



Gefördert aus den Mitteln

**GEMEINSAME
GESUNDHEITSZIELE**

aus dem Rahmen-Pharmavertrag

eine Kooperation von österreichischer
Pharmawirtschaft und Sozialversicherung

KUKA - Kultursensible Kariesprävention

Styria vitalis, Steiermark

Gefördert aus den Mitteln

„Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag“

Erstellt von: Mag^a Gudrun Schlemmer, MPH

Erstellt im März 2014

Inhalt

1	KUKA – HINTERGRUND UND PROJEKTVERLAUF	5
1.1	HINTERGRUND UND AUSGANGSLAGE	5
1.2	PROJEKTINFORMATIONEN	8
2	TP1: PARTIZIPATION DER DIALOGGRUPPE	10
2.1	KOOPERATIONSPARTNERINNEN UND DIALOGGRUPPE	10
2.2	PROJEKTROLLEN	12
2.3	AG 1: VORSTELLUNGSTREFFEN UND KENNENLERNEN	13
2.4	1. DIALOGGRUPPENTREFFEN: THEMA ZÄHN GESUNDHEIT	14
2.5	2. DIALOGGRUPPENTREFFEN: THEMA ERNÄHRUNG	15
2.6	3. DIALOGGRUPPENTREFFEN: GESTALTUNG VON INFOMATERIALIEN	16
2.7	FOTOSSESSION IM AUGARTEN	17
2.8	4. DIALOGGRUPPENTREFFEN: BEFRAGUNGSERGEBNISSE UND FACHTAGUNG	17
2.9	ÜBERSETZUNGEN DER INFOBLÄTTER	18
2.10	MITARBEIT BEI FACHTAGUNG „KULTURSENSIBLE KARIESPRÄVENTION“	19
2.11	FÜNFTES DIALOGGRUPPENTREFFEN: FAZIT UND VERANKERUNG	20
3	TP3: ENTWICKLUNG/PRODUKTION KULTURSENSIBLER MATERIALIEN	21
3.1	PRODUKTIONSPROZESS	21
3.2	DISTRIBUTION UND ZUGANG ZU DEN INFOBLÄTTERN	22
4	TP4: FACHTAGUNG „KULTURSENSIBLE KARIESPRÄVENTION“	23
4.1	EINLADUNG, PROGRAMM UND ABLAUF DER FACHTAGUNG	23
5	TP5: TRANSFER INS REGELSYSTEM	28
5.1	VERSUCH DER INSTITUTIONALISIERUNG EINER MULTI-ETHNISCHEN ARBEITSGRUPPE BEI STYRIA VITALIS	28
5.2	KOOPERATIONSPARTNER GÖG	29
5.3	DISTRIBUTION DER MATERIALIEN UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	29
6	TP2 :WISSENSGENERIERUNG	31
6.4	ERKENNTNISSE AUS DEN PARTIZIPATIVEN ERHEBUNGEN	40
6.5	DIE GESTALTUNG VON INFOMATERIALIEN UND NUTZERORIENTIERUNG	42
6.7	BEISPIELHAFTHE PROJEKTE	48
7	TP6: INTERNE EVALUIERUNG UND PROJEKTABSCHLUSS	51
7.1	ZIELERREICHUNG	51

7.2	SWOT-ANALYSE ZU STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DES PROJEKTES	52
7.3	LESSONS LEARNED – ERFAHRUNGEN AUS KUKA	54
7.4	PROJEKTBUDET /RESSOURCEN	54
7.5	BLICK IN DIE ZUKUNFT	55
LITERATUR		57
ANHANG		60

Kurzzusammenfassung

Projekt:	KUKA – Kultursensible Kariesprävention
Projektzeitraum:	Februar 2013 – März 2014
Projektträger :	Styria vitalis
Projektregion:	Graz und Österreich
Projektfinanzierung:	Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag – eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung

Ausgangslage: Karies trifft nicht alle Kinder gleich: 6-jährige Kinder ohne Migrationshintergrund sind in der Steiermark zu 69%, Kinder mit Migrationshintergrund nur zu 49% kariesfrei (GÖG, 2012). WHO-Ziel ist die Kariesfreiheit von mindestens 80% aller Kinder bis zum Jahr 2020.

Das Wissen über Zahngesundheit- und- pflege, Gesunde Ernährung und Zugang zum Gesundheitswesen ist bei Eltern mit Migrationshintergrund häufig lückenhaft; ein gesundes Milchzahngebiss hat in manchen Herkunftskulturen einen geringen Stellenwert und Informationen über Zugänge zum Gesundheitswesen fehlen teilweise. Zahngesundheit ist trotz des Bedarfs in vielen Communities kein Gesundheitsthema. Beobachtungen aus anderen Projekten belegten, dass prägnante muttersprachlichen Informationsmaterialien für Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund sinnvoll, aber nicht vorhanden sind. Bei ExpertInnen und AkteurInnen der Kariesprävention fehlt ein österreichweiter Austausch zum Thema Migration und Zahngesundheit.

Projektziele

- Erhöhung der Gesundheitschancen für Kinder mit Migrationshintergrund
- Erhöhung der Gesundheitskompetenzen zur Kariesprävention von Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund
- Partizipation und Empowerment von Schlüsselpersonen aus MigrantInnenkulturen
- Erstellung und Transfer von adäquaten Karies-Informationsmaterialien
- Nationaler Erfahrungsaustausch zum Thema Migration und Kariesprävention
- Nachhaltigkeit durch öffentlichen Zugang zu den mehrsprachigen Infoblättern

Projektmaßnahmen

- Etablierung einer multi-ethnischen Arbeitsgruppe bei Styria vitalis
- partizipative Erstellung kultursensibler Informationsblätter für Kinder und Eltern mit VertreterInnen der größten migrantischen Gruppen/ Sprachen in Graz
- Downloadbarkeit auf Homepage und Erstellung von Printversionen für lokalen Bedarf
- Durchführung einer nationalen Fachtagung für ExpertInnen der Kariesprävention

1 KUKA – Hintergrund und Projektverlauf

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

Laut Statistik Austria (2012) haben etwa 123.000 Personen (10,3%) der steirischen Bevölkerung in erster oder zweiter Generation einen Migrationshintergrund (beide Elternteile im Ausland geboren) (Statistik Austria, 2012)

Der AusländerInnen-Anteil der Grazer Bevölkerung liegt 2012 17,4 %.

AusländerInnenanteil an der Bevölkerung in Graz
 Stand: 01.01.2012

Nr.	Länder	Haupt- wohnsitz	Neben- wohnsitz	Obdach- lose	Gesamt
	Gesamtbevölkerung	266.965	29.590	217	296.772
	ÖsterreicherInnen	223.071	21.944	152	245.167
	AusländerInnen	43.894	7.646	65	51.605
	AusländerInnen in %	16,4	25,8	30,0	17,4
1	Deutschland	4.936	1.200	4	6.140
2	Bosnien und Herzegowina	5.017	271	2	5.290
3	Kroatien	4.576	379	3	4.958
4	Rumänien	3.898	615	4	4.517
5	Türkei	4.321	61	1	4.383
6	Ungarn	1.469	798	0	2.267
7	Slowakei	568	1.193	2	1.763
8	Slowenien	1.196	516	0	1.712
9	Russische Föderation	1.380	55	16	1.451
10	Italien	875	510	0	1.385
11	Serbien	1.151	127	1	1.279
12	Kosovo	869	23	1	893
13	Nigeria	863	24	5	892
14	Serbien und Montenegro	764	25	0	789
15	Polen	594	188	1	783
16	China	638	107	0	745
17	Ägypten	715	29	0	744
18	Bulgarien	587	124	2	713
19	Mazedonien	613	38	0	651
20	Afghanistan	602	2	0	604
21	Spanien	364	148	0	512
22	Frankreich	359	129	0	488

Abb.: Statistik der Stadt Graz 2012

Angeführt wird die Statistik von der Gruppe der Zuwanderer aus Deutschland. Ein hoher Anteil der MigrantInnen kommt aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens (Bosnien & Herzegowina, Kroatien,) gefolgt von Menschen aus Rumänien, der Türkei und Ungarn.

Von „den“ Migranten/innen zu sprechen, ist eine beinahe unredliche Verkürzung - es handelt sich um eine äußerst heterogene Gruppe in Bezug auf die verschiedensten Herkunftskultu-

ren, sozio-ökonomischen Lebensumstände, Höhe des Bildungsniveaus, sozio-kulturelle Traditionen und Netzwerke, religiöse Einstellungen, Werte und Gesundheitsbegriffe und Lebensgeschichten. Gemeinsam ist den MigrantInnen, das sie meist andere Muttersprachen haben, Teil einer Minderheit sind und häufig verschiedenen Beschränkungen und Belastungen ausgesetzt sind.

Die WHO legt als Ziel in der Zahngesundheit fest, dass mindestens 80% der sechsjährigen Kinder bis zum Jahr 2020 kariesfrei sein sollen und der DMFT-Wert (= die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss) bei den zwölfjährigen Kindern nicht über 1,5 liegen soll.

Die Koordinationsstelle Zahngesundheit des GÖG belegt in den Österreichischen Zahnstatuserhebungen 2006 und 2012 die deutliche Schere in der Kariesverteilung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, wobei dieser Unterschied geringer wird - möglicherweise unterstützt durch Projekte wie Zähne.Zeigen:

Kariesfreiheit und d3mft -Wert

STIERMARK	6-jährige ohne Migr.h.g	6-jährige mit Migr.hg.	Stmk Durchschnitt	GRAZ	6-jährige ohne Migratonsh.g	6-jährige mit Migr.-Hintergr.	Graz durchschn.
2006 Kariesfrei	53 %	25,3 %	48,6%	2006	63,4 %	29,3 %	54 %
2012 Kariesfrei	60,5%	37,8 %	55,7%	2012	56,7 %	43,4 %	53 %
2006 D3mft (kariöse Z.)	1,6	3,0	1,8	2006	0,9	2,7	1,4
2012: D3mft -Wert	0,9	2,8	1,3	2012	0,9	1,8	1,1

Ergebnisse der Zahnstatuserhebungen 2006 und 2012 bei 6-jährigen Kindern in der Steiermark und Graz (vgl. ÖBIG 2006 und 2012)

Auch österreichweit gibt es ähnliche Werte: während 2012 59,8% der sechsjährigen Kinder mit österreichischen Eltern kariesfrei sind, sind es bei Kindern mit Migrationshintergrund österreichweit nur 34,9%.

Kinder und Jugendliche aus unteren sozialen Schichten (gemessen an den Parametern Bildung und Migration) haben einen schlechteren Mundhygienestatus und sind häufiger von Karies betroffen als Kinder und Jugendliche mit höherem sozioökonomischen Status (vgl. ÖBIG, 2007, S. 44ff).

Schichtzugehörigkeit und Migration hängen nicht immer, aber oft zusammen.

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle 4.4: Länder-Zahnstatuserhebung 2006 bei Sechsjährigen – Kariesmorbidität bei Kindern von Eltern ohne Matura (nach Prozent) im Vergleich – Gesamt-Österreich, Kinder von Eltern ohne Matura (alle Kinder, Kinder mit Migrationshintergrund, Kinder ohne Migrationshintergrund)

Diagnosen	Gesamt-Österreich	Kinder von Eltern ohne Matura		
		Alle Kinder	Mig	Ohne Mig
Völlig gesundes Gebiss ($d_{1+2+3}mft = 0$)	30,4 %	26,5 %	12,5 %	32,8 %
Kariesvorstufen ($d_{1+2}t > 0, d_3mft = 0$)	14,9 %	12,5 %	11,5 %	12,9 %
Kariesfrei ($d_3mft = 0$)	45,3 %	39,0 %	24,0 %	45,7 %
Karieserfahrung ($d_3mft > 0$)	54,7 %	61,0 %	76,0 %	54,3 %
Behandlungsbedürftiges Gebiss ($d_3t > 0$)	40,0 %	45,8 %	62,5 %	38,4 %
Saniertes Gebiss ($d_3t = 0, mft > 0$)	14,7 %	15,2 %	13,5 %	15,9 %

Quelle: GÖG/ÖBIG

Der Einfluss der Bildung ist noch stärker als der Einfluss der Migration (ÖBIG, 2007, S. 45) und „Migrationshintergrund oder niedriger Bildungsgrad der Eltern verringert die Rückentwicklungschancen der Kariesaktivität im Milchgebiss bedeutend“ (S. 46).

Um die Chancengerechtigkeit für MigrantInnen in puncto Zahngesundheit zu erhöhen, wurde in drei Regionen der Steiermark zwischen 2010 und 2013 ein aufsuchendes MultiplikatorInnenprojekt in formellen und informellen Settings durchgeführt. Ziel von „Zähne.Zeigen“ war, Zahngesundheitsinformationen an Eltern von Kinder zwischen 0-4 Jahren weiterzugeben und neue Zugänge zu sozial benachteiligten Personen mit und ohne Migrationshintergrund zu erkunden und zu schaffen. 18 muttersprachliche ZahngesundheitsmentorInnen (ZGM) organisierten und hielten, nach einer Qualifizierung, 814 Einsätze in Warteräumen von Kinderärzten, bei Elternberatungsstellen oder NGOs, in Moscheen, Wohnheimen, Parks, Schwimmbädern oder privaten Wohnungen ab. Sie erreichten binnen zweieinhalb Jahren mit ihrer Informationstätigkeit in den drei Regionen Graz, Bruck und Feldbach dokumentierte 4888 Eltern von knapp 10.000 Kindern. Sie verteilten dabei auch übersetzte Infomaterialien, Zahnbürsten und Zahnpasten. Laut Rückmeldungen der ZGM sowie den KooperationspartnerInnen interessierten sich die Eltern zwar für schriftliche Informationsmaterialien, punktgenau angepasste Materialien würden aber fehlen.

Nationale Vernetzung und Austausch zum Thema Migration und Zahngesundheit war vor Projektbeginn noch kaum gegeben und auch von Styria vitalis gab es eher nur punktuelle Kooperationen mit verschiedenen MigrantInnencommunities.

1.2 Projektinformationen

Das einjährige Projekt Kultursensible Kariesprävention (KUKA) wurde beim Fördertopf Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag – eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung – mit 49.000 Euro eingereicht und bewilligt. Projektträgerin war Styria vitalis, eine Gesundheitsförderungseinrichtung in der Steiermark mit fast 30-jähriger Kariespräventions-Erfahrung in Schule und Kindergarten, Projektleiterin war Mag. Gudrun Schlemmer, MPH, eine Person mit Erfahrung in Erwachsenenbildung, dem Kinder- und Jugendbereich sowie in der Projektarbeit mit MigrantInnen.

Ziele des Projektes:

- Z1 Erhöhung der Gesundheitschancen für Kinder mit Migrationshintergrund in der Zahngesundheit*
- Z2 Erhöhung der Gesundheitskompetenzen von Eltern / Migrationshintergrund in der Kariesprävention*
- Z3 Partizipation von MigrantInnen bei Bedarfsanalyse, Produktentwicklung und Fachtagung*
- Z4 Erstellung und Transfer von Informationsmaterialien zu kultursensibler Kariesprävention*
- Z5 Nationaler Erfahrungsaustausch zur Kariesprävention bei Kindern mit Migrationshintergrund*

Das Projekt KUKA setzt sich aus 6 Teilprojekten zusammen und wurde zwischen Februar 2013 – Februar 2014 durchgeführt:

- TP 1: Einrichtung und Partizipation einer interkulturellen Dialoggruppe*
- TP 2: Wissensgenerierung zum Thema Migration und Zahngesundheit*
- TP 3: Entwicklung /Produktion Infoblätter in 10 Sprachen für Kinder im VS-Alter und Eltern*
- TP 4 Know-How-Transfer durch nationale Fachtagung zur kultursensiblen Kariesprävention*
- TP 5: Transfer ins Regelsystem – Download, Printmaterial,*
- TP 6: Projektabschluss mit Zukunftsaussicht*

Die Projektleiterin Mag^a Gudrun Schlemmer, MPH, Koordinatorin des MultiplikatorInnenprojekt Zähne. Zeigen bei Styria vitalis und ausgebildete VS-Lehrerin und Erwachsenenbildnerin, konnte Erfahrungen in Gesundheitsförderung und partizipativer Präventionsarbeit mit MigrantInnen einbringen. Wichtige organisatorische Unterstützung wurde durch Bianca Langmann (FH; für den Erhebungsprozess) und Manuela Reiter (Mag^a FH) – (bei der Fachtagung) ins Projekt gebracht.

Als Gesamtbudget standen € 49.400.- zur Verfügung.

