



Evaluation der Gruppenprophylaxe in Thüringen

Ziel und Ergebnis, Gewinnen von Erkenntnissen,
Schaffung von Transparenz, Erfolgskontrolle

2. Erfahrungsbericht



Gesund
beginnt
im Mund



1. Einführung	03
2. Methodenbeschreibung	05
2.1 Prozessevaluation	
2.1.1 Untersuchungen zum Arbeitszeitprofil der Prophylaxefachkräfte	
2.1.2. Befragung der Patenzahnärzte	
2.1.3 Untersuchungen zum Leistungsprofil gruppenprophylaktischer Tätigkeit	
2.2. Ergebnisevaluation	
2.2.1 Befragung der Erzieher	
2.2.2 Interviews mit Akteuren der Gruppenprophylaxe	
2.2.3 Analyse der Mundgesundheitsentwicklung	
2.3 Auswertung	
3. Ergebnisse	07
3.1 Strukturbeschreibung	
3.2. Prozessevaluation	
3.2.1 Arbeitszeitanalyse über den Einsatz der Prophylaxefachkräfte	
3.2.2 Befragung der Patenzahnärzte	
3.2.3 Ergänzende Prozessmaßnahmen zur Ausgestaltung der Gruppenprophylaxe	
3.2.4 Prozessevaluation im Schulbereich	
3.3 Ergebnisevaluation	
3.3.1 Auswertung der Kita-Befragung	
3.3.2 Mundgesundheit	
3.3.2.1 Zwei- bis Dreijährige	
3.3.2.2 Sechsjährige	
3.3.2.3 Zwölfjährige	
4. Diskussion und Schlussfolgerungen	22
5. Zusammenfassung und Ausblick	26
6. Literatur	28
7. Abbildungen	29
8. Tabellen	29
9. Anhänge	30





Evaluation der Gruppenprophylaxe in Thüringen

**Ziel und Ergebnis, Gewinnen von Erkenntnissen,
Schaffung von Transparenz, Erfolgskontrolle**

2. Erfahrungsbericht

1. Einführung

10 Jahre nach Durchführung der ersten Evaluation über die Gruppenprophylaxe in Thüringen hat sich das epidemiologische Profil der Mundgesundheit deutschlandweit, aber auch in Thüringen, im Kindes- und Jugendalter grundsätzlich positiv verändert. Nach WHO-Angaben liegt die Kariesverbreitung bei Zwölfjährigen in Westeuropa und den USA zwischen 0,6 DMFT (Dänemark) und 3,0 DMFT (Luxemburg). Mit einem Durchschnittswert von 0,7 DMFT nimmt Deutschland mit Finnland (0,7 DMFT) und Schweden (0,8 DMFT) eine Spitzenposition ein (26). Angaben von 15-Jährigen finden sich in der Literatur seltener. Aus den o. g. Vergleichsländern geht eine Verbreitung von 1,1 DMFT (Deutschland) bis 4,9 DMFT (Frankreich) hervor (8). Grundsätzlich hat sich auch die Kariesverbreitung bei

den Sechs- bis Siebenjährigen zwischen 2000 und 2009 verringert. Die entsprechenden dmft-Werte für Deutschland reduzierten sich von 2,21 auf 1,87. Allerdings hatte Thüringen im Jahre 2009 mit 2,56 dmft die höchste Kariesverbreitung in dieser Altersgruppe im Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern (11).

Weltweit gilt die Karies immer noch als die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter (21). Bis zu 80 % der Weltbevölkerung ist von Karies betroffen. Karies und Folgezustände beeinträchtigen in erheblichem Maße die Lebensqualität. Bei einer europaweiten Online-Befragung im Jahr 2014 an 5.700 Erwachsenen über 18 Jahre zu zahnbezogenen Problemen und Einstellungen berichteten 51 % über Unzufriedenheit

¹DMFT steht als Abkürzung für die Beurteilung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes eines menschlichen Gebisses, dabei bedeutet: D = decayed (kariös), M = missing (fehlend), F = filled (gefüllt – mit einer Zahnfüllung), T = tooth (Zahn). Den gleichen Index kann man für Milchzähne erheben, wobei zur Unterscheidung zu bleibenden Zähnen dieser Index mit Kleinbuchstaben bezeichnet wird.

mit dem Aussehen ihrer Zähne und dass sie deshalb ein Lächeln vermieden, 67 % bestätigten, starke Zahnschmerzen gehabt zu haben und wegen Karies und Folgezuständen sehr eingeschränkt in ihrer Lebensqualität gewesen zu sein. Etwa 40 % beklagten eine ungenügende Mundgesundheit. Jene, die wegen Zahnproblemen der Arbeit fern bleiben mussten, hatten durchschnittlich 6,5 Fehltage im Jahr (2). Wegen ihrer Verbreitung, ihres Einflusses auf die Lebensqualität, aber auch der hohen Behandlungskosten, stellt die Karies nach wie vor ein ungelöstes gesundheitspolitisches Problem dar. Aus einer Studie zur Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen aus England, Wales und Nordirland im Jahre 2013 geht hervor, dass mehr als 35 % der Eltern von 15-jährigen Schülern wegen der Mundgesundheit ihrer Kinder Einschränkungen im Familienleben hatten und 23 % mussten von der Arbeit fernbleiben. Etwa ein Fünftel der Zwölf- und 15-Jährigen berichtete aufgrund von Zahnproblemen über Schwierigkeiten beim Essen (16).

Eins der derzeit größten Probleme mit der Mundgesundheit ist aber die dramatische Ungleichheit in der Kariesverbreitung, auf die national und international immer wieder hingewiesen wird. Sie resultiert aus den unterschiedlichen sozioökonomischen Verhältnissen und bildet damit Zusammenhänge mit dem Gesundheitsverhalten ab. Die *Alliance for a Cavity-Free Future*, eine im Jahr 2010 gegründete, weltweite Initiative, schlägt ein neues, europäisches Kapitel auf und bringt dabei Fachleute aus der Zahnmedizin und dem öffentlichen Gesundheitswesen zusammen, um einen Beitrag dazu zu leisten, die Art, wie die zahnmedizinische Betreuung durchgeführt wird, europaweit zu verändern. Ziel der *Alliance for a Cavity-Free Future* ist es, Maßnahmen zu fördern, die die Entwicklung und das Fortschreiten von Karies stoppen und allen ein Leben ohne kariöse Defekte zu ermöglichen (1). Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit müssen in frühester Kindheit beginnen. Die frühkindliche Karies stellt dabei immer noch ein ungelöstes Problem in Deutschland und damit auch in Thüringen dar. Als eines der ersten Bundesländer hat Thüringen durch die Landesarbeitsgemeinschaft Thüringen e. V. (LAGJTh e. V.) daher ein Konzept zur Optimierung der Mundgesundheit im Milchgebiss erarbeitet und umgesetzt. Es sieht die enge Zusammenarbeit mit z. B. Hebammen und Tagesmüttern, die Kinder unter zwei

Jahren betreuen, und allen Akteuren und Multiplikatoren der Mundgesundheit vor. Eltern, Kinderärzte und Kinderärztinnen (in der Folge Kinderärzte genannt) sollen stärker eingebunden werden. Ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr erfolgt die flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung in den Kitas durch Patenzahnärzte und –zahnärztinnen (in der Folge Patenzahnärzte genannt) und Prophylaxefachkräfte. Spezielle Maßnahmen für Kinder unter zwei Jahren sind im Handbuch der Gruppenprophylaxe der LAGJTh e. V. seit 2012 festgeschrieben. Bei konsequenter Einhaltung dieses erweiterten Maßnahmenkataloges kann eine Optimierung der Mundgesundheit im Milchgebiss erwartet werden. Die Umsetzung bzw. der Erfolg einer zielgerichteten Gruppenprophylaxe hängt allerdings nicht nur von ihren evidenzbasierten Inhalten ab, sondern ist letztlich auch Ergebnis eines verständnisvollen Zusammenwirkens aller Akteure, die für eine gesundheitsfördernde Entwicklung der Kinder verantwortlich sind. Unkenntnis bzw. Falschauslegung ihrer Bildungspläne erschweren dabei die tägliche Arbeit von Patenzahnärzten und Prophylaxefachkräften. Andererseits muss dieser Personenkreis sich dem neuen Bildungsverständnis annähern und nach veränderten Integrationsansätzen suchen. In vielen Kindertagesstätten (Kitas) wurden die Tagesabläufe durch offene Konzepte neu strukturiert. Mit anderen Worten, gemeinsam muss nach neuen Lösungswegen gesucht werden, die sowohl den bildungspolitischen Auftrag der Erzieher und Erzieherinnen (in der Folge Erzieher genannt) als auch den gesundheitspolitischen Auftrag der Patenzahnärzte und Prophylaxefachkräfte in den Kitas erfolgreich gestalten lassen. Die Auseinandersetzung mit dieser Problematik muss mit allen Beteiligten geführt werden. Insofern galten die Erhebungen der vorliegenden Evaluation auch der Überprüfung dieses Prozesses.

Ziel des vorgelegten Evaluationsberichtes ist es insgesamt, nach einem Mehrschrittverfahren die Strukturvariablen zu beschreiben, das Leistungsangebot (Prozess) und die Veränderungen in der Mundgesundheit zwischen 2004/2005 bis 2013/2014 darzustellen und im Vergleich zu den Ergebnissen des ersten Evaluationsberichtes zu bewerten. Anliegen ist es ferner, die Ergebnisse offen für alle Beteiligten zu präsentieren und in kritischer Auseinandersetzung mit den Ergebnissen zu hinterfragen, welche künftigen Handlungsstrategien abzuleiten wären.

2. Methodenbeschreibung

In Anlehnung an die Erstevaluation in 2004/2005 erfolgte die Durchführung dieser zweiten Evaluation im Schuljahr 2013/2014 in verschiedenen Teilschritten (Mehrschrittverfahren), vor allem mittels Fragebögen, ergänzt durch Interviews und Mitarbeitergespräche. Die Datenauswertung basierte auf den statistischen Erhebungen der einzelnen Arbeitskreise (Mundgesundheitsdaten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), Daten aus den DAJ-Erhebungsbögen (A1-/A2-/A3-Bogen) sowie den statistischen Daten der LAGJTh e. V. Zusätzlich wurden diverse Strukturvariablen beschrieben. Die Erkenntnisse der aktuellen Evaluierung wurden, so möglich, in Bezug auf die Ersterhebung (Veränderungen) dargestellt.

Für die Auswertung, Ergebnisinterpretation und Erstellung des Evaluationsberichtes wurde zur Unterstützung der Geschäftsführung erneut eine Arbeitsgruppe der LAGJTh e. V. durch deren Vorstand aktiviert.

