei weitem nicht als einzige Präventionskonzepte zur Betreuung von Kleinkindern in Nordrhein zu betrachten sind, soll im Folgenden exemplarisch auf verschiedene Zugangswege und Strukturen eingegangen werden.

Besonders hervorzuheben ist zunächst, dass in Nordrhein-Westfalen auf Landesebene 18 von 26 Kommunen Teil des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ sind. Das gemeinsame Ziel ist eine bessere Vernetzung aller für das Kindeswohl relevanten Akteure. Prävention wird als eine Querschnittsaufgabe verstanden und betrifft alle Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen. Ob Hebamme, Lehrer oder Fußballtrainer – jede Kommune besitzt ihre eigene Präventionskette. Die Landeshauptstadt Düsseldorf ist beispielsweise eine dieser Modellkommunen. Betroffene Eltern können sich mit ihren Fragen oder Sorgen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer so genannten „Clearingstelle“ wenden.

Die Clearingstelle ist ein zentrales städtisches Angebot und eine eigenständige Organisationseinheit, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Ärzte, Sozialarbeiter und Kinderkrankenschwestern) vom Gesundheitsamt und vom Jugendamt entsandt sind.

Ziele des Beratungsangebots sind:

1. Die Förderung von elterlichen Ressourcen, Kompetenz und Gesundheitsbewusstsein.
2. Die Einschätzung ob die zukünftige Entwicklung eines Kindes besonders gefährdet ist.
3. Die gemeinsame Abstimmung des geeigneten Vorgehens.

Bei Verdacht auf das Vorliegen relevanter sozialer und / oder medizinischer Risiken wird als Mindestziel ein Besuchskontakt mit Mutter / Eltern angestrebt. Im Ergebnis dieses Kontaktes wird gemeinsam mit der Mutter bzw. den Eltern über eine Fortsetzung der Hausbesuche beraten und entschieden.

Der präventive Anspruch des Programms setzt voraus, dass Störungen und Probleme in der frühen Eltern-Kind-Beziehung rechtzeitig erkannt und bearbeitet werden. Hier sollen im Präventionsprogramm für die Eltern besondere Angebote bereitgestellt werden, die geeignet sind, die Qualität der Eltern-Kind-Bindung zu fördern, Unsicherheiten und Sorgen der Eltern aufzufangen und das Risiko der Entwicklung von unsicheren Bindungsbeziehungen zu minimieren. Das Programm beinhaltet auch Hausbesuche zur zahnärztlichen Beratung, die in Kooperation mit dem Arbeitskreis Zahngesundheit (AKZ) erfolgen. Bislang konnten auf diese Weise im Zeitraum von Juni 2005 bis Dezember 2010 mehr als 650 Kinder von betroffenen Familien erfolgreich prophylaktisch betreut werden.

Auch die linksrheinisch gelegene Stadt Dormagen (Rhein-Kreis Neuss) ist Modellkommune. Ein Netzwerk aus Gynäkologen, Hebammen, Zahnärzteschaft, Gesundheitsamt, dem AKZ und Jugendamt beteiligt sich am Konzept „Gemeinsam gegen Karies“, für das Wohl und die Zahngesundheit von Kindern während der Schwangerschaft bis zum Alter von drei Jahren. Zahlreiche Sponsoren haben sich bei der Umsetzung des Konzepts beteiligt. Unter anderem unterstützen Dental-Firmen wie Oral B und Miradent das Konzept mit Begrüßungspäckchen. Die kommunalen Präventionsketten werden in der Stadt Dormagen durch die Kooperation von Gynäkologen, Kinderärzten, Hebammen, dem Jugendamt / Sozialdiensten, Zahnärzten, dem Gesundheitsamt sowie last but not least dem AKZ gebildet.

Ein besonderes Augenmerk liegt auch in Dormagen auf dem Kindeswohl, bzw. dem Kinderschutz. Der Kinderschutz ist ebenfalls ein zentrales Element des Konzepts zur Betreuung unter Dreijähriger außerhalb des Settings KiTa über die Vernetzung mit den Strukturen der Frühen Hilfen des Rhein-Erft-Kreises. Auf diese Weise lassen sich, neben der fachspezifischen Beratung zu mundgesundheitsbezogenen Themen, auch erste Anzeichen einer potenziellen Kindeswohlgefährdung erkennen (Bradbury-Jones et al. 2013).

Unterstützend wirkt eine aktive Beteiligung des Zahnärztlichen Dienstes in einem trägerübergreifenden Netzwerk mit dem Ziel der Verbesserung der Kindergesundheit durch die Entwicklung verbindlicher Gesundheitsziele und Qualitätsstandards für alle Kitas in der Stadt Bergheim. Eine gesunde Ernährung und qualifizierte Bewegungsförderung stehen demzufolge auf der Agenda der Bergheimer-Kitas ganz oben und werden mittlerweile nach einem einheitlichen und für alle Fachkräfte verbindlichen Konzept sichergestellt.

Fazit

- Es gibt eine konzeptuelle Umsetzung des Landesprogramms NRW auf kommunaler Ebene, die Maßnahmen und Strukturen zur mundgesundheitsbezogenen Prävention in frühen Kindheitsphasen beinhaltet.
- Neben den Modellkommunen existieren weitere kommunale Projekte / Konzepte mit ähnlichen Inhalten ohne Anbindung an das Landeskonzept.

- Ein übergreifendes und einheitliches LAG-Konzept gibt es bislang noch nicht.
- Der Zugriff auf sichere und verlässliche Daten zur Prävalenz und Inzidenz der Frühkindlichen Karies ist in Deutschland noch nicht möglich.
- Ein einheitlicher Index für die Erfassung der Frühkindlichen Karies wird deutschlandweit derzeit nicht angewendet.
- Die verlässlichsten Daten zur Mundgesundheit unter Dreijähriger erhalten wir aus der eigenen Kommune, sofern eine einheitliche und kontinuierliche Erfassung unter qualitätsgesicherten Voraussetzungen erfolgt.
- Eine enge Vernetzung der Zahnärztlichen Dienste mit allen relevanten kommunalen Akteuren und insbesondere mit den Arbeitskreisen für Zahngesundheit ist ungemein wichtig, um alle Kräfte für die Betreuung und das (zahn-) gesundheitliche Wohlergehen der vulnerablen Gruppe der Kleinsten sinnvoll zu bündeln.

Literatur

American Academy of Pediatric Dentistry (2014): Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies.

Bradbury-Jones, C.; Innes, N.; Evans, D.; Ballantyne, F.; Taylor, J. (2013): Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. BMC Public Health, 13:370.

De Grauwe, A.; Aps, J.K.; Martens, L.C. (2004): Early Childhood Caries (ECC): what's in a name? Eur J Paediatr Dent, 5:62-70.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege e. V. (DAJ) (2012): Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige. Bonn.

Drury, T.F.; Horowitz, A.M.; Ismail, A.I.; Maertens, M.P.; Rozier, R.G.; Selwitz, R.H. (1999): Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. J Public Health Dent (1999) 59:192-197.

Flores, G.; Lin, H. (2013): Trends in racial/ethnic disparities in medical and oral health, access to care, and use of services in US children: has anything changed over the years? Int J Equity Health (2013) 12:10.

Fuchs-Rechlin, K.; Kaufhold, G.; Thuilot, M.; Webs, T. (2014): Kommunale Bedarfserhebungen. Der regionalspezifische Betreuungsbedarf U3 und seine Bedingungsfaktoren. Kapitel 8: Der Einfluss des Betreuungsgeldes auf die Betreuungsentscheidung von Eltern. Technische Universität Dortmund.

Ismail, A.I.; Sohn, W. (1999): A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. J Public Health Dent, 59:171-191.

Kamtsiuris, P.; Bergmann, E.; Rattay, P.; Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50:836-850.

Lohaus, A.; Vierhaus, M. (2013): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. Springer Medizin, Berlin Heidelberg, ISBN: 13 978-3-642-34434-3.

Mouradian, W.E.; Wehr, E.; Crall, J.J. (2000): Disparities in children's oral health and access to dental care, JAMA, 284:2625-2631.

Schenk, L.; Knopf, H. (2007): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50:653-658.

Wyne, A.H. (1999): Early childhood caries: nomenclature and case definition. Community Dent Oral Epidemiol, 27:313-315.

Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Kita und Tagespflege – pädagogische Umsetzung der DAJ-Empfehlungen

Prof. Dr. Christina Jasmund

1. Entwicklungstheoretische Paradigmen der frühen Kindheit

Zu den grundlegenden Paradigmen der frühen Kindheit gehören die Bedeutung von Bedürfnissen, Emotionen und Entwicklungsaufgaben. Sie beeinflussen die kindliche Entwicklung, das Verhalten und die Möglichkeiten der individuellen (Bildungs-)Förderung und sind damit auch entscheidende Einflussfaktoren auf die kindliche Gesundheit.

1.1. Bedürfnisse

Bedürfnisse sind psychische und physische Mangelzustände, deren Entstehungsgeschichte diese immer individuell ausprägt. Sie rufen Gefühle hervor, motivieren zum Handeln und bedürfen einer individuellen Befriedigung. In der frühen Kindheit sind die Bedürfnisse nach Bindung, emotionaler Sicherheit und Geborgenheit, nach Orientierung und Kontrolle, nach Zugehörigkeit und Kommunikation sowie das Autonomiestreben und die Entwicklung einer eigenen Identität besonders bedeutsame Kategorien, und ihre Befriedigung gilt als Voraussetzung für gesundes Aufwachsen (Maslow 1985; Brazelton/Greenspan 2002; Grawe 2004).

- Das **Bedürfnis nach Bindung, Geborgenheit und emotionaler Sicherheit** als angeborenes Verhaltenssystem aktiviert das Kind, eine enge emotionale Beziehung zur Mutter aufzubauen und unter emotionalem Stress in objektiv oder subjektiv bedrohlichen Situationen (Trennung, Schmerz, Müdigkeit, Angst etc.) zu bindungssuchendem Verhalten wie Schreien, Festklammern, Zur-Mutter-Krabbeln, Suchen der Bezugsperson. Sie ist die „sichere Basis“, zu ihr braucht das Kind Körper-, Sicht-, und/oder Hörkontakt, um sein Sicherheitsbedürfnis zu regulieren und seinen emotionalen Stress abbauen zu können (Bowlby 1958, Ainsworth 1969).
- Das **Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle** motiviert das Kind zu einer aktiven Umweltauseinandersetzung (Explorationsverhalten), um seine Welt kennenzulernen. Es befriedigt dieses Bedürfnis durch körperliche Aktivität und Neugierverhalten und sammelt so Erfahrungen aus erster Hand. Sinnliche „leibhaftige“ Erfahrungen werden als kognitive Strukturen gespeichert und bilden erste implizite Wissensbestände. Das Kind ist aktiver Entdecker/Forscher zur Selbst- und Weltkenntnis, zu ersten Vorstellungen von sich, anderen Personen und seiner materialen und räumlichen Umwelt (Grawe 2004). Natürliche Rhythmen (z. B. Helligkeit/Dunkelheit, Temperaturwechsel zwischen Tag und Nacht, Geräusche der Umgebung, Wechsel der Jahreszeiten) und Rhythmen der sozialen Impulsgeber wie der Herkunftsfamilie (z. B. bei Pflege, Versorgung, Betreuung und Mahlzeiten, Tag- und Nachtrhythmus, Übermittagsgestaltung, Einschlafritual, räumliche Schlafsituation) helfen bei der Orientierung und Bedürfnisregulation.
- Das **Bedürfnis nach Kommunikation und Zugehörigkeit** befriedigen Kinder durch aktive Interaktionsgestaltung ab dem Zeitpunkt der Geburt. Kinder verstehen und imitieren Körpersprache - mimische und Lautsignale - lange bevor sie Worte verstehen und sprechen lernen. Durch ihre Orientierung an Vorbildern lernen sie an sozialen Modellen (Bandura 1976) mittels Triangulation und Imitation, wie sie mit sich, mit anderen

Menschen und Dingen interagieren können. Das Kind wiederholt entdeckte Phänomene und prüft diese permanent, um Kenntnis über das eigene Tun zu erhalten (Selbstwirksamkeit). Sein noch unreifes Langzeitgedächtnis zwingt das Kind zu häufigen notwendigen Wiederholungen für seine Gewissheit, dass etwas immer so ist (wenn-dann).

- Das **Bedürfnis nach Autonomiestreben und Identitätsentwicklung** führt einerseits zur Imitation von (geschlechtsspezifischem) Rollenverhalten. Andererseits auch zu eigenen Willensbekundungen/Abgrenzungen/Selbstständigkeitsbestrebungen („alleine machen!“), oft als Trotzphase charakterisiert. Das sich entwickelnde ICH will sich verorten, sich seiner Zugehörigkeit sicher sein und die Reaktion seiner Bezugspersonen kennenlernen. Dies kollidiert häufig mit dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstschutz und kann für alle Beteiligten zu anstrengenden Situationen führen. Über dieses Bedürfnissystem versichert sich das Kind permanent seiner sozialen Zugehörigkeit und seiner Stellung in der jeweiligen sozialen (Kinder- und/oder Familien-) Gruppe. Es strebt nach Wahrnehmung, Anerkennung, sozialer Wertschätzung und Sicherheit.

1.2. Emotionen

Emotionen sind bedeutsame Einflussfaktoren für Lernen und Verhalten. Das menschliche Streben nach Lustgewinn durch Freude, Überraschung, Stolz sichert dem Individuum positive Aha-Erlebnisse, die durch körpereigene hormonelle Systeme (Gamma-aminobutyric acid, Serotonin, Oxytoxin etc.) als Belohnung erlebt werden und für das Streben nach Wiederholung und Kreativität sorgen und zu „Mehr desselben“ motivieren. Konträr dazu sucht das Individuum nach Unlustvermeidung durch Angst. Diese sorgt für Flucht- oder Kampfverhalten und blockiert hormonell (Kortisol, Adrenalin, Noradrenalin u. a.) neuronale Verbindungen, die aktuell nicht überlebensnotwendig sind. Damit werden kreative Anwendungen, Assoziationen und Lösungsstrategien verhindert. Individuelle Temperamentsunterschiede (Extroversion bzw. Introversion) beeinflussen das Verhalten und bewerten (insbesondere neue) Situationen unterschiedlich. Jeder Reiz wird durch die individuelle emotionale Erregung bewertet und durch eine körperliche Reaktion entsprechend beantwortet. Reiz/Situation, Verhalten und Emotionen werden zusammen in kognitiven Strukturen gespeichert und beeinflussen späteres Verhalten. Angst gilt als persistierende negative Ankervariable (Berk 2011).

1.3. Entwicklungsaufgaben

Entwicklungsaufgaben stellen Diskontinuitäten im Lebensverlauf eines Menschen dar und sind immer mit Chancen und Risiken verbunden. Sie stellen sich in einer bestimmten Lebensperiode (biologisch, gesellschaftlich, individuell) und ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, Versagen macht unglücklich, stößt auf Ablehnung durch die Gesellschaft und führt aufgrund der verinnerlichten Lernerfahrung zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben. In der frühen Kindheit müssen die Kinder lernen, ein Urvertrauen zu ihren Bezugspersonen sowie eigene autonome Initiativen zu entwickeln, und diese umzusetzen. Misslingen diese Aufgaben, können die Kinder Ur-Misstrauen, Scham, (Selbst-)Zweifel und Schuldgefühle entwickeln, die sich ungünstig auf ihre weitere Entwicklung auswirken können (Havighurst 1976, Erikson 1973).

Eine bedeutsame Entwicklungsaufgabe stellt für kleine Kinder die Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung dar. Sie ist verbunden mit:

- ➔ der zeitweisen Trennung von seiner wichtigsten Bezugsperson (i. d. R. der Mutter) und dem schrittweisen Aufbau einer neuen Bindung zu einer (Bezugs-) Erzieherin;
- ➔ einer Veränderung seiner bisher als sicher erlebten Bedürfnisbefriedigung und dem Erlernen (neuer) Selbstregulationsstrategien (z. B. Nuckel, Kuscheltiere als Übergangsobjekte) (Winnicott 1969);
- ➔ der Eingewöhnung in unbekannte räumliche und zeitliche Umgebungsstrukturen und Abläufe (z. B. Pflegesituationen, Mahlzeiten, Mittagsschlaf etc.);
- ➔ der Kontaktaufnahme zu anderen Kindern (z. B. mit anderen spielen, sich vergleichen, abstimmen, gemeinsam etwas tun);
- ➔ dem positiven Erleben von Gemeinschaft und dem Aufbau eines Zugehörigkeitsbewusstseins zur Gruppe („Ich bin ein Sonnenkind!“).

2. Sozialisation und Gesundheitsförderung von Kindern

Kindergesundheit und ihre Förderung unterliegen neben genetischen und epigenetischen Einflüssen auch den Bedingungen der individuellen Sozialisation. Die sozialen Einflüsse auf die Entwicklung kindlicher Gesundheit unterscheiden sich nach Bronfenbrenner (1993) im Grad ihrer Einflussnahme auf das Individuum. Ausgehend von der Herkunftsfamilie, der Kita und der Nachbarschaft beeinflussen auch außerhalb der individuellen Sphäre liegende Systeme die individuelle Sozialisation, z. B. Arbeitsstätte der Eltern, das jeweilige Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem. Diese sind eingebettet in einen übergreifenden gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen, z. B. Gesetze, Traditionen, Religion, etc.

2.1. Schichtspezifik der Kindergesundheit in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland korreliert Kindergesundheit sehr eng mit dem sozio-ökonomischen Status der Eltern (KIGGS; Butterwegge et al. 2008; BMFFSJ 2009; BMAS 2013; BMFSFJ 2013). Besonderes Risikopotential besteht bei armen Kinder aus bildungsfernen Schichten. Die Vulnerabilität erhöht sich mit jedem weiteren Einflussfaktor, wie: Alleinerziehend, Mehrkindfamilien, einfacher/doppelter Migrationshintergrund (KIGGS; BMFFSJ 2009; BMAS 2013; BMFSFJ 2013; Butterwegge 2008). Diese Kinder:

- haben häufiger pränatale Schädigungen (Alkohol, Nikotin etc.),
- sind seltener bei den Gesundheitsuntersuchungen,
- haben einen schlechteren Impfstatus,
- sind schlechter ernährt und haben vermehrt Übergewicht,
- haben eine schlechter entwickelte Motorik und Sprache,
- kennen seltener (regelmäßige) Zahnpflege und haben häufiger Karies.

Neben der Gesundheit beeinflusst der sozio-ökonomische Status der Herkunftsfamilie und deren kultureller Habitus entscheidend die Bildungskarriere von Kindern: ihre Schullaufbahn, Peer-Kontakte und ihr Mobbingrisiko, ihre Chancen einer Berufsausbildung, der Berufskarriere und späteren Partnerschaft (Bourdieu 1987). Besonders diese Kinder, und das betrifft 18-25 % aller Kinder in Deutschland, brauchen soziale Unterstützungsleistungen, auch in Form alternativer Vorbilder für gesunde Ernährung und Verhalten.

2.2. Chancen und Grenzen der Institution Kita

Tageseinrichtungen für Kinder sind Institutionen der Sozialgesetzgebung, verankert im SGB VIII, und haben einen staatliche Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag, der im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) im § 1 Abs. 1 festgelegt ist: "Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit". Weitere Regelungen der Tagesbetreuung unterliegen dem jeweiligen Länderrecht der Bundesländer. Dort sind z. B. in NRW im Kinderbildungsgesetz (KiBiz) im § 10 Abs. 2: Gesundheitsförderung und in Abs. 3: Die Zusammenarbeit zur jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung gesetzlich verankert. Alle Bundesländer haben ihre Bildungs- und Erziehungsziele in einem Bildungs- oder Orientierungsplan definiert. Deren unterschiedliche rechtliche Verankerung reicht von einer gesetzlichen Vorgabe bis zur empfehlenden Handreichung.

Für die Gesundheitsförderung von Kindern bedeutet das gesetzliche Bildungs- und Erziehungsziel zur Eigenverantwortung:

- Kenntnisse und Haltungsentwicklung zum Umgang mit der eigenen Körperlichkeit
- Kenntnisse und Fertigkeiten der Selbstversorgung und Hygiene
- Kompetenzen zur Regulation körperlicher Bedürfnisse

...und zur Gemeinschaftsfähigkeit:

- den kulturellen Normen entsprechender Umgang mit dem eigenen Körper (Hygieneverhalten, Selbstregulation)
- Achtung vor der Unversehrtheit anderer Körper
- Motivation zur Gesunderhaltung des eigenen Körpers

Des Weiteren ist im KJHG im § 8a das Wächteramt des Staates bei Kindeswohlgefährdung verankert. Für die Zahngesundheit ist hier eine Sensibilisierung zu empfehlen. 2 % der kleinen Kinder in Deutschland entwickeln 50 % der Kariesinfektionen dieser Alterskohorte. Erheblich kariöse Kinderzähne können ein Indikator für Vernachlässigung sein. Eine Nichtbehandlung eines stark kariösen Kindergebisses nach (mehrfacher) Beratung der Eltern kann ggf. als Kindeswohlgefährdung auszulegen sein. Hier sind sorgfältige Abwägung/Beratung durch die verantwortliche Kinderschutzfachkraft und ggf. Unterstützung durch das Jugendamt anzuraten.

2.3. (Zahn-)Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

Kinder lernen durch Vorbilder über Imitation und soziales Feedback, als verstärkende bzw. abschwächende Rückmeldungen. Mehrere Lernorte ermöglichen unterschiedliche (Lern-) Erfahrungen und heterogene Verhaltensvorbilder. Übereinstimmende Erfahrungen und Vorbilder bestätigen gegenseitig die Lernerfolge, festigen Lernen und Verhalten. Alternierende Erfahrungen und Vorbilder machen neugierig und ermöglichen Identifikation oder Abgrenzung und bieten alternative Verhaltensoptionen in diversen sozialen Settings. Gesundheitsbildung und -förderung in Kindertageseinrichtungen als Settingansatz unterstützt die Chancengleichheit von Kindern, indem sie gesundheitsförderliche Handlungskompetenzen bei Kindern herausbildet, entwickelt und unterstützt. Handlungskompetenzen beinhalten Wissen/Kenntnisse, Fertigkeiten und soziale Kompetenzen.

Als Lernwege zur Gesundheitsförderung bieten sich an:

Lernen am Modell:

- Bezugspersonen als Verhaltensmodelle sind die Schlüsselfiguren;
- zuerst: Eltern, ältere Geschwister, Großeltern;
- später: Erzieherinnen, Peers, Trainer, Lehrerinnen.

Lernen durch Übung, tägliche Wiederholung, Ritualisierung:

- betrifft alle motorischen Fertigkeiten der Selbsthygiene und -versorgung (z. B. An- und Ausziehen, Zähneputzen, Toilettengang, Schleife binden, Reißverschlüsse schließen etc.);
- damit verbundene Anstrengung muss sich lohnen!

Lernen durch Verstärkung:

- Bezugspersonen kommunizieren, demonstrieren und werten gezeigtes Verhalten;
- social referencing/Feedback entscheidet über Verstärkung/Vermeidung von gezeigtem Verhalten.

Pädagogische Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen als Bezugspersonen der Kinder und ihrer Eltern sind als Vorbilder die Schlüsselfiguren für richtiges gesundheitsförderndes Verhalten und den Aufbau von gesundheitsförderlicher Handlungskompetenz bei Kindern. Erzieherinnen müssen jeden Tag ganz selbstverständlich gemeinsam mit den Kindern auch ihre Zähne putzen und dabei berücksichtigen:

- Rituale bieten Orientierung und Strukturen der Verlässlichkeit;
- Neugier ermöglicht forschendes und spielerisches Erkunden;
- Kinder persönlich loben und bestätigen bei dem, was sie richtig tun;
- Kinder mit sozial schwierigen Lebenssituationen dabei besonders fördern.

3. Zehn Konsequenzen für die Gruppenprophylaxe in Kitas mit kleinen Kindern

1. **Fremde Personen sind kein safe place!** Positive Erlebnisse (Events) generieren, an die die Kinder sich erinnern können und wollen. Angstsituationen unbedingt vermeiden, dazu sollte die Körpersprache der Kinder beachtet werden. Kinder müssen ihre Bezugsperson spüren, sehen und hören, z. B. sollten die Kinder nicht ohne sie in den Waschraum gehen.
2. **Fremde Personen sind keine Modelle!** Eltern, Erzieherinnen, ältere Kinder als Verhaltensmodelle (z. B. im Waschraum) nutzen. Sie sollten immer dabei sein und selbst mitmachen.
3. **Eigenaktive Erkundung fördern und „Aha-Momente“ ermöglichen.** Kindliche Neugier ansprechen (hantieren mit Material), jedes Kind muss mitmachen dürfen, selbst entdecken und ausprobieren können. Besonders benachteiligte Kinder berücksichtigen (ausreichende Zahnbürsten etc., auch für die Erwachsenen).