Ursprünglich war der Begriff „Kulturspezifische Kariesprävention“ als Projekttitle gewählt worden, erste Rechercheerkenntnisse bei ProjektpartnerInnen und in der Literatur wiesen aber darauf hin, dass vom Begriff kulturspezifisch eher abgegangen wird, das es in Diversity-

Prozessen weniger stark um das Herausarbeiten der einzelnen Unterschiede zwischen den Kulturen, als um die Bereitschaft der Inklusion und den partizipativen Prozess geht. Der Fördergeber genehmigte daraufhin die Namensveränderung des Projektes in „Kultursensible Kariesprävention“.

Der folgende Bericht strukturiert sich um die einzelnen Teilprojekte des Projektstrukturplans, nur der Teil der Wissensgenerierung folgt aus praktischen Gründen dem Bericht über den Projektverlauf (Kapitel 6).

Teilprojekte	Maßnahmen der Teilprojekte	Projektmonat											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TP1: Partizipation der Dialoggruppe: AG mit VertreterInnen von MigrantInnenvereinen MS 1: AG etabliert	<ul style="list-style-type: none"> Einladung von VertreterInnen der wichtigsten MigrantInnengruppen in Graz mit spezifischen Kultur- und Sprachhintergründen zur Teilnahme an Arbeitsgruppe (AGT) AGT 1: Kennenlernen, Abstimmen der Projektziele, Meilensteine und Aufgaben AGT 2: Austausch über kulturspezifische Zugänge und Besonderheiten der Oralgesundheit der jeweiligen ethnischen Gruppe, gemeinsame Leitfadenerstellung AGT 3: Austausch der Ergebnisse der Feldrecherche und gemeinsame Analyse AGT 4: Inhalt, Form und Dissemination der kulturspezif. Informationsmaterialien AGT 5: Nachhaltige Verankerung der Kariesprävention in migrantischen Gruppen 	■	■	■	■	■							
TP2: Wissensgenerierung MS2: Wissensgenerierung abgeschlossen	<ul style="list-style-type: none"> Literaturrecherche (Wissen, Models of Good Practice) Erhebung bei den Zielgruppen (ZG) durch Interviews und Fokusgruppen, durchgeführt von Dialoggruppe (Feldrecherche) Analyse mit der Dialoggruppe 	■	■	■	■	■							
TP3: Entwicklung/Produktion kulturspezifischer Materialien MS 3: Materialien liegen vor	<ul style="list-style-type: none"> Partizipative Entwicklung mehrsprachiger kulturspezifischer Materialien Produktion der kulturspezifischen Informationsmaterialien in 10 Sprachen Aufbau einer Homepage zur Kariesprävention Öffentliche Präsentation von Materialien / Homepage mit der Dialoggruppe Downloads der kulturspezifischen Infomaterialien ermöglichen 		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
TP4: Nationale Fachtagung MS 4: Tagung durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> Planung, Organisation der nationalen Fachtagung mit Dialoggruppe Durchführung der Fachtagung mit Dialoggruppe (ExpertInnenworkshops) 	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
TP5: Transfer in Regelsystem MS 5: österreichweite Distribution	<ul style="list-style-type: none"> Versuch der Institutionalisierung einer multi-ethnischen Arbeitsgruppe bei Styria vitalis Beitrag bei ÖBIG- Fachtagung „Koordinationsstelle Zahnstatus“ Distribution der Materialien, Öffentlichkeitsarbeit für Homepage inkl. Betreuung 										■	■	■
TP6: Projektabschluss MS 6: Projektbericht liegt vor	<ul style="list-style-type: none"> Interne Evaluierung mit der Dialoggruppe Projektbericht 										■	■	■

KUKA Projektstrukturplan laut Antrag

2 TP1: Partizipation der Dialoggruppe

2.1 KooperationspartnerInnen und Dialoggruppe

Grundlage der Festlegung der am häufigsten gesprochenen Sprachen in Graz war die Statistik über den AusländerInnenanteil der Grazer Bevölkerung (siehe 1.1)

Eine große Hürde musste zu Beginn des Projektes überwunden werden: – die Suche nach VertreterInnen der wichtigsten MigrantInnengruppen in Graz und das Wecken des Interesses, sich auf einen zumindest halbjährigen Arbeitsprozess zum Thema Zahngesundheit einzulassen. Bei der Suche wurde auf vorhandene Kontakte zurückgegriffen, es gab bedeutende Unterstützung seitens des MigrantInnenbeirates der Stadt Graz, dem Frauenservice der Stadt sowie NGOs wie Ikemba, Zebra, Isop und dem Frauenservice Graz. Bei der Auswahl und Einladung der TeilnehmerInnen wurde darauf geachtet, etablierte Vereine, charismatische & bekannte Persönlichkeiten in MigrantInnen bzw. auch interessierte und engagierte Menschen auszuwählen. Wichtig war, dass die VertreterInnen, die größten MigrantInnen-Gruppen in Graz repräsentierten oder Gruppen, in denen ein besonderer Bedarf an muttersprachlichen Informationen zur Zahngesundheit bestand.

Alle ins Auge gefassten Personen wurden telefonisch durch die Projektleiterin kontaktiert – ein Weg, der sich als sehr positiv herausstellte, da bis auf eine Absage alle kontaktierten Personen Interesse bekundeten, zum ersten Vorstellungstreffen kamen oder eine Ersatzperson schickten.

Es gelang, spätestens bis zum dritten Treffen, die Lücken zu schließen: deutsche, slowakische, italienische und slowenische VertreterInnen wurden nicht wirklich gesucht, da laut Auskunft des Migrantenbeirates diese Personen beinahe immer deutsch sprechen, die kulturellen Unterschiede nicht allzu groß sind und auch keine Auffälligkeiten bezüglich starker Betroffenheit von Karies gemeldet wurden.

Ansatz von Styria vitalis war es, das Know-How der TeilnehmerInnen bezüglich der Kenntnisse und Zugang zu ihrer eigenen Gruppe zu nützen und sie partizipativ in den Prozess der Datengenerierung und der Informationsweitergabe einzubeziehen. Im Sinne von Empowerment war auch beabsichtigt, die MitarbeiterInnen in der Dialoggruppe rund um das Thema Kariesprävention mit größerer Expertise auszustatten und sie generell verstärkt für Gesundheitsförderung zu interessieren. Dazu sollten 4-5 Dialoggruppentreffen mit Workshopcharakter jeweils 17 – 19.30 Uhr stattfinden. Die finanzielle Abgeltung in der Höhe von 50 Euro pro Workshoptermin und Sprache (30 € pro Person, falls zwei VertreterInnen anwesend waren)

wurde von den TeilnehmerInnen als faire und positive Anerkennung ihrer Arbeit vermerkt, gab den Aufgaben extra Wichtigkeit und half natürlich auch bei der Beibehaltung der Zuverlässigkeit der einzelnen TeilnehmerInnen.

Im Februar begann die Suche nach möglichen PartnerInnen bei KUKA, am 6. März 2013 fand das erste Vorstellungstreffen des Projektes statt und zwischen 3. April 2013 und 29. Jänner 2014 folgten 5 Dialoggruppentreffen. Von April bis Juli 2013 gab es drei Erhebungsphasen in den Zielgruppen durch die TeilnehmerInnen.

Nach einer Vorlaufphase konnten folgende Personen ethnischer Gruppierungen bzw. VertreterInnen von Migrantenvereinen zu aktiven MitarbeiterInnen gewonnen werden. Fast alle Personen nahmen regelmäßig oder zumindest mehrmals an den sogenannten „ Dialoggruppen-Treffen“ teil.

Herkunftssprache	Verein/Organisation	Vertreterin aus Zielgruppe
Bosnisch	Verein der Bosniaken	Alma Ljubijankic; Eldin Felic
kroatisch - serbisch bosnisch-	Verein für Kultur und Integration DUGA	Jasna Iliskovic, Jandranko Vulic Mihailo Bobar
Rumänisch	als Dolmetscherin bei Omega und Zebra aktiv	DI Maria Halitzki
Türkisch	Verein Dostlar - Freizeittreffpunkt Türkischer Migranten	Ali Ozak Seval Demir
Ungarisch	Als Dolmetscherin bei Omega und Zebra aktiv	DI Maria Halitzki, Christina Halitzki
Russisch	Als Ärztin und Dolmetscherin bei Omega aktiv; Tschetschenin, bei Ikemba und als ZGM bei Zähne.Zeigen aktiv	Dr. Jamala Gurban Raisa Reschidowa
Albanisch	Integrationsassistentin bei Ikemba aus dem Kosovo	Irida Kulla
Englisch afrikanisch	Aktive ZGM, Nigerianerin Ikemba	Fatima Agboola (Rosemary Emiohe – nur AG)
chinesisch	Konfuzius-Institut der Univ. Graz	Eva-Märzendorfer Chen, Dr. Wan Chen
Arabisch	Aktive ZGM aus Palästina und Schlüsselperson aus Ägypten	Suha Matter Mohammed El-Heliebi

Farsi, persisch	Afghanischer Verein für Einheit und Frieden / bzw. FC Hazara Steiermark	Fereydun Zahedi Sharif Mohamadi
Dar, urdu, pashto	Afghanische Medizinstudentin	Siddiqui Zainab Ghazal
Französisch – afrikanisch	Ruandesisch - Österreichischer Kulturverein	Anthere Kundukundwe Ndutiye (statt Edith Abawe)
Spanisch	Chilene, Sozialarbeiter GR der Stadt Graz	Nibaldo Vargas Llosa

Das „Styria-vitalis-Projekt“ wurde durch das Einbringen eigener Erfahrungen & Ideen und die Beteiligung an allen Projektschritten bald von den Teilnehmern als „unser Projekt“ tituliert. Es gab große Zuverlässigkeit bezüglich der Erledigung der geforderten Aufgaben und recht große Konstanz bei den Treffen. Das Ziel „Partizipation der Zielgruppe“ wurde, wie in den nächsten Kapiteln ersichtlich, erreicht.

2.2 Projektrollen

MigrantInnen: aktive Teilnahme an Dialoggruppentreffen, Erhebung in den Communities, Mitarbeit bei Fachtagung, Mitarbeit bei Erstellung von Infoblättern, ÜbersetzerInnen, Informationstransporter, key persons, Schaffung von Bewusstsein, DistributorInnen Personen und Vereine, die an den Dialoggruppen teilgenommen haben – siehe S.2.1. (Ausnahme: Raisa Reschidowa – nur als Auskunftsperson über tschetschenische Community und Korrekturleserin tätig.

KooperationspartnerInnen: MigrantInnenvereine (siehe 2.1), Migrantenbeirat der Stadt Graz, Fachbeirat von ZÄZ (Zahnarzt Dr. Maresch; Schulzahnambulatorium Dr. Bischof, Dr. Schmidt; STGKK Dr. Danner) GÖG-ÖBIG (Dr. Kerschbaum) , Ethnomediz. Zentrum Hannover (Dr. Ramazan)

Projektleitung: Mag^a Gudrun Schlemmer, MPH.

Konzeption und Planung, Suche nach / Betreuung von MigrantInnen, Kontakt zu KooperationspartnerInnen, Recherche, Organisation und Abhaltung der Dialoggruppen, Capacity-Building mit den MigrantInnen, Auswertung der Fragebögen und Informationsgewinn, Entwicklung und Erstellung der Infoblätter, Layout der Infoblätter, Erhebung des Bedarfs an Infoblättern, Planung und Durchführung des Honorarwesens, Berichtswesens

Interne Unterstützungspersonen: Bianca Langmann (Mag^a FH); Manuela Reiter (Mag^a FH)

Hilfe bei Auszählung/Auswertung der Fragebögen, Mitorganisation von Dialoggruppen und der Fachtagung, Unterstützung bei Recherche, Layout und Honorarwesen, Distribution (Print und Homepage), Öffentlichkeitsarbeit und Druck: Mag^a Sigrid Schröpfer

Zahngesundheitsteam: Mag^a Bernadette Jauschnegg (Leiterin der Kariesprophylaxe); Mag^a Karin Reis-Klingspiegl)

Buchhaltung: Helga Gmoser. Budgetierung und Durchführung der Abrechnungen, Gesamt-
abrechnung

2.3 AG 1: Vorstellungstreffen und Kennenlernen

Begonnen wurde die Suche nach Schlüsselpersonen aus diversen Communities über den Geschäftsführer des MigrantInnenbeirates der Stadt Graz, Godswill Eyawo. Telefonate folgten und beim ersten Vorstellungstreffen am 6. März 2013 (Arbeitsgruppe 1) waren 6 VertreterInnen diverser Communities bei Styria vitalis anwesend.

Ziel war das gegenseitige Kennenlernen, Vorstellen des Projektes, Abstimmung der Projektziele, der Meilensteine und Aufgaben, sowie eine weitere Motivation zur Teilnahme an KUKA. Alle Anwesenden gaben im Anschluss an das Treffen ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Dialoggruppe (DG) bekannt oder nannten eine mögliche Ersatzperson.



2.4 1. Dialoggruppentreffen: Thema Zahngesundheit



Am ersten Dialoggruppen-Treffen am 3.4.2013

nahmen 14 Personen (manche zu zweit aus Vereinen) und zwei VertreterInnen von Styria vitalis teil. Im Mittelpunkt standen das Kennenlernen und erste Ausloten kultureller Unterschiede. Schwerpunkt des Treffens waren neben genauerem Kennenlernen Informationen und Austausch über Fragen der Zahngesundheit wie Zahnentwicklung, Zahnaufbau und Funktion, Karies, Zahnpflege, Fluoridierung, zahnmedizinische Versorgung.

Gemeinsam wurde beschlossen, dass mehr Informationen aus den jeweiligen Herkunftskulturen über die Form von Eigeneinschätzung und Befragung der Zielgruppe gesammelt werden sollten, und dafür wurde ein Leitfaden entwickelt. Da nur wenige Personen Fokusgruppen organisieren wollten, wurde ein Fragebogen, den die Projektleitung auf Basis von Rückmeldungen eines interkulturellen MultiplikatorInnenprojektes namens „Zähne.Zeigen“ zum Thema Zahngesundheit vorformuliert hatte, gemeinsam diskutiert, adaptiert und von allen Anwesenden im Konsens freigegeben. Diese Vorgehensweise erlaubte ein effizientes und doch partizipatives Vorgehen.

Für die Teilnahme an der Dialoggruppe erhielten die TN 50 Euro an Aufwandsentschädigung – wenn zwei VertreterInnen der gleichen Sprache anwesend waren – jeweils 30 Euro.



2.5 2. Dialoggruppentreffen: Thema Ernährung



Im zweiten Dialoggruppen-Treffen am 8.5.2013 beschäftigten sich zehn TeilnehmerInnen zunächst mit den Erfahrungen der ersten Erhebungen in ihren Communities. Als interessant aber schwer zu organisieren wurden die Fokusgruppen genannt, positiv waren die Rückmeldungen über die Fragebogenerhebung und die Thematisierung des Themas Zahngesundheit welches auf Interesse stieß. Es wurde beschlossen, mit den Fragebogenerhebungen fortzufahren. Inhaltlicher Schwerpunkt des zweiten Treffens waren die Themen Gesunde Ernährung, Zucker und Naschen von Kindern. Die Ernährungswissenschaftlerin Mag. Sabine Töschler von Styria vitalis informierte an praktischen Beispielen und mit Hilfe von Power-Point interessante Details zum Thema. Besonders spannend für alle war auch der interkulturelle Austausch übers Essen und Trinken in der alten und neuen Heimat. Gemeinsam wurden die Fragen für den Fragebogen Nummer zwei zu den Ernährungsgewohnheiten festgelegt und von der Projektleitung danach an alle DialoggruppenteilnehmerInnen für die Befragung Nr. 2 ausgeschickt.



2.6 3. Dialoggruppentreffen: Gestaltung von Infomaterialien

Beim DG-Treffen 3 vor der Sommerpause am 19.6.2013 wurde nach dem Austausch über die Ergebnisse der letzten Feldrecherche und der gemeinsamen Analyse, vor allem die Gestaltung von Infomaterialien diskutiert und entschieden. Wichtig war die NutzerInnenorientierung – es ging vor allem um Gesundheitskompetenzen, health literacy der Community, Gestaltungsweise der geplanten Infoblätter und Distribution.

Gemeinsam wurde das Projekt bezüglich der Qualitätskriterien des Schweizer Roten Kreuzes (miges) zur Erstellung von Infomaterialien für MigrantInnen analysiert.

Nach dem Festlegen der Fragen des dritten und letzten Fragebogens ging es auch um die Mitarbeit bei der geplanten ExpertInnentagung und den Übersetzungstätigkeiten.

Bei diesem Treffen ging es weniger um einen theoretischen Input von Seiten Styria vitalis, sondern mehr darum herauszufinden was die einzelnen Kulturgruppen in puncto Inhalt und Gestaltung von Informationsblättern als wichtig bewerten. So entschieden sich die elf TeilnehmerInnen nach Diskussionen gegen zweisprachige Flyer, da der Einwand, dass dann automatisch in der Muttersprache gelesen wird, logisch erschien und es ja nicht vorrangig um die Erlernung von Deutschkenntnissen ging. Wichtig war der Gruppe, die wichtigsten Informationen möglichst knapp, einfach und mit Bildern versehen zusammenzufassen.