2.1 Prozessevaluation

2.1.1 Untersuchungen zum Arbeitszeitprofil der Prophylaxefachkräfte

Sie basierte auf dem Fragebogen der Erstevaluation. Die Daten wurden durch Fragebogeninterviews in Papierform methodenorientiert erhoben. Dieser Fragebogen (Anhang 1) wurde 15 von 16 Prophylaxefachkräften in einer Arbeitsberatung ausgegeben und erläutert. Das Arbeitszeitprofil der 16. Prophylaxefachkraft fand, da sie als Honorarkraft nur wenige Einrichtungen zu betreuen hat, in der Evaluation keine Berücksichtigung. Begleitend erhielten die Mitarbeiterinnen Informationen zur korrekten Beantwortung der Fragebögen. Im Fragebogen über das Tagesprofil (Anhang 1) wurden die Prophylaxefachkräfte gebeten, über drei Monate die Gesamtarbeitszeit, differenziert nach Vorbereitung, Wegzeiten, Arbeitszeit in der Kita, Nachbereitung und Sonstiges, in Stunden und Minuten zu dokumentieren. Tage mit anderen Inhalten, wie Urlaub, Krankheit und Termine, die seitens der Kita nicht eingehalten wurden, blieben unberücksichtigt. Als Vorbereitungszeit galt die Zeit der unmittelbaren Vorbereitung für die prophylaktische Betreuung in den Kitas (z. B. Terminabsprachen, Erarbeitung und Zusammenstellung von Arbeitsmate-

rialien etc.). Als Fahrtzeit wurde die Zeit definiert, die benötigt wurde, um von der Gesundheitseinrichtung in die Kita zu gelangen, unabhängig vom Verkehrsmittel. Betreuungszeit wurde als der Zeitabschnitt definiert, der ausschließlich in der Kita der prophylaktischen Betreuung der Kinder galt. Zeitliche Aufwendungen für verwaltungstechnische Arbeiten, Materialbestellungen etc. wurden als Nachbereitungszeit definiert.

2.1.2. Befragung der Patenzahnärzte

Sie basierte auf den Antworten schriftlicher Interviews. Der verwendete Fragebogen (Anlage 2) orientierte sich an dem der Erstevaluation und wurde inhaltlich aktualisiert, um einerseits die inhaltlich strategischen Anpassungen (Richtlinie, Konzept für Kinder unter drei Jahren) abbilden zu können und andererseits, um Aussagen zur veränderten Fortbildungskonzeption zu erhalten. In Anlehnung an die Erstevaluation enthielt der angepasste Fragebogen Elemente zur Einschätzung des Aufgabenbereiches des jeweiligen Patenschaftszahnarztes im Kontext zur Zusammenarbeit mit der Kita und zur Organisation der Tätigkeit. Weiterhin enthielt er Fragen über die Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit der jeweiligen Einrichtung, über die Zufriedenheit mit den Programminhalten, über Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit bis hin zur Unterstützung durch die LAGJTh e. V. Zusätzlich wurde das Zahnputz- und Ernährungsverhalten in der betreuten Kita erfragt und es gab Raum für persönliche Anmerkungen und Wünsche.

Die Fragebögen wurden über die Thüringer Arbeitskreise sowie das Thüringer Zahnärzteblatt (tzb) und die Internetseite der LAGJTh e. V. an die Patenzahnärzte verteilt. Informationen zur Befragung erhielten die Akteure über die Internetseite der LAGJTh e. V. sowie das tzb und die örtlichen Arbeitskreise. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Rücksendung der beantworteten Fragebögen erfolgte über den jeweiligen Arbeitskreis an die Geschäftsstelle der LAGJTh e. V. Neben dem Postversand waren auch E-Mail- oder Fax-Rücksendungen möglich. Damit sollte eine repräsentative Anzahl an Rückmeldungen erreicht werden.

2.1.3 Untersuchungen zum Leistungsprofil gruppenprophylaktischer Tätigkeit

Dafür wurden die jährlichen Erfassungsbögen der Arbeitskreise der LAGJTh e.V. (A2/A3), genutzt (Anhang 3). Sie dienten der Auswertung des Umfangs gruppenprophylaktischer Leistungen in den jeweiligen Altersgruppen und Einrichtungen. Erfasst sind darin die erbrachten Prophylaxeimpulse der gruppenprophylaktischen Akteure im Bereich Kita, Schule und Fördereinrichtungen sowie zusätzliche Leistungen wie Aktionstage, Multiplikatorenschulungen, Elternarbeit etc.

2.2. Ergebnisevaluation

2.2.1 Befragung der Erzieher

Im Rahmen der Ergebnisevaluation in den Thüringer Kindertagesstätten (Kitas) wurden die Einstellungen, Meinungen und die Zufriedenheit der Erzieher erfragt. Dabei ging es um das Wissen zum Mundgesundheitsverhalten und das tägliche Umsetzen des Zähneputzens. Der eingesetzte validierte Fragebogen (Anhang 4) basierte auf dem der Erstevaluation und wurde in Zusammenarbeit mit der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde (Komm. Leiterin: Prof. Dr. R. Heinrich-Weltzien) des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Jena erweitert (Anhang 4).

2.2.2 Interviews mit Akteuren der Gruppenprophylaxe

Im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung für Arbeitskreisvorsitzende und Prophylaxefachkräfte erfolgten strukturierte Interviews mit den Akteuren. Es wurden Parameter im gruppenprophylaktischen Umfeld hinsichtlich Zufriedenheit, Umsetzungsmodalitäten und Ideen zur Optimierung des Arbeitsfeldes erfragt, und in einer Zukunftswerkstatt konnten die Prophylaxeakteure erarbeiten, wie künftige Bemühungen hinsichtlich bisheriger (Kinder, Eltern, Pädagogen, Hebammen) und neuer Zielgruppen (Akteure der Frühen Hilfen, Familienhebammen, Tagesmütter) aussehen sollten.

2.2.3 Analyse der Mundgesundheitsentwicklung

Dazu wurden die Daten aus den Vorsorgeuntersuchungen des ÖGD (Thüringer Landesamt für Statistik, Thüringer Landesverwaltungsamt) von 2004/2005 bis

2013/2014 der in die Gruppenprophylaxe involvierten Kinder genutzt und die Veränderungen in der Mundgesundheit auf der Grundlage der o. g. Untersuchungen vergleichend dargestellt.

Die Munduntersuchungen konzentrierten sich auf den Dentitions- und Kariesstatus nach dem dmft-/DMFT-Index. Aus diesen Werten wurde auch der jeweilige Sanierungsgrad und Sanierungsstand für die einzelnen Altersgruppen und Untersuchungszeiträume abgeleitet.

2.3 Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen der Prophylaxefachkräfte und der Patenzahnärzte erfolgte durch die Geschäftsstelle und die Arbeitsgruppe der LAGJTh e.V. mittels MS Office. Die Auswertung der Erzieherfragebögen wurde gemeinsam mit der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Jena realisiert (SPSS, Version 21).

Die Erfassung der kariesstatistischen Daten erfolgte im ÖGD Thüringen (mittels ISGA, Micropro, Octoware, Excel). Die statistische Datenauswertung wurde in Zusammenarbeit mit dem Thüringer Landesverwaltungsamt (Thüringer Landesamt für Statistik) durchgeführt. Die strukturierten Interviews wurden nach Themenschwerpunkten mit Hilfe des Excel-Programms 2010 zusammengefasst und ausgewertet.

3. Ergebnisse

3.1 Strukturbeschreibung

Im Thüringer Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder als Landesausführungsgesetz zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (1991), im nachfolgenden Thür-KitaG 2005 und in der Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (2002) wurden die Zuständigkeiten für die gruppenprophylaktische Betreuung festgelegt. Auf der Grundlage des § 21 SGB V (1989) zur Durchführung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe hat sich in Thüringen 1992 die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege gegründet. Als eingetragener Verein (e. V.) erhielt sie 1997 eine neue Rechtsform (**Abb. 1**). Ihre Aufgabe besteht in der Organisation und Steuerung einer flächendeckenden, systematischen und kontinuierlichen Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen. Dem nachgeordnet obliegt die Betreuung von Vorschulkindern den Prophylaxefachkräften der LAGJTh e. V. sowie den bei der LAGJTh e. V. vertraglich gebundenen Patenzahnärzten. Die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und die Betreuung der Schulkinder werden von den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) übernommen.

Ordentliche, außerordentliche und fördernde Mitglieder bilden die Vertreterversammlung. Ordentliche Mitglieder sind zahnärztliche Körperschaften (seit 2005 nur die Landes Zahnärztekammer), Vertreter der GKV-en, Vertreter des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF), Vertreter des Thüringischen Landkreistages sowie des Thüringer Gemeinde- und Städtebundes. Zu den außerordentlichen und fördernden Mitgliedern zählen, neben dem Öffentlichen Gesund-

heitsdienst, Organisationen zur Gesundheitsförderung, Verbände, das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena und weitere gesundheitsfördernde Unternehmen. Diese Vertreterversammlung wählt den Vorstand. Zu ihm gehören der Vorsitzende, der Stellvertreter sowie die Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen, Zahnärzte der Landes Zahnärztekammer, das TMASGFF, der Thüringer Gemeinde- und Städtebund sowie der Thüringische Landkreistag. Die nachgeordneten 22 Arbeitskreise Jugendzahnpflege entsprechen in ihrer Zusammensetzung im Wesentlichen der Organisationsstruktur der LAGJTh e. V. auf regionaler bzw. Kreisebene. Die unmittelbare Aufgabe eines Arbeitskreises ist die Umsetzung der Empfehlungen der LAGJTh e. V. zur flächendeckenden Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen.

Die nachfolgende Darstellung bezieht sich auf das Schuljahr 2013/14, in dem 86.254 (Stand 31.12.13) Kinder im Alter von ein bis sechs Jahren in 1.314 Kitas, die sich mehrheitlich in freier Trägerschaft befanden, gemeldet waren.

In Thüringen wurde die gruppenprophylaktische Betreuung in den Kitas durch 641 Patenschaften aus



Abb. 1: Struktur der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V.

dem Bereich der niedergelassenen Zahnärzte und von 16 angestellten Prophylaxefachkräften der LAGJTh e. V. realisiert. Diese waren in 22 Arbeitskreisen eingesetzt, in denen die Anzahl von Patenzahnärzten für eine flächendeckende Betreuung nicht ausgereicht hat. Alle Akteure dokumentieren ihre gruppenprophylaktischen Aktivitäten u. a. in den von der DAJ entwickelten Unterlagen (Dokumentation Gruppenprophylaktische Maßnahmen A1), welche dann in den Arbeitskreisen zusammengefasst werden (Dokumentation Gruppenprophylaktischer Maßnahmen A2) und in der LAGJTh e. V. in einem Gesamtbogen (Dokumentation Gruppenprophylaktischer Maßnahmen A3) subsummiert und für die bundesweite Statistik an die DAJ weitergegeben werden. Es sollte an dieser Stelle allerdings betont werden, dass die vorgenannten Dokumentationsbögen einerseits die gruppenprophylaktischen Leistungen in ihrem Umfang abbilden, andererseits jedoch qualitative und individuelle Bezüge kaum zulassen.

Die wöchentliche Arbeitszeit der Prophylaxefachkräfte war unterschiedlich und lag zwischen 22,5 und 35,0 Stunden, entsprechend den regionalen Erfordernissen.