4. **Kinder unter drei Jahren sind Egoisten!** Mit kleinen Gruppen arbeiten (2 bis max. 4 Kinder). Für kleine Kinder ist die individuelle Ansprache notwendig, kleine Kinder reagieren (oft noch) nicht auf die Ansprache „alle Kinder“ und lassen sich leicht ablenken.
5. **Aufmerksamkeitsfähigkeit berücksichtigen!** Die Aufmerksamkeitsspanne kleiner Kinder liegt bei 5 -15 Minuten! Eigenes Tun unterstützt längere Konzentrationsfähigkeit, neue Reize lenken schnell ab.
6. **Aufmerksamkeitsfokussierung auf eine Aktion!** Singen und putzen gleichzeitig ist zu viel. Kleine Kinder müssen alle Kommunikationssignale einholen und die redende Person anschauen. Dann gleichzeitig selbst etwas tun, geht nicht.
7. **Kognitives Verständnis berücksichtigen.** Lange Erklärungen und Wissensvermittlung vermeiden. Warum die Kinder etwas tun sollen, ist ihnen völlig egal. Verhalten ist spannend, wenn ihre Modelle es tun, dann wollen sie es imitieren.
8. **Körperliche Entwicklung berücksichtigen.** Mund- und Feinmotorik, Koordination, Kraftdosierung, Lateralität beginnen sich erst auszubilden. Für Kinder unter drei Jahren ist das Ritual wichtig! Technikübungen als motorische Fertigkeit und Koordinationsübungen überfordern; der Schluckreiz ist z. T. noch nicht integriert.
9. **Angemessen kommunizieren!** Ruhig und mit freundlicher Mimik mit kleinen Kindern sprechen. Der Reizpunkt des Kindes hilft bei der Kontaktaufnahme, dafür dem Blick des Kindes folgen. Das „Sprachbad“ (nicht das „was“ ist wichtig, sondern „wie“ es gesagt wird) und die ruhige sprachliche Untermalung kündigen immer die folgenden Handlungen an. Körperkontakt, möglichst von der Bezugsperson, beruhigt. Wiederholt das Kind loben!
10. **In der Zahnarztpraxis sind kleine Kinder auf das ruhige begleitende Verhalten ihrer Bezugsperson (Eltern) angewiesen.** Sie sind Modelle und safe place in der neuen (beängstigenden) Situation. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, die man mit logischen Argumenten überzeugen kann. Kinder brauchen Lob und Bestätigung bei dem, was sie richtig tun.

4. Zahnpflege zu Hause unterstützen: Mit Eltern gemeinsam Kinderzähne pflegen

Was ihre Eltern tun, ist für kleine Kinder immer gut und richtig. Eltern sind als bedeutsame Vorbilder, also notwendige Helfer! Gemeinsames Tun motiviert! Wenn Kinder sehen, wie Eltern und Geschwister Zähne putzen, wollen sie dies selbst auch mitmachen. Nicht die Technik ist wichtig, sondern das Ritual. Nicht reden und verbessern, sondern lernen durch Nachmachen. Loben macht Kinder und Eltern stolz und verstärkt ihre Mitarbeit.

Empfehlungen für junge Eltern:

- ➔ Nutzen Sie die Eingewöhnungsphase in den Kitas zur Demonstration!
- ➔ Nutzen Sie Elternabende zur Information!
- ➔ Nutzen Sie elterliches Vorbild zur Motivation!
- ➔ Nutzen Sie die Zahnprophylaxe als Weg der Inklusion!
- ➔ Nutzen Sie mit „Aha-Momenten“ die Lust auf positive Emotion!

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (2011): „Muster von Bindungsverhalten, die vom Kind in der Interaktion mit seiner Mutter gezeigt werden (1964)“. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 102–111.
- Aktionsrat Bildung (2012): „Bedeutung der Qualifikationen des Fachpersonals – Zielvorstellungen und Forschungsstand“. In: Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V. (Hg.): Professionalisierung in der Frühpädagogik. München: Waxmann, S. 19–32.
- Bandura, A. (1976): Lernen am Modell. Stuttgart, Klett Verlag.
- Bergmann, K. E. u. a. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Bundesgesundheitsforschung - Bundesgesundheitschutz 50 (5/6), S. 670-676.
- Berk, L. E. (2011): Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. München: Pearson Studium.
- BMAS (2013): Lebenslagen in Deutschland. Vierter Armuts- und Reichtumsbericht.
- BMFSFJ (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.
- BMFSFJ (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht.
- Bourdieu, P. (1994): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 7. [Dr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft; 658).
- Bowlby, J. (1973): Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler.
- Brazelton, T.B. / Greenspan, S.I. (2002): „Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein“. Weinheim und Basel: Beltz.
- Bronfenbrenner, U. (1993): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart, Klett.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin.
- Butterwegge, Ch./Klunt, M./Belke-Zeng, M. (2008): Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. 2. Aufl. Wiesbaden.
- Dragano, N. u. a. (2010): Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S. 11- 50.
- Erikson, E. H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft; 16).
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Lampert, Th. (2008): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Deutsches Ärzteblatt International 105, S. 265-271.
- Lampert, Th. u. a. (2009): Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter, M. u. a. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, zweite aktualisierte Auflage, S. 309-334.
- Lampert, Th. (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Pädiatrie up2date 6 (2): 119 - 142.
- Maslow, A.H. (1985): Psychologie des Seins. Ein Entwurf. Frankfurt/Main: Fischer.
- Montada, L. (2002): Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz, PVU, S. 3-53.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Schlaud, M. u. a. (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Bundesgesundheitsforschung - Bundesgesundheitschutz 50, Heft 5/6: 701-710.
- Schneider, S. u. a. (2008): Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. In: Public Health 122(11), S. 1210-1216.
- Winnicott, D. (1969): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. Eine Studie über den ersten, nicht zum Selbst gehörenden Besitz, zuerst als Vortrag 1951, dann engl. 1953; dt. in: Psyche Nr. 23.

Das orofaziale System im Kontext der kindlichen Gesamtentwicklung

Der nachfolgende Beitrag erschien in Ausgabe 3.2014 der Fachzeitschrift *PHYSIOACTIVE*. Er wurde in Zusammenarbeit mit der Autorin leicht überarbeitet und aktualisiert und vom Verlag dankenswerterweise zum Abruck freigegeben.

Dr. h.c. Susanne Codoni

Die Logopädin Susanne Codoni hat den interdisziplinären Master-Studiengang «Cranio Facial Kinetic Science» an der Universität Basel mit aufgebaut. Sie beschreibt vom logopädischen Blickwinkel aus die komplexen funktionellen Zusammenhänge, in denen das orofaziale System steht und die einen multidisziplinären Ansatz begründen.

Das Spezifische am orofazialen Bereich besteht darin, dass beschränkte strukturelle Einheiten eine sehr große Anzahl von unterschiedlichen Funktionen übernehmen. Dadurch ist die Komplexität sehr hoch (Abb.1 und 2). Die Form und die Funktion bedingen sich gegenseitig, Weichgewebe bewegt Hartgewebe und umgekehrt, wie zum Beispiel die Interaktionen von Zungen-Lippen-Funktionen, Zahnstellungen und Sprechstörungen. Das Erscheinungsbild von orofazialen Störungen ist äußerst breit gefächert (Codoni 2009).

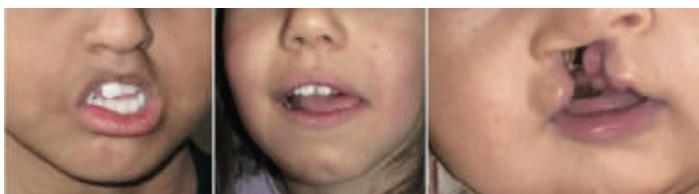


Abb. 1: Vielfältige Erscheinungsbilder orofazialer Störungen, Codoni ©

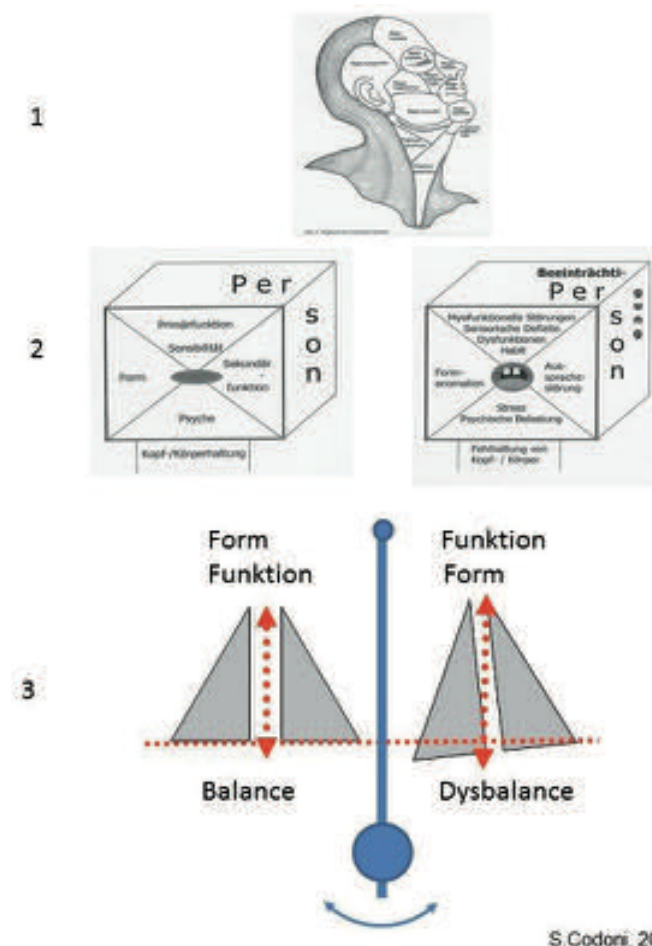


Abb. 2: Komplexes Gleich- und Ungleichgewicht im orofazialen System, Codoni in Anlehnung an Gronefeldt und Schumacher 2014 ©

Sprechstörungen und instabiles Gangbild

Sprechstörungen in Verbindung mit orofazialen Dysfunktionen sind in logopädischen Fachkreisen ein allgemein bekanntes Erscheinungsbild und im Kindesalter sehr verbreitet. Sie können sich unter anderem in Form von Lispeln, Näseln, einer undeutlichen Aussprache, einer offenen Mundhaltung mit hypotoner, zwischen den Zähnen sichtbarer Zunge, Habits wie ausgeprägtem Lutschen am Finger oder unphysiologischen oralen Schluckmustern äußern. Betroffene Kinder haben Schwierigkeiten mit der korrekten Lautbildung und -koordination sowie der Stimmgebung – sie sind häufig heiser und räuspern sich oft. Eine generalisierte Hypotonie¹ des Rumpfes beeinträchtigt beispielsweise die korrekte Bildung der Zischlaute. Das Erscheinungsbild ist geprägt durch ein vorderfußbetontes und instabiles Gangbild. Eine unphysiologische Körperhaltung und fehlerhaftes allgemeines Bewegungsverhalten können die mimischen, nahrungsbezogenen und artikulatorischen Leistungen des Mundbereichs reduzieren, es zeigen sich multikausale Wechselwirkungen.

Gesichtsfehlbildung, Zahnprobleme, zerebrale Paresen²

Gesichtsfehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten können nebst Dysmorphien³ auch Abweichungen in der Zahnstellung und der mimischen Muskulatur mit sich bringen. Bei orofazialen Dysfunktionen sind auch Artikulation und Stimmklang (offenes Näseln) betroffen, was unter anderem auf eine Insuffizienz der Gaumensegelmuskulatur hinweist. Im Erwachsenenalter werden funktionelle Defizite im orofazialen System oftmals nach Zahnbehandlungen, prothetischer Versorgung, nach Unfällen oder Erkrankungen beobachtet, vielfach in Verbindung mit weiteren körperlichen Beschwerden wie Verspannung im Bereich Kopf, Nacken, Brust- und Lendenwirbelsäule.

Bei Menschen mit zerebraler Parese sind nebst neurologischen auch funktionelle Anteile (hier vor allem offene Mundhaltung und Hypersalivation bei schmalem hohem «gotischem» Gaumen und Sprechdyspraxien⁴) zu beobachten. Letzteren wird vielfach geringe Beachtung beigemessen, mit Konsequenzen auf das therapeutische Ergebnis.

Der Kieferorthopäde kann Symptome einer allgemeinen Haltungsschwäche im orthopädischen Sinne auch am offen stehenden Mund des Kindes erkennen. Dieser belastet die Gebissentwicklung und fördert Infekte durch eine mangelnde Nasenatmung. Probleme der Atemwege, bedingt durch hyperplastische⁵ Tonsillen oder Adenoide, können zu Schlafstörungen und auch zu Sprech- und/oder Stimmstörungen führen. Solche fehlerhaft ablaufenden Funktionen sind nicht immer nur die Folge, sondern können auch die Ursache von Zahnfehlstellungen sein.

So betont Grabowski, Professorin für Kieferorthopädie an der Universität Rostock, die Wechselwirkungen zwischen dem orofazialen Bereich und dem gesamten Körper:

„Zahnfehlstellungen sind häufig das sichtbare Bild vielschichtiger Funktionsstörungen. Viele Erkrankungen nehmen vom Mund aus ihren Ursprung (...). Zwischen Zahnstellung, Kieferentwicklung, Gesamtkörperspannung, Mundschluss und Zungenfunktion herrschen vielfältige Wechselbeziehungen und ein störanfälliges Gleichgewicht“ (Grabowski et al. 2007).

¹ Anm. d. Red.: Muskelschwäche im Rumpfbereich

² Anm. d. Red.: Bewegungsstörungen, deren Ursache in einer frühkindlichen Hirnschädigung liegen

³ Anm. d. Red.: in diesem Kontext Fehlbildungen des Gesichtes

⁴ Anm. d. Red.: Störung sprechmotorischer Programmierung

⁵ Anm. d. Red.: vergrößerte

Dysfunktionen im Mundbereich und hypotone Körperhaltung

Dysfunktionen des Mundbereichs sind zudem häufig mit einer hypotonen Körperhaltung und einem unelastischen, schwerfälligen Gangbild gekoppelt. Der sprachliche Ausdruck, das korrekte Bilden eines Lautes mit seinen Lautverbindungen, die Lautkoordination und die Sprechfertigkeit in der Spontansprache eines Menschen hängen einerseits von seinen sprechmotorischen Leistungen ab, andererseits auch von einer angemessenen Körperspannung und einer darauf aufbauenden optimalen Statik.

Steht, sitzt oder geht ein Kind mit konstant geöffnetem Mund, so translatiert der Kopf beispielsweise nach ventral, die Halswirbelsäule befindet sich in einer Hyperextensionsstellung, der Unterkiefer fällt nach caudal, die Zunge liegt basal im Mundboden und belastet das Kiefergelenk. Bei einer Hypotonie im Rumpf zeigt sich eine Flexionsstellung der Wirbelsäule mit ventro-lateraler Neigung des Kopfes und weiteren Auffälligkeiten wie oben beschrieben. Steht der Patient in dieser Körperhaltung, fällt der Körperabschnitt Becken nach dorsal. Der Atemrhythmus verändert sich, es kommt zu Hochatmung und schnappender Einatmung, die zum Sprechen benutzt wird. Das kann die Aussprache, die Stimme und den Redefluss negativ beeinflussen. Die Fehlhaltung der Halswirbelsäule und des Kopfes beeinträchtigen die visuelle Wahrnehmung und die Verarbeitung.

Eine myofunktionelle Störung im orofazialen System kann zu weiteren physiologischen Dysbalancen bis hin zu einer kompletten Körperinstabilität führen. Oft baut sich die Dysfunktion entlang der myofaszialen Ketten von den Füßen über eine diskrete Schiefstellung des Beckens mit abweichender Längsachse bis hin zu den Schultern und in die Halswirbelsäule hinein auf, mit der Konsequenz, dass Brustkorb oder zervikale Wirbel blockieren.

Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie ...

„Eine Zunge ist kein Bein, schlägt aber manchem den Rücken ein.“

(Karl Simrock)

Bedingt durch die hohe Komplexität ist das Augenmerk auf die Interaktionen im gesamten Körper zu richten. Myofasziale Ketten und das straffe, ungeformte Bindegewebe der Faszien – von Fuß bis Kopf und umgekehrt – spielen eine wesentliche Rolle im Verständnis der funktionellen Abläufe im orofazialen System. Der Mensch ist ein vernetztes System, „das aus Kompressions- und Zugspannungs- (Traktions-) Elementen besteht“, wie Thomas Myers, Autor des Buches „Anatomy Trains“, schreibt (Myers 2010).

Die Zungenfehlfunktion (in diesem Kontext zu verstehen als eine Störung der Primärfunktion der Zunge) ist prädestiniert zu interdisziplinärer Diagnostik und Therapie. Im Fokus der Zusammenhänge auf ganzkörperlicher Ebene steht der betroffene Mensch im Spannungsfeld zwischen Zahnheilkunde, Pädiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO), Kieferorthopädie, Kieferchirurgie, Logopädie, Orthopädie, myofunktioneller Therapie und Physiotherapie (Abb. 3).

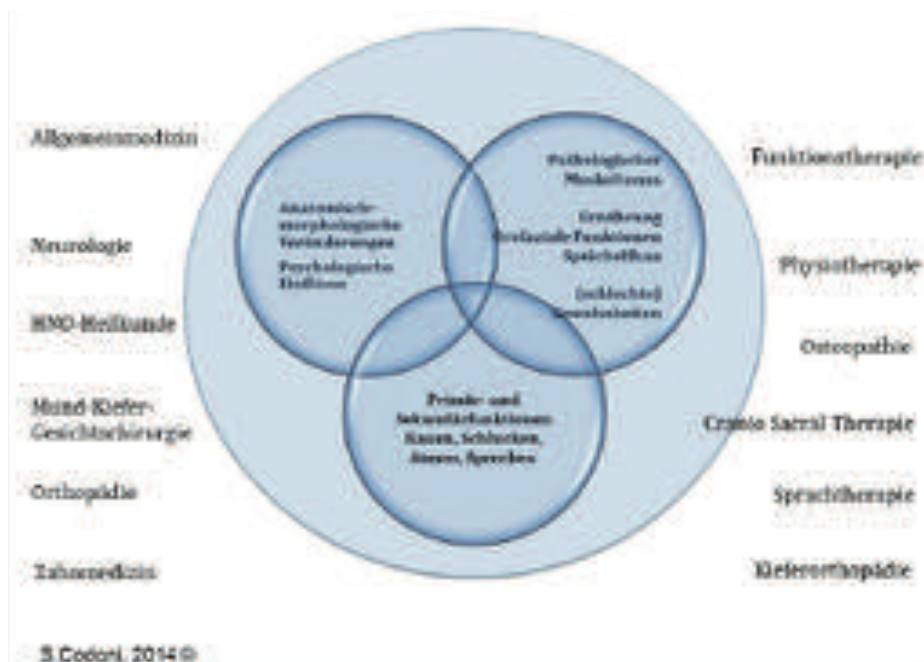


Abb. 3: Orofaziale Funktionen und interdisziplinäre Beteiligung, Codoni 2014 ©

... erfordern eine interdisziplinäre Weiterbildung

Ein Fachgebiet isoliert kann diese komplexen Störungen selten mit einem befriedigenden Ergebnis für alle Beteiligten lösen. Zum Wohl der Patienten ist die intensive Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen gefragt. Das setzt voraus, dass die beteiligten Fachdisziplinen ihr Blickfeld erweitern und fächerübergreifend denken. Dies führt zukunftsgerichtet zu gemeinsamer interdisziplinärer Weiterbildung. Hartmut Böhme, Professor für Kulturtheorie, und die Zahnärztin Beate Slominski betonen: „... erst die Interdisziplinarität, die über die bloße wechselseitige Kenntnissnahme der beteiligten Fächer hinausgeht, macht das komplexe Organensemble des Mundraumes begreiflich, das orofaziale System, das neben dem Mund auch den Nasenraum einschließt“ (Böhme & Slominski 2013).

Die Grundlagen der „Funktionellen Bewegungslehre (FBL)“ mit der Analyse der Funktion nach Klein-Vogelbach, die den ganzen Körper umfassende Abhängigkeit von Form und Funktion, in Fachbüchern von verschiedenen Autoren dargestellt, spielen eine wesentliche Rolle in der Diagnostik: die interdisziplinäre Beurteilung von Form und Funktion im Zusammenspiel von Kopf und Körper als Synthese von Haltung und Bewegung unter Einbezug des orofazialen Systems. Henry Harlan Bloomer (1959), ein HNO-Arzt, zeigte bereits 1959 die fächerübergreifenden Zusammenhänge in seiner Formel auf:

Normal structure + normal movement = normal speech

Abnormal structures + maladaptive movements = defective speech

Normal structures + maladaptive movements = defective speech

Abnormal structures + adaptive movements = normal compensated speech

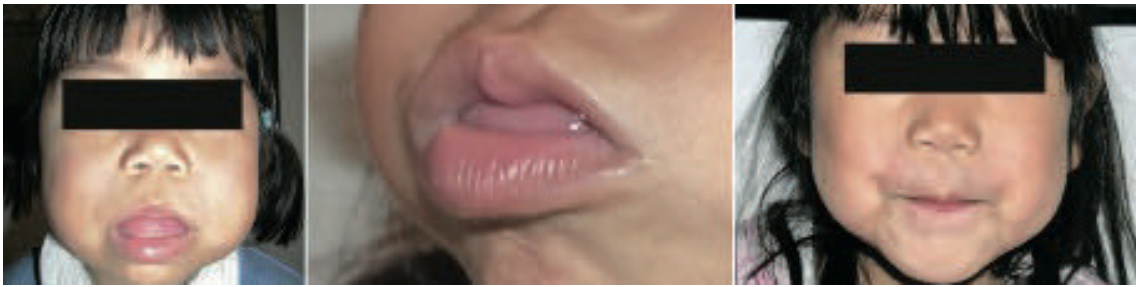


Abb. 4: Orofaziale Therapie: Status bei Beginn und zwei Jahre später, Codoni ©

Das zu erreichende Therapieergebnis (Abb. 4) wird definiert durch ein klares zielgerichtetes Setting und den gegenseitigen Respekt um das Wissen der beteiligten Disziplinen. Orofaziale Dysfunktionen verlangen eine individuelle, maßgeschneiderte Reorganisation der Muskelfunktion im interdisziplinären Teamwork und bezogen auf den ganzen Körper. Bedingt durch die engmaschige Zusammenarbeit werden Arzt, Therapeut, Eltern und soziales Umfeld zu kooperierenden Partnern, wobei der Patient und seine Familie Teil des gesamten Prozesses werden (Abb. 5).

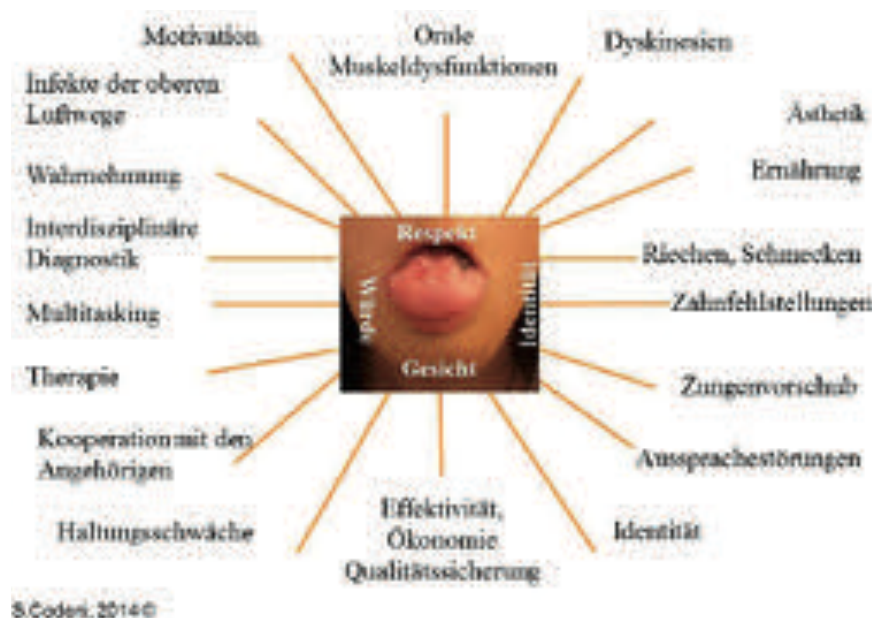


Abb. 5: Komplexe Behandlung – multidisziplinäre Vernetzung, Codoni 2014 ©

Der interdisziplinäre Studiengang verbessert das gegenseitige Verständnis

Das Konzept des interdisziplinären Studienganges an der Universität Basel hat für die Studierenden einen sehr großen Gewinn gebracht und zu besserem gegenseitigen Verständnis geführt. Für die körperorientierte Sprachtherapie k-o-s-t® bringt die intensive Auseinandersetzung mit den Faszien- und Muskelketten in beeindruckender Weise die Bestätigung für die Wirksamkeit der Funktionsstimulationen.