Da passende Fotos erwünscht, aber Mangelware waren, wurde eine zusätzliche Fotosession mit Kindern und Erwachsenen aus verschiedenen Kulturkreisen beschlossen.

Die Projektleitung sollte nach der Auswertung aller Fragebögen einen Vorschlag über die Inhalte erstellen.



KUKA-Dialoggruppe.... selbst am Geburtstag wurde teilgenommen.....und natürlich gefeiert!

2.7 Fotosession im Augarten

Einem Mitglied der Dialoggruppe gelang es, einen Hobbyfotografen mit großer Erfahrung im Fotografieren ethnokultureller Gruppen, für das Projekt zu gewinnen. Am 16. Juli fanden sich Kinder und Erwachsene verschiedener ethnischer Kulturen im Grazer Augarten zu einer fröhlichen Fotosession ein. Die Kinder erhielten danach als Belohnung fürs Mitmachen an diesem heißen Tag Eiscreme.



Zahngesundheit als multikulturelles Projekt für Kinder und Eltern

2.8 4. Dialoggruppentreffen: Befragungsergebnisse und Fachta- gung

Beim 4. Treffen am 16.10.2013 beschäftigten sich die sieben TeilnehmerInnen mit den durch Styria vitalis ausgezählten Ergebnissen ihrer Befragungen zu den Themen Zahngesundheit, Ernährung und Nutzerorientierung von Infobroschüren und Auffälligkeiten bezüglich ihrer Communities. Nachdem im Sommer die erhaltenen Fragebögen durch eine Mitarbeiterin von Styria vitalis ausgezählt wurden und die Inhalte mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Aussagen des Obersten Sanitätsrats abgestimmt worden waren, stellte die Projektleitung ihren Vorschlag für die Infoblätter vor. Die geplanten Inhalte wurden bei diesem Treffen nochmals diskutiert und überprüft und danach Styria vitalis zum genauen Ausformulieren freigegeben.



Zweiter Schwerpunkt des Treffens war die Vorbereitung der Fachtagung für ExpertInnen und die mögliche Einbeziehung der Dialoggruppe. Die Fachtagung sollte auch zu einer Begegnungsmöglichkeit für AkteurInnen der Kariesprävention mit den MigrantInnen selbst werden und so erklärten sich einige Personen bereit, als TischgastgeberInnen beim geplanten „World-Café“ zu werden. Die drei Fragestellungen dafür wurden gemeinsam entwickelt. (siehe auch 2.10 und TP 4 - Österreichische Fachtagung). Einige MigrantInnen fanden den Aspekt auch faszinierend, dass sie einmal diejenigen wären, die Fragen stellen durften (im Alltag wäre es meist umgekehrt), und leitend als Gastgeber fungieren sollten.

2.9 Übersetzungen der Infoblätter

Basierend auf den Qualitätsempfehlungen des Schweizer Roten Kreuzes (miges) über Basiskriterien und migrationspezifische Kriterien bei Informationsbroschüren entschloss sich die Projektleitung trotz organisatorischen Mehraufwandes, die Übersetzungen anstatt durch ein Übersetzungsbüro, durch die TeilnehmerInnen der Dialoggruppe machen zu lassen und durch eine weitere muttersprachliche Person gegenkontrollieren zu lassen. Der Vorteil war, dass den TeilnehmerInnen durch ihre Beschäftigung die genauen Hintergründe für die Empfehlungen bekannt waren und damit genauer erfasst werden konnten. Außerdem garantierte die Einbeziehung in den Übersetzungsprozess eine bessere Identifikation und damit auch Bewerbung der Infoblätter. Die meisten ÜbersetzerInnen meldeten zurück, dass sie den

Aufwand der Übersetzung unterschätzt hatten, es aber ein sehr spannender Prozess war und in ihrer Umgebung zu weiteren Diskussionen geführt hatten. Es war spannend für sie mitzuerleben, wie viele Schritte die Entwicklung so eines „einfachen“ Infoblatts bedurfte. Die Übersetzungen des Kinderinfoblattes und des Elterninfoblattes wurden mit insgesamt 170 Euro/Sprache bezahlt.

2.10 Mitarbeit bei Fachtagung „Kultursensible Kariesprävention“



Die Fachtagung „Kultursensible Kariesprävention“ am 20. November 2014 in Graz sollte den österreichweiten Know-How-Transfer zum Thema Migration und Zahngesundheit ermöglichen (siehe auch Kapitel 5 zur Partizipation der MigrantInnen und detailliertes Programm im Anhang).

Im Mittelpunkt standen die aktuelle Zahlenlage, Erfahrungen aus Good-Practice-Modellen in Deutschland sowie der partizipativen Arbeit, die Vernetzung. Ein wichtiger Aspekt dabei war die direkte Begegnungs- und Austauschmöglichkeit mit den engagierten MigrantInnen, welche die rund 40 TeilnehmerInnen aus fast allen Bundesländern begeisterte.

Die MigrantInnen führten in ihrer Rolle als „Gastgeber“ durch ein „World-Cafe“ und so gab es einen regen Austausch zum Thema Vernetzung, Erfahrungen aus der Praxis und möglichen Vorhaben in der Zukunft. Wo sonst hatten viele die Möglichkeit sich z.B. mit muslimischen Frauen oder afrikanischen Männern über die Zahngesundheit in deren Communities zu unterhalten.

Ein besonderer Aspekt an Wahrnehmung (-veränderung) gelang über den Ruandesen Anthere Kundukundwe– zunächst umrahmte er die Tagung mit Trommeln und Geschichten rund um Traditionen und Zahngesundheit in seinem Land (ein kulturelles Gut, das Afrikanern schnell zugeschrieben wird) dann brachte er sich aber als aktives Mitglied der Dialoggruppe

inhaltlich perfekt ins Thema ein – so gelang es, die Vielfalt der MigrantInnen, ihren Wissensschatz und ihre Kompetenzen leicht erkennbar und nachvollziehbar zu machen.

Unter den TeilnehmerInnen wurden Gemeinsamkeiten entdeckt, wertvolle Vernetzungsarbeit geleistet und mit viel Schwung neue Wege kultursensibler Kariesprävention aufgezeigt. Der Erfahrungsaustausch mit den MigrantInnen beim World-Café wurde besonders positiv angenommen. (Inhalte zur Fachtagung siehe auch Kapitel 4)

2.11 Fünftes Dialoggruppentreffen: Fazit und Verankerung

Beim fünften und letzten Dialoggruppentreffen am 29. Jänner 2014 wurden die fertig gelay-outeten Infoblätter von den 8 TeilnehmerInnen gemeinsam bestaunt, Ergebnis und Prozess reflektiert und Überlegungen angestellt, wie diese Infoblätter nun in der jeweiligen Community eingesetzt werden könnten.



Bei der Reflexion und internen Evaluierung bekundeten alle acht Anwesenden (zwei weitere taten das telefonisch kund) ihr Interesse an einer neuen Dialoggruppe. Manche wünschten sogar längere und häufigere Treffen, andere meinten, alles war genau richtig. Gewünscht wurde ein noch stärkerer interkultureller Austausch zwischen den Gruppen. Als positiv wurde der Vorschlag nach einer Pause von zirka einem Jahr empfunden, bevor es wieder zu einem Gesundheitsförderungsprojekt kommen könne, um zuvor die neuen Infoblätter gut einsetzen zu können und die MigrantInnen nicht mit einem Gesundheitsthema zu überfordern.

„Gesunde Ernährung“ wurde häufig als mögliches Nachfolgethema genannt, da die Rechercheergebnisse in den eigenen Communities Handlungsbedarf hervorgebracht hatten.

3 TP3: Entwicklung/Produktion kultursensibler Materialien

3.1 Produktionsprozess

Die Infoblätter sind Endprodukt eines intensiven, partizipativen Prozesses mit verschiedensten Communities Dialoggruppen-Treffen, Erhebungen in den verschiedenen Kulturgruppen, persönlichen Einschätzungen, etc. (siehe Kapitel 2)



Neben dem Bedarf (siehe Zahnstatusergebnisse) ging es KUKA auch um Erhebung der Bedürfnisse und der praktischen Nutzung der Informationen bei den MigrantInnen in Graz - Ziel der Befragung war keine repräsentative Studie, sondern eher die Erhebung von Tendenzen, Besonderheiten, überraschende Antworten, den Prozess der Consciousness bei Gruppen.

Die abgegebenen Fragebögen wurden nach einem Stufenplan bezahlt (zwischen 40 Euro für 5-10 Fragebögen und 140 Euro für mindestens 30 Fragebögen), die erkundeten Informationen in die Infoblätter integriert und durch Feedback-Schleifen abgesichert.

Es wurde entschieden, keine kulturspezifischen Unterschiede in den Blättern zu machen, da der Basis-Informationsbedarf bei fast allen Gruppen ähnelte.

Die Texte, die aus dem Prozess entstanden sind, sind deshalb für alle gleich. Die Sprache ist auf jedem Infoblatt oben leicht ersichtlich angegeben, die Infoblätter unterscheiden sich op-

tisch durch traditionelle Muster aus den jeweiligen Herkunftskulturen (von den DG-TeilnehmerInnen gebracht), teilweise auch durch verschiedene Fotos.

Den Qualitätskriterien des Schweizer Roten Kreuzes zur Entwicklung migrationsspezifischer Materialien folgend, übernahmen die notwendigen Übersetzungen bis auf wenige Ausnahmen die beteiligten MigrantInnen selbst, es gab jedoch zu allen Übersetzungen weitere muttersprachliche Korrekturleser oder kontrollierende Übersetzungsbüros. Die MigrantInnen selbst waren überrascht über den zeitlich hohen Aufwand bei den Übersetzungen und grundsätzlich auch, wie viele Schritte es braucht, um - auf partizipativem Weg - Infomaterialien zu erstellen.

Für die Staaten des ehemaligen Jugoslawien wurde nach Absprache mit mehreren VertreterInnen beschlossen, eine Version in bosnisch-kroatisch zu erstellen und wegen völlig anderem Schriftbild eine extra-Version in serbisch/cyrilisch. Die Infoblätter werden nicht ins Slowenische übersetzt, obwohl der Anteil der Slowenen in Graz relativ groß ist, weil Deutsch meist für diese Gruppe kein Problem darstellt und sonst die BK-Version verwendet werden kann. Der Anteil der ChinesInnen ist zwar relativ gering, da aber bis dato wenig Informationen in der Community über Zahngesundheit vorhanden waren, wurde auch die chinesische Community in den Prozess mit aufgenommen. Bei den AfrikanerInnen gab es VertreterInnen der englischsprachigen und französischsprachigen Communities.

Da noch eingespartes Projektgeld zur Verfügung stand, wurde eine Ausweitung der Sprachen auf polnisch und spanisch organisiert.

Nach Abschluss des Projektes stehen nun Kariesinformationsblätter für Kinder von 7-10 Jahren sowie Informationsblätter für Eltern in jeweils 15 Sprachen zur Verfügung.

3.2 Distribution und Zugang zu den Infoblättern

Im Laufe des Projektes wurde entschieden, die Infoblätter auf der Stamm-Homepage von Styria vitalis zum Download bereit zu stellen, weil die Verbindung zur Herkunft bestehen bliebe, die Abkoppelung der Infoblätter von anderen Projekten der Kariesprävention nicht günstig erschien und die Wartung für die Zukunft einfach ist.

Download unter:

http://www.styriavitalis.at/cms/Zahngesundheit/Zahngesundheit_in_mehreren_Sprachen/17.3_0,0.html

Die Printversionen der Infoblätter sind vor allem für die Grazer Communities geplant, es gab aber auch schon Anfragen aus der ganzen Steiermark sowie von den Präventionsabteilungen aus anderen Bundesländern. Für die Migranten-Communities vor Ort, Vereine, Institutionen und Einzelpersonen sowie interessierte aks-Mitglieder zur Zahngesundheit in den Bundesländern liegen durchschnittlich 1000 Stück Infoblätter pro Sprache in gedruckter Version vor, das deutschsprachige Kinderinfoblatt soll flächendeckend für alle VS-Kinder in der Steiermark zur Verfügung gestellt werden.

Die Infoblätter werden nun über Mitglieder der Dialoggruppe, ihre Vereine sowie weiteren Schlüsselpersonen und Selbstorganisationen, die Elternberatungen der Stadt Graz, das Schulzahnambulatorium und die Steir. Gebietskrankenkasse sowie die ZahngesundheitserzieherInnen je nach Bedarf verteilt. Bei der letzten Dialoggruppe gab ein Mitglied ihr Vorhaben bekannt, statt einer einfachen Verteilung, noch einmal einen Workshop bei ihrer Community mit den Infoblättern zu veranstalten – das stieß auf Interesse auch anderer TeilnehmerInnen.

Im Frühjahr 2014 und in den beiden darauffolgenden Jahren wird es zusätzliche Direktankündigungen in einschlägigen Gesundheitsförderungsmedien und steirischen Medien geben.

4 TP4: Fachtagung „Kultursensible Kariesprävention“

Was „kultursensible Kariesprävention“ bedeuten kann und wie der multikulturelle Alltag in der Präventionsarbeit, in Österreichischen Zahnarztpraxen und der Arbeit von Sozialversicherungen aussieht, haben ExpertInnen aus ganz Österreich gemeinsam mit Menschen anderer Herkunftskulturen bei der Fachtagung „Kultursensible Kariesprävention“ am 20. November 2013 in Graz diskutiert.

4.1 Einladung, Programm und Ablauf der Fachtagung

Ziel der Fachtagung war der nationale Know-How-Transfer und eine Weiterentwicklung des Themas Migration und Zahngesundheit. Im Juni gab es die ersten Terminavisos, die detaillierte Ausschreibung folgte im Oktober.



Einladung



Fachtagung: Kultursensible Kariesprävention in Österreich

Wann: Mittwoch, 20. November 2013, 9 - 17 Uhr

Wo: Graz, Exerzitienhaus der Barmherzigen Schwestern, Mariengasse 6a, 8020 Graz

Der von Styria vitalis organisierte, interdisziplinäre ExpertInnenworkshop will den nationalen Austausch zu den Zielen, Aufgaben und Wegen kultursensibler Kariesprävention fördern. Die Tagung findet mit Beteiligung von Menschen verschiedenster Herkunftskulturen statt und wird über Mittel der Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag gefördert.



Programm

8.15 - 9.00	Ankommen. Registrieren. Kleines Frühstück.
9.00 - 9.20	Welcome und let´s start
9.20 - 9.50	Migration und Zahngesundheit in Österreich und im internationalen Vergleich <i>Dr. Johann Kerschbaum, GÖG – ÖBIG</i>
9.50 - 10.20	Zähne. Zeigen & KUKA – zwei Pilotprojekte der kultursensiblen Kariesprävention <i>Mag^a Gudrun Schlemmer, MPH, Styria vitalis</i>
10.30 - 12.30	World Café - Von kleinen Löchern und der großen weiten Welt. Vernetzung, Erfahrungsaustausch, Vorhaben <i>Menschen verschiedenster Herkunftskulturen mit Bezug zur Kariesprävention</i>
12.30 - 13.00	Sammlung der Erkenntnisse
13.00 - 14.15	Essen aus aller Frauen Länder – multikulturelles, zahngesundes Buffet
14.15 - 14.25	Reinbeißen - gemeinsamer Beginn
14.25 - 15.45	Gesunde Zähne für alle - internationale Good-Practice-Modelle <i>Ramzan Salman, Sozialwissenschaftler, Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover</i>
15.50 - 16.15	Kulturspezifisch und/oder kultursensibel? Neue Informationsmaterialien für Kinder und Eltern
16.15 - 16.45	Zähne rein und Brille auf! - Was können und werden wir nun tun?
16.45 - 17.00	Schluss Punkt.
17.00 - 17.30	Steirische Säfte oder ein steirisches „Fluchtachterl“ zum Abschied

Kontakt & Anmeldung

Styria vitalis, Mag^a Gudrun Schlemmer, MPH, gudrun.schlemmer@styriavitalis.at

Kostenbeitrag: € 20.- inkl. Verpflegung

Nach Erhalt der Anmeldebestätigung bitte den Kostenbeitrag auf folgendes Konto einzahlen:
 Raiffeisen-Landesbank Steiermark, BLZ: 38000, Konto-Nr.: 6.422.794 (Betreff KUKA-Tagung).