Die Patenzahnärzte betreuten jeweils eine bis zwei Kitas. Es wurde davon ausgegangen, dass in Kitas mit mehr als 100 Kindern eine Doppelpatenschaft bzw. der Einsatz eines Patenzahnarztes und einer Prophylaxefachkraft möglich war. Insgesamt wurde die Betreuung von etwa 50 % der Kindertagesstätten in Thüringen durch Patenschaften abgedeckt, alle weiteren wurden durch Prophylaxefachkräfte der LAGJTh e. V. betreut. Ausnahme waren dabei vereinzelte Einrichtungen in abgelegenen Regionen bzw. in Kreisen, in denen es keine Prophylaxefachkraft der LAGJTh e. V. und keinen Patenzahnarzt gab. Durch Anpassung der Rahmenvereinbarung konnten solche Einrichtungen durch Einsätze der Mitarbeiter des ÖGD betreut werden. Vier Einrichtungen in Thüringen waren gegenüber der Gruppenprophylaxe nicht aufgeschlossen bzw. ablehnend, was mit konzeptuellen Inhalten begründet wurde. Insgesamt waren 17 Einrichtungen in Thüringen nicht vollständig in die Gruppenprophylaxe einbezogen.

Von den 1.314 Kitas mit insgesamt 86.254 Kindern galt ca. 1/3 der Einrichtungen nach den Kriterien

der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ) (9) als Risikoeinrichtungen. 337 Kitas waren sogenannte integrative Einrichtungen. Die 1.314 Kitas in Thüringen verteilten sich auf die einzelnen Kreise folgendermaßen: In der Landeshauptstadt Erfurt gab es 102 Einrichtungen (8.830 Kinder), im Wartburgkreis (mit Eisenach) gab es 107 (6.823 Kinder). Mit 14 Kitas (1.133 Kinder) hatte Suhl die wenigsten Einrichtungen, alle anderen Kreise lagen dazwischen (Anlage 5). In Thüringen gab es zum Zeitpunkt der Erhebung 1.168 Kinder, die bei 365 Tagespflegepersonen (Stand 01.03.2014) betreut wurden (Anlage 6). In diesem Bereich wurde keine Befragung durchgeführt. Die Tagespflegepersonen sind aber seit dem untersuchten Schuljahr in die Arbeit der Gruppenprophylaxe einbezogen worden und werden für diese Aufgabe jährlich fortgebildet. Sie erhalten 1-2x jährlich von der LAGJTh e. V. Materialien und Flyer für Kinder und Eltern.

Im Schulbereich werden, entsprechend der gesetzlichen Grundlagen in Thüringen, die gruppenprophylaktischen Maßnahmen durch die Zahnärztlichen Dienste des ÖGD durchgeführt. Dabei gibt es, bedingt durch die bestehende Personalsituation in den Gesundheitsämtern, große territoriale Unterschiede. In der Regel arbeiten in den Landkreisen und kreisfreien Städten 1-2 angestellte Zahnärzte, die überwiegende Mehrheit in Teilzeitbeschäftigung. Die Personalsituation hat sich im Evaluationszeitraum nur geringfügig verändert. Personalstellen, die aus Altersgründen wegfielen, wurden neu besetzt oder durch Aufstockung der wöchentlichen Arbeitszeit von Mitarbeitern abgedeckt.

Durch den seit 2014 vorliegenden „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Thüringen“ wird für alle ZÄD eine einheitliche Vorgehensweise in der Durchführung der gruppenprophylaktischen Tätigkeit im Schulbereich, entsprechend der personellen Möglichkeiten, angestrebt.

3.2. Prozessevaluation

3.2.1 Arbeitszeitanalyse über den Einsatz der Prophylaxefachkräfte

Die Zahl der angestellten Prophylaxefachkräfte hat sich seit 2005 von 12 auf 16 gesteigert. Die Anzahl der in Kitas betreuten Kinder hat insgesamt zugenom-

men, die Anzahl der durch Patenzahnärzte betreuten Einrichtungen ist zurückgegangen. Durch die Einbindung von Tagesmüttern, Hebammen sowie sonstigen Multiplikatoren hat sich das Aufgabenspektrum der Prophylaxefachkräfte erweitert (sonstige Aufgaben). Das Aufgabenspektrum aller Akteure der Gruppenprophylaxe hat sich durch den Einbezug der Kinder unter drei Jahren und durch den Beginn der Aktivitäten ab dem zweiten Lebensjahr erweitert.

Die Ergebnisanalyse der Fragebogenaktion aus den 15 von Prophylaxefachkräften betreuten Arbeitskreisen reflektierte für die einzelnen Arbeitszeitabschnitte ein sehr variables Bild (**Abb. 2 bis 3**).

Die Arbeitszeiten der Prophylaxefachkräfte variierten insgesamt zwischen 22,5 und 35,0 Wochenstunden. Die Vorbereitungszeit (**Abb. 2**) für die Betreuungsarbeit in den Kitas betrug bei den Mitarbeiterinnen in den einzelnen Arbeitskreisen durchschnittlich 10,2%. Die Einzelwerte variierten zwischen 5,6% (Erfurt) und 23,0% (Weimarer Land). Für die Nachbereitung wurden durchschnittlich 10,6% der Gesamtarbeitszeit aufgewendet. Auch hier schwankte die Verteilung von 3,9% (SHK/ Gera) bis 14,9% in Eisenach. Durchschnittlich 44% ihrer Arbeitszeit verbrachten die Prophylaxefachkräfte in den zu betreuenden Kitas und 19% mit der Erledigung sonstiger Aufgaben, wie z. B. Arbeit mit Hebammen, Tagesmüttern, Sonderveranstaltungen und Bildungsvermittlung für Zielgruppen.

62% der Gesamtarbeitszeit entfiel im Zusammenhang mit den Zielgruppen. Davon 43,5% mit Kindern in den Einrichtungen und 18,5% mit sonstigen Zielgruppen. Annähernd gleiche Anteile wurden für Vor- und Nachbereitung benötigt, auf die Fahrzeit entfielen durchschnittlich 18%. Gegenüber dem Jahr 2005 hat sich die Arbeitszeit in der Kita (einschließlich sonstiger Aufgaben) mit den Zielgruppen erhöht. Organisatorische Parameter konnten zeitlich reduziert werden (**Tab. 1**).

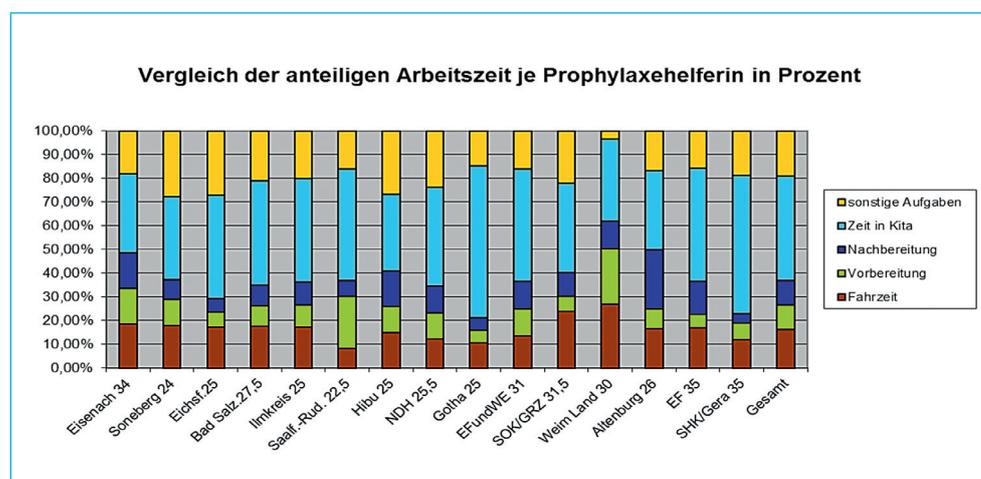


Abb. 2: Arbeitszeitanalyse (in Prozent) der Prophylaxefachkräfte, differenziert nach Arbeitskreisen (Zahlenangaben auf der x-Achse entsprechen der jeweiligen Wochenstundenzahl im Arbeitskreis)

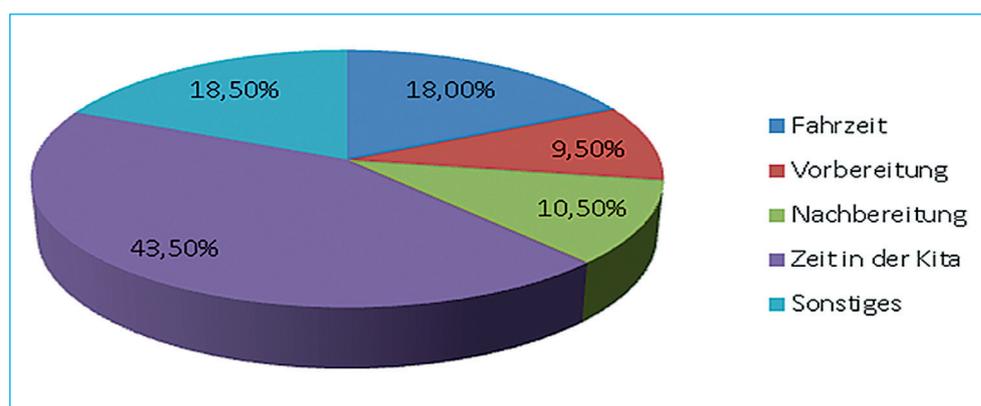


Abb. 3: Verteilung der Arbeitszeit der Prophylaxefachkräfte (Durchschnitte aller Arbeitskreise, anteilig in Prozent)

Jahr	Fahrzeit	Vorbereitung	Nachbereitung	Zeit in der Kita und Sonstiges
2013	18,0%	9,5%	10,5%	62,0%
2005	20,5%	12,0%	15,0%	52,5%

Tab.1: Gegenüberstellung der differenzierten Gesamtarbeitszeit von 2005 und 2013

3.2.2 Befragung der Patenzahnärzte

Von 641 Patenschaften konnten 251 Fragebögen ausgewertet werden.

Insgesamt wurden alle Patenzahnärzte in Thüringen angesprochen. 251 verwertbare Antworten gingen in die Bewertung ein. Nicht alle Zahnärzte füllten die Fragebögen vollständig aus. Einige Zahnärzte betreuten mehr als eine Einrichtung. Die Mehrheit der Patenzahnärzte (n = 169) ist zehn Jahre und länger in diesem Bereich tätig. 37 waren fünfzehn Jahre und 38 null – fünf Jahre in dieser Tätigkeit. Insgesamt wurden von den 251 Patenzahnärzten 308 Kitas betreut mit insgesamt 1.222 Gruppen und 19.422 Kindern.

Während die Mehrzahl aller Befragten die Zusammenarbeit und damit die Zufriedenheit in Bezug auf die

betreute Einrichtung als sehr gut und gut einschätzte, imponiert in den Bereichen Praxisbesuch, Elternunterstützung sowie Zuarbeit durch die Kita und Betreuung der Kinder unter zwei Jahren auch eine sichtbare Unzufriedenheit.

Die Befragten bestätigten, dass in 248 Einrichtungen (n = 12.858 Kinder) täglich die Zähne geputzt werden. In sechs Einrichtungen (n = 440 Kinder) werden gelegentlich Zähne geputzt und in drei Einrichtungen wird überhaupt nicht geputzt.