Die Ausbildung zum myofunktionellen Therapeuten, ursprünglich eine autonome modular und interdisziplinär aufgebaute postgraduale Weiterbildung, wurde in den Master-Studiengang integriert. FBL und weitere Konzepte lehren funktionelle Probleme „unterhalb“ zu erkennen und zu definieren, als Voraussetzung für konkrete Fragestellungen mit Rückkopplungseffekt auf die Therapie im orofazialen System – ein wichtiger Bestandteil im Studiengang. Es kristallisieren

sich die Möglichkeiten und Grenzen der isolierten Intervention der einzelnen Disziplinen heraus und es wird deutlich, in welchem Maß und bei welchen Schnittstellen die Berufe gegenseitig profitieren können. Der interdisziplinäre Ansatz erlaubt es, die Therapie für den betroffenen Patienten qualitativ zu verbessern, sie effizienter zu gestalten und zu ökonomisieren.

Weiterführende Informationen zum Weiterbildungsstudiengang
„Master in Cranio Facial Kinetic Science“ unter: www.scodoni.ch



Literatur

- Böhme, H.; Slominski, B. (2013): Das Orale: die Mundhöhle in Kulturgeschichte und Zahnmedizin. Fink Wilhelm Verlag, S. 12.
- Bloomer, H.; Harlan PHD. (1959): In Ed. Lee Edward Travis: Handbook of speech pathology, S. 608.
- Codoni, S. (2009): Zeig mir deine Zunge und ich sage dir, wie du gehst und stehst. „Schnullern“, Sprechstörung, Zahnfehlstellung und Haltungsschwäche – Domänen des Multitasking. In: Pädiatrie 06/09, S. 22–30.
- Grabowski, R.; Kuhnt, G.; Stahl, F. (2007): Interrelation between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition: Part III: Interrelation between malocclusions and orofacial dysfunctions. Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie 68, Nr. 6, S. 462–476.
- Myers, T. (2010): Anatomy Trains. Myofasziale Leitbahnen für Manual- und Bewegungstherapeuten. München, Elsevier, Urban & Fischer, S. 61, 286.

Weiterführende Literatur

- Bertram, AM (2011): FBL Klein-Vogelbach / Functional kinetics. In: Physiotherapie med, Nr. 6, S. 5–9.
- Hüter-Becker, A.; Dölken, M. (2009): Physiotherapie in der Orthopädie, Georg Thieme Verlag.
- Schleip, R. (2004): Die Bedeutung der Faszien in der manuellen Therapie. Deutsche Zeitschrift für Osteopathie (1), Hippokrates Verlag, S. 10–16.
- Suppé, B; Spirgi-Gantert; I. (2007): FBL Klein-Vogelbach / Functional Kinetics. Die Grundlagen. Springer Verlag.

Erziehungspartnerschaften als Chance für die Gruppenprophylaxe: Eltern und Kita-Personal motivieren

Jens Hoffsommer

Einleitung

Die Frage nach Gruppenprophylaxe in der Kita beschäftigt sowohl Akteure der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung als auch Praktiker aus dem Bereich der Zahnpflege bereits seit vielen Jahren. 2012 formulierte die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ) in der Fachempfehlung „Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige“ Grundlagen zum Thema und hob hier vor allem die Rolle der Eltern hervor: „Ein wesentlicher Schwerpunkt der Gruppenprophylaxe für diese Altersgruppe liegt in der Erreichung der Eltern und deren Verhaltensunterstützung im Sinne der mundgesundheitslichen Prävention. Die Eltern werden dabei durch direkte Ansprache, aber auch über Multiplikatoren (...) oder pädagogisches Personal erreicht. Eine wesentliche Aufgabe der Gruppenprophylaxe bei den unter Dreijährigen besteht daher in der Information und Anleitung der Eltern und der Schulung von Multiplikatoren“ (DAJ 2012).

Erfolgreiche Erziehung, Betreuung und Bildung bei Kindern unter drei Jahren basiert maßgeblich auf der tragenden Beziehung zwischen Kind und erziehender Person. Dies sind die Eltern, aber auch Kita-Erzieherinnen oder die Tagespflegeperson. Diese Bezugspersonen haben die Möglichkeit, sich gemeinsam mit den Kindern mit dem Thema Zahngesundheit auseinanderzusetzen und so wirksame Prophylaxe-Angebote zu schaffen. Dabei ist das Miteinander unter den Bezugspersonen wichtig – Erziehungspartnerschaften müssen gepflegt werden.

Bisher gestalten sich Prophylaxe-Angebote in der Kita als punktuelles, zeitlich sehr begrenztes, direktes Angebot für Kinder. Dies stellt Sie als Anbieter vor drei zentrale Herausforderungen:

- Sie brauchen auch die Eltern, erreichen in der Regel aber eher Pädagoginnen und Pädagogen und die Kinder.
- Sie sind nur kurz als „Gast“ mit einem spezifischen Angebot in der Kita, Nachhaltigkeit kann nicht gewährleistet werden.
- Wie gelingt ein Transfer des Wissens an die Eltern?

Erziehungspartnerschaft in der Kita

In Kitas hat sich die Zusammenarbeit von Eltern und pädagogischen Fachkräften weiterentwickelt und professionalisiert. Mit dem Konzept der Erziehungspartnerschaft zum Wohle des Kindes vollzieht sich ein Paradigmenwechsel. Der Ansatz ist geprägt von einem partnerschaftlichen Umgang zwischen Pädagogen und Eltern, dem die Erkenntnis zu Grunde liegt, dass gute Erziehung nur gemeinschaftlich gelingen kann. Es gilt, einen gemeinsamen Blick auf das Kind zu entwickeln.

„Erziehungspartnerschaft ist die Zusammenarbeit von Eltern und Erzieherinnen in Kindertageseinrichtungen. (...) Erziehungspartnerschaft ist ... ein partnerschaftlicher Lernprozess:

Eltern und Erzieherinnen diskutieren über Ziele und Methoden der Erziehung von Kindern, die dabei auftauchenden Probleme und Lösungsvorschläge. Dabei bringen Eltern und Erzieherinnen gleichberechtigt ihre spezifischen Kompetenzen für das Kindeswohl in die Erziehungspartnerschaft ein“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1997).

„Sich für die Elternsicht zu interessieren, ihre Ansichten wertungsfrei anzuhören, sich das Zusammenleben mit dem Kind für einen kurzen Moment aus der elterlichen Perspektive anzusehen – all das sind erste Schritte auf dem Weg zur echten Erziehungspartnerschaft“ (Vorholz & Mienert 2007).

Erziehungspartnerschaft als Chance für die Gruppenprophylaxe

Roger Prott und Annette Hautumm haben 12 Prinzipien formuliert, nach denen die Zusammenarbeit von Erzieherinnen mit Eltern gelingen kann. Im Folgenden werden diese Prinzipien vorgestellt und auf die spezifischen Herausforderungen im Bereich der Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige in der Kita angewendet. Die aufkommenden Fragen können als Reflexion für die Gestaltung des Angebots und für die Zusammenarbeit mit Eltern dienen.

12 Prinzipien für die Zusammenarbeit von Kita-Personal mit Eltern

(Prott & Hautumm 2004)

1. **Klären Sie, was Ihnen Zusammenarbeit und Partnerschaft bedeuten und was Sie anstreben.** Was wollen Sie bei Eltern erreichen? Wer hat welche Aufgaben? Was braucht wer, um diese Aufgabe gut auszufüllen? Wie ist die Arbeitsteilung zwischen Ihnen, der Kita und den Eltern organisiert? Machen Sie sich ein Bild über die Arbeit mit den Eltern vor Ort und überlegen Sie mit den Pädagoginnen in der Kita, wie wichtige Informationen der Prophylaxe zu den Eltern kommen.
2. **Prüfen Sie, ob Ihre Interessen, die der Eltern und die der Institution tatsächlich zusammen passen.** Da Sie nur punktuell in der Kita sind, klären sie vorab, wer welche Interessen am Angebot der Gruppenprophylaxe hat. Was wollen Eltern, Erzieher und Kinder? Was genau ist Ihr Auftrag? Wenn Sie diese Informationen einbeziehen, können Sie die Zielgenauigkeit des Angebots erhöhen. Erfragen Sie die Perspektive der Eltern z. B. über den Elternrat und klären Sie im Gegenzug darüber auf, was Ihre Aufgabe ist.
3. **Klären Sie den genauen Auftrag Ihrer Institution, damit Sie einen realistischen Rahmen für die Zusammenarbeit entwickeln können.** Gruppenprophylaxe hat rechtliche Grundlagen und einen fachlichen Hintergrund. Informieren Sie Kita und Eltern darüber, damit die Erwartungen an Ihr Angebot klar sind. Machen Sie deutlich, was in Ihrem begrenzten Rahmen möglich ist und wer die Hauptsorge für gesunde Zähne trägt!
4. **Beachten Sie die Hürde zwischen der Institution/Thema und dem individuellen Nutzer. Rechnen Sie mit Vorerfahrungen der Eltern, die ihnen Anlass zu Vorsicht oder Skepsis geben.** Eltern und auch Kinder haben Erfahrungen mit Ärzten, Zahnarzt etc. – übrigens auch die pädagogischen Fachkräfte in der Kita. Was lösen diese Erfahrungen aus und welche Wirkung hat dies für Ihre Ansprache von Eltern?
5. **Rechnen Sie damit, dass Eltern bereits viele wohlmeinende Ratgeber und deren gut gemeinte Ratschläge kennen gelernt haben.** Allein die Internetsuche mit einer führenden Suchmaschine zu „Zahngesundheit U3“ ergibt 182.000 Treffer. Ratschläge

und Erfahrungen sind vielfältig und verunsichern Eltern oft eher, als dass sie ihnen helfen. Bedenken Sie dies bei der Gestaltung der Ansprache und der Materialien für Eltern. Treten Sie als Spezialist auf – Belehrungen erhalten Eltern oft genug!

6. **Gehen Sie davon aus, dass fast alle Kinder, fast alle Eltern und fast alle Erzieherinnen in ganz normalen Umständen leben – entsprechend dem, was die Gesellschaft an Vielfalt zulässt und was immer dies in der Realität des täglichen Lebens heißen mag.** (Fast) alle Eltern tun das Beste für ihr Kind! Wir selbst verfolgen vielleicht andere Werte für das Leben unserer Kinder, sind aber deshalb nicht zwangsläufig besser in ihrer Erziehung. Die Vielfalt der Lebensentwürfe und Erziehungsansätze prägt die Zusammenarbeit mit Eltern. Dennoch dürfen und müssen Sie sich fragen: Welche Kinder und deren Eltern sind eine besondere Zielgruppe von Gruppenprophylaxe?
7. **Berücksichtigen Sie, dass Sie auf das Wissen und den Sachverstand der Eltern angewiesen sind.** Gerade weil Sie nur kurz in der Kita sind, fällt es schwer, zu einzelnen Kindern genaue Aussagen zu machen. Sie brauchen die Perspektive der Eltern und des pädagogischen Personals, um sich ein Bild von der Situation einzelner Kinder zu machen. Und natürlich lassen sich Probleme nur mit Eltern und ihrem Wissen lösen!
8. **Sie müssen Ihre Arbeit darstellen und begründen – Eltern müssen ihr Handeln nicht rechtfertigen.** Der Artikel 6 des Grundgesetzes und weitere Gesetze machen deutlich: die Erziehung und Pflege von Kindern ist zentrales Elternrecht. Nur in festgelegten Ausnahmen kann dies geändert werden. Gruppenprophylaxe in der Kita ist ein unterstützendes Angebot. Sie sind in der Informationspflicht, während Eltern ihr pädagogisches Handeln nicht begründen müssen. Deshalb ist es wichtig, gut begründete Konzepte und Ansätze zu vertreten. Dies gilt auch für die begrenzten Angebote in Kitas, die sich in das Gesamtkonzepte einpassen sollten.
9. **Wenn etwas schief läuft – unterstellen Sie unklare Absprachen oder ernst zu nehmende Gründe für das Verhalten der Eltern. Eltern wollen Sie weder enttäuschen noch kränken.** Reflektieren Sie ihr Angebot an Eltern regelmäßig. Wenn Sie die Eltern nicht erreichen, die Sie geplant hatten, unterstellen Sie nicht absichtliches Verhalten, sondern eher Unklarheit in Absprachen oder von den Eltern nicht zu beeinflussende Gründe. Weder ist Ihr Angebot deshalb schlecht, noch sind die Eltern unwillig.
10. **Sprechen Sie über Kompetenzen und Ressourcen, nicht über Defizite.** Präsentieren Sie das Thema Zahngesundheit positiv! Sie wollen Multiplikatoren, Pädagogen, Eltern und Kinder positiv motivieren. Alle Beteiligten haben möglicherweise schon „schmerzhafte“ Erfahrungen mit ihren Zähnen gemacht. Umso wichtiger ist es, Gesundheitsvorsorge positiv und freudvoll zu gestalten. Setzen Sie dabei an den Kompetenzen und Ressourcen der Kinder und Eltern an. Kinder sind neugierig, haben Spielfreude, bewegen sich gern, lernen Koordination und erleben gern ihre Sinne. Eltern sind als Vorbild wichtig. Kinder orientieren sich am Verhalten der Eltern - auch bei der Zahngesundheit. Eltern lieben ihre Kinder und wollen das Beste für ihr Kind (dazu gehören auch gute, gesunde Zähne). Eltern sind hauptverantwortlich für ihre Kinder und sie sind dankbar für gute Hinweise und Unterstützung.

Die folgenden zwei Prinzipien dienen der Sicherung einer guten Zusammenarbeit mit Eltern. Da das Prophylaxeangebot punktuell wirkt und eher keine dauerhafte Zusammenarbeit entsteht, werden diese zur vollständigen Information vorgestellt, aber im Wissen, dass sie auf Ihre spezielle Arbeit weniger zutreffen werden.

- 11. Um Partnerschaft zu sichern, müssen alle Beteiligten gleiche Rechte haben.**
- 12. Suchen Sie zuallererst in der Institution oder im organisierten Zusammenhang nach Gründen, wenn Eltern nicht mit Ihnen zusammenarbeiten.**

Fazit

Vor dem Hintergrund der Prinzipien der Zusammenarbeit mit Eltern gilt es, gruppenprophylaktische Angebote der Zahngesundheit auf ihre Wirksamkeit gegenüber Eltern und Multiplikatoren zu überprüfen.

Folgende Hinweise sollen Ihnen helfen, ihr Angebot an Eltern passgenau zu gestalten:

- 1. Fragen Sie die Eltern, Pädagogen und Kinder, was sie brauchen.**
- 2. Nehmen Sie Eltern mit, zum Beispiel über eine Fotodokumentation des Gruppenprophylaxeangebots in der Kita.**
- 3. Stellen Sie sich auf die Bedarfe und die Situation vor Ort ein. Nutzen Sie die bestehenden Kommunikationswege in der Kita, wie Elternbriefe, die Homepage und Elternabende.**
- 4. Viele Kitas verfügen über niederschwellige Angebote wie ein Elterncafe und Feste. Nutzen Sie diese für Information und Beratung von Eltern.**
- 5. Stärken Sie die Pädagogen fachlich, damit diese gegenüber Eltern in der alltäglichen Zusammenarbeit gut gerüstet sind.**
- 6. Zentrales Element der Zusammenarbeit mit Eltern in der Kita ist das Entwicklungsgespräch zwischen pädagogischen Fachkräften und Eltern zu aktuellen Entwicklung des Kindes. Nutzen Sie dies im Einzelfall bzw. bei besonderen Entwicklungsherausforderungen und unterstützen Sie ggf. fachlich die verantwortlichen Pädagogen und damit die Eltern.**
- 7. Oft fallen Fragen erst ein, wenn ein thematischer Input kommt. Seien Sie ansprechbar für Eltern und Pädagogen und räumen sie aktiv Rückfragemöglichkeiten ein.**

Literatur

Vorholz, H. & Mienert, M. (2007): Von der Elternarbeit zur Erziehungspartnerschaft. In U. Braun, M. Mienert, S. Müller & H. Vorholz (Hrsg.), Frühkindliche Bildung im Team gestalten und umsetzen - Konzepte, Praxisbeispiele, Materialien. Berlin, Stuttgart: Raabe.

Prott R. & Hautumm A. (2004): Prinzipien für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Erzieherinnen und Eltern, Betrifft KINDER extra, verlag das netz, Berlin.

Bildungspartnerschaften in der Kita U3 entwickeln: Eltern gewinnen und motivieren

Bericht 1: Henriette Harms

Bildungs- und Erziehungspartnerschaft – Was bedeutet das?

Eine Bildungs- und Erziehungspartnerschaft mit Eltern in einer Kindertagesstätte einzugehen, bedeutet, Eltern als Expertinnen und Experten für ihre Kinder anzuerkennen. Elterliche Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen in Bezug auf die Entwicklung und begleitende Förderung ihrer Kinder sollten als gleichwertige Kompetenzen zu den eigenen fachlichen Hintergründen frühkindlicher Entwicklungs-, Bildungs- und Lernprozesse geachtet und wertgeschätzt werden. Dieses bietet die notwendige Grundlage, um eine gelingende Kooperation herzustellen. Hierbei sind die individuellen familiären Lebenswelten, Ressourcen, Wertevorstellungen und Persönlichkeiten zu berücksichtigen, was unter anderem eine fortwährende Auseinandersetzung mit vielfältigen Lebenswirklichkeiten und gesellschaftlichen Veränderungen notwendig macht.

Um gemeinsam mit Eltern über eine positive Entwicklung ihres Kindes und die dazu notwendigen Bedingungen zu sprechen sowie ggf. geeignete weiterführende Maßnahmen zu verabreden, bedarf es einer Klarheit im Sinne einer Offenlegung unterschiedlicher Voraussetzungen, Erwartungen, Bedürfnisse und Befürchtungen (vgl. Harms 2014). Von den Fachkräften ist hierzu eine hohe Bereitschaft gefordert, sich auf individuelle, nicht immer bequeme Aushandlungsprozesse mit Eltern einzulassen.

Anstatt des Begriffes „Erziehungs- bzw. Bildungspartnerschaft“, würde ich von einem Kooperationsverhältnis sprechen wollen, bei dem verschiedene Parteien mit unterschiedlichen Motivationen, Erfahrungen, Bildungs- und Wissenshintergründen und emotionaler Beteiligung versuchen, sich zum Wohl des Kindes miteinander zu der bestmöglichen Betreuung, Begleitung, Erziehung, Bildung und Förderung und der damit verbundenen Verantwortlichkeit verständigen. Der Begriff „Erziehungs- und Bildungspartnerschaft“ wäre vor diesem Hintergrund als Ziel eines gelungenen Kooperationsprozesses auf Augenhöhe zu verstehen (vgl. Prott & Hautumm 2004).

Vielfalt der Zielgruppe Eltern

Unsere Gesellschaft ist fortwährenden Veränderungen unterworfen und somit auch die damit in Zusammenhang stehenden familiären Lebensformen. Um mit Kindern und deren Familien gewinnbringend zu arbeiten, sollten Fachkräfte sich mit diesen Veränderungsprozessen beschäftigen und den individuellen Hintergründen von Familien mit einem freundlichen Interesse begegnen. Diese umfassen sowohl unterschiedliche familiäre Lebensformen wie Kleinfamilie, Großfamilie, alleinerziehende Eltern, hetero- und homosexuelle Lebensgemeinschaften, Pflege- und Adoptiveltern, Familien mit von Behinderung betroffenen Familienmitgliedern, unterschiedliche ethnische Hintergründe, Verschiedenheit von Religionen, Migration, soziale und gesundheitliche familiäre Hintergründe, Bildungserfahrungen usw. (vgl. Wagner 2008). Diese Vielfalt fordert einen sog. vorurteilsbewussten Umgang mit den eigenen Werten, Normen, Erfahrungen und Handlungsweisen (ebd.).

Hierbei gilt es, die individuelle Lebenswelt der Familie wertzuschätzen, indem die Fachkraft der Familie vermittelt, dass sie in ihrer Einzigartigkeit in der frühpädagogischen Institution willkommen ist. In einem fortwährenden Prozess des sich Kennenlernens und der gemeinsamen Planung der kindlichen Förderung ist es die Aufgabe der Fachkraft mit den Eltern gemeinsam, nicht nur die kindlichen, sondern auch die familiären Ressourcen aufzudecken, persönliche Stärken (Fähigkeiten und Erfahrungen, Bildung, Kommunikation etc.) und soziale Ressourcen (familiäre und außerfamiliäre Netze), materielle Hintergründe (Einkommen, Wohnsituation usw.) und gesundheitliche Ressourcen. Erst wenn diese bekannt sind, ist es möglich, darauf aufbauend eine passende Angebotsstruktur mit und für Familien zu entwickeln.

Eine Ressourcenorientierung meint hier auch die bewusste Abkehr von einer einseitigen Defizitorientierung, bei der den Eltern beständig vor Augen geführt wird, was sie nicht können, haben oder leisten. Vielmehr geht es darum, die vorhandenen „Schätze“, die Familien mitbringen, zu erkennen, anzuerkennen und sie auch den Familien selbst als wertvolle Potentiale und Stärken erlebbar zu machen (vgl. Viernickel et al. 2011).

In der Kooperationsbeziehung zwischen Eltern und Fachkräften müssen die Verantwortungsbereiche in Bezug auf die Entwicklung, Bildung und Förderung des Kindes miteinander ausgehandelt werden. Bei vielen Eltern herrscht große Verunsicherung in Bezug auf ihre eigenen Kompetenzen im Zusammenleben und in der Erziehung und Bildung ihrer Kinder. Eltern müssen wieder ermutigt werden, Selbstwirksamkeit zu erleben in Bezug auf eine positive Entwicklung ihrer Kinder. In der Studie „Eltern unter Druck. Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Kindern in verschiedenen Lebenswelten“ (Merkle & Wippermann 2008) wird beschrieben, inwieweit viele Eltern unter Druck geraten, den modernen gesellschaftlichen Anforderungen in Bezug auf Familie und Berufstätigkeit zu genügen und sich selbst häufig als scheiternd und nicht den Anforderungen entsprechend erleben (vgl. ebd.).

Das Beziehungsdreieck

Das Beziehungsdreieck (Abb. 1) stellt ein Modell dar, welches veranschaulicht, dass die Aktionäre des Handlungsfeldes frühkindliche Zahngesundheit in einem Beziehungszusammenhang stehen. In der Mitte ist das Kind sichtbar, um welches sich seine Eltern, die Kita und die Fachkraft für die zahngesundheitliche Prävention (FZP) gruppieren. Alle Beteiligten sind über verschiedene Achsen miteinander verbunden. Dieses Dreieck soll zeigen, dass die Qualität der Beziehung der außen dargestellten Akteure sich auf das Befinden des Kindes in der Mitte auswirkt. Das Kind spürt beispielsweise, wenn es fortwährende Spannungen gibt zwischen Eltern und pädagogischen Fachkräften und leidet darunter.

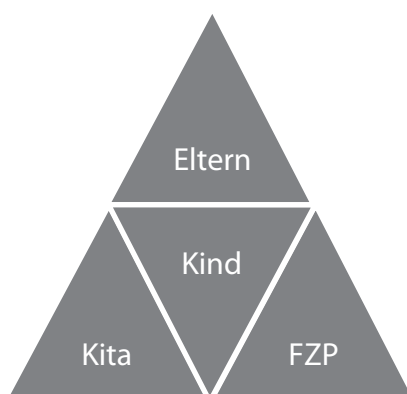


Abb. 1: Beziehungsdreieck

Auch erlebt die Fachkraft für zahngesundheitliche Prävention, wenn es Unstimmigkeiten zwischen Eltern und Kita gibt oder ggf. Erziehungsprobleme von Eltern mit ihrem Kind. Zur Planung einer erfolgreichen präventiven Arbeit ist es daher empfehlenswert, das systemische Zusammenwirken der einzelnen Akteure zu berücksichtigen und selbst dazu beizutragen, dass sich bereits vorhandene Spannungsfelder nicht noch mehr negativ verstärken.

Am besten gelingt dies, wenn hierbei auf die oben schon erwähnten Ressourcen der Beteiligten geachtet wird.

Die Situation der Eltern

Eltern, die ihr Kind in den ersten drei Lebensjahren in eine frühpädagogische Einrichtung bringen, haben häufig ambivalente Gefühle und Gedanken bezogen auf die frühe Fremdbetreuung. Dies rührt in den westlichen Bundesländern vor allem daher, dass es bis vor kurzem noch keine erlebten Erfahrungen hierzu gegeben hat.

Eltern sind unsicher, ob es für ihr Kind gut ist, schon so früh von fremden Menschen betreut zu werden, sie sind besorgt, ob die Bedürfnisse ihres Kindes in einer Gruppe, in der auch andere Kinder betreut werden, beachtet und zufriedenstellend befriedigt werden können. Das Kind trotz dieser Bedenken abzugeben, ruft unter Umständen in den Eltern Schuldgefühle hervor. Nicht selten hören sie auch Kommentare im Familien- oder Freundes- und Bekanntenkreis, die diese unguten Gefühle noch verstärken. Damit verbunden sind auch Bedenken, ob sich möglicherweise die Qualität der Bindung zu ihrem Kind negativ verändern könnte, da es ja in der Kindertageseinrichtung neue erwachsene Bezugspersonen haben wird (vgl. Harms 2010).