Frühzeitige Anmeldungen erleichtern uns die Organisation – deshalb bitten wir darum!
 Endgültiger Anmeldeschluss: 6. November 2013

42 TeilnehmerInnen aus ganz Österreich (mit Ausnahme der Bundesländer Vorarlberg und Burgenland) beteiligten sich aktiv am Erfahrungsaustausch.

Eine zentrale Rolle nahm die Mitarbeit der Dialoggruppe ein, die als Gastgeber im World-Café tätig waren und danach auch die Ergebnisse präsentierten (siehe Kapitel 2)



Großteil der TeilnehmerInnen an der KUKA-Tagung „Kultursensible Kariesprävention“ am 20.11.2013

Die Gesundheit Österreich GÖG-ÖBIG unterstützte die Tagung durch Aussendungen an Stakeholder der Kariesprävention und einem Referat von Dr. Johann Kerschbaum „Migration und Zahnstatus in Österreich und im Internationalen Vergleich“

Ramazan Salman, vom Ethnomedizinen Zentrum Hannover stellte unter „Gesunde Zähne für alle“ Informationen zur Zahngesundheit und ethnische Communities, zu MIMI sowie anderen internationalen Good-Practice Modellen vor.

Die Projektleiterin Mag^a Gudrun Schlemmer berichtete über die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem MultiplikatorInnenprojekt Zähne. Zeigen und der Entwicklung der neuen Infoblätter.

Es war den TagungsteilnehmerInnen auch ein Anliegen, eine Petition an Gesundheitsminister Dr. Stöger und Dr. Probst vom Hauptverband der Sozialversicherungen zu übermitteln, in dem sie auf die große Bedeutung einer Zahngesundheitsberatung /Untersuchung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes hinwiesen, durch deren Verpflichtung sie Vorteile vor allem für sozial benachteiligte Kinder und Kinder von MigrantInnen sahen.

Die schriftlichen und mündlichen Rückmeldungen zur Tagung waren durchwegs positiv, besonders gelobt wurde Gestaltung, Aufbau und Atmosphäre der Tagung, genügend Zeit für Vernetzung und Austausch, die inhaltliche Qualität der Vorträge, die Teilnahme und Mitarbeit der MigratInnen sowie die Organisation generell.

5 TP5: Transfer ins Regelsystem

5.1 Versuch der Institutionalisierung einer multi-ethnischen Arbeitsgruppe bei Styria vitalis

Beim Abschlusstreffen am 29. Jänner 2014 gaben alle acht TeilnehmerInnen in einer Reflexion über die Dialoggruppenarbeit bekannt, dass sie Interesse hätten, wieder an einer Dialoggruppe teilzunehmen. Eine kleine Pause zum Aufarbeiten der Infoblätter wurde als gut befunden, das Thema Ernährung, bei dem bei fast allen Gruppen Informationsbedarf festgestellt wurde, stieß auf gemeinsames Interesse.



Bei der letzten Dialoggruppensitzung am 28. Jänner 2014 lautete die Rückmeldung der TeilnehmerInnen bei der internen Evaluierung der Dialoggruppe und des Prozesses, dass sie mit dem Prozess, der Arbeit der Dialoggruppe und Styria vitalis zufrieden waren und die Dialoggruppe als interessant erlebt hatten und mit großer Freude gekommen waren. Die Karisprävention erschien ihnen in ihren Gruppen sinnvoll. Zwei Personen hätten sich noch mehr interkulturellen Austausch gewünscht. Die zeitliche Aufteilung passte fast allen, zwei Personen wünschten sich sogar längere Sitzungen, was die anderen aber ablehnten und die 2,5 Stunden als genau richtig bezeichneten.

5.2 Kooperationspartner GÖG

Die Gesundheit Österreich (GÖG – ÖBIG) veranstaltete aus Ressourcengründen 2013 keine eigene Fachtagung mehr und deshalb wurde statt des geplanten Beitrags bei der GÖG-Taung eine andere Form der Kooperationspartnerschaft gewählt – es gelang das GÖG als Kooperationspartner für die KUKA-Tagung zu gewinnen; die Tagung wurde auch über die GÖG-Kontakte beworben, Dr. Kerschbaum trat als Referent auf. Anstatt der veranschlagten Honorarkosten wurden die Reisekosten und Hotelkosten übernommen von Dr. Kerschbaum übernommen und damit Geld eingespart. Die Kooperation erweiterte die Zugänge zu InteressentInnen und war gut.

5.3 Distribution der Materialien und Öffentlichkeitsarbeit

Die Communities interessierten sich besonders für die Elterninformationsblätter, die Mitglieder der Dialoggruppe sowie Kooperationspartner aus dem Projekt Zähne. Zeigen meldeten ihren Bedarf an und verteilen ihre erhaltenen Kontingente nun sukzessive in ihren Communities, manchmal verknüpfen sie nochmalige Workshops damit. Pro Sprache wurden anfänglich 1000 Stück Kinderinfoblätter und 1000 Stück Elterninfoblätter gedruckt. Die Printauflage in Deutsch lag bei den Elterninfoblätter zunächst bei 3500 Stück - da sich die Abteilung Kariesprävention und die ZahngesundheitserzieherInnen in der Steiermark nach Erhalt der ersten Ausdrucke die flächendeckende Verteilung der Kinder-Informationenblätter an alle steirischen VS-Kinder wünschten, wurde beschlossen, einen Teil der noch zur Verfügung stehenden Projektgelder für den Druck von 50.000 Stück deutschsprachigen Kinderinfoblätter zu verwenden.

Bei der Fachtagung hatten auch Präventionsabteilungen anderer Bundesländer Interesse an den Infoblättern bekundet und im März 2014 gingen von den Kinderinfoblättern jeweils 100 Stück jeder Sprache (außer Deutsch), dh. 1400 Stück /Bundesland – an folgende Abteilungen für Zahngesundheit bei den aks-Austria-Mitgliedern: Avos Salzburg, Gesundes Niederösterreich, Gesundheitsland Kärnten, PGA Oberösterreich und Wiener Gesundheitsförderung

Um nachhaltigen Zugang zu gewährleisten sind sowohl die Infoblätter für Eltern als auch die für Kinder auf der Homepage und von der facebook-Seite von Styria vitalis auf 15 Sprachen downloadbar

http://www.styriavitalis.at/cms/Zahngesundheit/Zahngesundheit_in_mehreren_Sprachen/17,3_0,0.html

Ankündigungen über das Erscheinen und die Links zum Downloaden gehen u.a. an den Gesundheitsfond Steiermark für den Gesundheitsziele-Newsletter des Landes Steiermark, die Kommunikationsabteilung des Landes Steiermark (Steiermark Report) und das Magazin „Gesundes Österreich“ des FGÖ.

Auf der Homepage des Springer-Verlags wurde das Projekt „Kultursensible Kariesprävention“ im Dezember 2013 als Leuchtturmprojekt vorgestellt (<http://www.springermedizin.at/gesundheitspolitik/?full=38288>)

6 TP2 :Wissensgenerierung

Erhöhung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen Migration, Zahngesundheit und der Ernährung war ein Teilziel des Projektes. Dieser Wissenszuwachs baute nicht nur auf klassischer Literaturrecherche und Aushebung von Datenmaterial und Statistiken auf, sondern auch auf partizipativen Erhebungen in den Communities selbst und die Einbeziehung von Erfahrungen diverser AkteurInnen in der Kariesprävention. Es wurde ein kontinuierlicher Prozess durch das Projekt. Zudem interessierten neueste Studien und Good-Practice-Beispiele aus anderen Ländern.

6.1 Grundsätzliches zur Kariesprävention bei MigrantInnen

Laut Schneller, Salman, Göpel (vgl. 2001, S.20) zeigen epidemiologische Studien, dass weltweit ethnische Minderheiten im Vergleich zu den jeweiligen nationalen Bevölkerungen besonders kariesgefährdet seien. Es ist gut darauf zu reagieren, gleichzeitig jedoch sollte eine Stigmatisierung dieser Gruppen auf jeden Fall vermieden werden.

Als Gründe für den hohen Kariesbefall bei MigrantInnen werden im Handbuch „Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“ folgende Einflussfaktoren angeführt:

- sozioökonomische Einflüsse
- andere Ernährungsgewohnheiten mit hohem Zuckerkonsum
- unzureichende Mundhygiene
- eingeschränktes Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Behandlung
- niedriger Bildungsstand der Eltern
- fehlender Versicherungsschutz
- Schwierigkeiten bei der Anpassung im fremden Land
- Verlust des bisherigen sozialen Umfeldes
- ungünstige Wohnverhältnisse
- andere Hygienevorstellungen
- andere Traditionen und Geschlechterrollen
- und besonders Sprachbarrieren (vgl. Schneller, Salman, Goepel, 2001, S. 19).

Die österreichische Koordinationsstelle Zahnstatus in der GÖG/ÖBIG fordert nach Betrachtungen der Zahnstaterhebungen, dass ein Fokus der Prävention auf sozial benachteiligten

Bevölkerungsgruppen mit migrantischem Hintergrund liegen solle (Bundesministerium für Gesundheit, o.J.)

In der Steiermark berichten die ÄrztInnen des Schulambulatoriums und der Steirischen GKK sowie die achtzehn ZahngesundheitsmentorInnen des MultiplikatorInnenprojektes „Zähne. Zeigen“ ebenfalls, dass Kinder mancher MigrantInnenkulturen häufiger unter Karies litten und die Eltern ein größeres Informationsdefizit aufwiesen als die durchschnittliche Bevölkerung.

„Migranteneltern haben in der Regel ein Informationsdefizit über die kariogenen Faktoren und über die heutigen Möglichkeiten der Prophylaxe, vor allem bezogen auf das Kleinkindalter. Das regelmäßige Zähneputzen wird als ausreichende Schutzmaßnahme betrachtet. Mit Zähneputzen wird jedoch oft erst im Grundschulalter begonnen. Die meisten Eltern legen keinen Wert auf gesunde- und meist teurere- Ernährung. Kleinkinder bekommen stark gesüßte Getränke und viele zuckerhaltige Sachen zum Naschen“ (Schneller, Salman, Goepel, 2001, S. 77 -78).

Für Gruppen mit erhöhtem Kariesrisiko müssen spezifische Ansätze gefunden werden. Dabei ist es dringlich nicht nur Kinder, sondern auch ihr soziales Umfeld, vornehmlich die Eltern, miteinzubeziehen. Wichtig ist herauszufinden, wie der kulturelle Erfahrungshintergrund dieser Gruppe aussieht (vgl. Schneller, Salman, Goepel, 2001, S. 21).

Die Arbeit mit MigrantInnen braucht einen niederschweligen Zugang, zum Beispiel mit Informationen in leicht verständlicher Sprache. Neben der sprachlichen Ebene sind auch kulturelle Kenntnisse notwendig (vgl. Walter, Salman, Krauth, Machleidt, 2007, S. 350).

Sind positive Erfahrungen mit MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung mittlerweile häufig bestätigt, bezieht Cindik die Notwendigkeit kultureller und sprachlicher Kompetenzen auch auf Prophylaxe und Behandlung - so könne „durch eine gezielte, teils muttersprachliche Ansprache der Zielgruppen ein besserer Informationsfluss in der jeweiligen Community entstehen (...) und MigrantInnen würden motiviert vermehrt Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. MigrantInnenorganisationen, Ärzte mit Migrationshintergrund und andere interkulturell arbeitende Gesundheitsdienstleister im Gesundheitswesen könnten hier als Kulturmittler helfen. Zur Aus-und Weiterbildung von Zahnärzten empfiehlt er, dass Lehrinhalte der interkulturellen Behandlung bereits an der Universität und dann in der Weiterbildung der Zahnärztekammern vermittelt werden. Demnach solle eine ausführliche Aufklärung durch

muttersprachliche Broschüren oder mit Zuhilfenahme visueller/ audiovisueller Medien von statten gehen und Kooperationen mit Zahnärzten, Verbänden, Migratenselbstorganisationen, sowie mehrsprachige und zielgruppenspezifische Aufklärungsangebote und Materialien entwickelt werden. Die sprachlichen Lücken betreffen stärker die Eltern als die im Land aufgewachsenen Kinder. (vgl. Cindik 2011, S. 13)

Multiplikatoren weisen aufgrund ihres Hintergrundwissens Fachkompetenz auf und werden von den Peers als Autoritäten akzeptiert. (vgl. Walter, Salman, Krauth, Machleidt, 2007, S. 350)

„Positive Erfahrungen machte man mit gruppenprophylaktischen Ansätzen in der Schweiz, Dänemark, Schweden und Großbritannien. Wenn (Versorgungs-)Angebote inhaltlich und organisatorisch an den Lebenswelten der Risikogruppen ansetzen, können sie zu gesundheitsdienlichen Lebensweisen motivieren und die Fähigkeit zur Aufnahme gesundheitsrelevanter Informationen optimieren“ (vgl. Magri & Marthaler nach Schneller, Salman und Göpel, 2001, S. 73).

Voraussetzungen für die Etablierung kultursensibler Oralprophylaxe

- Sensibilisierung von Zahnärzten und Institutionen für die spezifischen Fragen der Mundgesundheit von MigrantInnen
- Brücken schlagen zwischen den Gruppen der MigrantInnen und zahnmedizinischen Fachdiensten
- Besondere Berücksichtigung der Lebensbedingungen
- Vernetzung mit Institutionen des Sozial- und Gemeinwesens und des schulischen Bereichs
- Einbeziehung muttersprachlicher Dolmetscher und Mediatoren, deren Kenntnisse über Kultur, Sprach- und Lebensbesonderheiten hilfreich wären, um Zugänge zu den Migrantengruppen zu finden. Eine oralprophylaktische Fort- bzw. Ausbildung dieser Mediatoren ist notwendig. (vgl. Schneller, Salman und Göpel, 2001, S.74)

In den USA widmet sich M. Carteret der kulturellen Dimension im Gesundheitsbereich

„Culture has a dramatic impact on patient care & health outcomes.“ und sie betont, dass „Cross cultural communication skills are critical in all health-care settings today.“ (Carteret, 2012).

6.2 Nachrecherierte Informationen zur Zahngesundheit

Während des Projektes und vorm Verfassen der Infoblätter wurde wichtige und manchmal unklare Informationen zur Absicherung im Detail nachrecherchiert.

Recherche: Bedeutung der Milchzähne

Milchzähne sind

- notwendige Platzhalter für die bleibenden Zähne
- bedeutend für die Aufnahme gesunder Nahrung
- übernehmen wichtige Funktionen in der Sprachbildung
- haben Bedeutung in der gesunden psychischen und sozialen Entwicklung

Sorgfältige Mundhygiene ist ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes notwendig (ab dem Durchbruch des ersten Zahnes mit Wattestäbchen, dann mit fluoridhaltiger Kinderzahncreme (500 – 1000 ppm) und ab dem Durchbruch von bleibenden Zähnen mit fluoridhaltiger Junior- oder Erwachsenenzahnpasta. (1000 – 1450 ppm)

Recherche: Richtiges Zähneputzen

Bakterien (S.mutans) im Mund werden durch Speisereste und Zucker gefüttert und bilden mit den Ausscheidungen der Mikroben Plaque. Bleibt dieser Belag längere Zeit am Zahn und wird nicht weggeputzt, bildet sich Zahnstein. Dabei ist Gründlichkeit wichtiger als Häufigkeit, da es bis zu 48 Stunden braucht, bis die Bakterien Keime erzeugen, die anschließend Probleme verursachen.

Gründlichkeit geht vor Häufigkeit: „75 Prozent der Deutschen putzen ihre Zähne weniger als zwei Mal und deutlich weniger als 90 Sekunden. Allerdings ist damit nur eines erreicht: Das Gewissen ist beruhigt. Die Zähne allerdings und auch das Zahnfleisch haben damit nicht die Pflege bekommen, die sie benötigen. ...„Es ist besser einmal am Tag wirklich ganz gründlich die Zähne und Zahnzwischenräume zu reinigen, als dreimal am Tag schlecht“, erklärt Dr. Michael Hohaus, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn,-Mund,-Kieferheilkunde. (vgl. <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/medizin/die-haeufigsten-fehler-beim-zaehneputzen-aid-1.480636>)

Da Kinder oft nicht genug Ausdauer und Qualität beim Zähneputzen haben, wird meist zweimaliges Zähneputzen empfohlen. So z.B. auch von „mouthhealty.org“ der Organisation der ada, American Dental Association <http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/b/brushing-your-teeth> (o.J)

Im Journal „Oral Health & Preventive Dentistry“ (2005) wird berichtet, dass es keine eindeutige Evidenz bezüglich des optimalen Zeitpunkts für das Zähneputzen (vor oder nach dem

Essen?) gibt (vgl. Flaherty, 2012) – abhängig ist das auch davon, was gegessen wird (säurehaltige Produkte wie z.B. Obst im Müsli erfordern eine 20 – 30 minütige Wartezeit nach dem Essen, bevor geputzt wird, um den Zahnschmelz nicht zu schädigen. Andererseits kann es „aus mikrobiologischer Sicht sogar Sinn machen, vor dem Essen Zähne zu putzen (vgl. Flaherty, 2012 . Review „Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed?“

Das Deutsche Grüne Kreuz (2013) empfiehlt, nicht gleich im Anschluss an die Mahlzeit Zähne zu putzen sondern gleich den Mund mit klarem Wasser zu spülen und die Zähne eine halbe Stunde später zu putzen. In dieser Zeit schaffen es die Kalziumphosphatsalze des Speichels, die Lücken im Zahnschmelz wieder zu schließen. Wird zu früh geputzt, können die Borsten dem von der Säure „aufgeweichten“ Zahnschmelz schaden. Dies soll auch bei Cola, „Sportlergetränke“ und Fruchtsaft beachtet werden. Auch ein zuckerfreier Kaugummi kann im Notfall verwendet werden, sollte nach den süßen Speisen keine Zahnbürste griffbereit sein (Deutsches Grünes Kreuz, 2013).