Die Patenzahnärzte bestätigten mehrheitlich, dass in 231 Einrichtungen das Zähneputzen durch die Erzieher beaufsichtigt wurde, während in 18 Einrichtungen die Kinder ohne Aufsicht putzten. Etwa ein Drittel der Patenzahnärzte versuchte, mit Angeboten für Kinder, Eltern und Erzieher Einfluss auf das Ernährungsver-

		Sehr gut	gut	mäßig	gering	gar nicht
a	die Terminvereinbarungen mit der Kita	153	90	14	1	0
b	die Einhaltung von Terminen durch die Kita	149	92	14	0	1
c	die Vor- u. Nachbereitung des Besuchs durch die Kita	74	128	40	8	2
d	die Unterstützung während Ihres Besuchs in der Kita	108	103	41	6	1
e	der Praxisbesuch einer Kita-Gruppe	107	67	15	16	25
f	die Vor- u. Nachbereitung des Praxisbesuchs durch die Kita	75	94	19	10	20
g	die Zusammenarbeit mit/Unterstützung durch Eltern (z. B. Elternabend, Mitgabe Zahnpflegeartikel, etc.)	16	84	77	37	20
h	die Vor- u. Nachbereitung der Elternarbeit durch die Kita	23	103	40	28	17
i	das Putzverhalten der Kinder in der Kita	86	146	19	2	1
j	die Unterstützung/Zusammenarbeit durch die LAGJTh	96	118	18	7	6
k	die Unterstützung/Zusammenarbeit durch Ihren Arbeitskreis Jugendzahnpflege	116	120	11	3	3
l	die Betreuung hinsichtlich Formalitäten	105	120	17	6	1
m	die inhaltlich fachliche Betreuung	95	112	26	8	3
n	die Materialversorgung für Ihre Aktionen	108	84	36	17	4
o	das Fortbildungsangebot der LAGJTh	38	128	32	19	12
p	die von Ihnen bisher wahrgenommenen Fortbildungen	49	98	22	10	31
q	die Betreuung der Kinder unter zwei Jahren	34	121	36	28	16
r	Ihre Tätigkeit als Patenzahnarzt insgesamt	69	166	13	1	0

Tab 2: Zufriedenheit der Patenzahnärzte bezogen auf ihre Tätigkeit in der Gruppenprophylaxe

halten zu nehmen. Insgesamt wurde der Einfluss aber als geringwertig eingeschätzt. Die gruppenprophylaktische Tätigkeit wurde bei den Patenzahnärzten überwiegend durch zahnärztliche Teams (n = 163), Zahnärzte selbst (n = 22) und in der Praxis angestellte Prophylaxefachkräfte (n = 42) realisiert. Sieben Patenzahnärzte delegierten diese Aufgabe an Zahnmedizinische Fachangestellte. Insgesamt wurden durch die Patenzahnärzte Wünsche nach mehr Fortbildung (auch regional), Materialversorgung (vier Bürsten im Jahr), Ausleihmaterialien und mehr Material für Impulse und Beschäftigung geäußert. Darüber hinaus beklagten sie, dass der Einbezug der Kinder unter zwei Jahren schwierig ist, weiterhin das Putzen ohne Zahnpasta in einigen Kitas und ihren mangelnden Einfluss auf die Einrichtung im Hinblick auf Optimierung der Mundgesundheitsförderung. Weiterhin wurden verhaltenes Elterninteresse sowie zunehmende Bürokratie beklagt und Änderungen in der Gestaltung des Honorars gewünscht.

3.2.3 Ergänzende Prozessmaßnahmen zur Ausgestaltung der Gruppenprophylaxe

Für eine effektive und effiziente Durchführung der Gruppenprophylaxe in den Kitas wurden nahezu alle Einrichtungen mit Zahnpflegeartikeln (Bürsten, Zahnpasta, Becher, Fluoridierungsmaterialien, pädagogische Materialien, Flyer etc.) versorgt. Die Gruppenprophylaxe wurde zusätzlich durch gesundheitsbezogene Projekte, persönlichen Einsatz der Eltern, Materialspenden etc. unterstützt. Auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung der LAGJTh e. V. erhielten 76 % aller Kinder in den betreuten Einrichtungen einen ersten Prophylaxe-Impuls, 74 % einen zweiten, 65 % einen dritten und 56 % einen vierten. 7 % der Kinder wurden mehr als viermal aufgesucht. Bei 41 % erfolgte eine regelmäßige Fluoridierung.

3.2.4 Prozessevaluation im Schulbereich

Nach einer (nicht repräsentativen) Stichprobe, bei der neun Zahnärztinnen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst (AG KJZÄD) im Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA) befragt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in fast allen Schulen und Schularten, jedoch nicht in allen Altersstufen, erfolgen. Folgt man den im „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste

in Thüringen“ formulierten Kernzielgruppen (Sechsjährige, Zwölfjährige und 15-Jährige) wird eine nahezu flächendeckende Untersuchung erreicht. Grundschulen und Förderzentren werden in der Regel vollständig untersucht.

Dagegen findet die vollumfängliche Basisprophylaxe mit zwei jährlichen Impulsen (inkl. Angebot der Fluoridlackapplikation) nur in ca. 50 % der Arbeitskreise statt; in den übrigen wird aufgrund der personellen Situation mindestens ein Impuls pro Schuljahr angestrebt. Alle befragten Arbeitskreise betreuen dennoch Risikoschulen und bieten dort die Gruppenprophylaxe über das 12. Lebensjahr hinaus an, wenn auch nicht immer im intensivprophylaktischen Rahmen.

Der Schwerpunkt liegt für die meisten Arbeitskreise demnach im Besuch der Grundschulen und Förderzentren; ca. 50 % können die Basisprophylaxe auch im Regelschulbereich umsetzen. Weniger als 1/3 kann dagegen das Angebot an Gymnasien aufrechterhalten. Alle befragten Arbeitskreise boten diverse gesundheitsbezogene Projekttag und Veranstaltungen an. Dabei schwankt die Anzahl zwischen zwei und vier Aktionen im Jahr. Angebote zu Elternabenden wurden in ca. 1/3 der Arbeitskreise angenommen.

Die Angaben des Dokumentationsbogens „Gruppenprophylaktische Maßnahmen“ (A3-Bogen) spiegeln diese Tendenz wider, jedoch ist eine Interpretation aufgrund des formalen Aufbaus des Dokumentationsbogens schwierig.

Im Schuljahr 2013/2014 wurden 61.452 (91,2 %) aller Grundschüler zahnärztlich untersucht, jedoch erhielten nur 47,6 % (32.063) einen zweiten Prophylaxe-Impuls. In den weiterführenden Schulen wird die Schwierigkeit der Umsetzung der Basisprophylaxe besonders deutlich: Zwar wurden immerhin 80,6 % (26.341) aller Fünft- und Sechstklässler untersucht, jedoch konnten nur 23,6 % (7.723) einen zweiten Prophylaxe-Impuls erhalten. Auch in den Förderzentren, die in der Regel als „Risiko-Einrichtungen“ definiert werden, ist eine flächendeckende Gruppenprophylaxe mit mindestens zwei Impulsen eher schwierig. Während zur Untersuchung 81,5 % (6.004) aller Schüler anwesend waren, wurde ein zweiter Prophylaxe-Impuls nur bei 43,6 % (3.212) der Schüler durchgeführt. Mit einem vierten Impuls, wie dies für Risiko-Einrichtungen laut „Richtlinie zur Umsetzung der Basis- und Intensivprophylaxe in Thüringen“ möglich ist, wurden nur 6,6 % (484) aller Schüler erreicht.

3.3 Ergebnisevaluation

3.3.1 Auswertung der Kita-Befragung

Die dargestellten Ergebnisse stützen sich auf 862 zurückgeführte Fragebögen, wobei jeweils gesamt oder anteilig Fragen ausgefüllt wurden. Damit betrug die Ausschöpfung 66 % und lag höher als bei der ersten Evaluierung mit 50,39 % (682 Fragebögen). Diese 862 Einrichtungen betreuten insgesamt 60.482 Kinder, aufgeteilt in 5.519 Gruppen.

Im ersten Fragenkomplex wurde unter anderem nach der Lokalisation der Einrichtung gefragt. 35,5 % (n = 306) der Kitas befanden sich in der Stadt, 554 in ländlichen Gegenden.

Durchschnittlich gab es in Thüringer Kitas 70,16 Kinder verteilt auf 6,4 Gruppen. Im Mittelwert befanden sich 11,23 Waschbecken in der Einrichtung. 6,25 Kindern stand ein Waschbecken zur Verfügung, wobei die Ausstattung der Waschräume sich sehr individuell darstellte.

Von 862 Einrichtungen gaben nur 12,1 % (n = 104) an, ein integratives Konzept zu verfolgen. Die Antworten bestätigten, dass sich von 104 integrativen Einrichtungen 77 (80 %) in der Stadt befanden. 33,62 % aller städtischen Einrichtungen verfolgten ein integratives Konzept, dagegen lediglich 5,12 % der ländlichen Kitas. Angaben über das Kariesrisiko ihrer Einrichtung machten alle 862 Kitas. 789 verneinten ein Kariesrisiko in ihrer Einrichtung. 73 Kitas und somit 9,25 % der Kitas gaben für die Kinder ihrer Einrichtung ein erhöhtes Risiko an. Hauptsächlich städtische Einrichtungen (17,32 %) bemerkten häufiger ein erhöhtes Kariesrisiko als Einrichtungen aus ländlichen Gegenden (3,61 %).

Der zweite Fragenkomplex bezog sich auf die Ernährungsgewohnheiten in der Kita. Unter anderem wurde erfragt, welche Getränke den Kindern zur Verfügung standen. 861 Kitas beantworteten diese Frage, eine Kita machte dazu keine Angaben. 620 Kitas, also 71,9 % aller Einrichtungen, boten den Kindern süße Getränke wie Kakao, Saft, gesüßten Tee oder Limonade an. Das beliebteste kariogene Getränk in der Kita war mit 51,2 % die Fruchtsaftchorle. Nur 241 Kitas (28 %) boten den Kindern ausschließlich Wasser oder ungesüßten Tee an.

Auf die Frage, wann sich die Kinder mit den Getränken bedienen durften, antworteten 81,7 % (704

Kitas) mit „jederzeit“, 13,3 % mit „auf Nachfrage“ und 4,2 % verabreichten den Kindern „nur zu den Mahlzeiten“ Getränke. Sieben Einrichtungen gaben auf diese Frage keine Antwort.

Über die Vergabe von Süßigkeiten wurde aus 62 Einrichtungen (7,2 %) berichtet, dass es keine Regeln für den Umgang mit Süßigkeiten gab und es den Kindern freigestellt war, wann und wie oft sie naschen möchten. Befragte aus 195 Einrichtungen (22,6 %) erlaubten den Kindern, in dosiertem Maße (wöchentlich) Süßigkeiten zu sich zu nehmen. Die Mehrheit (493 Einrichtungen, 57,2 %) erlaubte Süßes lediglich zu besonderen Anlässen, wie z. B. zu Geburtstagen, Faschingsfeiern, Weihnachten etc. 108 Kitas (12,5 %) gaben auf diese Frage keine Antwort.

In 77 Einrichtungen wurde ein einheitliches Frühstück durch die Kita gereicht. In 163 Einrichtungen brachten die Kinder ihr Frühstück selbst mit.

Darüber hinaus erfolgten vereinzelt Projekte, wie z. B. gesundes Frühstück oder Ernährungstage etc.