Häufig ist es der wirtschaftliche Druck, der Eltern dazu veranlasst, Kinder bereits früh in eine Kindertageseinrichtung zu geben. Somit hat aus Sicht der Eltern der sogenannte U3-Ausbau auch große Vorteile für ihre eigene berufliche Sicherheit und damit verbundene finanzielle Absicherung. Diese Erleichterung verbindet sich auch bei vielen Eltern mit der Hoffnung auf eine bestmögliche Förderung, Erziehung und Bildung ihres Kindes.

Das Zusammenleben mit einem sehr jungen Kind ist eine große Herausforderung für jede Familie, Eltern sind unter Umständen froh darüber, dass es andere Menschen gibt, die sie bei der Betreuung und Erziehung des Kindes unterstützen. Gerade für alleinerziehende Elternteile ist dies ein bedeutendes Kriterium, ebenso wie die Überlegung, dass es gut für das Kind ist, mit anderen Kindern aufzuwachsen, besonders für Familien, in denen es keine Geschwisterkinder gibt. Für Eltern ist es daher sehr wichtig, dass sie von den sie umgebenden Fachkräften informiert und bestärkt werden, welche Vorteile die frühe Betreuung und Begleitung für ihre Kinder und sie selbst haben können.

Herausforderungen für Kita und Fachkräfte der zahngesundheitlichen Prävention

Um mit sehr jungen Kindern und ihren Eltern erfolgreich arbeiten zu können, sind eine Reihe von fachlichen Voraussetzungen notwendig. Die wichtigsten seien hier stichwortartig genannt:

- Reflexion der eigenen Biographie, Werte, Normen und Haltung in Bezug auf das Aufwachsen von Kindern in den ersten drei Lebensjahren.
- Entwicklung einer positiven Haltung bez. Betreuung von sehr jungen Kindern in frühpädagogischen Einrichtungen.
- Feinfühligkeit im Umgang mit elterlichen Zweifeln und Unsicherheiten.
- Empathie bezüglich elterlicher Bedürfnisse.
- Respekt vor elterlicher Kompetenz.
- Fähigkeit zur Perspektivübernahme.
- Weiterentwicklung von fachlichen Kompetenzen, Erweiterung von entwicklungspsychologischem Fachwissen.

Motivation von Eltern

Häufig wird in Bildungseinrichtungen die mangelnde Motivation von Eltern beklagt, sich an der Entwicklungsförderung und an der Erziehung ihres Kindes sowie an Angeboten der Einrichtung zu beteiligen.

Zunächst ist davon auszugehen, dass fast alle Eltern ein großes Interesse am Wohlergehen ihres Kindes haben. Dies ist die wichtigste und stärkste Grundlage zur Kooperation mit anderen mitbegleitenden Fachkräften. Eltern benötigen Informationen, die klar und (sprachlich) verständlich sind und in persönlicher Form an sie herangetragen werden. Die Praxis zeigt, dass schriftliche Informationen sehr viel weniger nachhaltige Wirkung zeigen als die direkte Ansprache.

Um Eltern in Aktivitäten miteinzubinden, sollten die elterlichen Möglichkeiten im Vorfeld miteinbezogen werden, d. h. zum einen sollte darauf geachtet werden, ob sich das Angebot in einem Zeitfenster bewegt, welches für die betreffenden Eltern günstig ist. Ebenso ist bei allen Angeboten frühzeitig zu erwägen, welche Ressourcen die Eltern selbst miteinbringen können, um sich aktiv an dem Projekt zu beteiligen. Dies kann auch bedeuten, die Eltern von Anfang an in die Projektplanung miteinzubeziehen und mit ihnen gemeinsam zu beraten, wie die Zielgruppe der Eltern von sehr jungen Kindern besonders gut erreicht werden kann. Erfahren Eltern hierbei eine wertschätzende Einbeziehung ihrer familiären Lebenswelt, ist die Bereitschaft sich zu beteiligen sehr viel größer. Wie oben schon erwähnt, sollte hier stets darauf geachtet werden, dass Eltern Erfolgserlebnisse haben und Anerkennung ernten können. Dies steht eng im Zusammenhang mit den so bedeutenden Erfahrungen von Selbstwirksamkeit.

Erfolgreiche Strategien beibehalten und ausbauen

Viele Initiativen der zahngesundheitlichen Präventionsarbeit in Kindertagesstätten sind bereits auf einem sehr erfreulichen Weg und beziehen Eltern sehr ressourcenorientiert in ihr Konzept mit ein. Hierbei wären beispielsweise zu nennen:

- ➔ Gemeinsames Zähneputzen mit Eltern während der Betreuungszeiten.
- ➔ Präventionsaktionen in bestehende Formen der Zusammenarbeit mit Eltern in der Kita integrieren (Elterntreffen, Feste, etc.).
- ➔ Anleitung von Erzieher/innen zur Mundgesundheit durch Fachkräfte der zahngesundheitlichen Prävention.
- ➔ Mehrsprachiges und bebildertes Informationsmaterial, Fotodokumentation.
- ➔ Kooperation mit beteiligten Fachstellen (Hebammen, Ärzte, etc.).

Diese positiven Ansätze sollten unbedingt beibehalten und ausgebaut werden!

An dieser Stelle folgen Empfehlungen, die diese Angebote ergänzen können.

Elterntreffen

- Bei der Gestaltung von Elterntreffen könnten die Fachkräfte die Eltern zunächst anregen, von ihrem eigenen ersten Zahnarztbesuch zu berichten. Kita und Fachkräfte der zahngesundheitlichen Prävention erhalten hierüber wichtige Informationen über die Erfahrungen der Eltern zu dem Thema Zahngesundheit, gleichzeitig begeben sich die Eltern ggf. in die Kind-Perspektive und lassen andere Eltern an einem Teil ihres Privat-

lebens teilhaben und tauschen sich über die Ähnlichkeit oder Verschiedenheit ihrer Erlebnisse aus. Andere Themen könnten sein „Rolle von Zucker in der Familie“, „Lieblingssüßigkeiten in der Familie“ oder ein augenzwinkerndes Brainstorming zu: „Wie ruiniere ich einen Milchzahn?“ Bei diesem „Aufwärmgespräch“ steht ein humorvoller, gesprächsfördernder Umgang mit der Thematik im Vordergrund und kein belehrendes Intervenieren. Ein darauf folgender fachlicher Input würde somit auf einen vorbereiteten fruchtbaren Boden fallen. Ein weiterer gewinnbringender Aspekt könnte sein, über das Thema „Befriedigung kindlicher Bedürfnisse“ bzw. „Grenzen setzen als Aufgabe in der Erziehung“ (Thema Schnuller, Nuckelflasche, Süßigkeiten & Co.) miteinander zu sprechen. Dies ist ein Feld, auf dem sich viele Eltern mit einer gewissen Ratlosigkeit wiederfinden können und erleben, dass sie nicht die Einzigen sind, die hier vor großen Herausforderungen stehen. Hier wäre dann auf der einen Seite die Moderation eines Erfahrungsaustausches gefragt wie auch eine Form von Gruppenberatung zum Themenbereich „frühkindliche Bedürfnisse achten und Grenzen setzen“.

Entwicklungsgespräche

- Eine andere, intensive Form der Zusammenarbeit mit Eltern ist das Entwicklungsgespräch. Deren regelmäßige Durchführung zählt mittlerweile zu den Qualitätsstandards der Bildungsprogramme von Kindertagesstätten in den deutschen Bundesländern. Sollten Fachkräfte der zahngesundheitlichen Prävention nicht an ihnen teilnehmen können oder wollen, bietet sich aber gegebenenfalls die Möglichkeit, diese in besonderen Einzelfällen mit Erzieher/innen gemeinsam vorzubereiten. In diesen Gesprächen sollten Eltern ermutigt werden, über Gewohnheiten und Bedürfnisse des Kindes zu berichten. Kenntnisse und Beweggründe der Eltern sollten anerkannt und, wenn dies notwendig ist, gemeinsam nach Alternativen gesucht werden. Am Ende des Gesprächs werden Verantwortlichkeiten vereinbart, d. h. es wird festgelegt, welche Personen was zu welcher Zeit tun, um die vereinbarten „Maßnahmen“ erfolgreich umzusetzen.

Grenzen beachten

- Zur erfolgreichen Weiterentwicklung von Präventionsstrategien gehört auch, Grenzen von Einflussmöglichkeiten zu erkennen und zu akzeptieren. Damit ist vor allem gemeint, dass das oben dargestellte Beziehungsdreieck nicht bei allen Eltern erfolgreich zur Anwendung kommen kann. Dies kann beispielsweise der Fall sein bei Eltern mit psychischen Erkrankungen, Eltern mit Suchterkrankungen, gravierender Erziehungsproblematik, Regulationsstörungen, Kindeswohlgefährdung etc.. Hier ist dann in Rücksprache mit den frühpädagogischen Fachkräften eine Weiterempfehlung an andere Fachstellen (z. B. Jugendämter, Familien- und Erziehungsberatung, medizinische Fachstellen, Sozialpädiatrische Zentren etc.) anzuraten.

Zusammenfassung

Um mit Eltern von Kindern in den ersten drei Lebensjahren erfolgreich zu arbeiten, ist es notwendig, eine vorurteilsbewusste Haltung gegenüber der institutionellen Betreuung von Kindern in den ersten drei Lebensjahren zu entwickeln. Um empathisch und feinfühlig mit den Eltern zu kommunizieren, ist das Einnehmen der individuellen elterlichen Perspektive ein sinnvoller Schritt. Eltern fühlen sich motiviert, wenn sie das Gefühl haben, dass sie in ihrer Einzig-

artigkeit wertgeschätzt und mit ihrer familiären Lebenswelt willkommen geheißen werden. Dies wird verstärkt, wenn sie durch ihr eigenes Tun etwas Gutes für sich und ihr Kind erreichen. Hierbei sind Expertinnen und Experten mit Hilfe einer humorvollen, lustbetonten, fehlerfreundlichen und dialogischen Haltung und Kommunikation weitaus erfolgreicher als durch einseitige Belehrung.

Darüber hinaus ist eine Erweiterung von Fachwissen bezogen auf die Themen Schwangerschaft, Geburt, Bindung und die Entwicklung der ersten drei Jahre des Kindes sowie die damit einhergehenden familiären Veränderungsprozesse innerhalb der Familie zu empfehlen.

Literatur

Harms, H. (2014): Eltern sind keine Zaungäste mehr. Wie Erziehungspartnerschaft gelingen kann. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) Berlin: Eigenverlag. Heft 5/2014, S. 204-210.

Harms, H. (2010): Dossier Kinder unter drei: Worin liegen die Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit Eltern? In: kindergarten heute. Heft 8/2010, S. 37-39.

Merkle, T. & Wippermann, C. (2008): Eltern unter Druck. Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung von Sinus Sociovision GmbH im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung. Henry-Huthmacher, C. & Borchard, M. (Hrsg.) (2008). Stuttgart: Lucius & Lucius.

Prott, R.; Hautumm, A. (2004): 12 Prinzipien für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Erzieherinnen und Eltern. Berlin: das netz.

Roth, X. (2010): Handbuch Bildungs- und Erziehungspartnerschaft. Zusammenarbeit mit Eltern in der Kita. Freiburg: Herder.

Viernickel, S.; Nentwig-Gesemann, I.; Harms, H.; Richter, S.; Schwarz, S. (2011): Profis in Krippen. Curriculare Bausteine für die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften für die Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Freiburg i. B.: FEL.

Wagner, P. (Hrsg.) (2008): Handbuch Kinderwelten. Vielfalt als Chance – Grundlagen einer vorurteilsbewussten Bildung und Erziehung. Freiburg: Herder.

Whalley, Margy & das Pen Green Centre Team (2008): Eltern als Experten ihrer Kinder – Das „Early Excellence“-Modell in Kinder- und Familienzentren. Berlin: dohrmann.

Bildungspartnerschaften in der Kita U3 entwickeln: Eltern gewinnen und motivieren

Bericht 2: Hans-Jürgen Haak

Die Kleinen sind da. U3-Gruppen stellen die Kitas vor neue Herausforderungen, das betrifft auch die Kariesprophylaxe. Schon im Jahre 2012 hob die DAJ in ihrer Fachempfehlung „Frühkindliche Karies“ die Rolle der Eltern für eine erfolgreiche Gruppenprophylaxe der unter Dreijährigen hervor. Dort heißt es: „Ein wesentlicher Schwerpunkt der Gruppenprophylaxe für diese Altersgruppe liegt in der Erreichung der Eltern und deren Verhaltensunterstützung im Sinne der mundgesundheitslichen Prävention. Die Eltern werden dabei durch direkte Ansprache, aber auch über Multiplikatoren (...) oder pädagogisches Personal erreicht. Eine wesentliche Aufgabe der Gruppenprophylaxe bei den unter Dreijährigen besteht daher in der Information und Anleitung der Eltern und der Schulung von Multiplikatoren.“

Eltern über direkte Ansprache zu erreichen und ihnen die Anliegen der Gruppenprophylaxe zu vermitteln, erfordert neben fundiertem Fachwissen zur Mundgesundheit auch hohe kommunikative Kompetenzen. Dazu gehört ein Verständnis für die oft schwierigen Erziehungsbedingungen der Eltern und die steigenden fachlichen Anforderungen, mit denen sich das Kita-Personal konfrontiert sieht. Elternarbeit zum Thema Mundgesundheit ist anspruchsvoll!

Im Februar 2015 wurde, im Rahmen der Bildungsmesse Didacta, ein Bildungstag unter dem Titel: „Kitas im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlicher Effizienz und pädagogischem Anspruch“ durchgeführt. Beleuchtet wurden unterschiedliche Spannungsfelder, die sich im Kita-Alltag zeigen. Folgende Themen standen im Zentrum des Bildungstages, der mit Unterstützung der Universität Osnabrück durchgeführt wurde:

- PISA oder Bullerbü?
- Schnelle Eingewöhnung oder langsam ankommen?
- Brauchen Kitas Führungskräfte?
- Wie effizient müssen Kitas, Teams und Familien im digitalen Zeitalter funktionieren?

Immer wieder schildern Kita-Mitarbeiterinnen Probleme, die sich aus dem Bedürfnis der Kinder nach Freiraum für altersentsprechendes, spielerisches Entdecken und Erleben ihrer Umwelt, also Lernen und effizienter Qualitätsentwicklung der Bildungs- und Gesundheitsförderung im Kita-Alltag ergeben.

Eltern berichten Ähnliches aus dem familiären Alltag. Auch sie müssen das Familienleben oft sehr effizient organisieren. Zeit ist dabei ein knappes Gut. Es braucht Zeit, kindgemäßes Lernen, auch im Gesundheitsbereich, in der Familie zu berücksichtigen.

Das Problem mit der Zeit findet sich bereits in der griechischen Mythologie. Kronos war der griechische Gott der Zeit. Er hat die Welt aus dem Chaos befreit, indem es ihm gelang die Zeit zu messen und einzuteilen, kurz gesagt: sie zu beherrschen. Auf heutige Verhältnisse übertragen, könnte man ihn als einen Gott der Zeitpläne, Terminkalender und des Zeitmanagements betrachten. Gute Zeitplanung ist notwendig, wollen Eltern ihren beruflichen und privaten Verpflichtungen nachkommen und gleichzeitig den Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht werden. Doch Kronos, der Zeitplaner, oder Jupiter, wie ihn die Römer nannten, birgt auch Gefahren. Er frisst seine Kinder. In Vorgesprächen zum Vortrag schilderten Erzieher/-innen das Gefühl,

von zunehmenden Anforderungen mit immer enger geplanter Zeit „aufgefressen“ zu werden. Eine Erzieherin formulierte das so: „Ich habe den Beruf der Erzieherin gewählt, weil ich gerne mit Kindern arbeiten wollte. Sie sind so spontan und kreativ. Sie erleben die Welt ganz direkt und leben im Hier und Jetzt. Wenn ich die Kinder so ganz selbstvergessen spielen sehe, geht mir das Herz auf. Im Arbeitsalltag fehlt mir oft die Zeit, um mit den Kindern auf ihre Art die Welt zu entdecken. Das macht mich oft unzufrieden.“

Ähnliches kann man auch von Eltern hören, die oft zu wenig Zeit haben mit ihren Kindern auf Weltentdeckungstour zu gehen. Manches Mal fehlt auch die Kraft oder das Bewusstsein dafür, wie wichtig es für die Kinder und die Familie ist, Zeit für gemeinsame Erlebnisse zu haben. Das gilt auch für das spielerische entdecken des Zähneputzens.

Die griechische Mythologie stellt auch für diese „Kinderzeit“ oder Erlebniszeit ein Bild zur Verfügung. Kairos ist kein Gott, sondern ein Sinnbild für die günstige Gelegenheit. Er hat vier Flügel. Die günstige Gelegenheit etwas zu entdecken, ein Spiel zu erfinden etc. ist schnell vorbei. Man muss also bereit sein, sie spontan zu ergreifen. Auch eine Zahnbürste kann eine spannende Entdeckung sein. Wenn die Eltern Zähne putzen und die Kleinen es sehen, macht das neugierig auf die neue Sache. Haben Eltern die Zeit und das Interesse, diesen kindlichen Entdeckergeist zu nutzen, kann Mundpflege schon früh eingeführt und als regelmäßiger Bestandteil des Alltags eingeprägt werden.

Kairos-Zeit erinnert sehr an die von der Erzieherin weiter oben geschilderte Kinderzeit. Es ist Erlebniszeit. Diese Zeit lässt sich schlecht planen, bietet aber vielleicht gerade deshalb so viele gute Gelegenheiten für das spontane spielerische Erleben und Erlernen der Mundpflege. Das Programm des Didacta-Bildungstages stellt die Frage: PISA oder Bullerbü? Bedeutet das Kronos oder Kairos? Das stellt ein interessantes Spannungsfeld für Erzieherinnen und Eltern dar - eines unter vielen. Der kleine Ausflug in die griechische Antike soll dazu anregen sensibel auf die unterschiedlichen Spannungsfelder zu schauen. Sie bilden den Hintergrund, auf dem die direkte Ansprache von Eltern und auch von Erzieherinnen und Erziehern stattfindet.

Motivierende Gesprächsführung

Was bedeutet das nun für die Kommunikation mit Eltern und auch mit dem Kita-Personal? Die motivierende Gesprächsführung bietet **4 Grundprinzipien** (Miller & Rollnick 2009), die helfen auf Augenhöhe, respektvoll und gleichzeitig zielführend mit Eltern zu kommunizieren.

- ➔ „**Verstehe die Motivation deines Gegenüber**“ (Eltern und Kita-Personal)
- ➔ „**Höre gut zu**“
- ➔ „**Widerstehe dem Reflex, dein Gegenüber zu korrigieren**“
- ➔ „**Befähige dein Gegenüber**“

Wenn es gelingt durch gutes Zuhören mehr über die Lebensumstände einer Familie zu erfahren, kann es gelingen die Motivation von Eltern zu verstehen, die z. B. dazu führt, dass sie sich weniger im Kita-Alltag engagieren. Das gilt auch für Fragen der Gesundheitsförderung. Auch wenn die Vorsorge zu Hause zu wünschen übrig lässt, ist es notwendig, die Belastungen, Spannungsfelder und Ressourcen einer Familie zu erkennen. Auf der Basis dieses Verständnisses können dann helfende Angebote zielgerichteter platziert und vermittelt werden. Dabei kann ein kurzes zugewandtes Gespräch ebenso wirksam sein wie kompetent vermittelte Information.

Ein nicht ausschließlich führender, informierender, sondern begleitender und geleitender Gesprächsstil ist sehr effektiv, wenn es darum geht die Motivation von Eltern, sich auch schon um die Mundgesundheit der unter Dreijährigen zu bemühen, zu fördern.

Gesprächskompetenz zu erlangen, lohnt sich. Erfahrungen im medizinischen Bereich zeigen, dass ein gut geführtes Gespräch auch und gerade dann gute Ergebnisse bringt, wenn nur wenig Zeit zur Verfügung steht oder die Gespräche nur seltener stattfinden. Motivierende Gespräche sind somit effektiv und effizient. Man könnte sagen, sie sind eine gute Möglichkeit die Stärken von Kronos und Kairos zu verbinden und den Arbeitsalltag für Erzieherinnen, Prophylaxefachkräfte und auch Zahnärzte zu erleichtern.

Näheres über die „Motivierende Gesprächsführung“ finden Sie im Beitrag zum Workshop „Spannungsfeld Kita?! Gelungene Kommunikation mit Eltern und Kita-Personal.“

Literatur

Miller, W. R., Stephen Rollnick: Motivierende Gesprächsführung, Lambertus Verlag 3. Auflage, April 2009. (ISBN: 978 3 7841 1900 7).

Aus der Praxis für die Praxis: Die „Kita mit Biss“ – von der Aktion zum Programm

Dr. Petra Haak
Dr. Gudrun Rojas

Dass gesunde Zähne besonders wichtig für die Sprachentwicklung, Kommunikation, Ästhetik und vor allem die Ernährung sind, darüber besteht kein Zweifel. Der Weg dorthin führt über das Erlernen, selbst Verantwortung für die Gesundheit zu übernehmen. Tägliche Zahnpflege, Anwendung von Fluoriden, gesunde kausintensive Ernährung und der regelmäßige Zahnarztbesuch gehören zu den Eckpfeilern einer wirksamen Kariesvorbeugung. Ein Baustein auf diesem Weg ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe. Kinder werden zu gesundem Verhalten motiviert und das Zähneputzen wird in der Gruppe erlebt. Frühstücksaktionen, thematische Projekte und die Arbeit mit Eltern, Pädagogen und Partnern zeigen, dass die Gruppenprophylaxe inzwischen vielschichtig geworden ist.

Präventive Strategien zur Karies-Vermeidung

Die im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) durchgeführte Studie „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004“ zeigte: Die Milchzahnkaries der Sechs- bis Siebenjährigen hatte sich in einigen Bundesländern, darunter Brandenburg, gegenüber der vorhergehenden Studie erhöht. Gerade in strukturschwachen Regionen mit einem hohen Anteil von Kindern aus Familien in Problemlagen war diese Entwicklung besorgniserregend. In Frankfurt (Oder) diagnostizierte das Team des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Jahr für Jahr einen hohen Anteil von kleinen Kindern mit frühkindlicher Karies. Diese Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung wurden zum Anlass genommen, für Kindertagesstätten präventive Strategien zu entwickeln, die zur Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der frühkindlichen Karies sowie zur Entwicklung eines guten, die Mundgesundheit fördernden Umfeldes in Zusammenarbeit mit Kita-Teams und Eltern beitragen sollten.

Seit 2004 „Kita mit Biss“ – mit erfreulichen Ergebnissen

Am Ende dieses Prozesses stand die Einführung eines Aufklärungs- und Ernährungsprogrammes mit praktikablen Handlungsleitlinien für Kindertagesstätten (Abb. 1), die seit 2004 unter dem Namen „Kita mit Biss“ umgesetzt werden. Dafür stellte der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder) den Kita-Leiter/innen und Kita-Trägern die Leitlinien für einen zahnfreundlichen Kita-Alltag vor und motivierte sie zur Teilnahme. Hatte sich eine Kindertagesstätte entschlossen, eine „Kita mit Biss“ zu werden, erklärte sie schriftlich ihren Beitritt und bekam als Bestätigung ein Poster-Zertifikat (Abb. 2) mit einem von Kindern gestalteten Logo des Programmes. Im Eingangsbereich der Kindereinrichtung angebracht, trägt es zur Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit bei und belegt, dass das Kita-Team diesen Qualitätsstandard umsetzt. Bis auf eine Kita sind in Frankfurt (Oder) alle Kindertagesstätten eine „Kita mit Biss“ und auch die Tagespflegereinrichtungen setzen inzwischen diese Standards um. In den Städten Cottbus und Brandenburg an der Havel sowie in 10



Abb. 1: Handlungsleitlinien für Kindertagesstätten

von 14 Landkreisen des Landes Brandenburg ist das Präventionsprogramm mittlerweile Bestandteil der gruppenprophylaktischen Betreuung.

Prävention für Kinder unter zwei Jahren und ihre Eltern

Haupteinflussfaktor für das Auftreten der frühkindlichen Karies ist das Gesundheitsverhalten der Eltern – hier vor allem die übermäßige Verwendung der Nuckelflasche. Beratungen und Präventionsprogramme zur Reduktion der frühkindlichen Karies sollten daher so früh wie möglich beginnen und so ausgerichtet sein, dass die gesundheitliche Benachteiligung von Kindern mit niedrigem Sozialstatus kompensiert wird. Vor allem Angebote der zugehenden Betreuung durch Familienpaten, Familienhebammen und Begrüßungsbesuche bei Familien mit Neugeborenen bieten gute Zugangsmöglichkeiten zu diesen Zielgruppen auch im Hinblick auf Verhaltensänderungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies.