Die meisten Studien empfehlen zweimaliges Zähneputzen, um die Entfernung der Plaque besser zu erreichen, über den Zeitpunkt des Zähneputzens (vor oder nach Mahlzeiten) gibt es jedoch keine klare Evidenz. Zähne putzen nach den Mahlzeiten kann empfohlen werden, da dadurch Essensreste beseitigt werden und die Dauer der Zuckereinwirkung gekürzt wird. Bei Personen mit Zahnabnützungen sollen individuelle Lösungen gefunden werden (Attin & Hornecker, 2005, S. 135-40).

Recherche: Fluoridempfehlungen

Die Anwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta bei Kleinkindern und Jugendlichen zeigt eine kariespräventive Wirksamkeit. Eine Cochrane-Meta-Analyse, die insgesamt 40.000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 5-16 Jahren hinsichtlich des einmaligen, täglichen Zähneputzens mit fluoridierter Zahnpasta untersuchten, zeigt eine mittlere Reduktion der Kariesläsionen um 24% (Walsh et al., 2010, zitiert nach Hellwig, Schiffner, Schulte, 2012, S. 5). Zu beachten gilt jedoch, dass für Kinder unter sechs Jahren eine Fluoridkonzentration unter 1000 ppm F- empfohlen wird, da aufgrund einer Fluoridexposition ein Fluoroserisiko besteht (Hellwig, Schiffner, Schulte, 2012, S. 5).

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde analysierte für ein Update ihrer S2-k-Leitlinie zur Fluoridierungsmaßnahmen (DGZMK, 2013) zahlreiche Reviews und Studien. Trotz der genauen Analyse zahlreicher Reviews und Studien gibt es weiterhin in manchen Fragen uneindeutige Datenlagen. Empfohlen wird auf jeden Fall die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasta, über die Dosierung beim Kindergebiss gibt es dagegen unterschiedliche Datenlagen. Die positive Wirkung von Fluoridtabletten ist nicht eindeutig und

umstritten, wahrscheinlich auch abhängig von der Menge des Fluorids im Wasser und anderen Rahmenbedingungen. Für die erste Zeit nach dem Durchbruch der Zähne (bis ca 3 Jahren) empfiehlt die DGKZM auf Basis der Studien das Lutschen von Fluoridtabletten, da häufig in den ersten Lebensjahren zu wenig Salz genommen wird – nach dem 3. Lebensjahr reich die Kombination fluoridiertes Haushaltssalz mit fluoridierter Zahnpasta (vgl. S. 11).

Während einerseits berichtet wird, dass auch eine niedrige Dosierung von Fluorid (500 ppm) ähnliche kariesreduzierende Wirkung wie eine Erwachsenenzahnpasta mit höherer Fluoridierung (S. 20) hat, scheint bei Kindern mit hoher Kariesprävalenz oder hohem dm3-Wert eine fluoridierte Kinderzahnpasta allein nicht ausreichend. (vgl. S.20-21).

Ein systematisches Review aus dem Jahr 2004 zeigt, dass es eine starke Evidenz für den kariespräventiven Effekt des täglichen Gebrauchs von fluoridhaltiger Zahnpasta in der Wechselgebissphase gibt. Die Zahl ppm gibt dabei den Fluoridgehalt von Zahnpasten an.

Dabei hat eine Zahnpasta mit 1500 ppm Fluorid einen besseren präventiven Effekt als eine Standardzahnpasta mit 1000 ppm Fluorid.“ (vgl. Twetman et al, 2004 in Evidence Based Dentistry, 2005). Kinderzahnpasten haben einen Fluoridgehalt von meistens 500 ppm, sobald die Kinder es nicht mehr schlucken, können auch 1000 ppm-Zahnpasten verwendet werden. Nach Durchbruch der ersten bleibenden Zähne sollte zweimal täglich eine Erwachsenenzahnpasta verwendet werden“ (vgl. Hellwig, Schiffner, Schulte, 2012, S. 8).

Ein Review zu Fluoridierungsempfehlungen findet man beim update der deutschen Leitlinie S2-k zur Fluoridierung der DKZMK, 2013.

Da es schwierig ist „ppm“ auf einem kurzen Infoblatt zu erklären, viele nicht wissen, wo sie diese finden oder auf Deutsch nicht lesen können und die Datenlage nicht eindeutig ist, wurde entschieden, bei den Empfehlungen für die Zahnpasten zwar die Fluoridierung, aber keine genaue Mengenangabe zu vermitteln.

Recherche: Empfehlungen zur Zahnhygiene

Sozial benachteiligte Eltern haben in der Regel ein Informationsdefizit über die kariogenen Faktoren und über die heutigen Möglichkeiten der Prophylaxe, vor allem bezogen auf das Kleinkindalter. Das regelmäßige Zähneputzen wird als ausreichende Schutzmaßnahme betrachtet und wird meist erst mit dem Grundschulalter begonnen. Die meisten Eltern legen oft keinen Wert auf gesunde - und meist teure- Ernährung (Schneller, Salman, Goepel, 2001, S. 78).

Aber Zähneputzen allein reicht nicht - es geht um eine Kombination von Maßnahmen – z.B. um Mundhygiene generell, um gesunde, zuckerarme Nahrungsmittel und Getränke, um den Einsatz von Fluorid, regelmäßige Zahnarztbesuche und kontinuierliche Unterstützung durch

die Eltern (z.B. beim Nachputzen). „Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko scheint eine fluoridierte Kinderzahnpaste allein nicht ausreichend für eine adäquate Kariesprävention zu sein.“ (DGKZMK, 2013). Wichtig sind in diesem Fall Maßnahmen wie Ernährungs- und Verhaltensumstellungen, verbesserte Zahnpflege, Fissurenversiegelung präventive Zahnarztbesuche.

Laut Erfahrungen in der Schweiz, Dänemark, Schweden und Großbritannien haben gruppenprophylaktische Ansätze in der Kariesprävention besonderen Erfolg, wenn die Lebenswelten der Risikogruppen adäquate Berücksichtigung in der Zahngesundheitsversorgung finden (flächendeckend, gemeindenah, vernetzt) und wenn die Lebenswelten zu gesundheitlicher Lebensweise motivieren (vgl. Schneller, Salman, Goepel, 2001, S. 73).

„Für Gruppen mit erhöhtem Kariesrisiko müssen spezifische Ansätze gefunden werden. Dabei ist es wichtig, nicht nur Kinder, sondern auch ihr soziales Umfeld mit einzubeziehen. Wichtig herauszufinden ist, wie der kulturelle Erfahrungshintergrund dieser Gruppe aussieht“ (vgl. Schneller, Salman, Goepel, S. 21).

Recherche: Ernährung und Zahngesundheit

Geschmacksbildung ist Gewohnheitssache und im Sinne der Kariesprävention ist es wichtig, Kinder von Anfang an möglichst wenig an süße Ernährung zu gewöhnen: gesüßte Getränke sollen vermieden werden und möglichst oft zahnschonende Alternativen wie zum Beispiel ungesüßte Getränke, Obst, Butter oder Käse verwendet werden (vgl. Schnekenburger & Deutsch, 2009, S. 35).

„Zucker- und säurehaltige Nahrungsmittel entziehen den Zähnen Kalzium. Das bedeutet im Gegenzug, dass kalziumreiche Lebensmittel der Demineralisation entgegen wirken. Gute Kalzium-Lieferanten sind Milch, Milchprodukte, grünes Gemüse, Mandeln und einige Mineralwässer.“ Des Weiteren sind diese Lebensmittel eher basisch als sauer, wodurch sie weniger Schäden verursachen können (Deutsches Grünes Kreuz, 2013).

Experten in der zahngesunden Ernährung empfehlen eine reduzierte Zuckeraufnahme, eingeschränkter Verkehr klebriger und stark säurehaltiger Lebensmittel, bevorzugter Verzehr nicht bzw. gering kariogener Zwischenmahlzeiten wie z.B. Obst und Gemüse, Verzehr ballaststoffreicher Lebensmittel zur Reinigung der Zähne und Anregung des Speichelflusses, Verwendung zuckerfreier Kaugummis nach dem Verzehr zuckerhaltiger Zwischenmahlzeiten, bevorzugter Konsum ungesüßter Getränke, keine Verwendung von gesüßtem Kindertee oder Fruchtsaft in Saug- und Schnabeltassen (Leitzmann et. al, 2009, S. 421).

In der Gruppenprophylaxe für Migrantinnen ist es inhaltlich wichtig, auf kulturell bedingte unterschiedliche Ernährungsweisen einzugehen. Muttersprachliche Informationsblätter sind ein Mosaikstein der Aufklärung.

“Many cultural groups don’t have a strong preventive orientation when it comes to their health care, and this is definitely true when it comes to oral health” (Cartret, 2012.download 26.2.2013).

In vielen Kulturen werden ästhetisch schöne Zähne mit „gesunden Zähne“ gleichgesetzt. Nicht sichtbare Symptome werden ignoriert, so lang die Zähne gut aussehen. Die Zähne werden geputzt, um Essensreste zu entfernen, das Konzept der Entfernung von Plaque und Zahnstein wird aber selten gut verstanden. Viele MigrantInnen gehen erst bei Zahnschmerzen zum Zahnarzt und erwarten, dass der Zahnarzt den betroffenen Zahn einfach entfernt. Eingriffe die den betroffenen Zahn retten, wie zum Beispiel durch Kronen oder Wurzelbehandlungen, sind in westlichen Kulturen üblich, in anderen Kulturen oft aber nur ein Privileg der einkommensstärkeren Gruppen. (vgl. Carteret, 2012)

Wichtig ist natürlich auch, nicht nur den Migrationsstatus zu beachten, sondern den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Mundgesundheit: Ziller spricht davon, dass in Bezug auf Mundgesundheit *„immer auch soziale Erkrankungsrisiken berücksichtigt werden müssen und Zahnmedizin deshalb immer auch soziale Medizin ist“* (2009, S.99).

6.3 Kulturspezifika aus Literatur und Praxis

Wichtig ist darauf zu achten, dass Kulturspezifika nicht zur Diskriminierung bestimmter Gruppen oder Kulturen beitragen oder Vorurteile perpetuieren.

Kultursplitter aus der Literatur (vgl. Carteret, 2012 und Schneller, Salman, Goepel, 2001, S. 113).

- ▶ Die Bedeutung von Milchzähnen wird in vielen Kulturen unterschätzt – Menschen glauben, dass die Behandlung und Vorsorge von Milchzähnen unwichtig ist, da diese ohnehin ausfallen. Das macht die Zusammenarbeit mit diesen Eltern schwieriger, da sie den Sinn von Zähneputzen bei kleinen Kindern oder die Problematik des Zuckerkonsums nicht erkennen.
- ▶ Einige Kulturen glauben, dass Zahngesundheit vererblich ist („das liegt bei uns in der Familie“) und Vorsorge deshalb von geringem Einfluss auf die Zahngesundheit.
- ▶ Vielen Menschen sind die Informationen über Bedeutung von Fluorid bei der Zahnpflege unbekannt.
- ▶ In einigen Kulturen (z.B. bei manchen türkischen Personen) ist das Tauchen des Schnullers in den Honig noch Tradition, da auf diese Weise Kinder besser einschla-

- fen. Auch bei größeren Kindern ist eine „Ruhigstellung“ oder Belohnung durch Schokolade und Bonbons verbreitet.
- ▶ Das Wissen über versteckte Zucker in industriell gefertigten Nahrungsmitteln ist bei der türkischen Gemeinschaft fast nicht vorhanden.
 - ▶ Dass Zahngesundheit auch psycho- soziale Dimension hat zeigt sich bei Personen in China, die glauben, dass Menschen mit kariösen oder verfärbten Schneidezähnen eine niedrige intellektuelle Kompetenz aufweisen. In asiatischen Ländern, die von TCM beeinflusst sind, gibt es die Meinung, Zahngesundheit hängt mit der Befindlichkeit der Nieren zusammen.
 - ▶ In einigen Kulturen glaubt man, Zahnfleischentzündungen kommen von der falschen Zusammenstellung heißer und kalter Nahrung.
 - ▶ Wird in China ein Kind mit Zähnen geboren, wird es als Unglück empfunden. Haben Eltern bis zu einem hohen Alter ihre Zähne, gilt es als Unglück für deren Kinder. In China wird es als normal empfunden seine Zähne im fortgeschrittenen Alter zu verlieren.
 - ▶ Die Saugerflaschenverwendung unter asiatischen Familien ist häufiger, als bei anderen Gruppen. Migrantinnen gebrauchen fast dreimal häufiger Saugerflaschen (Schneller, Salman. Göpel, 2001, S. 113)
 - ▶ Kernfamilien, das heißt Vater, Mutter und Kinder sind vor allem in westlichen Ländern sowie in ländlichen Teilen von Entwicklungsländern zu finden. Hier sind die Eltern allein für das Aufziehen der Kinder verantwortlich. Familienverbände sind vor allem in Asien, Afrika, dem fernen Osten und dem mittleren Osten zu finden und diese eher in ländlichen als in städtischen Gebieten. Die Präsenz der Eltern, Großeltern, Onkeln, Tanten und anderen nahen Verwandten spielt eine entscheidende Rolle in der Kindererziehung und für die Einstellungen und das Verhalten des Kindes.

Kultursplitter aus Alltagsbeobachtungen von Grazer ZahnärztInnen, ZahngesundheitszieherInnen und –mentorInnen

- ▶ Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern nehmen teilweise sehr viel Zucker zu sich (Softdrinks und Süßigkeiten) und haben häufig ein erhöhtes Karies-Risiko.
- ▶ Viele Eltern wissen kaum über die Bedeutung des Milchgebisses Bescheid („die fallen eh aus“).
- ▶ Die teilweise mangelhafte Zahnpflege kann auch in der sonst eher positiv bewerteten Selbständigkeit von kleinen Kindern begründet sein – viele Eltern sind stolz, dass ihre Kinder schon eigenständig Zähne putzen und bemerken nicht die fehlende Koordina-

tionsfähigkeit oder mangelnde Ausdauer und Genauigkeit der Kinder. Wissen über die Notwendigkeit des Nachputzens fehlt.

- ▶ Obwohl sie bei besonderer Kariesgefährdung empfohlen werden, sind Fissurenversiegelungen an den Backenzähnen selten.
- ▶ Auffallend ist häufig auch eine größere Selbständigkeit von Kindern – das bewirkt auch, dass viele Eltern den Kindern das Zähneputzen selbständig überlassen und nicht informiert sind über die Notwendigkeit des Nachputzens bis die Kinder gute motorische Fähigkeiten entwickelt haben. Zumindest dauert das, bis sie auch gut schreiben können.
- ▶ Durch die stärkeren Familienverbände ist es sinnvoll und oft auch einfach, diese immer auch gleich in die Aufklärung und Behandlung miteinzubeziehen

6.4 Erkenntnisse aus den partizipativen Erhebungen

Wichtige Basis zur Erstellung der Infoblätter waren die Rückmeldungen der Zielgruppen zu den Themen Zahnpflege und Zahngesundheit, Ernährungsgewohnheiten, Gestaltung und Nutzung von Infomaterialien, die die Mitglieder der Dialoggruppe sowie einigen ZahngesundheitsmentorInnen in ihrer Community erhoben haben. Geplant waren Befragungen anhand von Interviewleitfäden und gemeinsame Analysen in der Dialoggruppe, aber das erwies sich als wenig praktikabel. Es gab letztlich nur zwei Fokusgruppen in den Communities selbst – eine in der bosnischen, eine in der türkischen Community. Aus den ursprünglich gedachten Interviewleitfäden wurden gemeinsam adaptierte, akkreditierte Fragebögen, die alle verwendeten, manche sogar übersetzten oder mit den zu Befragenden gemeinsam durcharbeiteten. Die Fragebögen wurden sogar von einigen MigrantInnen übersetzt, die Mehrheit half direkt bei Sprachschwierigkeiten. Diese Gespräche waren dann oft auch gleich Anlässe für die Weitergabe von Informationen an Eltern. Angepeiltes Ziel waren: 30 Fragebögen pro Sprache, aber das wurde nicht immer genau eingehalten. Es ging der Projektleitung um Auffälligkeiten, um das Erkennen von Besonderheiten, um die Erhebung von Fragen und unklaren Punkte und auch ein wenig um Awareness und Bewusstseinsbildung, weniger um wissenschaftliche Repräsentanz und Signifikanz.