Im dritten Fragenkomplex sollte der Zustand der Mundgesundheit und das regelmäßige Zähneputzen der Kinder durch die Leiterinnen eingeschätzt werden. Nur 13,3 % der Einrichtungen konnten sicher behaupten, dass nahezu alle Kinder gesunde Zähne hatten. 3,7 % hatten darüber keine Kenntnis und 6,5 % (56 Einrichtungen) enthielten sich der Aussage. 17,2 % der Einrichtungen (148 Kitas) stellten fest, dass nicht alle Kinder gesunde Zähne besaßen und Karies offenbar ein bekanntes Gesundheitsproblem in den Einrichtungen war.

24,7 % (213 Kitas) der Einrichtungen schätzten ein, dass Kinder aus sozialschwachen Familien überwiegend mit Zahnproblemen konfrontiert waren. 17,2 % aller Einrichtungen gaben an, dass diese Kinder ebenfalls eine mangelhafte Körperhygiene aufwiesen. Zum Fragenkomplex über die aktuelle Situation der Gruppenprophylaxe bestätigten 819 von 862 Kitas die Durchführung eines regelmäßigen Mundgesundheitsprogramms. 16 Kitas gaben dazu keine Auskunft und 3,1 % der Befragten gaben an, kein Programm dieser Art in ihrer Einrichtung durchzuführen.

584 Einrichtungen beantworteten Fragen zur Einführungszeit der Gruppenprophylaxe. 29 Einrichtungen berichteten, dass sie bereits zwischen 1973 und 1989

Gruppenprophylaxe durchgeführt haben. Im Zeitraum 1992 bis 2006 wurde mit den Patenschaften und Einstellungen der Prophylaxefachkräfte in weiteren 339 Einrichtungen mit der Gruppenprophylaxe begonnen, seit 2007 folgten weitere 71 Kitas. 117 Einrichtungen konnten nicht mehr genau sagen, wie lange sie schon an einem Mundgesundheitsprogramm (Gruppenprophylaxe) teilnahmen (**Tab. 3**).

Jahr	Anzahl der Kitas
1973-1989	29
1990-1991	28
1992-1997	104
1998-2006	235
2007-2013	71
nicht bekannt	117
Gesamt	584

Tab. 3: Einführungszeit der Gruppenprophylaxe in den Kitas

Obwohl sich die Akteure der Gruppenprophylaxe seit Beginn ihrer Tätigkeit in den Kitas vorstellten, wussten 16 Einrichtungen nicht, wer die Gruppenprophylaxe in ihrem Bereich unterstützte. Mehrfachantworten waren möglich, da einige Kitas von unterschiedlichem zahnärztlichem Personal unterstützt werden. 60,8% gaben an, von einer Prophylaxefachkraft betreut zu werden. 48,4% meinten, regelmäßig von einem Patenzahnarzt betreut zu werden und in 49,5% wurde, nach Einschätzung der Kitas, das Mundgesundheitsprogramm vom ÖGD durchgeführt, wobei dieser im Kita-Bereich nahezu ausschließlich die Aufgabe der Reihenuntersuchung hat.

Der Vergleich zur Erstevaluation in 2004/2005 ergab diesbezüglich noch eine andere Verteilung der Betreuung. Von 703 Kindertagesstätten wurden damals 59,9% (421 Kitas) von einem Patenzahnarzt betreut, 31,9% von einer Prophylaxefachkraft und 5,3% ausschließlich vom ÖGD. 21 (3%) Einrichtungen gaben auf diese Frage damals keine Antwort.

Auf die Frage, welche Altersgruppen im Mundgesundheitsprogramm involviert waren, machten 29 Kitas keine Angabe. 55,8% der Kitas gaben an, für alle Altersgruppen das Mundgesundheitsprogramm anzubieten. In 89,2% der Einrichtungen reagierten die Kinder auf

Zahnputzdemonstrationen durch das zahnmedizinische Personal besonders interessiert. Wurden Demonstrationen zur richtigen Zahnputztechnik vom pädagogischen Personal durchgeführt, so reagierten die Kinder aus 68,6% der Einrichtungen mit großem Interesse und 20,3% mit etwas Interesse. Auf Vorträge hingegen reagierten die Kinder aus 37,4% der Kitas nur etwas interessiert und 4,8% der Einrichtungen bewerteten die Reaktion der Kinder auf Vorträge als gleichgültig.

Lediglich Kinder aus 0,2% der Einrichtungen zeigten an gemeinsamen Putzübungen kein Interesse. Sehr interessiert waren die Kinder in 79,6% der Einrichtungen an gemeinsamen Mundhygieneübungen. Im Vergleich zur Erstevaluation (2004/2005) zeigten sich ähnliche Ergebnisse. 0,7% (n = 5) der damals befragten 703 Einrichtungen waren der Meinung, dass die Kinder nur sehr wenig Interesse an Gruppenvorträgen zeigten. 588 (83,6%) Einrichtungen behaupteten, dass die Kinder an Vorträgen über Mundhygiene Interesse zeigten (n = 365 waren interessiert, n = 223 waren sehr interessiert). An Zahnputzdemonstrationen zeigten die Kinder 2004/2005 ebenfalls ein großes Interesse. 394 von 703 Einrichtungen (56%) gaben sogar an, dass die Kinder sehr interessiert an den Demonstrationen waren, 34% zeigten gutes Interesse und 2,7% der Einrichtungen bewerteten die Reaktion der Kinder darauf als gleichgültig. Bei der Befragung 2004/2005 wurde jedoch nicht unterschieden, ob die Zahnputzdemonstrationen von Erziehern oder vom zahnmedizinischen Fachpersonal durchgeführt wurden.

Ein weniger großes Interesse zeigten Kinder auf die Besuche in Zahnarztpraxen. Nur 52,9% der Einrichtungen bewerteten die Reaktion der Kinder als „sehr interessiert“. Hinsichtlich Spiele zum Thema Mundgesundheit zeigten sich ähnliche Ergebnisse.

Im Jahr 2004/2005 ergab die Erzieher-Befragung, dass 42,5% der Kitas ein großes Interesse der Kinder an Zahnarztpraxisbesuchen bestätigen konnten. 15,9% der Einrichtungen gaben damals an, dass die Kinder „interessiert“ waren und 0,6% waren „nicht interessiert“.

Auf die offene Frage, von welchen Programminhalten die Kinder profitierten, gaben die meisten Einrichtungen an, dass die Kinder besonders von den Demonstrationen an Zahnputzmodellen und von der Ernährungserziehung profitierten. Unter anderem wurden Angst-

abbau (5,5 %), Motivation (5,6 %), Nuckelabgewöhnung (0,2 %), Umsetzung Zuhause (2,1 %), Ritualisierung (10,7 %), Erkennen der Notwendigkeit des Zähneputzens (13%), spielerisches Lernen (13,3 %) und Besuche in Zahnarztpraxen (4,9 %) genannt. Außerdem gaben 1,9 % der Einrichtungen an, dass Kinder ebenfalls von den zur Verfügung gestellten Zahnbürsten durch die LAGJTh e. V. besonders profitieren.

780 Einrichtungen waren mit dem Mundgesundheitsprogramm zufrieden (34,2 %) bis sehr zufrieden (56,3%). Nur acht Kitas waren unzufrieden und 50 Kindertagesstätten (5,8 %) gaben darauf keine Antwort. Die Erstevaluation ergab, dass 606 von 703 (86,2 %) Einrichtungen einen positiven Eindruck von der Gruppenprophylaxe hatten, 4,5 % bewerteten ihren Eindruck von der Gruppenprophylaxe mit „mittel“ und 1,8 % empfanden das Programm negativ. 6,3 % (44) der Befragten gaben darauf keine Antwort.

Eine weitere offene Frage bezog sich auf die Qualitätsbewertung der Mundgesundheitsprogramme. Die Antworten sollten nach dem Schulnotensystem erfolgen. Fast ein Drittel der Einrichtungen (31 %) bewertete die Qualität des Mundgesundheitsprogrammes mit „sehr gut“, 38,9 % empfanden die Qualität als „gut“. 3,9 % schätzten die Qualität „befriedigend“ ein, 1,2 % als „ausreichend“. 0,5 % bewerteten das Mundgesundheitsprogramm mit „mangelhaft“ und 0,1 % der Einrichtungen sogar mit „ungenügend“. 211 Einrichtungen (24,5 %) gaben auf diese Frage keine Antwort (**Tab. 4**).

Besondere Beliebtheit im Mundgesundheitspro-

gramm fand die kindgerechte und abwechslungsreiche Vermittlung (25,4 %). In 13,3 % der Einrichtungen gefiel besonders das spielerische Lernen, 16,5 % die Kompetenz des zahnmedizinischen Fachpersonals, 2,8 % das pädagogische Konzept. 10,8 % der Einrichtungen lobten besonders die Regelmäßigkeit dieser Programme und damit eine gewisse Ritualisierung des Mundgesundheitsprogrammes. In 3,5 % der Kitas wurden die Besuche in den Zahnarztpraxen positiv erwähnt und in 5,9 % war es vor allem die Nachhaltigkeit dieser Programme. In 1,3 % der Einrichtungen erwähnten die Erzieher positiv die Ernährungsberatung. In 3,7 % der Einrichtungen wurde die Ausstattung mit Zahnputzwerkzeugen positiv beurteilt. 2,1 % der Kitas lobten die Zusammenarbeit mit den Eltern am Mundgesundheitsprogramm.

Die Frage, ob sich das Mundgesundheitsprogramm gut in den Kita-Alltag einfügte, beantworteten 803 Einrichtungen (**Tab. 5**). Aus 59 Kitas gab es keine Antwort und eine Kita entschied sich für die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“. Die Erzieher aus 500 Einrichtungen (58 %) gaben an, dass sich das Programm sehr gut in den Alltag einfügte und einplanen ließ. 33,6 % antworteten mit „trifft zu“ und 1,4 % (12 Einrichtungen) hatten Schwierigkeiten, das Mundgesundheitsprogramm in den Kita-Alltag fest einzuplanen.

Bei der Erstevaluation zeigten sich ähnliche Ergebnisse. 94,7 % (n = 666) Einrichtungen waren der Meinung, dass sich das Mundgesundheitsprogramm gut in den Kita-Alltag integriert. 12 (1,7 %) Einrichtungen konnten diese Aussage damals nicht bestätigen.

Für Gesprächsstoff mit den Eltern sorgte das Mund-

Bewertungsgrade		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
	1 sehr gut	267	31,0	41,0
	2 gut	335	38,9	51,5
	3 befriedigend	34	3,9	5,2
	4 ausreichend	10	1,2	1,5
	5 mangelhaft	4,0	0,5	0,6
	6 ungenügend	1,0	0,1	0,2
	Gesamtsumme	651	75,5	100,0
Keine Antwort	88	211	24,5	
Gesamtsumme		862	100,0	

Tab. 4: Qualitätsbewertung Mundgesundheitsprogramme

Bewertungsgrade		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Antwort	Trifft nicht zu	12	1,4	1,5
	Trifft zu	290	33,6	36,1
	Trifft voll zu	500	58,0	62,3
	Weiss nicht	1	0,1	0,1
	Gesamtsumme	803	93,2	100
Keine Antwort		59	6,8	
Gesamtsumme		862	100,0	

Tab. 5: Bewertung zur Integration des Mundgesundheitsprogramms im Kita-Alltag

gesundheitsprogramm in 643 Einrichtungen (498 „trifft zu“, 145 „trifft voll zu“). 12,8% der Kindertagesstätten gaben an, über das Mundgesundheitsprogramm keinen Gesprächskontakt zu den Eltern gehabt zu haben.