Abb. 2: Das aktualisierte Zertifikat-Poster für die „Kita mit Biss“ mit dem von Kindern gestalteten Logo

Die Ergebnisse (Haak 2011) der im Rahmen der Evaluation im Schuljahr 2010/2011 durchgeführten Erzieherinnen- und Erzieherbefragungen zeigen, dass in Frankfurt (Oder) die Identifikation mit der „Kita mit Biss“, die Verankerung in den Kita-Konzeptionen und die damit einhergehende Ausrichtung auf ein gesundheitsförderliches Profil insgesamt eine positive Veränderung in der Lebenswelt der Kinder bewirken. Darüber hinaus erreichen die mundgesundheitsförderlichen Impulse aus der Kita auch die Eltern. So werden beispielsweise inzwischen selbst in Kitas mit hohem Anteil von Kariesrisikokindern zu Kindergeburtstagen liebevoll zubereitete Obst- und Gemüsespieße von den Eltern mitgegeben. Unterstützt werden die Kita-Teams durch die aktive Mitwirkung des Zahnärztlichen Dienstes bei der Elternarbeit und mit einem Flyer, den die Eltern bei der Aufnahme in die Kita erhalten.

Erfahrungen werden aufgegriffen

Aus der in Frankfurt (Oder) initiierten Aktion „Kita mit Biss“ ist im Laufe der letzten zehn Jahre ein interdisziplinäres Präventionsprogramm mit Vorbildcharakter geworden, das durch Fortbildungen, Workshops und Veröffentlichungen im pädagogischen und gesundheitlichen Bereich vorgestellt wurde. Die „Kita mit Biss“ wurde so auch über die Landesgrenzen hinweg bekannt. Immer wieder werden interessierte Nachfragen zur Umsetzung an das Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe (Bettina Bels, Telefon: 0331-88762011, Mail: bels@gesundheitbb.de) gestellt und gern beantwortet. So haben bereits Regionen außerhalb des Landes Brandenburg das Programm in ihr präventives zahnmedizinisches Betreuungskonzept aufgenommen.

Gruppenprophylaxe ab dem ersten Milchzahn ist also möglich, deutlich mehr kleine Kinder werden inzwischen mit gesunden Zähnen groß. Im Land Brandenburg stieg der Anteil der dreijährigen Kinder mit kariesfreiem Gebiss zwischen 2004 und 2013, wie aus der Gesundheitsberichterstattung hervorgeht: bei den Jungen von 76,1 % auf 83,9 % und bei den Mädchen von 78,5 % auf 85,4 % (Abb. 3). Auch die jüngsten Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen in Frankfurt (Oder) aus dem vergangenen Schuljahr weisen den Anstieg des Anteils Fünfjähriger mit naturgesunden kariesfreien Gebissen im Vergleich zum Start der Initiative „Kita mit Biss“ aus (Abb. 4).



Abb. 3:
Anteil dreijähriger Kinder
mit kariesfreiem Gebiss
im Land Brandenburg in
Prozent.

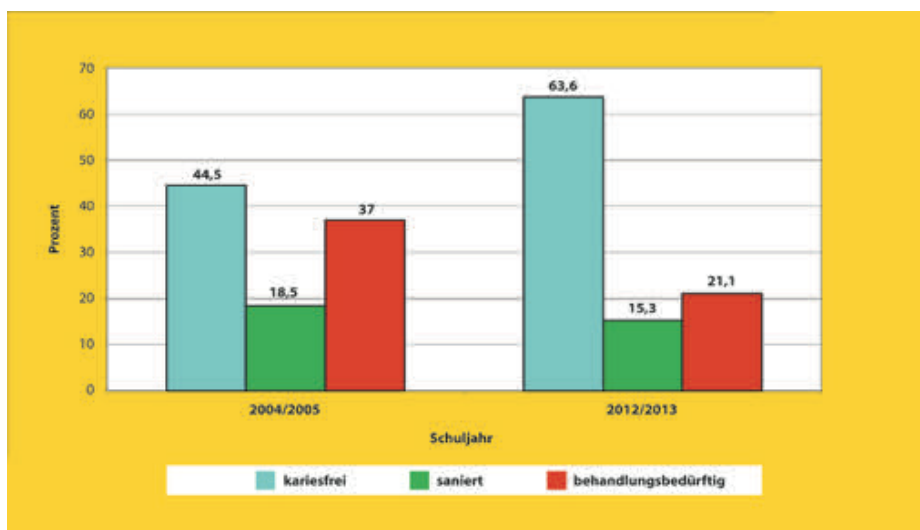


Abb. 4:
Gebisszustand fünfjähriger
Frankfurter Kinder in den
Schuljahren 2004/2005
und 2012/2013.

Die Erfolge sind auf ein Maßnahmenpaket aus Verhältnis- und Verhaltensprävention, der flächendeckenden aufsuchenden präventiven Betreuung einschließlich intensivprophylaktischer Maßnahmen in den Kitas mit überdurchschnittlich hohem Kariesrisiko sowie den Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte zurückzuführen.

Um darüber hinaus individuelle und gruppenprophylaktische Maßnahmen zu vernetzen, werden die „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für Mutter & Kind, Vorschul- und Schulkinder“ landesweit eingesetzt (vgl. auch nachfolgenden Beitrag „Mundgesundheit von Anfang an systematisch entwickeln: Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg“).

Weitere Anstrengungen sind erforderlich

Die Ergebnisse für die Gesundheitsberichterstattung im Land Brandenburg resultieren aus den standardisierten zahnärztlichen Untersuchungen der Kinder und Jugendlichen, die im Rahmen der präventiven Betreuung in Kitas und Schulen durchgeführt werden. Kinder werden unabhängig von ihrer Lebenssituation erreicht, so dass die zahnärztlichen Untersuchungen auch eine sozialkompensatorische Funktion haben. Unter dem Aspekt des Kinderschutzes haben sie einen weiteren wichtigen Stellenwert, denn die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Gesundheitsämter sind derzeit die einzigen medizinischen Angehörigen einer Profession, die Kinder und Jugendliche regelmäßig sehen, Anhaltspunkte für Gefährdungen erkennen und im Rahmen des Betreuungscontrollings entsprechend reagieren können.

Der Landesgesundheitsbericht „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne – 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg“ (MUGV Brandenburg 2013) beinhaltet u. a. Trendergebnisse zur Mundgesundheit ab dem zweiten Lebensjahr, die zeigen, dass die frühkindliche Karies im Land Brandenburg rückläufig ist. Die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit ist ein Musterbeispiel für das Potenzial gesundheitlicher Prävention und ein Ergebnis der Zusammenarbeit vieler Akteure. Nach wie vor haben jedoch im Land Brandenburg 24 % der fünfjährigen Kinder an Karies erkrankte, unversorgte Zähne. Hier sind weitere Anstrengungen erforderlich, denn mit gesunden Zähnen fällt den Kindern der Start in den Schulalltag leichter. Dazu könnten Früherkennungsuntersuchungen in der Zahnarztpraxis vor dem 30. Lebensmonat ein Beitrag sein. Zur Umsetzung legten BZÄK und KZBV ein Konzept vor, das im Ende 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz Eingang gefunden hat.

Im Rahmen der „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“ haben die BZÄK und CP GABA 2015 erstmals den „PRÄVENTIONSPREIS Frühkindliche Karies“ verliehen. Die Initiatoren ehrten auf dem Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt insgesamt vier Preisträger, die mit praxisnahen Konzepten und Projekten nachweislich die Prävention Frühkindlicher Karies (Early Childhood Caries – ECC) verbessert haben. Das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ belegte den dritten Platz.

Literatur

Haak, P. (2011): Evaluation des Präventionsprogrammes „Kita mit Biss“ des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder) im Schuljahr 2010/2011. URL: http://www.frankfurt-oder.de/media/custom/2616_1985_1.PDF?1445949755, Zugriffsdatum: 22.12.2015

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MUGV) (2013): Landesgesundheitsbericht „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne – 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg“. URL: http://www.mugv.brandenburg.de/cms/media.php/IBM1.a.3310.de/zahngesundheit_kinder_20j.pdf, Zugriffsdatum 20.11.2015.

Dieser Beitrag wurde erstmals in der Ausgabe 2/14 vom 12.06.2014 in der Fachzeitschrift „prophylaxe impuls“ veröffentlicht. Er wurde in Abstimmung mit den Autorinnen aktualisiert und vom zfv Zahnärztlichen Fach-Verlag GmbH Herne dankenswerterweise zum Abdruck frei gegeben.



Mundgesundheit von Anfang an systematisch entwickeln: Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg

Dr. Gudrun Rojas

Anmerkung der Redaktion: Das 2014/2015 im Rahmen der Fortbildungstagungen präsentierte Programm „Kita mit Biss“ ist Bestandteil und Baustein der systematischen Mundgesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Brandenburg. Diese wurde im Jahre 2011 bereits im Rahmen einer DAJ-Fortbildungstagung vorgestellt. Um die Einordnung des Präventionsprogramms „Kita mit Biss“ in seinen übergeordneten Bezugs- und Handlungsrahmen zu ermöglichen, veröffentlichen wir an dieser Stelle den Beitrag aus dem Jahr 2011.

Situation im Land Brandenburg

Die Rahmenbedingungen und Strukturen zur Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V im Land Brandenburg sind von Beginn an durch eine zentrale Ausrichtung, klare Zuständigkeiten und die Berücksichtigung landesspezifischer Gegebenheiten geprägt. Die Partner der Vereinbarung zur Gruppenprophylaxe haben die Durchführung der Maßnahmen den Gesundheitsämtern und die fachliche Aufsicht, Organisation und Koordinierung den Zahnärzten der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) übertragen und auf Landesebene den Beirat für Zahngesundheit und das Büro der Gruppenprophylaxe als Arbeitsebenen etabliert. Die zusammengefassten Aufgabenstellungen gehen aus der folgenden Abbildung hervor:

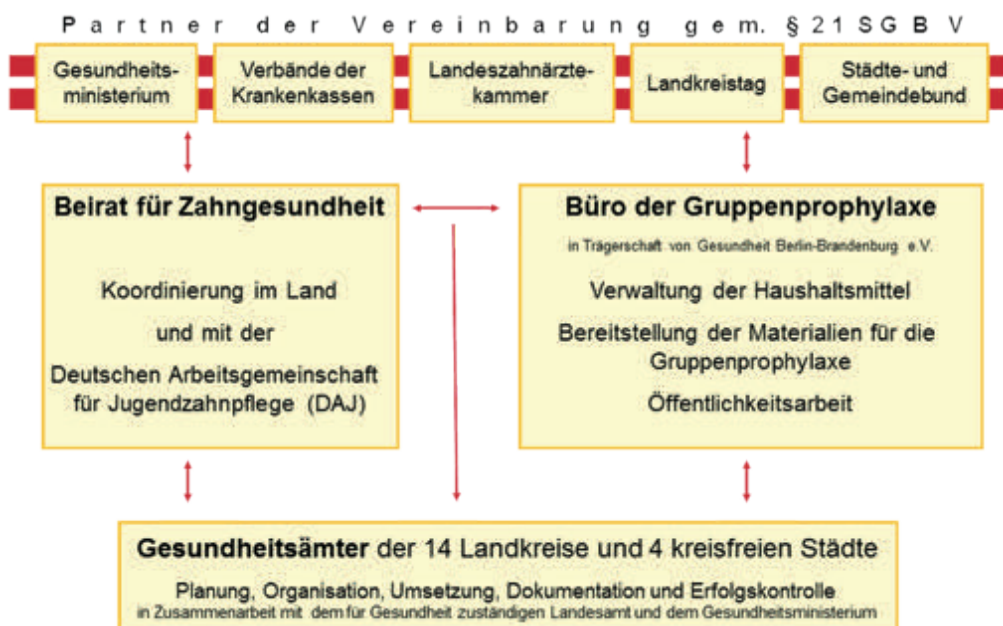


Abb. 1: Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg

Die Basis für die Umsetzung der Gruppenprophylaxe ist das vom Beirat für Zahngesundheit erarbeitete, jährlich fortgeschriebene und von den Partnern der Vereinbarung beschlossene „Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg“. Weitere Grundlagen bilden landesrechtliche Bestimmungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Kita- und Schulbereich

sowie der „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste zur standardisierten Durchführung und Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen und Umsetzung präventiver Maßnahmen zahnmedizinischer Betreuungsprogramme“ (MASGF Brandenburg 2015).

Die Dokumentation und Analyse der präventiven Arbeit wird schuljährlich nach vereinbarten Kriterien im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung durchgeführt. Prophylaxemaßnahmen werden einheitlich erfasst und die Ergebnisse der standardisierten zahnärztlichen Untersuchungen geben Aufschluss über die Entwicklung der Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen. Das Landesamt für Gesundheit koordiniert die Gesundheitsberichterstattung in Abstimmung mit dem Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst, führt die Angaben aus den Landkreisen und kreisfreien Städten auf Landesebene zusammen und übermittelt sie dem Gesundheitsministerium. Das Ministerium informiert jährlich die Partner der Vereinbarung zur Gruppenprophylaxe sowie die DAJ über die Maßnahmenumsetzung und über die Entwicklung der Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Was wurde erreicht?

Das Ziel der kontinuierlichen flächendeckenden Umsetzung der Maßnahmen des 1. Prophylaxeimpulses wird mit einem Betreuungsgrad von über 90 % der Kindertagesstätten und Schulen sowie ca. 85 % der 2- bis 12-Jährigen erreicht. Nach dem Erreichen dieser Zielstellung Ende der 90-iger Jahre schloss sich der Prozess der Etablierung der zielgruppenorientierten bedarfsgerechten Intensivierung der Gruppenprophylaxe in Schwerpunkteinrichtungen und seit 2002 die Einbeziehung der Jugendlichen in Schulen, in denen das Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, an. Die Darstellung der Trends zur Mundgesundheit in kommunalen und Landesgesundheitsberichten hat diesen Prozess gesteuert.

Materialien, wie die „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für Vorschul- und Schulkinder“ (Abb.2) wurden von der Landes Zahnärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelt und werden landesweit eingesetzt. Die Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe werden in diesen Pässen vermerkt und sie begleiten die Kinder über ihre Kita- und Schulzeit bis zur Klassenstufe 6. Verbunden ist damit ein regelmäßig wiederkehrender positiver Impuls an die Eltern. Sie erhalten einen Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Kinder und praktische Tipps. Eine Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten der Familien ist zu beobachten. Das Bonusheft, das anschließend ab dem 12. Lebensjahr in den Zahnarztpraxen ausgegeben wird, hat durch diese „Vorläufer“ ein anderes Selbstverständnis erlangt.

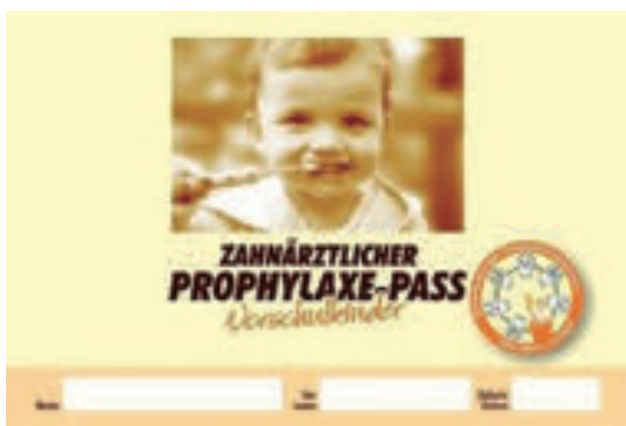


Abb. 2: Zahnärztliche Prophylaxepässe für Vorschulkinder und für Schulkinder

Mundgesundheit ist Kindergesundheit!

Die Mundgesundheit ist integraler Bestandteil der Kindergesundheit, eine Tatsache, die auch in der Gesundheitsberichterstattung in Brandenburg Berücksichtigung findet. Der Bericht „Wir lassen kein Kind zurück“ (MASGF Brandenburg 2007) ist hierfür ein Beispiel. Der im Jahr 2008 veröffentlichte Spezialbericht „Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen“ (MASGF Brandenburg 2008) zeigt Trends zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen auf und enthält Aussagen zur gesundheitlichen Versorgung sowie Strukturen im Land Brandenburg.

Dass die Milchzahnkaries eine besondere Herausforderung ist und ein Problem für die gesundheitliche Entwicklung der Kleinkinder darstellt, ist ein weiterer Schwerpunkt des Berichts. In der Folge ging das Gesundheitsministerium mit der Universität Jena in einem Kooperationsprojekt der Fragestellung nach, welche Faktoren das Auftreten der frühkindlichen Karies beeinflussen und wie weit verbreitet sie ist. Zahnärztliche Untersuchungsdaten von Kleinkindern und Angaben ihrer Eltern zum Gesundheitsverhalten wurden dazu erfasst, ausgewertet und 2012 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht. Es konnte gezeigt werden, dass sich der Kariesbefall auf eine kleine Gruppe von Kindern konzentriert und der Sanierungsgrad gering ist. Hauptrisikofaktoren für das Entstehen der frühkindlichen Karies sind das Gesundheitsverhalten der Eltern mit der nächtliche Fläschchengabe gefolgt vom Sozialstatus und dem Alter der Kinder. Individuelle Beratungsangebote und intersektorale Präventionsprogramme unter Einbeziehung der Bezugspersonen der Kinder, wie zum Beispiel „Kita mit Biss“, sollten daher rechtzeitig beginnen und notwendige Sanierungsleistungen erfolgen. Diese Erkenntnisse sind in das Handlungsfeld „Mundgesundheit“ im Bündnis „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ eingeflossen und haben die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern positiv beeinflusst.

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg

Im Rahmen der Etablierung von Gesundheitszieleprozessen in Deutschland (GVG 2010) hat das Gesundheitsministerium im Land Brandenburg thematisch verschiedene Prozesse initiiert.

Der Gesundheitszieleprozess zur Kindergesundheit hat einen hohen Stellenwert für die Entwicklung einer Familien- und Kinderfreundlichkeit im Land und wird unter dem Vorsitz der Gesundheitsministerin geführt. Kindern möglichst gleiche Chancen für ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und gesundheitliche Ungleichheiten zu minimieren, ist das Ziel, dem sich über 60 Akteure inner- und außerhalb des Gesundheitswesens seit 2003 verpflichtet haben. Zielstellungen und Maßnahmenkataloge haben die Akteure der Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung, Mundgesundheit, Unfall- und Gewaltprävention sowie Seelische Gesundheit in Arbeitsgruppen beraten und im Plenum, das alle zwei Jahre stattfindet, beschlossen. Es ist gelungen, Mundgesundheit als Teil der Kindergesundheit verstärkt ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Ergänzend zu den Informationen über Trends der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen wurde im Bündnis die besondere Situation der Kleinkinder und die Auswirkungen der frühkindlichen Karies auf ihre gesundheitliche Entwicklung thematisiert. Neue Kooperationspartner, wie Gynäkologen sowie die Netzwerke Gesunde Kinder und Gesunde Kita, konnten in diesem Prozess mit beständiger Sach- und Überzeugungsarbeit gewonnen werden.

Gynäkologen und Zahnärzte als Partner

Ausgehend von den positiven Erfahrungen mit den Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässen für Vorschul- und Schulkinder hat der Präventionsausschuss der Landes Zahnärztekammer im Jahr 2005 den Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass „Mutter & Kind“ entwickelt. Er beinhaltet auf die Schwangerschaft zugeschnittene Informationen und Hinweise für die Mundgesundheit des Kindes in den ersten beiden Lebensjahren und konkrete Empfehlungen. Zwei Mal während der Schwangerschaft zum Zahnarzt zu gehen und das Kind erstmals zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat in der Zahnarztpraxis vorzustellen, soll frühzeitig eine zielgerichtete umfassende Beratung und ggf. notwendige Behandlung ermöglichen. Um einen breiten Verteilerkreis zu erreichen, hat die Landes Zahnärztekammer Brandenburg mit der Kassenärztlichen Vereinigung Land Brandenburg vereinbart, dass die Gynäkologen den Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass „Mutter & Kind“ zusammen mit dem Mutterpass ausgeben.

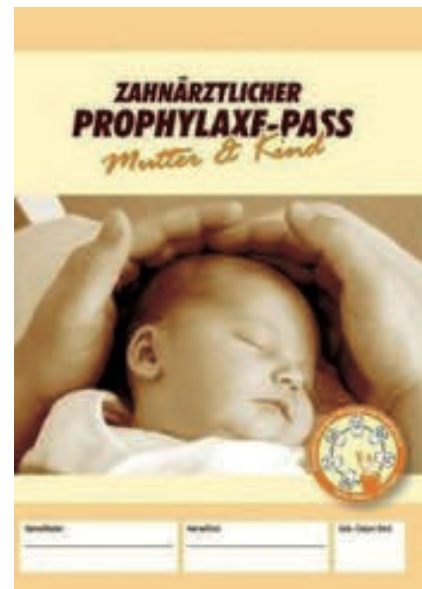


Abb. 3: Zahnärztlicher Prophylaxe-Pass „Mutter & Kind“

Familienpaten setzen sich für gesunde Kinderzähne ein

Das finnische Prinzip „Für jedermann und überall“ war 2006 der Grundgedanke für den Aufbau des ersten regionalen „Netzwerkes Gesunde Kinder“. Inzwischen gibt es in nahezu allen Regionen des Landes solche Netzwerke (Netzwerk Gesunde Kinder 2015). Geschulte ehrenamtliche und professionell koordinierte Paten begleiten junge Familien. Das ist ein niedrigschwelliges Angebot an alle Familien während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in den ersten drei Lebensjahren des Kindes. Die Familienpaten arbeiten in Netzwerken mit Hebammen, Frauen- und Kinderärzten, Schwangerenberatungsstellen, dem Jugend, Sozial- und Gesundheitsamt in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen zusammen. Seit 2009 gehört das Modul „Unser Kind zeigt Zähne – Mundgesundheit von klein auf“ zum Schulungscurriculum der Familienpaten.

Zielstellungen zur Mundgesundheit

Zielorientiertes Handeln ist ein Charakteristikum der Brandenburger Gruppenprophylaxe. Erste Zielstellungen zur Mundgesundheit wurden 2003 für das Jahr 2010 vereinbart und anlässlich des 20. Tages der Zahngesundheit für drei Altersgruppen vorgestellt.

63 % der fünf Jahre alten Kita-Kinder hatten kariesfreie Gebisse und 12 Jahre alte Schüler/innen hatten weniger als einen bleibenden Zahn mit Karieserfahrung (DMF-T 0,8). Zum Zeitpunkt der Zielvereinbarung hatten nur 53 % der Fünfjährigen kariesfreie Gebisse und der DMF-T-Wert der 12-Jährigen lag noch bei 1,4. Auch bei den 15-jährigen Jugendlichen war eine Verbesserung der Mundgesundheit feststellbar, der DMF-T-Index hatte sich von 3,3 auf 1,9 reduziert.

Ein deutlicher Kariesrückgang und messbarer Gesundheitsgewinn konnte auch bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus erreicht werden. Er fiel jedoch im Milchgebiss niedriger aus als im bleibenden Gebiss. Der nahezu unverändert hohe Behandlungsbedarf von 25 % bei Fünfjährigen zeigte, dass die zahnärztliche Versorgung kariöser Milchzähne unzureichend war.

Folgende Schlussfolgerungen wurden gezogen:

- Bei Kindern und Jugendlichen ist ein Gesundheitsgewinn durch einen deutlichen Kariesrückgang zu verzeichnen. Die Ausprägung ist von der sozialen Lage abhängig.
- Die flächendeckenden präventiven Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe im Setting Kita und Schule sind effektiv, effizient, gleichen sozialspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen aus und leisten so einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit.
- Das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg hat deutlich gemacht, dass Kindergesundheit auch Mundgesundheit ist.
- Die Kontinuität der Betreuung ist zu sichern, Netzerkennung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind weiter zu entwickeln.

Die Karies im Milchgebiss zu reduzieren und an die Erfolge der Kariesprophylaxe anzuknüpfen, die im bleibenden Gebiss erzielt wurden, wurde ein Schwerpunkt, der sich auch in der Neuausrichtung der Gruppenprophylaxe widerspiegelte. Im Jahr 2010 wurde damit begonnen, Kinder unter zwei Jahren in die gruppenprophylaktische Betreuung einzubeziehen und die Arbeit mit ihren Eltern, Erzieherinnen und Erziehern zu intensivieren. Eine erste Bilanz wurde nach fünf Jahren gezogen. Hatten 2010 noch 20 Prozent der Dreijährigen kariöse Milchgebisse, waren es 2015 nur noch rund 10 Prozent.

Ausblick

Die Partner der Vereinbarung zur Gruppenprophylaxe haben bis zum Jahr 2020 Mundgesundheitsziele vereinbart. Sie zeigen in welche Richtung die Akteure gehen werden, um die Mundgesundheit der Brandenburger Kinder und Jugendlichen weiter zu verbessern. Die globale Zielstellung lautet: „Unabhängig von ihrer sozialen Herkunft haben Kinder und Jugendliche gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten.“ Konkretisierungen gibt es für die Altersgruppen der 3-, 5-, 12- und 15-Jährigen. Sie sind unter www.buendnis-gesund-aufwachsen.de nachlesbar.



Abb. 6: Logo der Brandenburger Gruppenprophylaxe

Vernetzung durch fachübergreifendes und interdisziplinäres Arbeiten entwickelt sich. Transparenz und Austausch sind dabei wichtig. Die Internetseite www.brandenburger-kinderzaehne.de ist hierfür eine Plattform. Sie informiert Eltern, Erzieher, Lehrer, Interessierte und Akteure über verschiedenen Themen zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und die gruppenprophylaktischen Aktivitäten im Land Brandenburg.