Es gab drei Themen des Capacity Buildings und der Erhebungen in den Dialoggruppen: Zahngesundheit/pflege; Zahngesunde Ernährung und Gestaltung /Nutzung von Informationsmaterialien.

Gestaffelt nach Anzahl der zurückgebrachten Fragebögen gab es eine finanzielle Abgeltung zwischen 40 € (mindestens 5 befragte Personen/Fragebögen plus Eigeneinschätzung) und 140 € (mindestens 30 Fragebögen und Eigeneinschätzung).

Die Erstellung und Auswertung der Fragebögen benötigte mehr Flexibilität und Personalressourcen als geplant, kombiniert mit den zeitliche Verzögerungen in den Communities wurden so Termin- und Ressourcenverschiebungen notwendig.

Die Antworten wurden – umgerechnet auf n – prozentuell ausgewertet und im Vergleich nebeneinander gestellt, um Auffälligkeiten oder Gemeinsamkeiten zu entdecken.

Die Antworten der Communities wurden auf einem Gesamtfragebogen eingetragen, um Vergleiche, Auffälligkeiten und Abweichungen darzustellen (siehe auch pdf). Die drei Fragebögen samt Auswertung werden als pdf übermittelt.

Achtung! Eine Veröffentlichung oder Weitergabe dieser Daten lehnen die Communities und auch die Projektleiterin von Styria vitalis ab, da es leicht zu verkürzten Zuschreibungen von Verhaltensweisen bestimmter Gruppen führen kann. Es soll Hilfe sein, aber nicht der Diskriminierung dienen.

Zusammenfassung Erhebung Essen und Trinken

		Arabisch	Rumänisch	Albanisch	Serbisch	Bosnisch	Franz.-Afrik.	Persisch-Farsi	Türkisch	Chinesisch	English-Afrik.
Frage	Antwortmöglichkeiten	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Was isst Ihr Kind häufig zur Jause oder als Zwischenmahlzeit?	Schwarzbrot	33,3	31,3	52,9	75,0	44,4	15,4	10,0	41,7	23,8	
	Weißbrot, Semmel, Fladenbrot	71,4	87,5	55,9	50,0	55,6	34,6	85,0	72,9	81,0	
	Vollkornbrot	23,8	18,8	29,4	50,0	16,7	3,8	0,0	14,6	33,3	
	Marmelade- oder Honigbrot	28,6	87,5	50,0	37,5	38,9	19,2	50,0	70,8	47,6	
	Kipferl, Brioche (süßes Weißbrot), Croissants	0,0	37,5	23,5	12,5	16,7	0,0	5,0	56,3	9,5	
	Nüsse	38,1	6,3	20,6	0,0	11,1	11,5	10,0	6,3	0,0	
	Trockenfrüchte	9,5	18,8	5,9	0,0	5,6	0,0	10,0	2,1	0,0	
	Frühstückszerealien wie Cornflakes, Reiscrispis, Crunchies,...	19,0	62,5	20,6	50,0	5,6	0,0	0,0	39,6	0,0	
	Müsli	19,0	31,3	17,6	62,5	38,9	26,9	0,0	37,5	14,3	
	Nutella	47,6	18,8	41,2	37,5	38,9	0,0	5,0	22,9	19,0	
	Kuchen	28,6	12,5	17,6	25,0	11,1	34,6	10,0	20,8	66,7	
	Naturjoghurt	28,6	50,0	50,0	12,5	22,2	46,2	70,0	45,8	14,3	
	Früchtejoghurt oder Fruchtzwerge	23,8	75,0	41,2	12,5	16,7	3,8	25,0	47,9	42,9	
	Käse, Topfen, Butter	57,1	56,3	64,7	87,5	33,3	19,2	60,0	31,3	4,8	
	Kekse, Schnitten oder Ähnliches	19,0	25,0	26,5	12,5	5,6	0,0	20,0	20,8	9,5	
	Müsliriegel, Früchleriegel, Schokoriegel	0,0	37,5	8,8	0,0	0,0	3,8	10,0	35,4	0,0	
	Milchschnitte	14,3	50,0	11,8	12,5	11,1	3,8	0,0	35,4	4,8	
	Salziges Knabbergebäck (z.B. Chips, Brezel, Grissini)	9,5	18,8	20,6	0,0	11,1	0,0	15,0	0,0	9,5	
	Leberkäse- oder Wurstsemmel	14,3	18,8	14,7	50,0	11,1	19,2	0,0	4,2	0,0	
	Döner, Kebap	14,3	0,0	23,5	0,0	16,7	7,7	35,0	12,5	0,0	
	Teigtaschen, Frühlingsrollen, Pizzastück	0,0	6,3	23,5	0,0	5,6	0,0	0,0	8,3	38,1	
Knabbernossi oder andere Hartwurst	0,0	56,3	2,9	12,5	5,6	0,0	0,0	4,2	0,0		
Rohes Gemüse oder Salat (Tomaten, Gurken, Karotten, Paprika, usw.)	19,0	50,0	50,0	37,5	16,7	15,4	35,0	25,0	4,8		
Obst (Apfel, Banane,...)	61,9	100,0	94,1	75,0	72,2	73,1	85,0	58,3	100,0		
Schokolade	28,6	25,0	20,6	25,0	16,7	11,5	15,0	16,7	14,3		

Auffälligkeiten zur Zahngesundheit

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass in vielen Herkunftskulturen laut Auswertung die Bedeutung des Milchgebisses unterschätzt wird und /oder zu wenig Informationen über den Sinn der Pflege der Milchzähne vorhanden sind.

Was Karies genau ist und wie es entsteht war Eltern häufig nicht klar und es gab auch Unklarheiten bezüglich der genauen Zahnhygiene.

Auffällig war auch, dass die Eltern die Zähne kaum nachputzen und die große Mehrheit der Kinder zwischen 3- 10 Jahren fast immer schon alleine die Zähne putzen, wozu sie motorisch aber häufig noch nicht perfekt in der Lage sind.

Der erste Zahnarztbesuch findet oft sehr spät statt, häufig nur bei Schmerzen und es ist vielen Eltern nicht einsichtig, warum sie bei Milchzähnen einen Zahnarzt aufsuchen sollen.

Auffälligkeiten zum Thema Ernährung

Die Analyse der Befragungsergebnisse ergab, dass sich die Essensgewohnheiten in den Kulturen sehr unterscheiden, aber dass beinahe alle Kulturgruppen massive Probleme und Wissensdefizite bei den Themen Zucker & Wasser trinken haben. Etwas, was auf Grund des fehlenden Angebots bei den Ernährungsgewohnheiten in den Herkunftsländern häufig noch kein Thema war. Auf Grund der Problemlage wurde die Problematik der Zwischenmahlzeiten und des zu zuckerhaltigen Frühstücks sowie der Getränke in den Fokus gerückt.

6.5 Die Gestaltung von Infomaterialien und Nutzerorientierung

Vor der Erstellung von Informationsmaterialien ist es sinnvoll und notwendig, eine Analyse des Bedarfs, der Bedürfnisse der Zielgruppen und des Gebrauchs zu erstellen (NutzerInnenanalyse - was wird gelesen, wie genau, warum, wie soll das Material gestaltet sein, wie kommen die Informationen zu den Zielgruppen. ...) von Bedeutung (vgl. Börgel, 2003, 65 ff)

Klar ist, dass Informationen alleine noch nicht zur Verhaltensänderungen führen (vgl. trans-theoretisches Modell TTM von Prohaska und DeClemente - wikipedia 14.4.2013 und reichen als alleiniges Instrumentarium in der Prävention nicht (vgl. Börgel, 2003, S. 71), aber der Zugang zu Wissen und „Health literacy“ sind wichtige Teile im Capacity-Building -Bereich von Gesundheit.

In den letzten Jahren hält in Fachkreisen die Forderung nach einer *„konsequente Ausrichtung der Form der Informationsübermittlung an den Bedürfnissen der Zielgruppe* verstärkt Einzug:

- „• Das Informationsangebot muss nachfrageorientiert gestaltet werden.
• Nicht vorhandene, aber notwendige Informationen müssen identifiziert und angeboten werden“ (Börgel, 2003, S.71)

„Nachfrageorientierung in Bezug auf Gesundheitsinformation bedeutet die konsequente Ausrichtung der Form der Informationsübermittlung an den Bedürfnissen der Zielgruppen“ (s.o., S.71).

Die Ergebnisse der Befragung in den Communities und Diskussion mit der Dialoggruppe führte zu **folgenden Gestaltungswünschen:**

- Konzentration auf das Wesentliche
- Inhalte basieren auf häufigen Fragen und Alltagsproblemen der Communities
- einfache Sprache wurde in Mehrheit gewünscht, Verkürzung der Sätze, prägnante Botschaften, nicht verordnend sondern erklärend – maximal 1 Punkt wird detaillierter erklärt, um auch das Interesse der schon Wissenden halten zu können.
- Mut zur Lücke – auch bei den Botschaften (z.B. Zahnseide)
- möglichst passende Fotos (Hautfarbe, Situation,..)
- Kulturspezifische Muster (Stoffe aus den Herkunftskulturen als Hintergrund) können die Wahrnehmung und Identifizierung verstärken.
- Ein differenzierteres Eingehen auf jede einzelne Kultur ist kein unbedingtes Muss, einige Akzente reichen bei kurzen Infoblättern
- Es muss sofort lesbar sein, um welche Sprache, es sich handelt

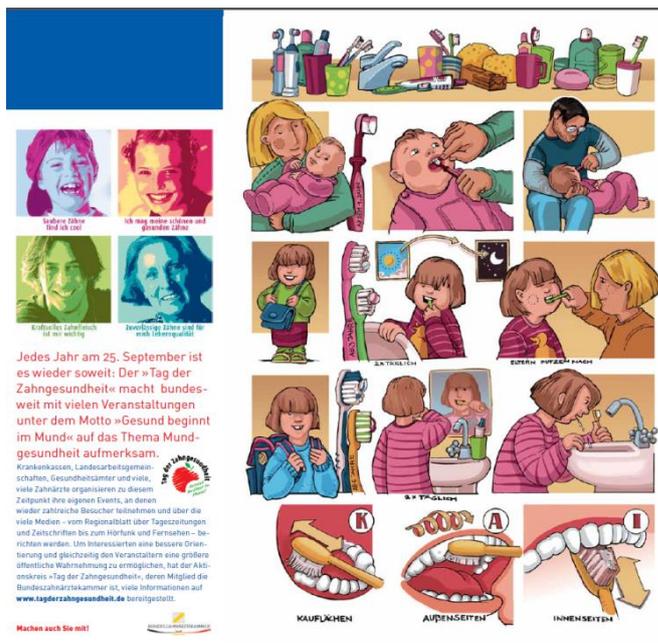
6.6 Beispiele *mehrsprachiger Infomaterialien aus anderen Ländern*

Parallel zur Erstellung eigener Materialien machte sich die Projektleitung auf die Suche nach bereits vorhandenen Informationsmaterialien, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und den ersten Blick für Positives und Negatives zu schärfen.

Die Infoblätter wurden durch die Projektleitung und einzelnen MigrantInnen analysiert und die Ergebnisse (was ist brauchbar, was eine gute Idee, was sollte man nicht machen..) in die Erstellung der eigenen Infos miteinbezogen.

Auf der Homepage von migesplus Schweiz (Projekt im Rahmen des nationalen Schweizer Programms Migration und Gesundheit 2008 - 2013 des Bundesamtes für Gesundheit) finden sich Dokumente zu den Themen Zahngesundheit und Ernährung in mehreren Sprachen.

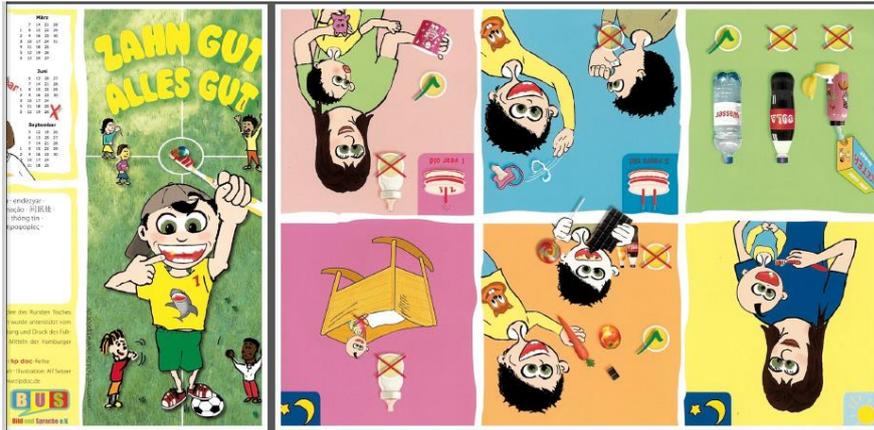
Eine interessante Broschüren für Kleinkinder – fast ausschließlich mit Zeichnungen gestaltet - wurde 2012 auch vom Deutschen Hebammenverband, der Deutschen Bundeszahnärztekammer und dem BM für Migration, Flüchtlinge und Integration zum Tag der Zahngesundheit herausgegeben, jedoch richten sich diese Infos inhaltlich und von der Gestaltung her eher an Eltern von Kleinkindern.



(Hrsg.: Deutscher Hebammenverband in Kooperation mit Bundeszahnärztekammer und Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration; 2013)



(Hrsg.: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V; 2004)



(Hrsg.: Runder Tisch Lenzgesund Hamburg.; Gesundheitsamt Hamburg, Verein Bild u.Sprache; 2012)



(Hrsg.: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, Gesundheitsförderung Schweiz, o.J.)

Zähnebürsten, sobald der erste Zahn durchbricht!

Es ist Aufgabe der Eltern, 1mal täglich das Zähnebürsten durchzuführen. Wichtig ist es, sofort nach dem Durchbruch des ersten Milchzahns anzufangen. Spätestens nach dem Erscheinen der zweiten Backenzähne (mit ca. 2 Jahren) ist das Bürsten der Zähne mit Kinderzahnpaste 2mal täglich durchzuführen.



Mit einer weichen Kinderzahnbürste und einem «Tupfen» Kinderzahnpaste (mit 0,025% Fluorid). Es wird empfohlen Kinderzahnpasten zu benützen, welche mild aber nicht zu soss sind. Die Zahnbürste ist nach 1-2 Monaten auszuwechseln.



Mit vertikalen Bewegungen (auf und ab) bis über das Zahnfleisch bürsten.



Die Kauflächen der Milchmolaren sind mit kleinen, horizontalen Bewegungen zu bürsten.

Nach dem Zähnebürsten ist es nicht notwendig, den Mund mit Wasser zu spülen: ausspucken genügt!

Gesunde Milchzähne hat uns die Natur gegeben...

Bei richtiger Pflege und Ernährung bleiben Zähne und Zahnfleisch gesund!

Solo Dental Hygiene
 SSO
 Schweizer Zahnärzte- und Zahnärztinnenverband



Herausgegeben von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Schul- und Augenarztpraxis) in Zusammenarbeit mit den Mütterberaterinnen des Kantons Zürich.

Dieses Faltpost ist als PDF-Dokument herunterladbar unter:
www.dent.unizh.ch/pdf/02downloads/

Ohne Zucker keine Karies

Der häufige Genuss zuckerhaltiger Speisen und Getränke ist die Hauptursache der Zahnkaries. Die Bakterien in den Zahnbelägen (Plaque) vergären den Zucker innerhalb weniger Minuten zu Säuren, die Schmelz und Zahnbein auflösen. Diese Bakterien scheiden auch Giftstoffe aus, die Entzündungen des Zahnfleisches mit Zahnfleischbluten hervorrufen. Dies lässt sich durch den seltenen Zuckerkonsum und die tägliche, sorgfältige Entfernung der Beläge vermeiden.

Wichtig für Babies

Der Flüssigkeitsbedarf des Säuglings ist mit den Milchmahlzeiten gedeckt. Bei höheren Temperaturen oder als Ergänzung zu Breimahlzeiten ist Wasser der beste Durstlöcher.