Im Vergleich zur Erstevaluation zeigte sich eine ähnliche Tendenz. 514 (73,1%) der damals befragten 703 Einrichtungen waren der Meinung, dass das Mundgesundheitsprogramm mit den Eltern besprochen werden sollte. 89 (12,7%) Einrichtungen konnten diese Aussage damals nicht bestätigen. 44 (6,3%) Kindertagesstätten gaben dazu keine Auskunft.

491 Kitas bestätigten, dass sich das Programm gut in den Alltag einfügt und 329 Kitas empfanden das Programm als erfolgreich.

Im fünften Fragenkomplex sollten Fragen zum täglichen Zähneputzen mit den Kindern beantwortet werden. 97,6% der Kitas gaben an, mit den Kindern täglich die Zähne zu putzen. Das Putzen ist ein fester Bestandteil im Kita-Alltag und gehört bei vielen zum Kita-Konzept. 12 Einrichtungen (1,41%) von 851 verneinten das tägliche Zähneputzen. Davon befanden sich 8 Kitas (2,66%) in städtischer und 4 in ländlicher Gegend (0,73%). Als vornehmliche Gründe dabei wurden genannt:

- unzureichende räumliche und personelle Voraussetzungen
- das Zähneputzen in der Kita ist nicht effizient
- hygienische Gründe
- das tägliche Zähneputzen gehört nicht zum Konzept der Kita.

Die Mehrheit der Kitas (50,3%) gab an, Kinder ab

zwei Jahren ins Mundgesundheitsprogramm einzubeziehen. In 16,4% der Einrichtungen wurden die Kinder bereits ab null Jahren an das Mundhygieneprogramm herangeführt und 12,8% der Kitas putzten mit den Kindern nach Vollendung des ersten Lebensjahres die Zähne. In 10,1% der Kindertagesstätten wurden mit den Kindern nach dem dritten Geburtstag die Zähne geputzt, in fünf Kitas nach dem vierten Geburtstag und in vier Einrichtungen erst ab dem sechsten Lebensjahr.

Bei der Wahl der Zahncreme entschieden sich 78% der Kitas für fluoridhaltige Zahncreme, 1,6% für fluoridfreie, 8,4% für fluoridfreie und fluoridhaltige Zahncreme und 0,3% verzichteten auf Zahnpasta. Mit 56,4% war die Kinderzahnpasta „Elmex“ die beliebteste in den Einrichtungen. 5,3% verwendeten „Putzi“, 5,3% zusätzlich „Elmex Gelee“, 2,6% bevorzugten „NeneDent“ und 1,5% überließen die Entscheidung den Eltern und verwendeten deshalb unterschiedliche Zahnpasten.

In 834 Kitas wurden die Kinder während des Zähneputzens von den Erziehern beaufsichtigt (n = 621 „trifft voll zu“, n = 213 „trifft zu“). Drei Einrichtungen verneinten dies und 25 Einrichtungen gaben keine Antwort auf die Frage nach der Kontrollaufsicht beim Zähneputzen.

Die Ritualisierung des Zähneputzens wurde auch von der Mundgesundheit der Kinder, vom Umgang mit süßen Getränken und vom Engagement der Erzieher im Mundgesundheitsprogramm beeinflusst.

Der interessierte Leser findet weiterführende Ergebnisse zur Kita-Befragung im Anhang.

3.3.2 Mundgesundheit

3.3.2.1 Zwei- bis Dreijährige

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die zahnärztlichen Befunde von 68,4% bis 75,9% der in den jeweiligen Kitas gemeldeten Kinder, die in den jährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im zehnjährigen Untersuchungszeitraum 2004 bis 2014 berücksichtigt wurden.

In dieser Altersgruppe hatten im ersten Untersuchungsjahr (2004/2005) 81,2% der Kinder ein naturgesundes Gebiss. Dieser Anteil hatte sich bis zum Jahr

2009/2010 jährlich erhöht und erreichte am Ende der Beobachtungszeit (2013/2014) 88,2%.

Analog dazu verringerte sich der dmft-Index von 0,65 auf 0,48 im Jahr 2006/2007. Ab 2006/2007 waren nur geringe Schwankungen bis zu einem dmft-Wert von 0,43 im Jahr 2011/2012 zu beobachten (**Abb. 5**). Umstellungen in der statistischen Auswertung (Altersgruppen wurden nicht mehr zusammengefasst) führten dazu, dass ab dem Jahr 2013/2014 die

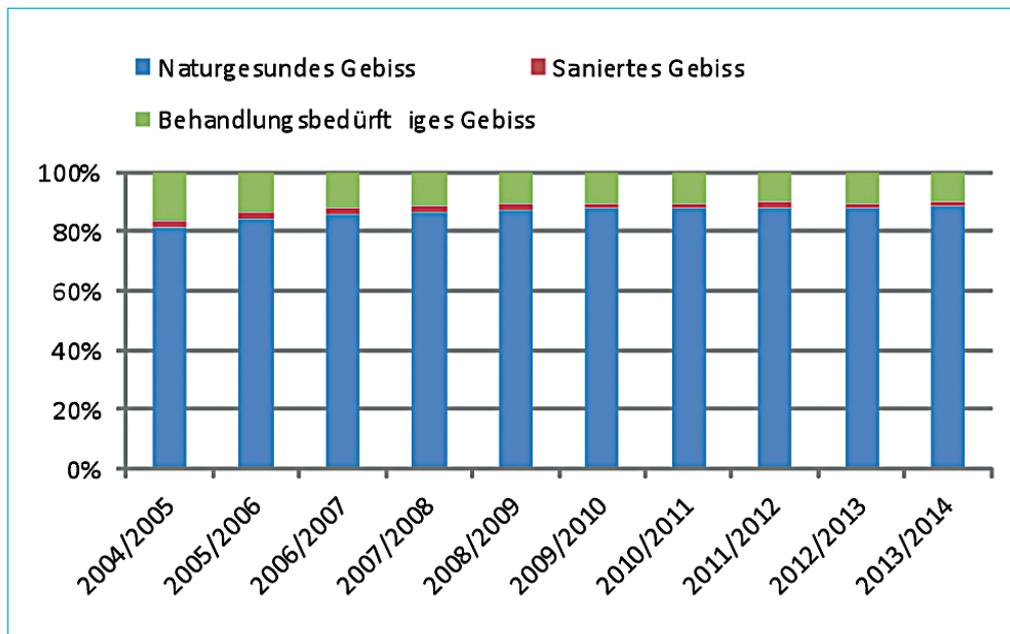


Abb. 4: Anteile Zwei- bis Dreijähriger mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen (Sanierungsstand)

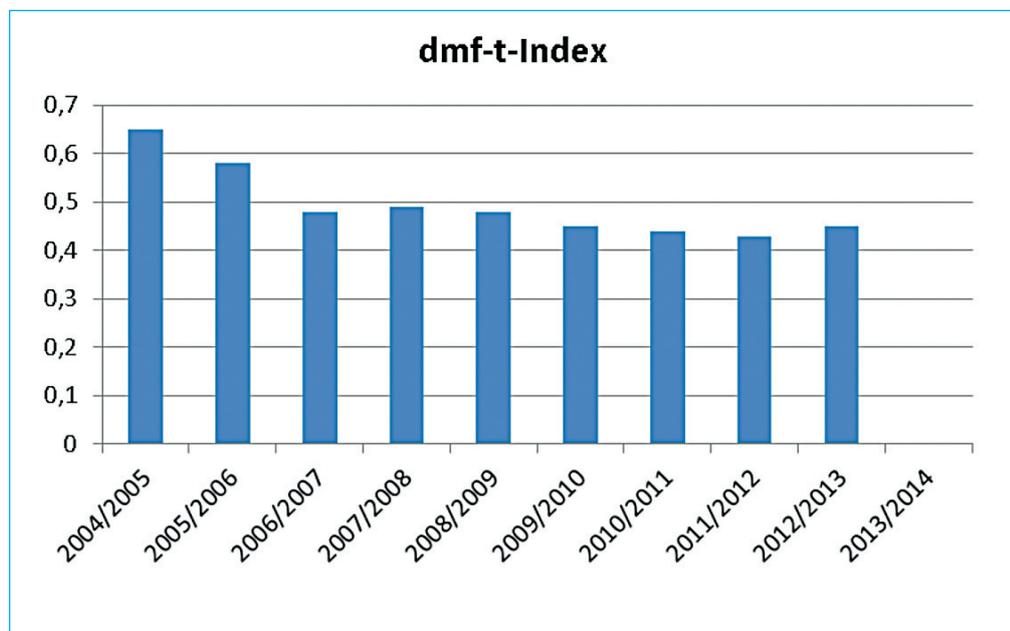


Abb. 5: Darstellung der Kariesverbreitung Zwei- bis Dreijähriger im Untersuchungszeitraum

Ergebnisse jeweils getrennt für die Zweijährigen und Dreijährigen vorliegen und daher an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden.

Trotz des geringen Kariesbefalls lag der Sanierungsstand zu Beginn der Beobachtung lediglich bei 2,4% und reduzierte sich bis zum Jahr 2011/12 auf 1,7% und erreichte im Jahr 2013/14 1,8%. Damit wurde zu Beginn bei 16,5% und am Ende der Beobachtungszeit bei 10% der Kinder ein behandlungs-

bedürftiges Milchgebiss registriert (**Abb. 4**). Der Sanierungsgrad zeigte Werte zwischen 19% zu Beginn, schwankte danach leicht und erreichte Maximalwerte in den Jahren 2010 von 25,7% und 2013 von 26,1% (**Abb. 6**).

Der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko konnte im Beobachtungszeitraum von 18,1% auf 11,8% gesenkt werden (**Abb. 7**).