Literatur

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2015). Deutlicher Rückgang der Milchzahnkaries. Pressemitteilung 030/2015. <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.390910.de>; Zugriffsdatum: 05.01.2016.

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MUGV) (2015): Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste zur standardisierten Durchführung und Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen und Maßnahmen zahnmedizinischer Betreuungsprogramme. 4. Ausgabe.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) des Landes Brandenburg (2007): Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5, URL: http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/wir_lassen_kein_Kind_zurueck_Brb_2007.pdf; Zugriffsdatum: 20.11.2015.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) des Landes Brandenburg (2008): Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen. Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 6, URL: http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Mundgesundheitsbericht.pdf; Zugriffsdatum: 20.11.2015.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft- und -gestaltung (GVG) (2010): Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. URL: <http://gesundheitsziele.de>; Zugriffsdatum: 20.11.2015.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. / Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (2008): Geschäftsordnung für das Bündnis Gesund Aufwachsen. URL: http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/sonstiges/geschaeftsordnung_fuer_das_bga.html; Zugriffsdatum: 20.11.2015.

Netzwerk Gesunde Kinder e. V. (2015): Gut behütet ins Leben starten - Familien in besten Händen. URL: <http://www.netzwerk-gesunde-kinder.de/netzwerke.html>; Zugriffsdatum: 20.11.2015.

Springer Medizin (2012): Bundesgesundheitsblatt, Heft 11/2012. URL: <http://www.springermedizin.de/bundesgesundheitsblatt-2012-11-12/3599586.html>. Zugriffsdatum: 20.11.2015.

Weiterführende Literatur

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de

www.brandenburger-kinderzaehne.de

www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

Workshop 1a

Altersgerechte und kindorientierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe für die Kleinsten

Sonja Alberti

Im Workshop wurden die wichtigsten Entwicklungsschritte von Kindern nach der Geburt bis zu ihrem dritten Geburtstag vorgestellt. Im Detail wurde auf die Bereiche Motorik, Sprache, Kognition, emotional-soziale Entwicklung und Persönlichkeit eingegangen. Vorgestellt wurden auch die **sieben Grundbedürfnisse von Kindern** nach Brazelton / Greenspan (2002).

Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein:

1. Das Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen.
2. Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit.
3. Das Bedürfnis nach individuellen Erfahrungen.
4. Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen.
5. Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen.
6. Das Bedürfnis nach stabilen und unterstützenden Gemeinschaften.
7. Das Bedürfnis nach einer sicheren Zukunft für die Menschheit.

Als die wichtigsten Bedürfnisse in der frühen Kindheit wurden folgende Themen besprochen und anhand von Beispielen verdeutlicht:

- Bindung, emotionale Sicherheit, Geborgenheit
- Orientierung und Kontrolle
- Autonomiebestreben und Identitätsentwicklung
- Zugehörigkeit und Kommunikation

Im Workshop wurden folgende Fragen in Bezug auf die vermittelten Inhalte besprochen:

- Welche Konsequenzen können aus dem Wissen über Bindung und emotionale Sicherheit für Ihre Arbeit in der Kita gezogen werden?
- Wie können Sie das Autonomiebestreben der Kinder unterstützen?
- Wie können Sie den Kindern auch nonverbal und paraverbal vermitteln, dass Zähneputzen eine spannende Angelegenheit ist?

Der Austausch der Teilnehmerinnen zu diesen Fragen untereinander, aber auch im Dialog mit der Referentin, machte deutlich, welche Konsequenzen das Wissen über die Entwicklung der Kinder für die Situation der Gruppenprophylaxe haben sollte.

Kinder in den ersten drei Lebensjahren in Kita und Tagespflege

Für Kinder, die neu in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen werden, sind folgende Themen von großer Bedeutung:

- Eigene Bedürfnisbefriedigung muss neu reguliert werden.
- Räumliche und zeitliche Strukturen und wechselnde Bezugspersonen kennen- und ertragen lernen.
- Sozialverhalten erlernen.
- Mit anderen spielen, sich vergleichen und abgrenzen.

Es kann also für die Gruppenprophylaxe-Fachkraft von Bedeutung sein zu wissen, wie lange ein Kind in der Kita bereits betreut wird, um einschätzen zu können, wie stark das Kind mit diesen Themen noch beschäftigt ist. Autonomiebestreben und Identitätsentwicklung sind für die Kinder sehr wichtig. Sie möchten am liebsten alles alleine machen und können, wenn dies nicht gelingt, in emotionale Tiefen stürzen. Darauf sollten Erwachsene, die mit Kindern in diesem Alter zu tun haben, vorbereitet sein.

Sozialisation und Gesundheitsförderung von Kindern

Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, SGB VIII, hier §1, Abs. 1 hat jedes Kind ein „... Recht auf Förderung seiner Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“

Unter Eigenverantwortung wird verstanden, dass dem Kind

- Kenntnisse und Haltungsentwicklung zum Umgang mit der eigenen Körperlichkeit,
- Kenntnisse und Fertigkeiten der Selbstversorgung und Hygiene sowie
- Kompetenzen zur Regulation körperlicher Bedürfnisse vermittelt werden.

Unter Gemeinschaftsfähigkeit verstehen wir, dass Kinder

- den kulturellen Normen entsprechenden Umgang mit dem eigenen Körper (Hygieneverhalten, Selbstregulation),
- Achtung vor der Unversehrtheit anderer Körper und
- Motivation zur Gesunderhaltung des eigenen Körpers erlernen.

Die Gesundheitsförderung von Kindern ist für Kitas und Tagespflegestellen also eine wichtige Aufgabe! Die Umsetzung dieser Förderung gelingt am besten durch:

■ Lernen am Modell

Bezugspersonen sind als Verhaltensmodelle die Schlüsselfiguren. Zuerst: Mama, Papa, ältere Geschwister, Großeltern. Dann: Erzieherinnen und Erzieher, Peers, Trainerinnen und Trainer, Lehrerinnen und Lehrer. Bezugspersonen und Vorbilder sind die Grundlage für richtiges gesundheitsförderndes Verhalten.

■ **Lernen durch Verstärkung**

Bezugspersonen kommunizieren, demonstrieren und werten gezeigtes Verhalten.
Feedback entscheidet über Verstärkung oder Vermeidung von gezeigtem Verhalten.

■ **Lernen durch Übung, Wiederholung, Ritualisierung**

Dies betrifft alle motorischen Fertigkeiten der Selbsthygiene und Selbstversorgung.
Damit verbundene Anstrengung muss sich lohnen.

Im Workshop wurden diese Lernformen besprochen und deren Einsatzmöglichkeiten in der Gruppenprophylaxe betrachtet.

Kommunikation mit Kleinkindern

Angemessene Kommunikation mit Kleinkindern heißt:

- ➔ Auf ein freundliches Gesicht achten.
- ➔ Blick des Kindes nutzen.
- ➔ Aufnehmende Antworten geben.
- ➔ Ruhige, sprachliche Untermalung kündigt die folgende Handlung an = „Sprachbad“.
- ➔ Körperkontakt kann beruhigen.
- ➔ Das Kind loben.

Diese Kommunikationsregeln im Umgang mit (meist) fremden Kleinkindern zu beachten, bedeutet, einen Zugang zu den Kindern finden zu können.

Konsequenzen für die Zahnpflege kleiner Kinder

Zusammenfassend lassen sich aus den gewonnenen Erkenntnissen über die Entwicklung und Bedürfnisse von Kindern unter drei Jahren (vgl. Beitrag Jasmund) für die Gruppenprophylaxe mit diesen Kindern wichtige Verhaltensregeln ableiten:

- ➔ **Fremde Personen sind keine sichere Basis!**
Angstsituationen vermeiden; Körpersprache der Kinder beachten; Kinder müssen ihre Bezugsperson spüren, sehen und hören (nicht ohne sie ins Bad!).
- ➔ **Fremde Personen sind keine Modelle.**
Eltern, Erzieher/innen, ältere Kinder als Verhaltensmodelle (im Waschraum) nutzen.
- ➔ **Eigenaktive Erkundung und „AHA-Momente“ ermöglichen.**
Kindliche Neugier ansprechen (Hantieren mit Material); jedes Kind selbst entdecken und ausprobieren lassen; besonders benachteiligte Kinder berücksichtigen!
- ➔ **Kinder unter drei Jahren sind Egoisten!**
Mit kleinen Gruppen arbeiten (2 bis maximal 4 Kinder); individuelle Ansprache notwendig; jede/r muss mitmachen dürfen!
- ➔ **Aufmerksamkeitsfähigkeit beachten.**
Aufmerksamkeitsspanne liegt bei 5 bis 15 Minuten; eigenes Tun unterstützt längere Konzentration; neue Reize lenken ab.

- ➔ **Aufmerksamkeitsfokussierung auf eine Aktion.**
Singen und Putzen ist zu viel; Kinder müssen alle Kommunikationssignale einholen und die redende Person anschauen; gleichzeitig etwas zu tun, geht dann nicht.
- ➔ **Kognitives Verständnis berücksichtigen.**
Lange Erklärungen vermeiden; warum die Kinder etwas tun sollen, ist ihnen völlig egal; es wird spannend, wenn ihre (Verhaltens-)Modelle es tun.
- ➔ **Feinmotorik, Koordination, Kraftdosierung, Lateralität in Entwicklung.**
Technikübungen als motorische Fertigkeit überfordern Kleinkinder; Schluckreiz z. T. noch nicht integriert; das Ritual steht im Vordergrund.

Zahnpflege zu Hause – mit Eltern gemeinsam Kinderzähne pflegen

- Was Eltern tun, ist für kleine Kinder immer gut und richtig. Eltern sind also notwendige Helfer.
- Gemeinsames Tun motiviert – wenn Kinder sehen, wie Eltern und Geschwister Zähne putzen, wollen sie dies mitmachen.
- Nicht die Technik ist wichtig, sondern das Ritual. Nicht reden und verbessern, sondern lernen durch Nachmachen.
- Loben macht Kinder und Eltern stolz und verstärkt ihre Mitarbeit.

Die wichtigste Schlussfolgerung könnten wir so benennen: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, die man mit logischen Argumenten überzeugen kann. Daher sollte immer beachtet werden, dass

- Emotionen dominieren;
- Angstsituationen unbedingt vermieden werden sollten, denn diese werden gespeichert;
- Kinder Lob und Bestätigung brauchen, bei allem was sie richtig tun;
- Bezugspersonen (Eltern und Erzieher/innen) Modelle und „sichere Häfen“ in neuen und beängstigenden Situationen sind.

Literatur

Brazelton & Greenspan (2002): Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern.

Jasmund, C. (2014): Expertise zur Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege, im Auftrag der DAJ, Düsseldorf, unveröffentlicht. Stand 2014.

Workshop 1b

Altersgerechte und kindorientierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe für die Kleinsten

Alexandra Ferranti

Anmerkung der Redaktion: der nachfolgende Beitrag knüpft an Zusammenfassungen und Diskussionsergebnisse des vorangegangenen Workshops von Frau Alberti (s. o.) zum Thema „Altersgerechte und kindorientierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe für die Kleinsten“ an. Beide Referentinnen – sowohl Frau Alberti als auch Frau Ferranti – haben sich an die Expertise zur Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege von Prof. Dr. Christina Jasmund (2014) angelehnt. Die einzelnen Ergebnisse dieses Workshops werden aus diesem Grund an dieser Stelle nicht mehr explizit beschrieben, sondern können dem Handout von Frau Alberti entnommen werden. Aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit (Leiterin eines Familienzentrums) hat Frau Ferranti den Workshop aus einem praxisbezogenen Blickwinkel geführt, der im Folgenden dargestellt wird.

Kurzbeschreibung des Workshops

Dieser Workshop liefert anhand ausgewählter Praxisbeispiele einen fundierten Überblick über eine altersgerechte und kindorientierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe für kleine Kinder in der Kita oder der Tagespflege. Dabei werden sowohl zielgruppenspezifische Bedürfnisse als auch entwicklungspsychologische Merkmale berücksichtigt. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den spezifischen Anforderungen für die Altersgruppe der ein- bis dreijährigen Kinder und den damit verbundenen Unterschieden zur bisherigen Arbeit mit älteren Kita-Kindern. Der Workshop trägt zur Reflexion der eigenen Praxis bei und bietet des Weiteren Impulse sowohl für den kindgerechten Einsatz von Medien als auch für das didaktisch-methodische Vorgehen im Allgemeinen.

Theoretische Fundierung des Workshops

Von Geburt an entdecken Kinder eigenaktiv, neugierig und auf unterschiedlichen Lernwegen ihre Umwelt; dafür benötigen sie vielseitige (Bildungs-) Angebote, Reize und Impulse. Sie lernen ihre Umwelt über das Ergreifen, Begreifen, Erfassen und Verstehen kennen, ordnen und strukturieren Erfahrungen, weisen diesen Bedeutungen zu und reagieren darauf. Neben der Integration der Sinne, den Emotionen sowie dem sozialen Austausch kommt der individuellen Sinnfindung eine wesentliche Bedeutung zu. Kinder sind somit „aktive Gestalter ihrer Bildungsprozesse“ (Braun 2011), die sich nicht nur ein Bild von der Welt gestalten, sondern in diesem Prozess auch innere Strukturen entwickeln, die der Selbstfindung dienen. „Das Kind ist somit Konstrukteur seiner Welt und seines Selbst“ (ebd.) und verbindet seine inneren Bilder von der Welt und seiner selbst zu einem Gesamtbild.



Abb. 1: „Puzzle-Kind“ nach Bender-Körber & Hochlehnert (2006)

Daraus lässt sich schließen, dass Bildung stets ein Selbstbildungsprozess ist, der vom Individuum aktiv über ästhetische⁶ Erfahrungen vollzogen wird.

Gemäß der sozialökologischen Betrachtungsweise nach Bronfenbrenner macht und erfährt das Kind in den Systemen Familie (informeller Bildungsort) und Kindertageseinrichtung (non-formaler Bildungsort) unterschiedliche Erfahrungen und Angebote, die in bedeutsamer Wechselwirkung zueinander stehen. Die durch das Kind erworbenen Kenntnisse aus einem System werden in Wechselwirkung auf das andere übertragen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Aspekt der wechselseitigen Wirkung von Systemen von erheblicher Bedeutung ist.

Zur Struktur des Workshops

- Hinführung zum Thema
- Thematische Auseinandersetzung
- Zusammenfassung der Ergebnisse
- Transfer und Ausklang
- Sozialform: Plenum, Einzel- als auch Teilgruppenarbeiten

Verlaufsplanung

Im Nachfolgenden werden die wesentlichen didaktischen-methodischen Schritte des Workshops dargestellt.

Hinführung zum Thema

- Begrüßung durch die Referentin
- Vorstellungsrunde und Einstimmung auf den Workshop

Jede Teilnehmerin zog aus einer Schachtel ein Puzzleteil (vgl. Bender-Körber & Hochlehnert 2006). Die Beteiligten sollten alsdann Assoziationen (Brainstorming) zu dem Workshop-Thema finden und diese auf dem gezogenen Puzzleteil notieren. Das entstandene Bild visualisierte die Ganzheitlichkeit von Kindern. Gleichfalls wurde deutlich, dass jede Teilnehmerin einen Impuls zur thematischen Auseinandersetzung mitbringt.



Abb. 2: Aufgabenschachteln

⁶ Der Begriff der Ästhetik leitet sich aus dem griechischen Wort Aisthesis ab. Unter Aisthesis wird die „sinnliche Wahrnehmung“ (Dietrich u. a., 2012, 16) verstanden und unter Ästhetik die „Wissenschaft vom Schönen oder die Philosophie der Kunst“ (ebd.). Das Adjektiv „ästhetisch“ steht für die Begrifflichkeiten stilvoll, schön, geschmackvoll und ansprechend, beschreibt damit die Art und Weise der Wahrnehmung und dient der Charakterisierung von Gegenständen (vgl. Dietrich u. a., 2012, 16). Demnach wird unter Ästhetik bzw. ästhetisch nicht die sinnliche alltägliche Wahrnehmung (Aisthesis) verstanden, sondern „die Wahrnehmung, die selbst als sinnliche Tätigkeit bewusst“ wird (Borg, o. J., 5).

Hauptteil

- Entwicklungsbesonderheiten in den ersten drei Lebensjahren wurden besprochen, mit kurzen Filmsequenzen untermalt und dem Schaubild als Begrifflichkeiten beigelegt (vgl. Kasten 2011):
 - **Motorik** (z. B. Entdeckung des eigenen Körpers, Entwicklung seiner Möglichkeiten, individuelle Entwicklungsunterschiede, Koordination von Körperbewegungen und Bewegungsabläufen, große Freude an Bewegung, motorische Entwicklung steigert die kindliche Autonomie, etc.);
 - **Sprache** (z. B. individuelle Entwicklungsunterschiede, vorsprachliche Phase, Sprachphasen, Benennungsexplosion, Wechsel von der 3. Person – Ich, etc.);
 - **Kognition** (z. B. Entwicklung innerer Bilder, Erkennen von Zusammenhängen, Denkstrukturen ausbilden, etc.);
 - **Sozial-emotionale Entwicklung** (z. B. tiefgreifende Verhaltensveränderungen; Das Erkennen des eigenen Spiegelbildes ca. 18. Lebensmonat, Trotzreaktionen, hohes Interesse am sozialen Austausch, an anderen Kindern, etc.).
- Die Befriedigung der Grundbedürfnisse gilt als Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung, und sowohl das körperliche, als auch das psychische Wohlbefinden eines Menschen ist daran gebunden (vgl. Bertelsmann Stiftung 2011 D). Ein Bedürfnis entsteht durch einen „Mangel bestimmter Elemente in der Umwelt. Dieser Mangel wird vom Individuum als Spannung empfunden, im physiologischen Sinn als Mangelzustand im Organismus (Hunger, Durst) bzw. im psychologischen Sinn als Mangel an bestimmten Verhaltenskontakten (Erfolgserlebnisse, Zuneigung, Liebe, Schutz, Geborgenheit)“ (Stangl 2014). Bedürfnisse sind immer mit Emotionen verbunden und streben nach einer individuellen Befriedigung. Dafür lösen sie spezifische Motivation zum Handeln aus. In der Literatur finden wir neben den hierarchischen gleichwohl auch sogenannte Konsistenz-Theorien. Die hierarchischen Bedürfnistheorien (z. B. das Konzept der Bedürfnispyramide nach Maslow) gehen von der Grundannahme aus, dass der Mensch in seinem Verhalten von strukturierten Bedürfnissen, die eine bestimmte Rangfolge innehaben, geführt wird. Grawe (2004) zählt zu den Vertretern der Konsistenztheorie. Seine Theorie beschreibt vier menschliche Grundbedürfnisse, die von Geburt an angelegt sind und lebenslang nach Bedürfnisbefriedigung streben. Folgende Grundbedürfnisse sind benannt: Orientierung/ Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung/Selbstschutz (vgl. Jasmund 2014).
- Im Nachfolgenden erkundeten die Teilnehmerinnen in Kleingruppen Bedingungen, die ermutigen, Neues auszuprobieren. Dafür setzten „sie sich mit den Bedürfnissen von Kindern und Erwachsenen auseinander, deren Befriedigung Voraussetzung dafür ist, in Explorationsverhalten und Kommunikationsprozesse einzutreten“ (Bertelsmann Stiftung 2011 D). Die Aufgabenstellung für die Workshop-Teilnehmerinnen verbarg sich in Geschenkschachteln. Neugier wurde als Bedingung erlebt!

Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten wurden im Plenum visualisiert und miteinander besprochen.

- Folgend wurden die Bedürfnisse der frühen Kindheit erläutert (vgl. Jasmund 2014):
 - **Bindung, emotionale Sicherheit, Geborgenheit:** Safe place (sichere Basis), ohne Bindung keine Bildung;
 - **Orientierung und Kontrolle** („Die Welt entdecken“): Explorationsverhalten nur möglich, wenn das Bindungsbedürfnis gestillt ist, Rituale, Imitationsfähigkeit, Lernen am Modell;
 - **Zugehörigkeit und Kommunikation** („Teil der Gruppe werden“): Eingewöhnung, Pflege und Zuwendung, Tagesgestaltung, Spielen, paraverbale und nonverbale Signale;
 - **Autonomiestreben und Identitätsentwicklung** („Auf dem Weg zum Selbst“): u. a. auch das Erlernen von sozialräumlichen Interaktionsverhalten (Proxemik).
- **Übung: „Komm her – geh weg!“**

„Die Teilnehmer/innen sollen durch eigene Wahrnehmung und Erfahrung für einen achtsamen Umgang mit Nähe und Distanz bei Kindern sensibilisiert werden“ (Bertelsmann Stiftung 2011 A). Die Teilnehmerinnen tauschten sich über folgende Fragestellungen aus:

„In welchen Situationen nehme ich zu einzelnen Kindern Körperkontakt auf?“

„Wodurch und durch wen wird der Körperkontakt ausgelöst?“

„Wodurch signalisiert ein Kind, ob es Körperkontakt möchte oder nicht?“ (ebd.).
- Dem Plenum wurde anhand von Fotomaterial ein Praxisbeispiel „Gruppenprophylaxe im Elementarbereich“ vorgestellt. Anschließend wurde in Kleingruppen das Praxisbeispiel von den Teilnehmerinnen unter Einbeziehung der zuvor kennengelernten theoretischen Aspekte hinterfragt und reflektiert. Jede Untergruppe bekam dazu einen ausgewählten Fokus, der sich an den Entwicklungsbesonderheiten in den ersten drei Lebensjahren (Motorik, Kognition, Sozial-emotionale Entwicklung) orientierte. Die Ergebnisse wurden erneut im Plenum vorgestellt und miteinander diskutiert.
- Ein Fazit bzw. Ableitungen und Konsequenzen für eine altersgerechte und kindorientierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe für kleine Kinder konnten gezogen werden (s. Beitrag Alberti).
- Um die Gesundheitsförderung von Kindern zu unterstützen, wurden unterschiedliche Lernformen kurz dargestellt: **Lernen am Modell, Lernen durch Verstärkung, Lernen durch Übung, Wiederholung, Ritualisierung.**
- Die Teilnehmerinnen beschäftigten sich des Weiteren noch mit dem Themenfeld der entwicklungsgerechten Ansprache.
- **Übung „Gießkannenspiel“**

„Die Teilnehmer/innen sollen Merkmale eines Gesprächsverhaltens anschaulich erleben können, die sich entweder störend oder auch fördernd auf die Kommunikation auswirken“ (Wendlandt 1992). Die Übung wurde im Plenum ausgewertet und ein Fazit für eine angemessene Kommunikation gezogen (s. Beitrag Alberti).

Abschluss

- Ausklang „Nächster Schritt“: Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, ihren individuellen größten Gewinn aus dem Workshop zu überlegen und den nächsten wichtigsten Schritt für ihre Praxis zu formulieren. Ein Wort oder ein individuelles Symbol konnte dafür auf einen „Ankerstein“ (Kieselstein) geschrieben / gemalt werden. (Strötges 2003).
- Der Ankerstein gilt als Hilfestellung für die Transferleistung vom Workshop in die Praxis.
- Verabschiedung der Teilnehmerinnen.

Literatur

Bender-Körper, B., Hochlehnert, H. (2006): Elternzentriertes Konzept zur Förderung des Spracherwerbs. Handbuch zur Durchführung von Elternworkshops. Dortmund: Borgmann Media.

Bertelsmann Stiftung, Staatsinstitut für Frühpädagogik (Hrsg.) (2011 A): Wach, neugierig, klug – Kompetente Erwachsene für Kinder unter 3, Modul A: Starke Kinder. Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung, Staatsinstitut für Frühpädagogik (Hrsg.) (2011 D): Wach, neugierig, klug – Kompetente Erwachsene für Kinder unter 3, Modul D: Gesunde Kinder. Gütersloh.

Borg, K. (o.J.): Ästhetische Bildung. nife-Themenheft Nr. 7. Osnabrück.

Braun, D. (2011): Kreativität in Theorie und Praxis. Bildungsförderung in Kita und Kindergarten. Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag.

Dietrich, C., Krininger, D., Schubert, V. (2012): Einführung in die Ästhetische Bildung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Jasmund, C. (2014): Expertise zur Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege, im Auftrag der DAJ, Düsseldorf, unveröffentlicht. Stand 2014.

Kasten, H. (2011): 0-3 Jahre. Entwicklungspsychologische Grundlagen. Berlin.

Stangl, W. (2014): Lexikon für Psychologie und Pädagogik, Stichwort „Bedürfnis“, URL: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MOTIVATION/Beduerfnisse.shtml>, Zugriff am 12.12.2014.

Strötges, G. S. (2003): Lustvoll Gruppen leiten. Ein Leitfaden für die Bildungsarbeit mit Frauen. Bergisch Gladbach.

Wendtlandt, W. (1992): Forum Logopädie. Sprachstörungen im Kindesalter. Stuttgart, New York: Thieme.