Achten Sie auf den Inhalt der Schoppenflasche: Sirup, Eistee und andere zuckerhaltige Getränke sind schädlich, wenn sie vom Säugling über lange Zeit oder beim Einschlafen getrunken werden. Im Schlaf ist die Produktion von Speichel, der gegen Säure schützt, rund 10mal geringer als im Wachzustand. Daher herrscht eine massiv erhöhte Kariesgefahr!

Fruchtsäfte und Vitamingetränke sind als Durstlöcher nicht geeignet, da sie ausser Zucker auch Säure enthalten, welche die Entstehung von Karies zusätzlich begünstigen.

«Nachts am besten nur Wasser zu trinken geben!»

Für die Breimahlzeiten eines Säuglings werden reife Früchte verwendet. Damit wird das Bedürfnis nach Süßem genügend abgedeckt. Zusätzlicher Zucker oder Honig usw. ist schädlich. Fertigbreie enthalten oft Zucker und sollen deshalb auf ihre Zusammensetzung überprüft werden. Wenn Süßigkeiten den Charakter des Besonderen behalten, d.h. eine Ausnahme bleiben, lernen die Kinder damit umzugehen.

«Nuggis dürfen nie in Honig oder Zucker getaucht werden!»

Im Allgemeinen: nur zuckerfreie Zwischenmahlzeiten

Eine am Vormittag und eine am Nachmittag. Naschen zwischendurch zerstört die Zähne. Gezuckerte Speisen dürfen nur zu den Hauptmahlzeiten gegessen werden. Dabei ist Folgendes zu bedenken:

- Eine zuckerhaltige Speise – auf einmal genossen – ist für die Zähne weniger schädlich als die gleiche Menge in mehreren kleinen Portionen.
- Die zuckerhaltigen Speiseresten müssen sofort (innerhalb von zehn Minuten) durch Zähnebürsten entfernt werden.
- Stark gezuckerte Speisen verdrängen eine gesunde Kost, verderben den Appetit und können zu Übergewicht führen.

Gesunde Zwischenmahlzeiten sind:

- Äpfel, Karotten, allgemein Frischfrüchte und Frischgemüse
- Dunkles Brot, Reiswaffeln, Vollkornzweiback
- Käse, Naturequark oder Joghurt mit frischen Früchten und Nüssen
- Zum Trinken eignet sich Wasser am besten.

Was nicht als gesunde Zwischenmahlzeit gelten kann:

- Bananen + Dörrobst, Konfitüren- und Honigbrote
- Glacen, Schokolade, zuckerhaltige Backwaren, Schleckereien
- Obstkuchen (Wähen) enthalten Mehl und Zucker zugleich und sind dadurch sehr klebrig.
- «Babyguetzli» wenn zuckerhaltig (Zuckergehalt prüfen!)
- Süsse und zuckerhaltige Getränke.

«Zuckerfrei» – «Zahnfreundlich»

Die Begriffe «ohne Zucker» oder «zuckerfrei» bedeuten oft nur, dass kein Kristallzucker (Saccharose) enthalten ist. Es könnten aber andere Zuckerarten wie z.B. Fruchtzucker (Fructose) und Traubenzucker (Glukose) enthalten sein. Lebensmittel mit solchen Zuckerarten erzeugen also bei häufigem Genuss Zahnkaries.



Nur der Begriff «Zahnfreundlich» gibt die Sicherheit, dass die so bezeichneten Süßigkeiten den Zähnen nicht schaden.

(Hrsg: : Gesundheitdirektion Kanton Zürich

Gesunde Zähne.
 Ein Geschenk fürs ganze Leben.



zusammengestellt von V. Steinegger und H. Williger, Dentalhygienikerinnen SRK

aus der elmex® Forschung

erstellt von Steinegger über Elmex-Forschung



Essen = Energie zum Wachsen und Lernen

Comer = energia para crecer y aprender
 Ushqimi = Energji për rritje dhe për mësim
 الطعام = طاقة للنمو والتعلیم
உணவு = வளர்வதற்கும் கற்பதற்கும் உரிய சக்தி



Gemeinsam mit dem Kind essen und genießen
 Setzen Sie sich gemeinsam mit Ihrem Kind zum Essen hin.
 Lassen Sie Ihr Kind in der Küche helfen.

Comer y disfrutar de la comida junto con los hijos
 Siéntese a comer junto con sus hijos. Deje que sus hijos ayuden en la cocina.

Hani dhe shijoni së bashku me fëmijën tuaj
 Uuni dhe hani së bashku me fëmijën tuaj. Lëroni fëmijën t'ju ndihmojë në kuzhinë.

تمتع بتناول الطعام مع ابنك سوياً
 اجلس بمساحة إيدك لتناول الطعام إعمل على أن إيدك يساعد في المطبخ

பிள்ளைகளுடன் சேர்ந்து உணவுகளை உண்ணும் சிறப்பம்சங்கள்
 உணவுகளை உண்ணும் போது பிள்ளைகளுடன் சேர்ந்து உணவுகளை உண்ணும் சிறப்பம்சங்கள் உண்மையில் சிறப்பம்சங்கள் ஆகும்.



Kinder brauchen regelmäßige Mahlzeiten
 Ein Frühstück zum Start, Mittagessen, Nachtessen, ein kleines Znüni
 und Zvierli geben die nötige Energie.

Niños necesitan comer de forma regular
 Un desayuno para empezar, almuerzo, cena, un almuerzo ligero sobre las nueve y las cuatro proporcionan la energía necesaria.

Fëmijët kanë nevojë për vakte të rregullta
 Një mëngjes si fillim, dreka, darka, por edhe një mëngjes i vonshëm si dhe pasdita zemra sjellin energjinë e nevojshme.

الأول يحتاجون لتناول وجبات الطعام بصورة منتظمة
 تبدأ بالفطار الغداء العشاء، وأيضاً وجبة صغيرة في التاسعة والرابعة بعد الظهر هذا يعطيهم الطاقة اللازمة.

பிள்ளைகளுக்கு விரிசலான உணவு சேரல் தேவை
 அளிக்கப்படாத ஏர் உணவுகளை, பிற்பகல் உணவு, இரவு உணவு, சமைக்கப்பட்ட பிழசைகள் இவை சேர உணவுகள் தேவைகளை சந்திக்க உதவிக்கிறது.

primano wird unterstützt von der Jacobs Foundation – Kanton Bern – Stadt Bern – Warlomont Anger Stiftung – Bürgli-Willett-Stiftung

Tipps für gesunde Znüni und Zvieri SUISSE BALANCE

Getränke		Früchte			
Wasser Leitung- oder Mineralwasser*	Tea ohne Zucker	Äpfel jährig (= nach Südt)	Birnen Apfel - Äpfel (= nach Südt)	Trauben September - November	Kirschen Juli - August (= nach Südt)
Pflaumen/ Zwetschgen August - Oktober	Nektarinen/ Pfirsiche Juli - August	Mandarinen November - Februar*	Orangen November - Februar*	Kiwi jährig	Aprikosen Juli - August
Figs Juli, August, September	Berries Juli - Oktober (= nach Südt)	Melonen Juli - Oktober*	Tomaten Juli - September	Karotten jährig	Gurken April - Oktober
Peperoni Juli - Oktober	Radieschen Mai - September	Fenchel Mai - November	Kohlrabi März - November	Stangensellerie Mai - September	Vollkornbrot
Flachbrot	ungesüßte Flocken (z.B. Hafer, Hirse, etc.)	Knäckebrot/ Vollkornkekse	Reiswaffeln	Käse	Frischkäse/ Hüttenkäse auf Brot
Quark nature	Joghurt nature	Milch	Baumnüsse	Haselnüsse	Mandeln

*Bei Importieren
 *Leitungswasser ist in der Schweiz problemlos trinkbar und schmeckhaft. = Vorschlag für bei Kleinkindern / gemäßigten Nüssen und unproblematisch

Hrsg.: Suisse Balance

6.7 Beispielhafte Projekte

„Zähne.Zeigen“ in der Steiermark

Dem Projekt „Kultursensible Kariesprävention“ war ein vierjähriges Interventionsprojekt von Styria vitalis namens „Zähne.Zeigen“ vorangegangen. Sozial benachteiligte Eltern mit Kindern zwischen 0-4 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund sollte durch aufsuchende MultiplikatorInnenarbeit und Peers-Zugängen mit den wichtigsten Informationen versorgt werden. 18 ausgebildete ZahngesundheitsmentorInnen mit Migrationshintergrund (ZGM) hatten binnen zweieinhalb Jahren in aufsuchender Weise und in Graz, Feldbach und Bruck/Kapfenberg insgesamt 4.888 Eltern (ohne Mehrfacherfassung) mit 9300 Kindern über Fragen rund um die Zahngesundheit informiert. Zirka zwei Drittel dieser Eltern hatten Migrationshintergrund. Die formellen und informellen Settings reichten von Warteräumen von Kinderärzten, Elternberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren/Gruppen, NGOs oder Moscheen bis zu selbstorganisierten Einsätzen in Wohnungen, Parks oder Schwimmbädern.

Rückmeldungen der ZGM und teilnehmende Beobachtungen zeigen, dass vor allem den Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund Basisinformationen zur Zahngesundheit (Zahn-

hygiene, zahngesunde Ernährung, Zugang zur Krankenversorgung) fehlten, sie aber Interesse an der Information hatten.

Nachdem das GÖG mit seinen Zahnstatuserhebungen und die jahrelangen Erfahrungen in der Kariesprophylaxe mit ZahngesundheitserzieherInnen in Kindergärten und Volksschulen seit geraumer Zeit einen Interventionsbedarf aufgezeigt hatten, entwickelte Styria vitalis ein aufsuchendes MultiplikatorInnenprojekt mit dem Ziel, Kariesinformationen an sozial benachteiligten Eltern mit Kindern zwischen 0-4 Jahren heranzubringen und neue Zugänge zu erkunden und erproben. Empowerment und Partizipation von MigrantInnen aus verschiedenen Kulturen war ein wichtiger Punkt bei Zähne. Zeigen.

Die Erkenntnisse des GÖG, dass viele Personen die Beeinflussbarkeit von Karies durch ein bestimmtes Ernährungs- und Hygieneverhalten bezweifeln, sehr viele nichts über die Bedeutung des Milchgebisses für die Sprachentwicklung und Zahnstellung des bleibenden Gebisses wissen oder die sozialen und psychischen Auswirkungen eines kariösen Gebisses bei Kindern unterschätzen (vgl. GÖG, 2007, S. 36), bestätigten die Rückmeldungen der ZahngesundheitmentorInnen in der Arbeit mit Migrantengemeinschaften diese Einschätzungen. Vielen sozio-ökonomisch benachteiligten Eltern und ihren Kindern fehlten wichtige Basisinformationen zur Zahngesundheit (Zahnhygiene, zahngesunde Ernährung und Zugang zur Krankenversorgung).

MiMi – Mit Migranten für Migranten

MiMi wurde 2003 vom Ethnomedizinischen Zentrum Hannover entwickelt, um das Wissen von MigrantInnen über Gesundheit und die Nutzung des Deutschen Gesundheitsdienstes zu verbessern.

Ziel des Projektes ist es, Ungleichheiten bei Gesundheitschancen bei Menschen mit Migrationshintergrund zu reduzieren und die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und präventives Verhalten zu stärken. Das Projekt basiert auf einem interkulturellen Setting-Ansatz in den Lebensräumen der Betroffenen. Es werden Personen mit Migrationshintergrund, die über sehr gutes Deutsch verfügen, zu Mediatoren ausgebildet. In der Aus- und kontinuierlichen Fortbildung erhalten die Mediatoren Wissen zum deutschen Gesundheitssystem sowie zu wichtigen Themen der Gesundheit und Prävention, um anschließend eigenständig Informationsveranstaltungen durchzuführen und Netzwerke aufzubauen. Die jeweiligen Informationen werden kultursensibel und in der jeweiligen Muttersprache vermittelt.

MiMi wurde in einigen anderen europäischen Städten (Bsp. Wien) übernommen. (vgl. Ethno Medizinisches Zentrum, 2009).

„Rund um Gesund“ – Aufklärung für Mütter und Gesundheitsförderung bei Kindern

Dieses Projekt im Gebiet der „Sozialen Stadt Belm-Powe“ statt liegt in besonders schlechten Zahnstatuserhebungen in Schulen und Kindergärten begründet. Insgesamt leben ca. 50% Spätaussiedler und 20% ausländischer Herkunft in dieser Region, der MigrantInnenanteil liegt bei über 70% und es leben auch zahlreiche sozial schwache einheimische Familien in der Region.

„Rund um Gesund“ beinhaltet vier Projektbausteine:

Baustein 1: Informations- und Projekttag in Kindergärten, Schulen und bei Stadtteilstellen

Baustein 2: Ausbildung von Multiplikatorinnen mit Migrationshintergrund zu Themen rund um die Zahngesundheit und in Folge Hausbesuche durch die MultiplikatorInnen bei Familien.

Baustein 3: Informationsveranstaltungen zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfschutz

Baustein 4: Die Leiterin des Kindergartens rät Eltern zu regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen.

Durch die Mischung der Nutzung vorhandener Strukturen (z.B. Frauentreff) und dem Aufbau von neuen niederschweligen Zugängen können Hemmschwellen seitens der Informationssuchenden abgebaut werden (Gesundheitliche Chancengleichheit, 2007).

Childsmile

Childsmile ist ein nationales Zahngesundheitsprogramm, das für alle Kinder in Schottland konzipiert wurde. Das Ziel von Childsmile ist die Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten. (Childsmile, o.J.) Childsmile stellt fest, dass der soziale Gradient in der Zahngesundheit identisch mit dem in der allgemeinen Gesundheit ist.

Das Programm beinhaltet Zähneputzen in allen Kindergärten sowie in den 1. und 2. Klassen der 20% meist sozial benachteiligten Regionen in Schottland. Jedes Kind in Schottland wird insgesamt sechsmal bis zum fünften Lebensjahr mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta sowie mit Zahnbürsten ausgestattet. Zähneputzen findet einmal am Tag im Klassenzimmer statt. Die Familien werden in das Programm mit eingebunden, indem sie Rat und Hilfe bei Themen wie Zähneputzen sowie gesunde Ernährung erhalten. Childsmile geht dabei auch auf den hohen Zuckerkonsum (in Folge erhöhte Karies und Gewichtszunahme) bei der Zielgruppe der sozial Benachteiligten ein.

7 TP6: Interne Evaluierung und Projektabschluss

7.1 Zielerreichung

Alle Ziele des Projektes wurden zu 100% erreicht:

Z1 Erhöhung der Gesundheitschancen für Kinder mit Migrationshintergrund in der Zahngesundheit

Ziel erreicht: es kam durch die angepassten Infoblätter zu einer Beantwortung spezifischer Fragen und Problemfelder der Communities. Schlüsselpersonen der Communities setzten sich genauer mit dem Thema gesunde Zähne auseinander, für Kinder wurden eigene Informationsblätter 15 verschiedenen Sprachen entwickelt, damit Sprache kein Hindernis am Zugang zur Information ist. Die Infoblätter werden bei den Communities / durch die Communities verteilt. Durch den Know-How-Transfer und eine verstärkte Bewusstseinsbildung bei den Akteuren der Kariesprävention kam es zu einer besonderen Wahrnehmung dieser Zielgruppe und ihrer Bedürfnisse.

Z2 Erhöhung der Gesundheitskompetenzen von Eltern / Migrationshintergrund in der Kariesprävention

Ziel erreicht: die Eltern erhalten Informationen und Tipps für verbessertes Gesundheitsverhalten. Die Informationen sind alltagsorientiert und können auf Bedarf selbst downgeloadet werden.

Z3 Partizipation von MigrantInnen bei Bedarfsanalyse, Produktentwicklung und Fachtagung

Ziel erreicht: Rund 20 MigrantInnen nahmen an den Bedarfsanalysen und der Produktentwicklung (inkl. Übersetzungen) teil, es gab 1 Arbeitsgruppen- und 5 Dialoggruppentreffen, 7 Personen waren „GastgeberInnen“ beim „World-Café“ auf der Fachtagung.

Z4 Erstellung und Transfer von Informationsmaterialien zu kultursensibler Kariesprävention

Ziel erreicht: Auf Basis der Erhebungen wurde der Inhalt entwickelt und zweiseitige Informationsblätter für Kinder im Alter zwischen 7-10 Jahren sowie Informationsblätter für Eltern mit Kindern erstellt. Die Fotos wurden an die Zielgruppe angepasst und die einzelnen Blätter je nach Herkunftskultur mit spezifischen Mustern versehen. Die MigrantInnen sind bei der Verteilung der Infomaterialien beteiligt.

Die Materialien liegen in gedruckter Version vor, können aber auf Bedarf in den verschiedensten Sprachen von der Styria-vitalis--Homepage downgeloadet werden.