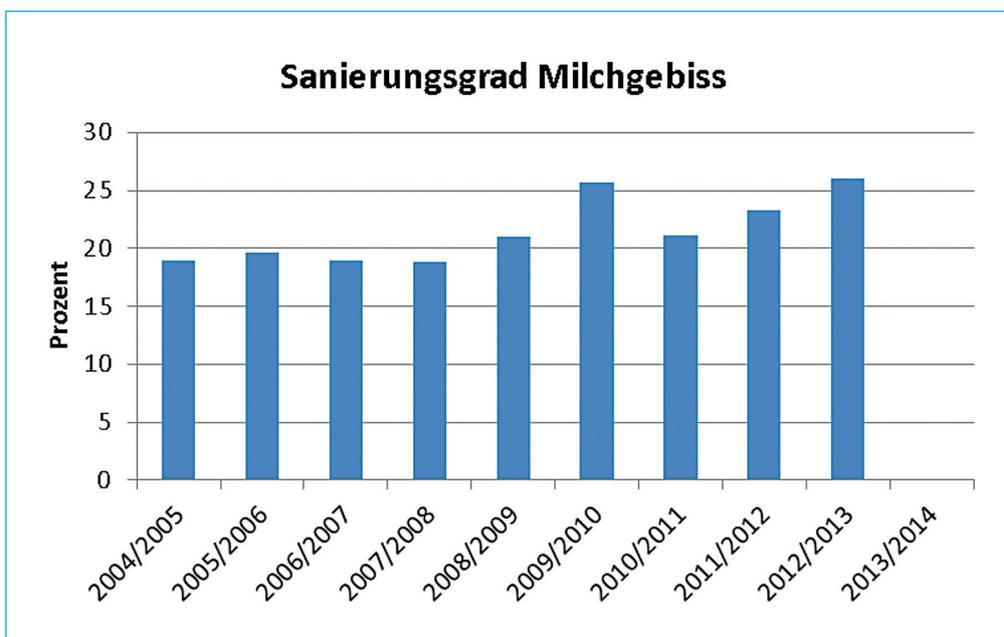


Abb. 6: Sanierungsgrad Zwei- bis Dreijähriger im Untersuchungszeitraum

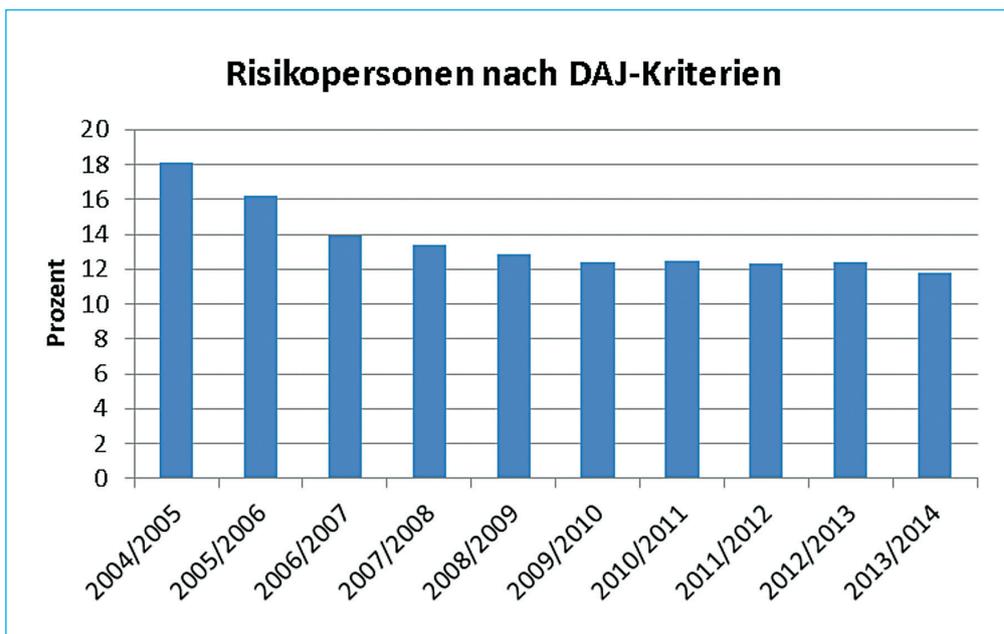


Abb. 7: Anteile Zwei- bis Dreijähriger mit erhöhtem Kariesrisiko

3.3.2.2 Sechsjährige

Die Daten dieser Altersgruppe wurden ebenfalls hauptsächlich in den Kitas, aber auch in der Schule erfasst. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Untersuchungsquote zwischen 74,7 % und 83,7 % der in den Kitas gemeldeten Kinder im Zeitraum 2004/2005 bis 2013/2014.

Die Anzahl der Kinder mit naturgesunden Gebissen erhöhte sich von mehr als 44 % in den drei ersten Untersuchungsjahren auf 50,4 % im letzten Untersuchungsjahr (**Abb. 8**).

Kariessanierte Milchgebisse hatten 15,9 % bis 18,4 % der Kinder während des zehnjährigen Untersu-

chungszeitraumes. Demzufolge verblieb mehr als ein Drittel (31,8 % bis 37,8 %) aller Untersuchten mit einem behandlungsbedürftigen Milchgebiss, wobei die Anteile im Untersuchungszeitraum diskontinuierlich verliefen (**Abb. 8**).

Die Kariesverbreitung im Milchgebiss zeigte dmft-Werte zwischen 2,32 zu Beginn und 1,97 am Ende der Beobachtungszeit, wobei auch hier die Werte nicht geradlinig verliefen. Der Kariesbefall im bleibenden Gebiss stellte erwartungsgemäß keine epidemiologische Größe (0,01 bis 0,02 DMFT) dar (**Abb. 9**).

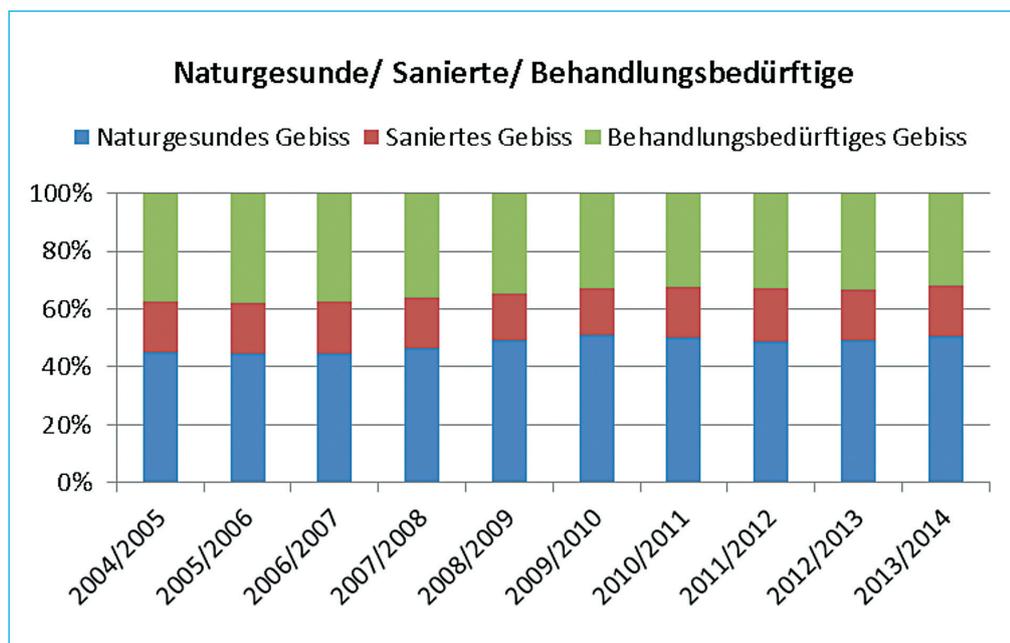


Abb. 8: Anteile Sechsjähriger mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Milchgebissen (Sanierungsstand)

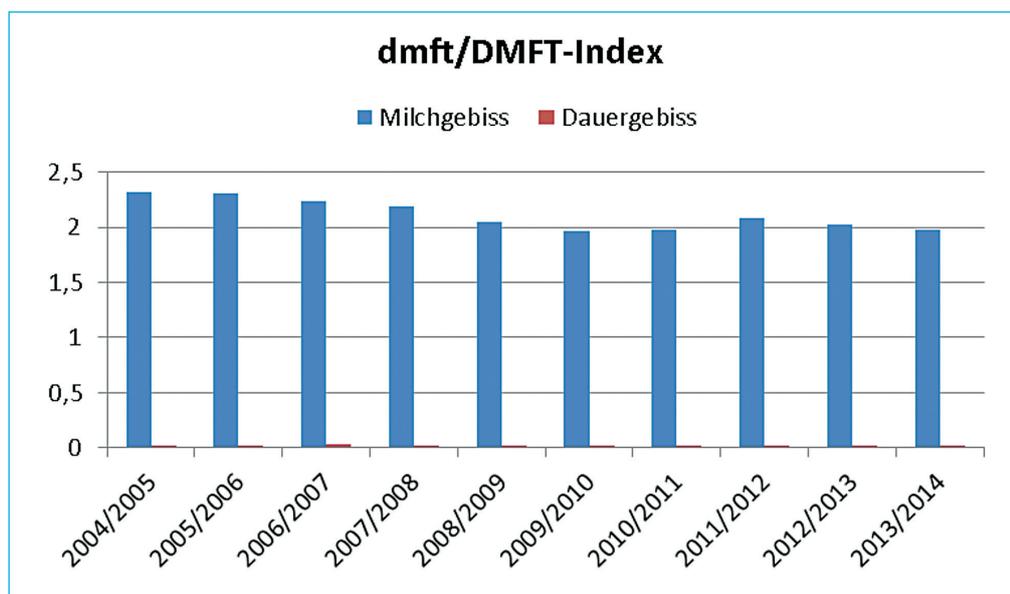


Abb. 9: Darstellung der Kariesverbreitung Sechsjähriger im Untersuchungszeitraum

Der Sanierungsgrad, bezogen auf das Milchgebiss, schwankte zwischen 50 % und 57 %, wobei in der zweiten Hälfte der Beobachtungszeit ein leichter Anstieg zu verzeichnen war. Völlig diskontinuierlich verliefen hingegen die Werte im bleibenden Gebiss (34,6 %–46,9 %) (**Abb. 10**).

Der Anteil Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko konnte von ca. 18 % auf 14 % im Verlauf des zehnjährigen Beobachtungszeitraums gesenkt werden (**Abb.11**).

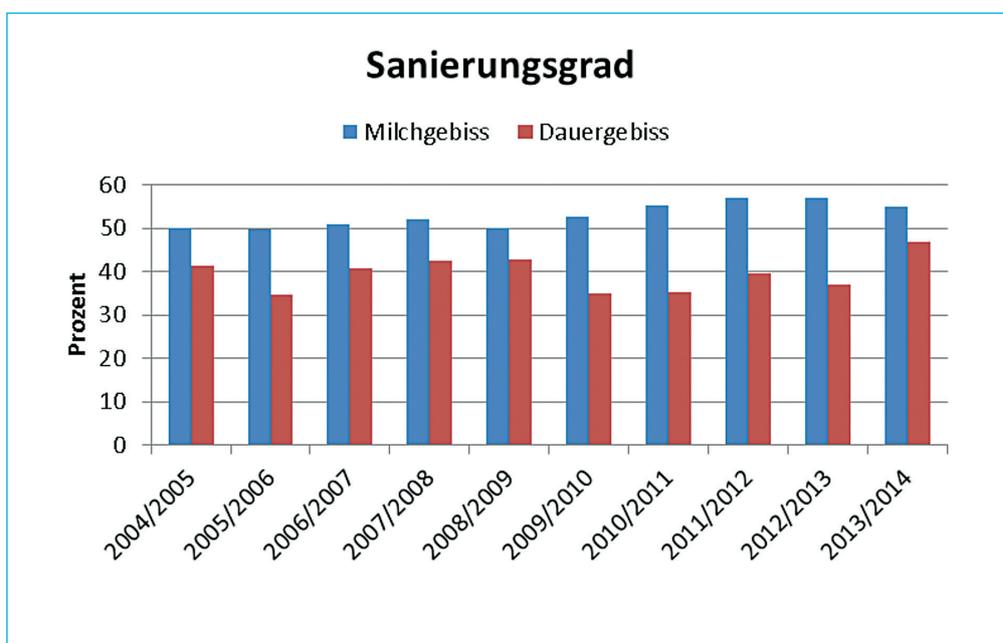


Abb. 10: Sanierungsgrad Sechsjähriger im Untersuchungszeitraum



Abb. 11: Anteile Sechsjähriger mit erhöhtem Kariesrisiko

3.3.2.3 Zwölfjährige

Im zehnjährigen Untersuchungszeitraum wurden jährlich zwischen 9.882 (2006/2007) und 13.429 (2013/2014) Schulkinder hinsichtlich ihrer Mundgesundheit untersucht, auf deren Befunde sich die nachfolgenden Ergebnisse beziehen. Das entspricht 75,7 % bis 80,6 % der Gesamtanzahl von zwölfjährigen Schulkindern in Thüringen.