Workshop 2

Alles mit dem Mund! Das orofaziale System und seine Bedeutung in der kindlichen Entwicklung

Esther Häner
Corinne Borer
Dr. h.c. Susanne Codoni

So unterschiedlich und einzigartig ein Mensch sein kann, so verschieden sind die Körperhaltungen, die es zu beobachten gibt: Wie steht die Person? Auf einem Bein, auf beiden Beinen, gebückt, im Lot? Mit einer Lordose, einer Kyphose, usw.? Die Aufzählung kann ins Unendliche gehen. Die Anforderung an eine gute Haltung ist, dass die Person bestimmte Körperpartien in der physiologischen Ausrichtung beibehalten kann.

Mögliche Ursachen einer schlechten Körperhaltung:

- allgemeines Unwohlsein
- Schmerzen im Bewegungsapparat
- Bewegungseinschränkungen
- alte oder neue Traumen und Verletzungen
- leichte oder schwere Pathologien

Darüber hinaus widerspiegelt sich die emotionale Verfassung einer Person in ihrer Körperhaltung:

- vorhandenes oder fehlendes Selbstvertrauen
- das Gefühl von Kraft oder Schwäche kräftig
- Motivation, Demotivation
- Sicherheit, Entspannung, Angst, Anspannung, etc.

Im Verlauf eines Lebens verändert sich die Körperhaltung sehr stark. Am meisten in den verschiedenen Kinder- und Jugendaltersstufen. Jane Johnson, MSc, Physiotherapeutin und Sportmasseurin, beschreibt in ihrem Buch „Haltungsanalyse Schritt für Schritt in Wort und Bild“ (2013) die anteriore Standardhaltung⁷. Vor der Beurteilung einer Haltung geht es darum, Informationen zu sammeln, diese mit den vorgegebenen Basiswerten zu vergleichen und die Resultate in die ganzheitliche Behandlung einzubringen.

k-o-s-t®, Körperorientierte Sprachtherapie nach Susanne Codoni, ist ein umfassendes, ganzheitliches Basiskonzept, welches unter Berücksichtigung biologischer, neurologischer und physiologischer Grundlagen dem individuellen Entwicklungsstand und den Ressourcen des Patienten angepasst wird. Basierend auf „Vier Säulen“ ist k-o-s-t® als Grundlage für jegliches medizinisch-therapeutisches Handeln geeignet. Dabei werden die Synergien mit bestehenden, wissenschaftlich anerkannten Konzepten genutzt. Die Durchführung ist dann erfolgreich, wenn den „Vier Säulen“ des Konzeptes k-o-s-t®, von der Diagnostik bis zum Therapieabschluss, Rechnung getragen wird.

⁷ Anm. d. Red.: s. hierzu Borer & Häner (2014), S. 6

Ziele von k-o-s-t®

- individuelle Förderung von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität
- Förderung der Selbstheilungskräfte
- Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens
- körperliche Durchlässigkeit
- ausgeglichener Körpertonus
- Körperaufrichtung
- Stabilisierung des Fundaments

Durch die Erkenntnis, dass das orofaziale System in die Muskel- und Faszienketten des gesamten Körpers integriert ist, erklärt sich die Wirksamkeit der Stimulationen von k-o-s-t®. Daher ist es möglich, dass mit der Durchführung der Stimulationen an den Füßen auf das orofaziale System Einfluss genommen wird. Die Weiterleitung der Wirkung der Stimulationen erfolgt hauptsächlich über die oberflächliche Faszienkette. Da ein Hauptanteil der Bindegewebszellen in dieser Schicht miteinander verbunden ist, ist davon auszugehen, dass Berührungen und Stimulationen auf diese Weise in alle Körperregionen weitergeleitet werden.

Die „VIER SÄULEN“ von k-o-s-t®

Säule 1: Genaue Patientenbeobachtung

Es werden alle Fakten gesammelt, um weiterführende Diagnostik einleiten zu können:

- ➔ Körperhaltung: Wie ist die Kopfhaltung, Sitzposition, Mundhaltung, Zungenlage, Gangbild?
- ➔ Kontakteigenschaften: Spricht der Patient mit mir? Schaut er mich an?
- ➔ Selbst- und Fremdwahrnehmung
- ➔ Störungsbewusstsein: Wie geht die Person mit der Störung um? Ist sie sich dessen bewusst?
- ➔ Körperreaktionen: Atmung? Hautbild? Mimik?
- ➔ Stärken, Schwächen: Was ist möglich mit der individuellen Problematik neben der Schule, Beruf und anderen Therapien?



Säule 2: Weiterführende Diagnostik

Die weiterführende schulmedizinische Diagnostik, resultierend aus den Beobachtungen, beinhaltet im Wesentlichen das Erfassen aller die Person beeinträchtigenden Faktoren wie z. B.:

- ➔ Hörfähigkeit
- ➔ Hals-Nasen-Ohren-Raum: Ist ein raumgreifender Prozess vorhanden, sind die Tonsillen gross, ist ein Druckausgleich im Mittelohr möglich?
- ➔ Bewegungsdynamik



Dies bedeutet:

- ➔ multidisziplinäres Erfassen und interdisziplinäres Handeln
- ➔ individuelles, patientenorientiertes Vorgehen für zusätzlich notwendige Abklärungen (Pädiatrie, HNO, Zahnarzt, Kieferorthopädie, Neurologie, Physiotherapie, Kinesiologie und weitere)

Das Zusammenführen all dieser Informationen führt zu einem Gesamtbild und ermöglicht dadurch, die individuell notwendigen Massnahmen einzuleiten.

Säule 3: Kommunikation

Diese Säule ist ein tragendes Element, welches uns durch das gesamte System führt und sehr vielschichtig ist. Jedes Zusammenbringen von zwei Systemen, jede Begegnung ist eine Kommunikation, sei sie verbal oder nonverbal. In der Therapie findet die Kommunikation auf verschiedenen Ebenen statt:

- ➔ Patient - Therapeut
- ➔ Therapeut - behandelnde Ärzte
- ➔ Eltern/Kind - Therapeut
- ➔ Eltern - Ärzte
- ➔ Therapeut - beteiligte Disziplinen
- ➔ Eltern - Kind
- ➔ Patient - soziales Umfeld



Um diese Vielschichtigkeit nutzen zu können, muss ein gemeinsames Vokabular gefunden werden. Das bedeutet, einen gleichen gemeinsamen Nenner auf verbaler Ebene für das therapeutische Gespräch zu finden. Es bedeutet nicht, ausschließlich einer Meinung zu sein. Das Ziel besteht darin, gemeinsam nach Lösungen zu suchen und einen Weg zu finden respektive zu definieren. Aus der Kommunikation heraus entsteht der zielorientierte Therapieweg, der durch den ständigen Austausch von Informationen unter den beteiligten Partnern laufend der neuen Situation angepasst wird.

Säule 4: Funktionelle Stimulationen

Diese Säule subsummiert alle gesamtkörperlich wirkenden Funktionsstimulationen = körperorientierte Therapie-Arbeit am Patienten. Sie führen von kaudal nach kranial, d. h. von den Füßen bis hin zum Kopf. Der Ablauf orientiert sich am individuellen Bedürfnis, um die persönlichen Synergien behutsam auszuschöpfen.

Die theoretische Darstellung von k-o-s-t® und seinen vier Säulen wurde im Workshop aufgegriffen und praktisch umgesetzt. Der Schwerpunkt lag darin, die Bedeutung der Zusammenhänge des orofazialen Systems, der Muskelketten und des faszialen Systems aufzuzeigen (s. Beitrag Codo-ni).



Ziel des Workshops

Im Workshop „schulten“ wir das Auge und unsere Beobachtungsfähigkeit. Ziel war es, unser Gegenüber schnell zu erfassen und die „Defizite“ wertfrei zu erkennen. Einige Beispiele, die gemeinsam beobachtet wurden:

- ➔ Sind beide Füße gleich belastet?
- ➔ Steht mein Gegenüber aufrecht?
- ➔ Sind die Schultern auf gleicher Höhe?

Diese Beobachtung, bzw. Analyse beruht auf dem sogenannten „Klötzchen“-Prinzip aus der Funktionellen Bewegungslehre von Klein Vogelbach (2014). Die Klötzchen: Becken-Brustkorb und Kopf stehen übereinander und ergeben das „Türmchen“. Es ist wichtig, dass sich die einzelnen Körperabschnitte übereinander einordnen, denn sie bilden unsere Körperlängsachse.

Aus dem Buch „Faszien“ von Serge Paoletti (2001) wissen wir, dass die Muskulatur für die aufrechte Haltung (Statik) und die Korrektur der Körperhaltung zuständig ist. Doch die Muskeln können ohne die Faszien nicht physiologisch arbeiten. Weshalb? Einfach gesagt: die äußeren Faszien beeinflussen unsere Haltung - „Haltungsfaszien“ - und die inneren Faszien geben uns Stütze - „Stützfaszien“. Betrachten wir die Faszien anatomisch, so sehen wir, dass diese ohne Unterbruch von Kopf bis Fuss aneinandergereiht sind. Dies ergibt die sogenannte Faszienkette, deren Funktionen drei wichtige Bereiche beinhalten:

1. Kräftigung
2. Bewegungskoordination und -harmonisierung
3. Stossdämpfung

Erkennbar ist, dass die Muskeln nicht an einem Punkt „anfangen“ oder „enden“ und dass unser Körper über ein „Tensegrity“-Modell verfügt („tension“= Spannung / „integrity“=Integrität).

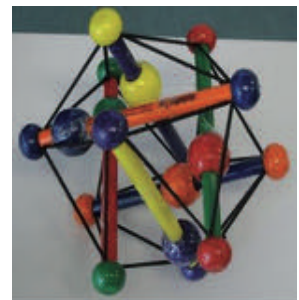


Abb. 1: Tensegrity-Modell, Codoni 2014

Einblick in die manuelle Therapie

Im Workshop wurden therapeutische Herangehensweisen vorgestellt und gemeinsam damit geübt. Wir verzichten an dieser Stelle auf die Vorstellung einzelner Maßnahmen, da die

Methode k-o-s-t® nach Susanne Codoni ausschliesslich von speziell ausgebildeten und zur Anwendung dieser Therapie lizenzierten Personen, Therapeuten, Logopäden und Ärzten angeboten und angewendet werden darf. Einblicke in die Arbeit mit dem menschlichen Tensegrity-Modell gibt z. B. das Buch „Anatomietrains“ von Thomas W. Myers (2015). In den darin beschriebenen Übungen zeigt sich sehr gut, wie klein ein „Reiz“ sein muss, um Einfluss auf die gesamte Faszienkette zu nehmen. Dr. S. Codoni hat dies schon früh erkannt und mit der Körperorientierten Sprach-Therapie k-o-s-t® ein Werkzeug erarbeitet, welches uns ermöglicht, mit gezielten Stimulationen Defizite aufzufinden, kurzfristig zu lösen und den weiteren Therapieweg zu finden. Hierzu

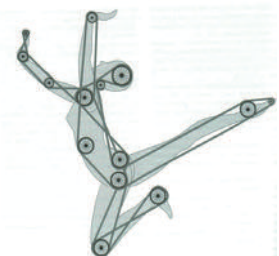


Abb. 2: Der menschliche Körper verfügt über ein Tensegrity-Modell, Codoni 2014

bietet sich als weiterführende Literatur auch die Masterarbeit „k-o-s-t® und Fussreflexzonen-therapie haben Einfluss auf die kieferorthopädische Behandlung“ (Borer & Häner 2014) an.

Literatur

Codoni, S. (2015): k-o-s-t nach Susanne Codoni®. URL: <http://www.scodoni.ch/spip/spip.php?rubrique6>. Zugriffsdatum: 20.11.2015.

Borer, E.; Borer, C. (2014): k-o-s-t® und Fussreflexzonentherapie haben Einfluss auf die kieferorthopädische Behandlung. Masterarbeit. URL: <http://facialkinetics.ch/wp-content/uploads/2014/08/Masterarbeit-Borer-Häner-DEF.pdf>

Johnson, J. (2013): Haltungsanalyse: Schritt für Schritt in Wort und Bild. Elsevier, München.

Klein Vogelbach, S. (2014): Funktionellen Bewegungslehre KLEIN-VOGELBACH® FUNCTIONAL KINETICS - DIE GRUNDLAGEN. 7. Auflage, Heidelberg, Springer Medizin Verlag GmbH.

Myers, T.W. (2015): Anatomy Trains. Myofasziale Leitbahnen (für Manual- und Bewegungstherapeuten), 3. Auflage. Urban & Fischer in Elsevier (Verlag), 978-3-437-56733-9 (ISBN).

Paoletti, S. (2001): Faszien: Anatomie, Strukturen, Techniken, Spezielle Osteopathie. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; Auflage: 001/03/01.

Workshop 3

Spannungsfeld Kita?! Gelungene Kommunikation mit Eltern und Kita-Personal

Hans-Jürgen Haak

Die ginko Stiftung für Prävention befasst sich mit der Entwicklung von Fortbildungen, die es Fachkräften aus Jugendarbeit, Schule und Gesundheitsvorsorge ermöglichen, die Methoden der motivierenden Gesprächsführung bei ihren Zielgruppen gezielt anzuwenden. Unter dem Namen „Move“, sind diese Fortbildungen mittlerweile in ganz Deutschland und auch im benachbarten Ausland bekannt. Für den Elementarbereich wurde vor einigen Jahren die Fortbildung „Kita-Move“ erarbeitet. Diese richtet sich an Erzieherinnen und Erzieher im Gespräch mit Eltern. Am Ende dieses Beitrages wird noch einmal detaillierter auf die Fortbildungen eingegangen. Literaturhinweise finden Sie ebenfalls am Ende des Beitrages.

Der Workshop „Spannungsfeld Kita?! Gelungene Kommunikation mit Eltern und Kita-Personal“ im Rahmen der DAJ-Fortbildungen 2014 und 2015, zielte zunächst darauf ab, den Fachkräften in der Gruppenprophylaxe die Methode der motivierenden Gesprächsführung vorzustellen. Zum nun bereits dritten Mal fand im Rahmen der DAJ-Fortbildungen ein Workshops zum Thema motivierende Gesprächsführung statt. Jeder dieser Workshops hatte einen etwas anderen Schwerpunkt. Diesmal ging es darum, den neuen Ansprüchen gerecht zu werden, die durch den Rechtsanspruch auf Betreuung für unter Dreijährige entstehen. Die Kommunikation mit Eltern und Kita-Personal spielte hierbei die zentrale Rolle. Natürlich stellte sich auch die Frage, welche Ziele die Kariesprophylaxe in Bezug auf die ganz Kleinen anstrebt. Der Workshop orientierte sich an den wissenschaftlichen Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung nach W.R. Miller und S. Rollnick (2009) und dem Transtheoretischen Modell (TTM) nach J. Prochaska (Keller 1999). Im zweiten Schritt wurde gemeinsam erarbeitet, wie dieses Vorgehen die Fachkräfte in ihrer Arbeit mit dem Kita-Personal und den Eltern von Kindern unter drei Jahren positiv unterstützen kann.

Die Ausgangslage: Spannungsfeld Kita

Eine direkte Kommunikation und Beziehungsgestaltung sind in jeder Kita elementarer Bestandteil der täglichen Arbeit. Der Kontakt zwischen Personal und Eltern ist so intensiv, wie er später in der Schule nicht mehr realisiert werden kann. Diese intensive Austauschmöglichkeit bietet eine enorme Chance, die Anliegen der Zahngesundheitsprävention frühzeitig an die Kita-Eltern zu transportieren. Mit dem Rechtsanspruch auf Betreuung für die unter Dreijährigen können nun noch mehr Eltern sehr früh erreicht werden. Gleichzeitig gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Erzieherinnen und Erziehern und Prophylaxefachkräften manchmal schwierig:

- ➔ „Ist Zähneputzen bei den Kleinsten eigentlich Sache der Kita? Müssten sich da nicht die Eltern kümmern?“
- ➔ „Wie sollen die Mitarbeiter/innen in der Kita nun auch noch die Mundpflege bei den Kleinsten leisten?“
- ➔ „Ist regelmäßiges Zähneputzen bei den Kleinsten überhaupt notwendig bzw. sinnvoll?“

(Aussagen von Erziehern/innen und Eltern nach Erfahrungen der Workshopteilnehmerinnen)

Mit diesen und vielen anderen Fragen sind die Prophylaxefachkräfte, Zahnärztinnen und Zahnärzte konfrontiert. Die Vorträge am ersten Tag der DAJ-Fortbildung haben gezeigt, dass es für die Arbeit mit unter Dreijährigen sehr sinnvoll ist, die frühkindliche Neugier und den Imitationstrieb der Kleinen zu nutzen, um eine frühe Gewöhnung an Mundpflege zu initiieren. Es wurde auch deutlich wie wichtig es ist, Kita-Personal und Eltern ins Boot zu holen. Im Workshop berichteten die Teilnehmerinnen, dass es bereits gute Methoden und Projekte gibt, die helfen können diese Ansprüche praktisch umzusetzen.

„Es gibt Kitas, da läuft es jahrelang vorbildlich. Die Erzieherinnen gehen mit den Kindern zum Putzen. Sie putzen selbst mit und dienen so als Modell. Sie haben gute Ideen entwickelt, wie man das auch hygienisch gut durchführen kann. Dann wechselt das Personal und das Putzen fällt hinten rüber. Es hängt sehr von der Motivation der Erzieherinnen ab. Wenn die da ist, funktioniert es auch.“

(Erfahrungsbericht von Teilnehmerinnen im Workshop)

Die Motivation des Kita-Personals ist demnach ein wichtiger Schlüssel, wenn es darum geht, eine gelungene und nachhaltige Mundgesundheitsvorsorge in der Kita zu erreichen. Wie aber können Fachkräfte in der Gruppenprophylaxe in die Kita hineinwirken, um Eigenmotivation zu fördern, und ist das mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und der knappen Zeit überhaupt zu realisieren? Wie kann man auch die Eltern ansprechen, um eine Motivation für frühe Mundpflege und entsprechende Erziehung zu wecken und zu stärken?

Diesen und weiteren Fragen widmete sich der Workshop. Zuerst betrachteten die Teilnehmerinnen gemeinsam mit dem Workshop-Leiter die eigene Motivation, ein Verhalten im eigenen Alltag zu verändern. Es wurde entsprechend der Frage nachgegangen, wie Eigenmotivation im Gespräch entsteht und gezielt gefördert werden kann. Zum anderen ging es um den Prozess der Verhaltensänderung selbst. Das Transtheoretische-Modell hilft dabei, sich im Prozess der Verhaltensänderung zu orientieren. Es erleichtert so das Finden von passenden Interventionen, um z. B. die Motivation des Kitapersonals zu wecken und zu stärken, Mundpflege täglich auch schon mit den Kleinsten zu üben.

Im folgenden werden die Ergebnisse aus dem Workshop vorgestellt.

Eigenmotivation von Erzieherinnen und Eltern stärken – aber wie?

Reflektierendes Zuhören

Ein Gespräch zu führen, bedeutet zu bestimmen, worüber gesprochen wird, in welchem Tempo und in welcher Art. Es gibt unterschiedliche Gesprächsstile. Ein stark leitender Gesprächsstil bringt die redende Person in eine sehr dominante Position, und ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe ist so kaum zu realisieren. Genau dieses Gespräch auf gleicher Augenhöhe wird jedoch in der motivierenden Gesprächsführung angestrebt. Ein sehr leitender Gesprächsstil ist daher in unserem Sinne nicht geeignet, um Eigenmotivation beim Gegenüber zu fördern. Auch ein stark folgender Stil ist für sich genommen nicht optimal. Man kann zwar viel über den Gesprächspartner erfahren, allerdings sollte ein Umdenken und eine Handlungsänderung gezielter angegangen werden. Durch reines „den Anderen verstehen“ ist das schwer zu erreichen. Das ist ein Problem. Die Lösung liegt, wie so oft, in der Mitte. Motivierende Gesprächsführung nutzt das sog. Geleiten. In empathisch zugewandter Haltung geht es darum zu verstehen, was das Gegenüber hindert die Mundpflege täglich durchzuführen.

Dazu sammelten die Workshop-Teilnehmerinnen folgende Gründe, die ihnen im Alltag immer wieder begegnen:

- *„Die Zeit ist zu knapp!“*
- *„Das Thema Zähneputzen ist nur ein Thema unter vielen!“*
- *„Die Kleinen unter drei Jahren putzen doch noch gar nicht richtig!“*
- *„Die Zahnbürsten werden kreuz und quer von allen Kinder benutzt. Das ist unhygienisch!“*
- *„Es ist zu aufwendig, eine Kita-Kraft täglich mit den Kleinen Zähne putzen zu lassen.“*

Auch Gründe, die für eine regelmäßige Zahnpflege sprechen wurden thematisiert (s. u.). Im Workshop lag der Schwerpunkt auf der Praxis der Motivationsförderung. Anhand der vorgestellten drei Themen konnte nach kurzem theoretischen Input praktisch geübt werden. Natürlich ist ein Workshop kein mehrtägiges Training. Er bot allerdings die Möglichkeit einen ersten Einblick zu bekommen.

Arbeit mit selbstmotivierenden Aussagen

Was macht es für Eltern oder Erzieherinnen und Erzieher wichtig, sich auch schon um die Mundhygiene der ganz Kleinen zu kümmern? Was könnten gute Gründe sein, in der Kita regelmäßig die Zähne zu putzen? Motivierend mit Eltern und Kita-Personal zu sprechen, bedeutet gezielt auf diese guten Gründe zu achten. Hier äußert sich die Eigenmotivation. Diese Eigenmotivation soll in der motivierenden Gesprächsführung erkannt, hervorgerufen und gestärkt werden. Dazu wurden im Workshop die guten Gründe für eine Veränderung gesammelt und thematisiert.

Übertragen auf die Gruppenprophylaxe sammelten die Teilnehmerinnen folgende selbstmotivierende Aussagen von Erzieherinnen und Eltern für eine Veränderung:

- *„Es wäre schon gut, die Kleinen früh ans Putzen zu gewöhnen.“*
- *„Auch wenn es um die Milchzähne geht, geht es ja auch hier um die Gesundheit der Kleinen.“*
- *„Wir würden schon mit den unter Dreijährigen Zähne putzen, wenn wir das nötige Personal hätten.“*
- *„Ich würde mir wünschen, dass meine Kolleginnen mitziehen würden, dann könnten wir die tägliche Mundpflege hinkriegen.“*

Diese selbstmotivierenden Aussagen sind es, die eine Veränderung wichtiger machen und die Motivation erhöhen und festigen. Diese Aussagen zu erkennen und zu spiegeln ist ein zentrales Ziel der motivierenden Gesprächsführung.

Veränderung als Prozess verstehen

Selten geschieht Verhaltensänderung plötzlich, ad hoc und ohne Vorlauf. In den allermeisten Fällen vollzieht sie sich über einen Zeitraum hinweg und in bestimmten Phasen. Mit der Frage, wie das genau geschieht und welche Veränderungsphasen es gibt, hat sich der amerikanische Psychologe James Prochaska mit seinen Mitarbeitern befasst. Sie entwickelten das „Transtheoretische Modell“- kurz TTM genannt. Dieses Modell wird häufig angewendet, um bei

bestimmten Zielgruppen eine Veränderung im Gesundheitsverhalten zu erreichen, wie z. B. die Reduzierung von Alkohol- oder Tabakkonsum oder eine Steigerung der Bewegung im Alltag. Im Workshop wurde dieses Modell durchgegangen und der praktische Umgang damit an Beispielen geübt, um so eine Verhaltensänderung der Zielgruppen hin zu mehr Mundgesundheitsförderung zu erreichen.

Das Transtheoretischen Modell nach Prochaska (1994, s. Abb. 1) beinhaltet folgende sechs Stadien innerhalb einer Verhaltensveränderung, die auf ein Beispiel aus der Gruppenprophylaxe angewendet werden können. Im Beispiel ist das Ziel der Fachkräfte, das Zähneputzen als Ritual bei den unter Dreijährigen in der Kita einzuführen.