Z5 Nationaler Erfahrungsaustausch zur Kariesprävention bei Kindern mit Migrationshintergrund

Ziel erreicht: 40 TeilnehmerInnen nahmen bei der österreichweiten Fachtagung zum Thema „Kultursensible Kariesprävention“ am 20. Nov. 2013 teil.

7.2 SWOT-Analyse zu Stärken und Schwächen des Projektes

Während der Projektphase gab es laufende Reflexionen mit der Dialoggruppe über den Prozess der Informationsgewinnung und die Reaktionen der Communities und kontinuierliche Prozessreflexionen mit dem Zahngesundheitsteam von Styria vitalis (= Leiterin der Kariesprävention Bernadette Jauschnegg; GF Karin Reis-Klingspiegl; Mag. Sigrid Schröpfer; Sura Dreier). Mehrere Rücksprachen gab es auch mit ZahngesundheitsmentorInnen und die ExpertInnenüberprüfung fand beim Fachbeirat von Zähne. Zeigen Ende Oktober 2013 statt: (Zahnarzt Dr. Maresch, Zahnambulatorium der Stadt Graz – Dr. Bischof, Dr. Schmidt, sowie der STGKK mit Dr. Danner) wurden die Ergebnisse und konkreten inhaltlichen Aussagen von den KUKA-Infoblättern reflektiert und leicht adaptiert. Mit der AGES wurde keine Resonanzschleife durchgeführt, weil auf Grund der Ergebnisse aus der Recherche zum Thema Ernährung entschieden worden war, von den allgemeinen Ernährungsempfehlungen abzugehen und den Schwerpunkt Zucker herauszunehmen. damit wurde keine Abstimmung mit der AGES notwendig. Diese fand allerdings mit der Abteilung „Naturküche“ von Styria vitalis statt.

Bei internen Reflexionsschleifen von Styria vitalis (Projektleitung, Geschäftsführung Styria vitalis, Zahngesundheitsteam (Mitarbeiterinnen von Styria vitalis aus der Abteilung Zahngesundheit) und der Dialoggruppe wurden Stärken und Schwächen des Projektes erhoben:

Stärken	Chancen
<ul style="list-style-type: none"> + Erfahrung der Projektleitung in der Arbeit mit MigrantInnen + Nutzen von Vernetzungsstrukturen möglich + großes Engagement der MigrantInnen und der Projektdurchführenden + übersichtliche Aufgabenstellung, klarer Projektverlauf, klare Anforderungen, klares Ziel + überschauliche Projektdauer + Mischung zwischen Fortbildung für die Schlüsselpersonen und Aufgaben als Verbindungsglied - Empowerment und Partizipation + kleines Thema mit großen Möglichkeiten + Kontinuität wird verstärkt durch Aufwandsentschädigungen für die Dialoggruppensitzungen und Bezahlung der Befragung + Thema wird mit der Ausleuchtung der Facetten zu- 	<ul style="list-style-type: none"> + Zugang zu neuen Gruppen und Kulturen + Entwicklung von Bewusstsein zur Kariesthematik bei den verschiedenen MigrantInnengruppen + Einbeziehung der Ergebnisse der Befragung in Gestaltung der Infoblätter + Angebot für mehr Chancengerechtigkeit + interkultureller Austausch + Motivation zu mehr Gesundheit kann über das Projekt hinauswirken + Es ist dringend an der Zeit für Gesundheitsförderung auf die Vielfalt der Bevölkerung zu reagieren (Bedarf gegeben) + halboffener Prozess + Umstieg von kulturspezifischen Blättern (wäre Überforderung gewesen und entspricht nicht den Kriterien der Inklusion) zu kultursensiblen Infos war möglich

<p>nehmend interessanter</p> <ul style="list-style-type: none"> + Übersichtlichkeit der Fragebogenerhebung + sichtbare Ergebnisse (Infoblätter, Fachtagung) + österreichweiter Bedarf an Austausch und Know-How-Transfer gegeben + Gestaltung der Konferenz – gelungene Mischung zwischen Austausch und Wissensvermittlung, zwischen Einbau von Sinnen und Intellekt + Flexibilität bei Fördergebern betr. Umschichtung von Ressourcen und Veröffentlichung + Vorgehen nach Qualitätskriterien aus CH + die MigrantInnen selbst werden als ExpertInnen ihres Lebens gesehen und beachtet + Spaß und gemeinsame Freude an der Arbeit + Einhaltung des Budgets 	<ul style="list-style-type: none"> + Interesse an Weiterarbeit der Dialoggruppe geweckt + nationaler Bedarf und Bedürfnis der Akteure/Stakeholder an Austausch und Weiterentwicklung der Kariesprävention gegeben + längerfristiges, bedarfsgerechtes Verbreiten durch einfaches Downloaden möglich + direkte Kontakte zwischen Styria vitalis und den Zielgruppen + Zugang zu verschiedensten Settings + flexibles Eingehen auf Lebenssituationen der Teilnehmer (z.B. bei geforderter Anzahl der Befragungen oder Sitzungsterminen) + die MigrantInnen erleben, wie aufwändig der Entwicklungsprozess von Infomaterialien ist
<p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> -viele Koordinationsaufgaben durch viele involvierte Einzelpersonen und Vereine -Die Bitte um Abhaltung offizieller Fokusgruppen überforderten die meisten Dialoggruppenteilnehmer - viele Auswertungsarbeiten für die Projektleitung – dadurch Zeitdruck /-knappheit komplexe, schwierige und wechselnde Administrationsaufgaben (Anmeldungen bei SV oder Wirtschaftskammer, Dienstverträge, häufiges Einholen von Unterschriften) - geforderte Berichterlegung aufwändiger als geplant 	<p>Risiken</p> <ul style="list-style-type: none"> + abhängig von der Bereitschaft der Mitarbeit und ihrer Motivation + grundsätzliches Konfliktpotential / Rivalität zwischen manchen Gruppen kann Kooperation behindern + Wahl und Rolle der VertreterInnen innerhalb der Communities - Unklarheit, ob die „richtigen“ Schlüsselpersonen innerhalb der Communities erreicht werden, ist von externer Sicht nicht zu klären + Partizipation fußt immer auf Vertrauen zu den VertreterInnen der Zielgruppe – Projektleitung muss sich auch auf ihr „Gespür“ verlassen + Gute Beziehungsarbeit braucht Zeit und die ist kaum vorab in Projektzeit festlegbar – Risiken für ungedeckte Kosten

Die Dokumentation und der Projektbericht wurden von der Projektleitung erstellt.

Der Projektbericht – vorgelegt im März 2014- belegt den genauen Projektverlauf und beschließt das Projekt.

7.3 Lessons Learned – Erfahrungen aus KUKA

- Es ist möglich, MigrantInnen partizipativ in die Gesundheitsförderung einzubauen, wenn es gelingt ihr Interesse zu wecken und kontinuierlich das gegenseitige Vertrauen zu stärken
- Empowerment und Capacity-Building zu Gesundheitsthemen stößt auf Interesse
- Das Thema Zahngesundheit mit all seinen Facetten interessiert die MigrantInnen
- Kurze, überschaubare Projektzeiten und Aufgaben sind bei der Einbeziehung vieler Gruppen vorteilhaft
- Ein Projekt mit vielen externen Personen braucht eine Mischung zwischen möglichst großer Klarheit und hoher Flexibilität
- Es ist wichtig, genug Zeit für die Projektleitung, den Beziehungsaufbau und –erhalt sowie den hohen administrativen Aufwand einzuplanen
- Viele aktive MigrantInnen und Schlüsselpersonen stehen unter großem Druck – finanziell, zeitlich, statusmäßig oder bezüglich der Vielfalt ihrer Verantwortung; viele MigrantInnen arbeiten trotzdem ehrenamtlich in und für ihre Communities - Aufwandsentschädigungen und Bezahlungen in Projekten sind gerade bei dieser Gruppe fair und fördern auch die Kontinuität an Programmen
- Vernetzung zu „Zahngesundheit und Migration“ war dringend notwendig – Bedarf und Bedürfnis gegeben.
- Konferenzen und Tagungen sind dann ein Erfolg, wenn sie Wissensvermittlung, Vernetzung, Erfahrungsaustausch und die Einbeziehung aller Sinne ausbalanciert anbieten.

7.4 Projektbudget /Ressourcen

Für die 6 Teilbereiche standen 49.417, 61 Euro an Projektbudget vom Topf „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag von Pharmawirtschaft und Sozialversicherungen“ für Personal- und Sachkosten zur Verfügung.

Mit der guten Beteiligung der MigrantInnen und einer unterstützenden Praktikantin ist es Styria vitalis damit gelungen, das Projekt äußerst kostengünstig, effizient und erfolgreich abzuwickeln. Das Projektbudget wurde bei Erfüllung aller Ziele eingehalten, leichte Umschichtungen zwischen geringeren Sachkosten und etwas aufwändigeren Personalkosten stimmten die Fördergeber nach Antrag und Prüfung zu.

7.5 Blick in die Zukunft

Die TeilnehmerInnen der Dialoggruppe erklärten beim letzten Dialoggruppentreffen einhellig ihr Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit. Die Form der Dialoggruppentreffen und die Beschränkung auf ein Thema haben sich als positiv herausgestellt – thematisch stieß der Bereich der Gesunden Ernährung auf Interesse.

Die Eltern-Infoblätter werden von den VertreterInnen der Communities und InteressentInnen, aber auch Elternberatungsstellen der Stadt Graz, den Zahnambulatorien und der Steirischen Gebietskrankenkasse verteilt. Eine einmalige flächendeckende Verwendung der deutschsprachigen Kinder-Informationsblätter für alle steirischen Volksschulkinder wurde durch den Druck von 50.000 Exemplaren ermöglicht. Andere Sprachen können auf Bedarf bestellt oder ausgedruckt werden. Die Präventionsstellen von 5 Bundesländern wurden mit Printversionen in allen Sprachen beliefert.

Die KooperationspartnerInnen aus dem MultiplikatorInnenprojekt Projekt „Zähne.Zeigen“ werden im Mai über die KUKA-Blätter informiert. Die Bewerbung der Homepage zur Downloadbarkeit der Blätter erfolgt kontinuierlich in ExpertInnen, aber auch Elternkreisen weiter.

Die Erfahrungen aus den interkulturellen Projekten Zähne Zeigen und KUKA werden in die Kariesprophylaxe integriert. Styria vitalis plant, in den folgenden Jahren die interkulturelle Gesundheitsförderung, die Arbeit mit sozio-ökonomisch benachteiligten Personen sowie die Elternarbeit auszuweiten.



Literatur

- American Dental Association (ADA). (o.J.) Brushing your teeth. Download vom 27.Juli 2013, von: <http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/b/brushing-your-teeth>.
- Attin, T. & Hornecker, E. (2005). Download vom 8.März 2013 von: Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral Health Prev Dent.*, 3(3), 135-40.
- Bundesministerium für Gesundheit. (o.J.). *Koordinationsstelle Zahnstatus in der GÖG/ÖBIG*. Download vom 4.März.2013, von http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Zahngesundheit/Koordinationsstelle_Zahnstatus_in_der_GOEG_OeBIG
- Bundesministerium für Gesundheit. (o.J.). Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Download vom 08. März 2013, von http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/1/2/CH1103/CMS1069842666755/kariesprophylaxe_osr-empfehlungen_2005_stand_3_2010.pdf
- BundeszahnärztInnenkammer. (2012). *Milchzahngebiss*. Download vom 08. März 2013, von <http://www.bzaek.de/patienten/patienteninformationen/grundlagenwissen/milchzahngebiss.html>
- Butani, Y.; Weintraub, J.; Barker, J. (2008). *Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: Assessment of the literature*, BMC Oral Health, 9, 8-26.
- Carr, A. (2010). *When to brush you teeth. Is there a time that's best to brush your teeth? After certain foods?* Download vom 26. Februar 2013, von <http://www.mayoclinic.com/health/brushing-your-teeth/AN02098>
- Carteret, M. (2012). *How Culture Affects Oral Health Beliefs and Behaviors*. Download vom 20. Februar 2013, von <http://www.dimensionsofculture.com/2013/01/how-culture-affects-oral-health-beliefs-and-behaviors/>
- Childsmile. (o.J.). *About Childsmile*. Download vom 18. Februar 2013, von <http://www.childsmile.org.uk/professionals/about-childsmile.aspx>
- Cindik, E. (2011). *MigrantInnen im deutschen Gesundheitswesen*. Download vom 08. März 2013, von http://www.bzb-online.de/okt11/12_14.pdf
- Deutsches Grünes Kreuz. (2013). *Zahngesunde Ernährung*. Download vom 11. März 2013, von <http://www.rundum-zahngesund.de/verbraucher/zahngesunde-ernaehrung.html>
- Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde DGZMK - (2013): Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe. Update der S2 –k Leitlinie AWMF Register-Nr. 083-00123.Stand 01.2013. Download im Mai 2013 von: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/LLFluoridierungLangUpdate2013.pdf
- Ethno Medizinisches Zentrum. (2009). *MiMi - Mit MigrantInnen Für MigrantInnen*. Download vom 05. März 2013, von http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=34

Flaherty, J. (2012). *Is Once Enough?* Download vom 26. Februar 2013, von <http://tuftsjournal.tufts.edu/archives/1329/once-is-enough>

Gesundheitliche Chancengleichheit. (2007). *„Rund um Gesund“ – Aufklärung für Mütter und Gesundheitsförderung bei Kindern.* Download vom 05. März 2013 von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/rund-um-gesund-aufklaerung-fuer-muetter-u-gesundheitsfoerderung-bei-kindern/>

GÖG. (2007). *Zahnstatus 2006 in Österreich. 6 Jährige.* Download vom 04. März 2013, von http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Publ_ZS_06_6j.pdf

Leitzmann, C.; Müller, C.; Michel, P.; Brehme, U.; Triebel, T.; Hahn, A.; Laube, H. (2009). *Ernährung in Prävention und Therapie.* Stuttgart: Hippokrates Verlag

MacEntee, M. (2011). *Oral Healthcare and the Frail Elder: A Clinical Perspective.* USA: Blackwell Publishing Ltd.

Oehler, K. (2009). *Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung.* Köln: Deutscher ZahnÄrztInnen Verlag

Österreich, D. (2011). *Motto: Gesund beginnt im Mund – je früher desto besser.* Download vom 08. März 2013, von http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/tdz11/03_oesterreich.pdf

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2007). *Zahnstatus 2006 in Österreich.* Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.). Wien: BMSG. Download vom <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Zahnstatus-2006-Sechsjaehrige-Kinder-mit-und-ohne-Migrationshintergrund.html>

Schnekenburger, F.; Deutsch, J. (2009). *Pädiatrie und Kinderchirurgie: für Pflegeberufe.* Stuttgart: Thieme

Schneller, T.; Ramazan, S.; Goepel, C. (2001). *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei MigrantInnen.* DAJ: Bonn

Schweizerisches Rotes Kreuz. (o.J.). *Publikationen.* Download vom 12. März 2013, von <http://www.migesplus.ch/index.php?id=ernaehrung>

Schweizer Rotes Kreuz – Miges Plus (o.J.): *Qualitätskriterien für migrationsgerechte Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen. Eine Orientierungshilfe für Institutionen und Projektverantwortliche.* Download vom 13. Mai 2013 von: [http://www.transkulturelle-kompetenz.ch/bildupload/client/kriterien_dt_PDF_\(8\).pdf](http://www.transkulturelle-kompetenz.ch/bildupload/client/kriterien_dt_PDF_(8).pdf)

Statistik Austria (2012) *Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2012)* Download am 3.2.2014 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033241.html;

Walter, U.; Salman, R.; Krauth, C.; Machleidt, W. (2007). MigrantInnen gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiat Prax*, 34, 349-353

Ziller, S.(2009). Mundgesundheit unter dem Aspekt der gesundheitlichen Ungleichheit. In: A. Wesenauer S.Sebinger (Hg.) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. (s.87-103)

Anhang

folgende Anlagen werden mit dem Abschlussbericht mitgeschickt:

als pdf

ausgefülltes Template zum Projektverlauf mit

- Meilensteinbericht
- Projektstrukturplan
- Kostenplan
- Einladung mit Programm der Tagung
- Rückmeldungen der TeilnehmerInnen

In Papierform

- Rechnungen und Honorarnoten, Belege
- Kinderinfoblatt und - und Eltern-Infoblatt in allen 15 Sprachen
- Programm und Einladung der Fachtagung
- Rückmeldungen der TeilnehmerInnen zur Fachtagung
- Muster der Erhebungsleitfäden (3)
- Auswertungen und Ergebnisse der partizipativen Erhebung (nur zum internen Beleg)
- Petition der ExpertInnen der Fachtagung an das BM für Gesundheit und den HV zur Einführung von Kariesberatung für Eltern/ und/oder Untersuchung der Kinder über den Mutter-Kind-Pass