1. Absichtslosigkeit

- ➔ die Zielperson hat keinerlei Absicht ihr Verhalten zu ändern: *„Wir putzen keine Zähne in unserer Einrichtung und wollen das auch nicht.“*

2. Absichtsbildung

- ➔ die Zielperson überlegt zumindest schon einmal, vielleicht in Zukunft ihr Verhalten zu ändern: *„Wir haben im Team darüber gesprochen, dass wir das Zähneputzen künftig gerne einführen möchten, wissen aber nicht genau wie.“*

3. Vorbereitung

- ➔ die Person bereitet ihre Verhaltensänderung vor und probiert sie auch schon einmal aus: *„Wir haben von der LAG Infobroschüren für die Eltern der unter Dreijährigen angefordert, damit sie darüber informiert sind, dass wir mit den Kleinen einmal am Tag spielerisch die Zähne putzen möchten.“*

4. Handlung/Aktion

- ➔ das Zielverhalten ist seit mindestens einem Tag stabil: *„Nach dem Besuch der Prophylaxefachkraft haben wir jeden Mittag nach dem Essen mit den Kindern Zahnbürste und Becher in die Hand genommen und das Ritual durchgeführt.“*

5. Aufrechterhaltung

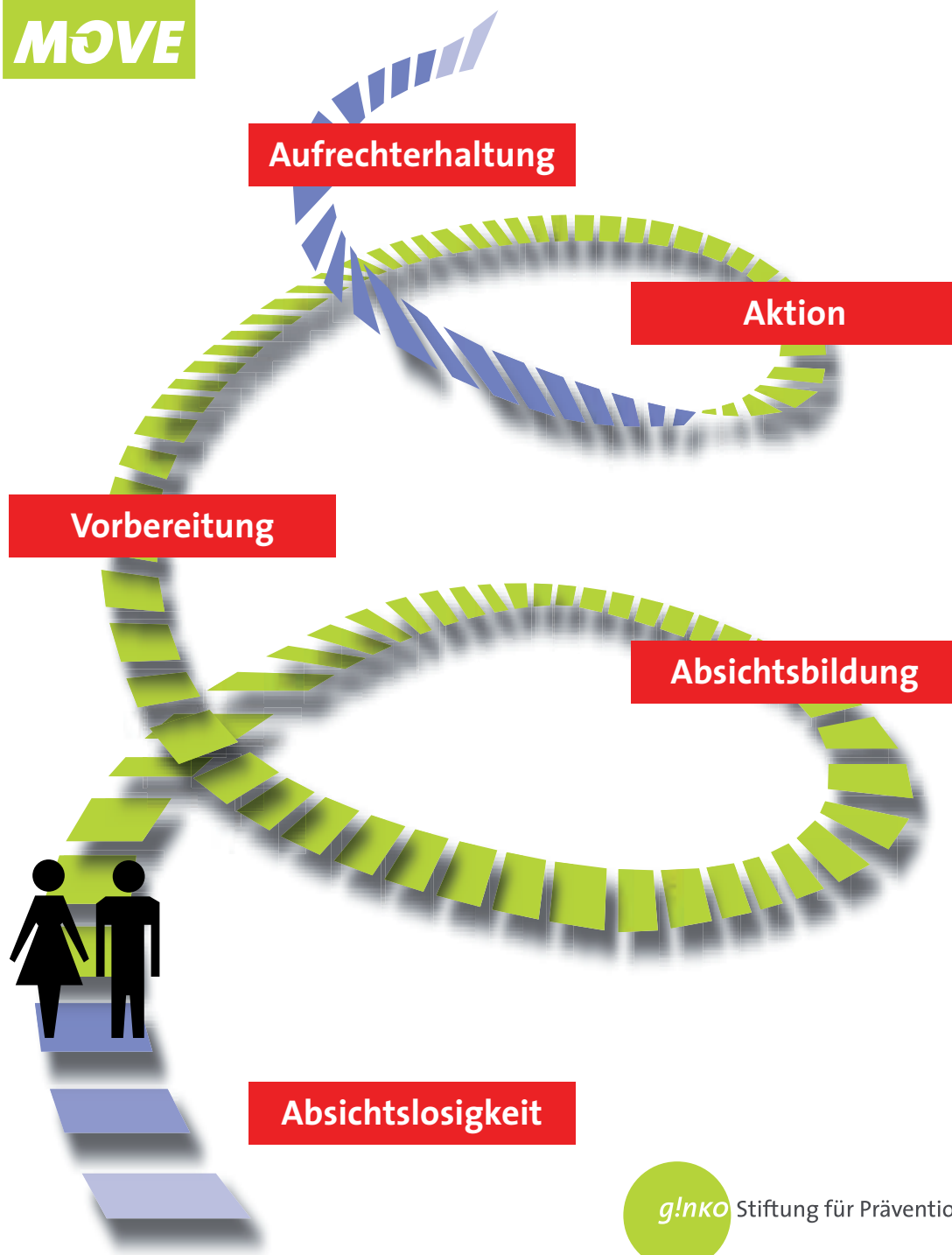
- ➔ das Zielverhalten ist seit mehr als sechs Monaten stabil: *„Wir sind dabei geblieben, und die Kinder kennen mittlerweile das Ritual „Zähneputzen.“*

6. Stabilisierung

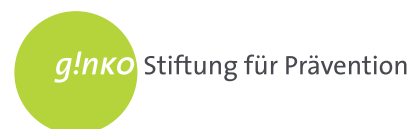
- ➔ es gibt keine Versuchung mehr ins alte Verhaltensweisen zu rutschen: *„Die Kinder laufen mittlerweile von sich aus zu ihren Zahnputzbechern und freuen sich auf das gemeinsame Putzen.“*



Stadien der Verhaltensänderung (TTM)



Grafik: in Anlehnung an das „Spiralmodell der Veränderung“ nach Prochaska, u.a., 1994



Stiftung für Prävention

www.ginko-stiftung.de

Abb. 1:
Das Transtheoretische Modell (TTM) nach James Prochaska (1994) aus den Beständen der ginko Stiftung für Prävention.

Im Workshop zeigte sich, dass es für die Fachkräfte in der Gruppenprophylaxe sehr hilfreich ist, wenn sie erkennen, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich Eltern, Erzieherinnen oder Erzieher in Bezug auf die tägliche Mundpflege befinden. Denn erst dann können Interventionen und Herangehensweisen gewählt werden, die dieser Phase angemessen sind. Das erhöht die Aussicht auf Erfolg.

Fallbeispiel 1

Frau K. ist alleinerziehend und hat zwei Kinder. Peter geht in die 2. Klasse der Grundschule. Marie ist zwei Jahre alt und besucht eine Kita. Frau K. ist sehr bemüht in der Erziehung, wirkt aber oft überfordert. Marie hat fast jeden Tag Süßigkeiten dabei und kennt den Umgang mit der Zahnbürste offensichtlich nicht von zu Hause. Frau K. meint, dass es bei Marie ja noch die Milchzähne sind und dass es morgens einfach besser klappt, wenn sie der Kleinen Süßes mitgibt. Sie findet das auch nicht optimal, aber es ist wie ein kleines Ritual geworden. Es muss halt morgens immer sehr schnell gehen. Das mit dem Zähneputzen hat sie nach ein paar Versuchen aufgegeben. Das war einfach total anstrengend, und nach einem harten Arbeitstag hat sie einfach nicht die Nerven, sich mit ihrer Tochter über das Zähneputzen zu streiten.

1. Schritt: Erkennen der Veränderungsphase

Frau K. ist nicht unmotiviert und absichtslos. Sie hat auch schon Versuche unternommen, die Mundpflege zu verbessern. Die Sache mit den Süßigkeiten findet sie auch nicht so gelungen, sieht aber im Moment keine Alternative. Frau K. ist hin und hergerissen. Ihre Motivation ist instabil.

2. Schritt: Resultierende Maßnahme

Frau K. benötigt zunächst etwas Verständnis für ihre Situation und Unterstützung dabei, noch einmal einen Entschluss zu mehr Zahnpflege und weniger Süßigkeiten zu fassen. Ihr fehlen auch Informationen zu den Milchzähnen. Konkrete Tipps und Ratschläge wären jetzt etwas verfrüht und können noch nicht gut wirken.

Fallbeispiel 2

Frau Z. ist seit kurzem im U3-Bereich ihrer Kita tätig. Leider ist die Personaldecke sehr dünn. Aus ihrer Arbeit mit den größeren Kindern ist ihr das tägliche Zähneputzen vertraut. Für sie war es anfangs selbstverständlich, dass sie auch mit den Kleinen Zähne putzt. Allerdings ist das zeitlich sehr schwierig. Ihre Kollegin Frau M. findet das in Anbetracht der vielen Arbeit, die zu tun ist, unangebracht. Sie sagt, dass die Eltern zu Hause für die Gesundheitserziehung ihrer Kinder zuständig sind, und das gilt auch für die Mundgesundheit.

1. Schritt: Erkennen der Veränderungsphase

Frau M. befindet sich in der Phase der Absichtslosigkeit. Sie möchte an der Zahnpflegesituation in ihrer Gruppe nichts ändern. Frau Z. dagegen ist eher in der Absichtsbildung. Soll sie die Mundpflege beibehalten und versuchen ihre Kollegin zu überzeugen oder ist es besser die Verantwortung für die Mundpflege der Kleinen ganz bei den Eltern zu lassen?

2. Schritt resultierende Maßnahmen

Frau M. benötigt mehr Informationen, die ihr die Wichtigkeit der Mundpflege bei den Kleinen und deren pädagogischen Sinn verdeutlichen. Lange Gespräche zu diesem Thema wären allerdings weniger aussichtsreich. Kurze Gespräche sind eher geeignet eine Veränderungsmotivation zu fördern.

Frau Z. benötigt ein offenes Ohr für ihr Dilemma. Dann kann es bald schon in die Sammlung von Ideen gehen, die helfen die Mundpflege im Alltag zu realisieren.

Fortbildungen KITA-MOVE

Das Angebot basiert ebenfalls auf den wissenschaftlichen Grundlagen des „Transtheoretischen Modells der Veränderung“ (Prochaska, DiClemente u.a.) und den Prinzipien des „Motivational Interviewing“ nach Miller & Rollnick. Das Curriculum der Fortbildung beinhaltet 12 Module à 90 Minuten und wird an drei Tagen durchgeführt. Der praktische Übungsanteil steht im Vordergrund und wird von der Vermittlung theoretischer Kenntnisse zu den jeweiligen Themenbereichen flankiert.

Inhalte:

- Einführung in Grundregeln motivierender Gesprächsführung.
- Übungen zur Gestaltung von schwierigen Gesprächssituationen.
- Hilfen zum Einstieg ins Gespräch und zur Formulierung realistischer nächster Schritte.

Ziel der Fortbildung KITA MOVE ist es, motivierende Elterngespräche zum Thema Erziehungsverhalten zu erlernen und zu trainieren. Die Fortbildung will Erzieherinnen ermutigen, Alltagssituationen und Gesprächsanlässe gelassen und kompetent zu nutzen. Die Reflexion bisheriger Erfahrungen und das Einüben erprobter Gesprächsstrategien bieten Unterstützung und Entlastung.

Weitere Informationen

www.ginko-stiftung.de



Literatur

Miller W. R.; Rollnick, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung, Lambertus Verlag 3. Auflage, (ISBN: 978 3 7841 1900 7).

W. R. Miller, Rollnick, S., Butler, C. (2012): Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer. Probst, G.P. Verlag, (ISBN: 978 3 9813 3897 3).

Keller, S. (Hrsg.) (1999): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Lambertus, Freiburg 1999, ISBN: 378 4 1119 55). Dissertation, URL: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/html/frame.htm>. Zugriffsdatum: 03.2015.

Frick, K.M.; Brueck, R.(2009): Kurzinterventionen mit Motivierender Gesprächsführung. Deutscher Ärzte-Verlag; Auflage: 1 - 26. (ISBN-10: 3769105850).

Schulz von Thun, F. (2009): Miteinander reden Teil 1, Störungen und Klärungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg. (ISBN: 978 3 499 17489 6).

Workshop 4

Kinder in Krippe und Kita – mit Spaß dabei! Geschichten, Glanzlichter und Spiele für die Gruppenprophylaxe

Sybille van Os-Fingberg

„Kinder wollen verzaubert werden!“ war Inhalt dieses Workshops. Die Teilnehmerinnen erfuhren, wie sie mit kleinen emotionalen Geschichten und einfachen, aber sehr genialen Materialien die Kinder und ihre Bezugspersonen bei der Mundgesundheits-erziehung unterstützen und sie zum Staunen und Entdecken motivieren können.

Die Teilnehmerinnen erlebten, wie sie bei der Vermittlung von Prophylaxe-Themen selbst Freude empfinden, weil sie etwas Neues, Besonderes und Schönes präsentieren und dabei schon die „Kleinen“, und auch die „Großen“, die Zähne als wichtig und wertvoll wahrnehmen.

Der Workshop war aufgeteilt in einen theoretischen Teil, in dem gesellschaftliche Veränderungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf Eltern, Kindheit und den Beruf der Erzieherinnen und Erzieher beleuchtet wurden. Im zweiten Teil wurden spielerische Konzepte, Reime, Geschichten und auch lustiger Schabernack für die Weitergabe an das Kita-Personal und Eltern präsentiert. Im dritten Teil bastelten die Teilnehmerinnen eine „Zahn-Papp-Teller-Geschichte“ und eine „Lenchen-Zahnbürste“. Auch viele „Zauber-Pappbecher“ wurden angefertigt. Zum Schluss war noch etwas Zeit, um über den Einsatz von Handpuppen bei den „Kleinen“ zu reflektieren.

Folgende Fragen leiteten den Workshop

- ➔ Wie kann die Gruppenprophylaxe das Thema Mundgesundheit in der Krippe und in die Kindertagesstätten (Kitas) integrieren und aktiv unterstützen?
- ➔ Wie sieht das Entdeckungsfeld Mundgesundheit in der Krippe/Kita aus?
- ➔ Was gibt es zu erforschen und zu bestaunen?
- ➔ Haben wir für Erzieherinnen, Erzieher und Eltern umsetzbare Ideen, Anregungen und kreative Impulse, um das Thema Mundgesundheit auf einfache Weise in den Kinder-Alltag aufzunehmen?
- ➔ Kommen wir mit neuen zusätzlichen Belastungen, sprechen von weiteren Verantwortlichkeiten und arbeiten mit Appellen an ihr Gewissen?
- ➔ Ermutigen wir sie in ausreichendem Maße zum eigenen Tun?
Wie sieht unsere Ermutigung und Unterstützung aus?

Ein Spielfeld zum Entdecken und Staunen

Mit Freude und Abenteuerlust entdecken und erforschen die Kinder ihre eigene Welt. Sie sind individuelle Persönlichkeiten, die ihr eigenes Entwicklungstempo mitbringen. Erzieherinnen und Erzieher tragen hierbei eine hohe Verantwortung. Sie gestalten den Krippen-/Kita-Alltag. Sie entscheiden über das tägliche Programm: wie oft wird gesungen, erzählt oder den

Kindern vorgelesen. Sie bestimmen, wie viel Zeit drinnen und draußen verbracht wird und wie viel Wertschätzung und Achtung das einzelne Kind erhält. Sie wählen Bilderbücher aus und entscheiden, ob gemeinsames Lachen, Lernen und viel Bewegung zum normalen Tagesablauf gehören. Von ihnen ist es abhängig, welchen Stellenwert das Thema Mundgesundheitserziehung im Kinder-Alltag erhält.

Der Beruf der Erzieherin/des Erziehers

Die Erzieherin oder der Erzieher ist in vielen Dingen Vorbild für die Kinder und Partnerin oder Partner für die Eltern. Sie oder er ist eine genauso prägende Bezugsperson für die Kinder, wie die Eltern. Mit Anstieg der Betreuungszahlen von Kindern unter drei Jahren in den Einrichtungen werden die Anforderungen an den Beruf der Erzieherinnen oder des Erziehers noch anspruchsvoller. Besonders für die Verhaltensprägung (die wichtigste Zeit hierfür ist das 2. und 3. Lebensjahr) ist sie ein Modell für die Kinder.

Die Zusammenarbeit

Eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen in der Kita entwickelt sich, wenn Zahnärztinnen, Zahnärzte und Gruppenprophylaxe-Fachkräfte Einblick in die Lebenswelt und Informationen aus der Krippe/Kita erhalten. Die Mundgesundheitserziehung kann an viele schon vorhandene Aktivitäten in der Kindereinrichtung angeknüpft werden. Die Angebote der Gruppenprophylaxe müssen zum Bildungsangebot der Einrichtung passen. So hat die Mundgesundheitserziehung die größte Chance dort integriert zu werden.

Im Workshop wurden die Teilnehmerinnen zum virtuellen Spaziergang durch eine Krippe eingeladen. Um die Leserinnen und Leser des Tagungsberichts auch in die Krippen-Welt mitzunehmen, lade ich Sie ein, diesen kleinen Spaziergang mit mir, über den Workshop hinaus, zu erleben. Achten Sie doch bitte einmal darauf, wo Sie Anknüpfungspunkte für das Thema Mundgesundheitserziehung finden. Diese kleine „Schatzsuche“ war auch eine Aufgabe im Workshop.

Willkommen!

Im Kindergarten gehen wir gleich rechts wenige Stufen hinauf, und schon stehen wir vor der Eingangstür zur Krippe. Wir treten in einen langen Spielflur ein. Drei Gruppenräume sind direkt von diesem Spielflur aus zu erreichen; ebenso die Wasch- und Wickelräume.

In einer Nische befindet sich eine Eltern-Gesprächsecke mit einigen Informationsbroschüren für Eltern. Dieser kleine Aufenthalts-Bereich dient den Müttern und Vätern, um Wartezeiten zu überbrücken. Auch während der Eingewöhnungszeit, wenn sie das Verabschieden und Wiederkommen mit den Kindern üben.

Wir gehen zum Ende des Flurs, dort befindet sich ein Sternchenzimmer: ein Schlaf-/Ruheraum für die Kinder. Nun besichtigen wir die Gruppenräume. In jedem Gruppenraum werden ca. 12 Kinder von zwei Erzieherinnen betreut. Die Räume sind so gestaltet, dass sie zum Entdecken, zum Begreifen, zum Klettern und Spielen motivieren. Die unterschiedlich gestalteten Ecken dienen dazu, die Sinne der Kinder anzuregen.

In jedem Raum gibt es Spiel-Hochebenen, die ganz individuell eingerichtet sind und die in jedem Gruppenraum anders aussehen. So gibt es Spiegel-Nischen, in denen sich die Kinder betrachten können und ihren Körper dabei entdecken (die Kinder erkennen mit ca. zwei Jahren ihr eigenes Spiegelbild). Da sind Höhlen, in denen es jede Menge zu ertasten gibt. Die Wände dieser Höhlen sind mit unterschiedlichen Materialien beklebt (Wolle, Leder, Holz, Fell). Es gibt es dort auch eine Tast-Kissen-Landschaft mit einer großen Menge an bunten „Knister-, Riesel- und Raschel-Kissen“ sowie einen Bau-Teppich und ein Vorlese-Sofa.

Ein Atelier mit einer bunten Auswahl an Mal- und Gestaltungsmaterialien wartet auf die kleinen Künstler auf einer Hochebene und animiert sie zum kreativen Gestalten.

Wir gehen weiter in den Sternchen-Raum:

Die Kinder schlafen hier auf kleinen Matratzen. Die Raumdecke und einige Wandflächen sind mit Sternen beklebt. Vor dem Einschlafen erzählen die Erzieher eine Sternchen-Geschichte.

Unsere Entdeckungstour führt uns nun in die Waschräume. In jedem Waschraum befinden sich zwei Wickeltische. Es gibt Waschbecken in Kinderhöhe, Duschwannen, Schränke und Regale zum Verstauen der Windeln, Papierrollen, Tücher und Cremedosen.

Jetzt betreten wir den Spiel-Flur; er lädt die Kinder zum Rennen, Klettern und Toben ein! An den Wandflächen ist ein Kletter-Bereich gestaltet, der zum Hochziehen und seitlichem Klettern animiert. Im Flur finden die Kinder auch Drehscheiben an der Wand. Im oberen Bereich dieser Wände gibt es für die Eltern und für Besucher themenbezogene Dokumentationen und Fotos. In einem Bilderrahmen stellt sich das Krippen-Team vor. Auch externe Mitarbeiter (Musikpädagogin, Ernährungsberaterin) werden mit Fotos vorgestellt.

Immer nach dem Morgenkreis dürfen die Kinder mit großer Spannung eine Krippenkiste, als tägliches Ritual, öffnen. Dieses tägliche Lernprogramm wird von einer Handpuppe begleitet. In der Kiste sind:

- Tücher in verschiedenen Farben
- Rassel-Eier und eine Taschenlampe
- ausgewählte CDs zum Tanzen und Entspannen
- Bewegungsgeschichten, Liedtexte
- diverse Pappkarten mit Fingerspielen, Sprechversen und Reimen
- kleine Alltagsgegenstände, wie z. B. verschiedene Bürsten, Pflegeprodukte, etc.
- jahreszeitbezogene Dinge

Die Kinder lernen durch den kontinuierlichen Einsatz der Kiste:

- ➔ Farben zu benennen und zählen
- ➔ zuhören und nachsprechen; Freude an der Sprache durch Verse, Texte, Lieder
- ➔ differenzierte Körperbewegungen und verschiedene Körperteile
- ➔ die Lokaladverbien: oben, unten, vorne, hinten
- ➔ Alltagsgegenstände zu unterscheiden und zuzuordnen
- ➔ Rücksichtnahme und Toleranz
- ➔ Freude am Lernen

Jeden ersten Mittwoch im Monat lädt diese Krippe Eltern und Großeltern zum gemeinsamen Bastelnachmittag ein. Manchmal nutzen sie auch diesen Tag, um wichtige Themen zusammen zu erörtern; oft bitten sie auch eine Expertin zu diesem Termin. Einmal im Jahr veranstaltet die Krippe eine U3-Kunstaussstellung mit allen Bildern und sonstigen Kunstwerken, die die Kinder angefertigt haben. Auch gibt es eine Krippenzeitung, die als vierteljährliche Informationsschrift für die Eltern angefertigt wird. Diese Informationsschrift enthält Fotos von den Krippen-Aktivitäten, neue Lieder und Verse, die die Kinder gelernt haben und sonstige Informationen.

Haben Sie auf diesem virtuellen Spaziergang eigene Anknüpfungspunkte gefunden? Sind Sie schon dabei, ihre eigenen Ideen zu entwickeln? Im Workshop wurden Vorschläge für die Eltern-Gesprächsecke, die Eltern-Bastelnachmittage, die Buchempfehlungen für das Vorlese-Sofa, Anregungen für die U3-Kunstaussstellung und Gedichte, Verse, Fingerspiele, Reime und Zahnbürsten-Geschichten für die Krippenkiste präsentiert. Es wurde überlegt, wie eine Eltern-/ Erzieher-/Kinder-Zahnputzschule angeboten und mit kreativen, interessanten Einladungstexten die Eltern, Erzieherinnen und Erzieher mobilisiert werden können.

Alle Ideen und pädagogische Materialien, die im Workshop vorgestellt wurden, sind sehr einfach herzustellen. Es wurde dabei berücksichtigt, dass sie über den Prophylaxe-Impuls hinaus für den täglichen Einsatz in der Krippe/Kita und auch für die Eltern zu Hause verwendbar sind. Durch diese Unterstützung spüren die Erzieherinnen und Erzieher, dass sie und ihre Arbeit wertgeschätzt werden.

Die Prophylaxe-Fachkraft hat sich Gedanken gemacht und sich persönlich eingebracht. Die Kita erhält von ihr emotional ansprechende Gedichte, Reime, Lieder, Spiele und sogar Einladungstexte an die Hand, mit denen sie auch die Eltern begeistern kann (sie kann damit bei den Eltern „glänzen“). Erzieherin oder Erzieher sehen darin ihren persönlichen Nutzen!

Es entsteht eine wohlwollende Grundhaltung, die für die Zusammenarbeit und den Erfolg der Gruppenprophylaxe von ungeheurer Wichtigkeit ist. Erzieherinnen, die sich gleich zu Beginn nicht richtig verstanden fühlen, sehen vieles mit skeptischen Blicken.

Die Kinder und ihre Bezugspersonen brauchen Zahnärztinnen, Zahnärzte und Fachkräfte, die sich kompetent und einfühlsam in individuelle Bedürfnisse von Krippe und Kita hineindenken, ihnen mit ihrer Kreativität und Unterstützung partnerschaftlich zur Seite stehen.

Ich möchte Sie über den Workshop hinaus ermuntern, Neues auszuprobieren, auch wenn manche Idee am Anfang etwas vom normalen Alltag abweichen mag. Lassen Sie sich auf Ihre Kreativität ein, und erleben Sie Lebenslust, Heiterkeit und eine angenehme Leichtigkeit im Zusammensein mit Kindern und ihren Bezugspersonen.



Abb. 1: Verwendete Zeichnungen im Workshop

Weitere Informationen

www.svof.eu



Referentinnen und Referenten

Sonja Alberti

sonja.alberti@htz-neuwied.de

Corinne Borer

corinne.borer@bluewin.ch

Dr. h.c. Susanne Codoni

susanne.codoni@scodoni.ch

Alexandra Ferranti

alexandra-ferranti@t-online.de

Hans-Jürgen Haak

h.haak@ginko-stiftung.de

Dr. Petra Haak

Petra.Haak@frankfurt-oder.de

Esther Häner

haeneresther@eblcom.ch

Henriette Harms

henriette.harms@kitasw.berlin.de

Jens Hoffsommer

jens.hoffsommer@dkjs.de

Prof. Dr. Christina Jasmund

christina.jasmund@hs-niederrhein.de

Iris Langhans

iris.langhans@t-online.de

Dr. Pantelis Petrakakis

pantelis.petrakakis@rhein-erft-kreis.de

Dr. Gudrun Rojas

Gudrun.Rojas@stadt-brandenburg.de

Dr. Ursula Schütte

uschuette@dresden.de

Sybille van Os-Fingberg

coach@svof.eu



www.daj.de

DAJ-Tagungsband 2014/2015 - ISBN-Nr. 978-3 926 228 - 28