Die Anteile von Schülern mit kariesfreien jugendlich bleibenden Gebissen variierte im Untersuchungszeitraum zwischen 55,2 % im ersten Jahr der Beobachtung und 73,6 % am Ende der Beobachtung, wobei mit zwei

Ausnahmen ein steter Anstieg zu verzeichnen war. Die Gebisse der Kinder mit Karieserfahrung waren mehrheitlich saniert (ca. 1/4), so dass der Behandlungsbedarf anfangs bei 16,4 % lag und sich jährlich bis auf 8,2 % verringerte (**Abb. 12**).

Die Kariesverbreitung (DMFT-Index) war durchweg gering. In den ersten drei Jahren lag der DMFT-Wert geringfügig über eins und verringerte sich ab 2007/2008 von 0,92 DMFT bis auf 0,54 DMFT am Ende der Beobachtungszeit (**Abb. 13**).

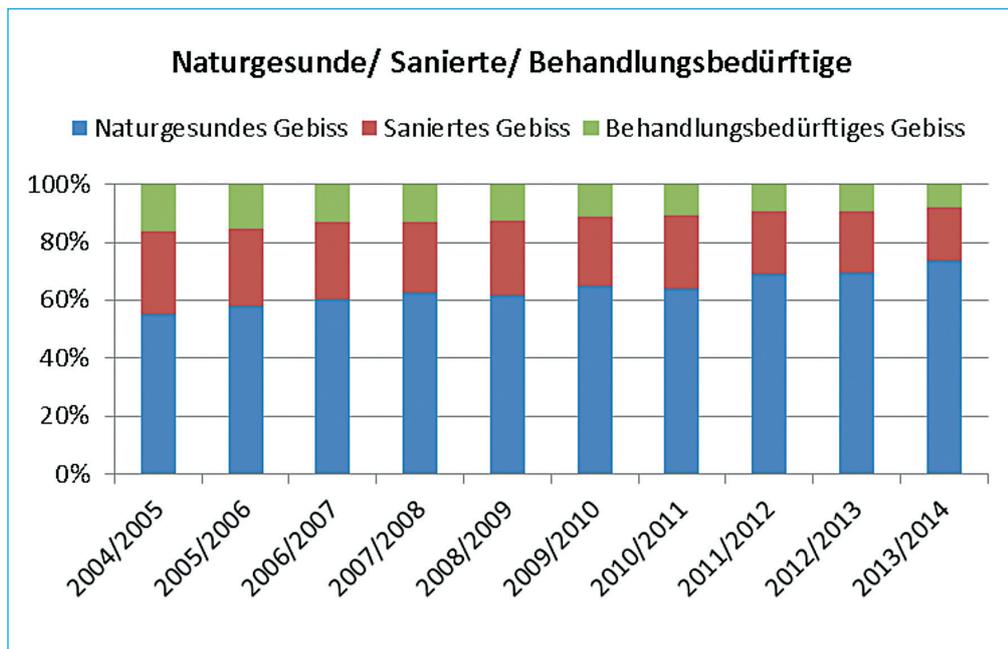


Abb. 12: Anteile Zwölfjähriger mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen (Sanierungsstand)

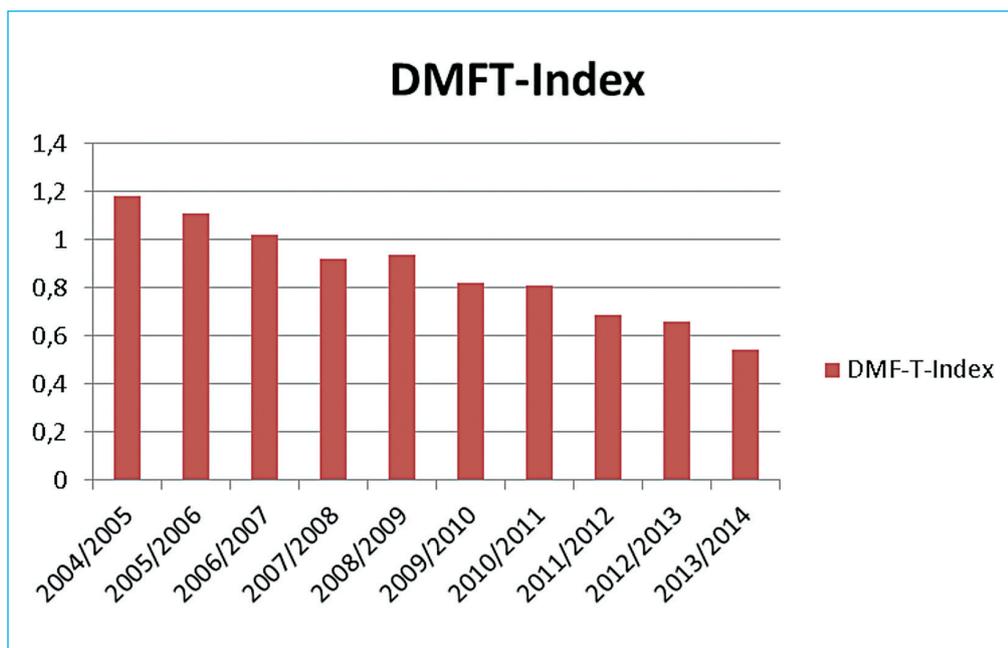


Abb. 13: Darstellung der Kariesverbreitung Zwölfjähriger im Untersuchungszeitraum

Ca. drei Viertel aller kariösen Zähne waren erfolgreich behandelt, so dass der Sanierungsgrad zwischen 74,1 % und 78,2 % lag (**Abb. 14**).

Die Anteile von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko verringerten sich über den Untersuchungszeitraum. Am Ende der Beobachtungszeit hatten lediglich noch 4,5 % der Untersuchten ein erhöhtes Kariesrisiko (**Abb. 15**).

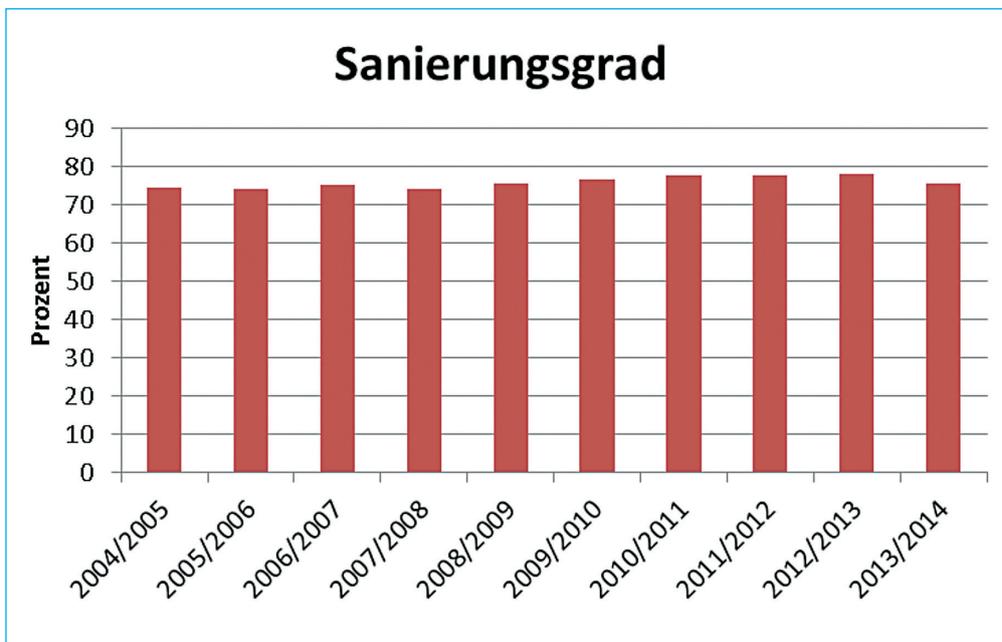


Abb. 14: Sanierungsgrad Zwölfjähriger im Untersuchungszeitraum

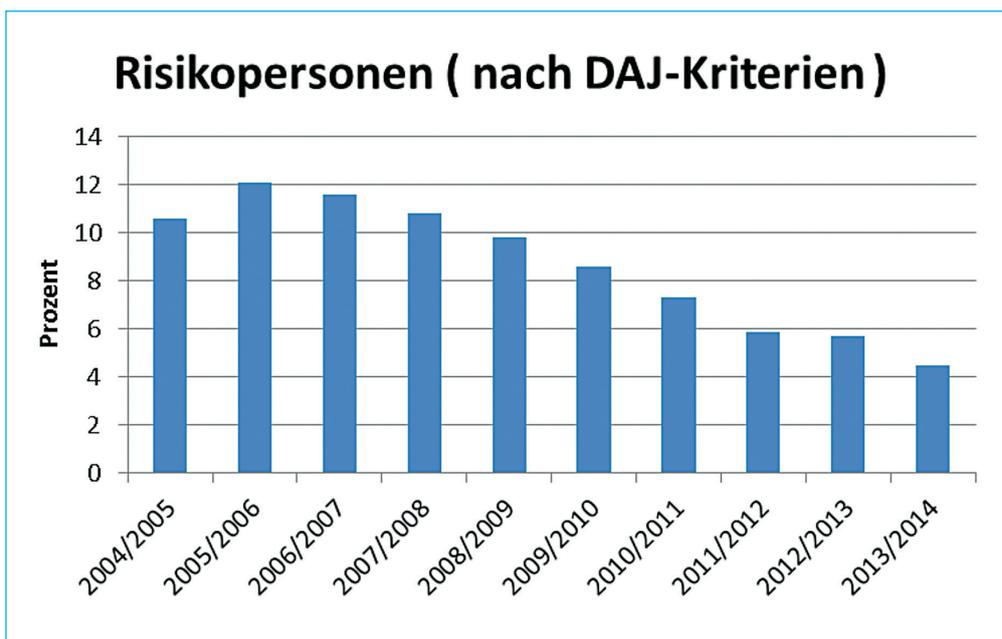


Abb. 15: Anteile Zwölfjähriger mit erhöhtem Kariesrisiko

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Evaluation ist ein Prozess, der bestimmt, was erreicht wurde und wie es erreicht wurde (14). Zehn Jahre nach der ersten Evaluation liegt nunmehr der zweite Bericht über die Effektivität der Gruppenprophylaxe in Thüringer Kindertagesstätten unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes der Prophylaxefachkräfte vor. Methodisch basiert die zweite Evaluation weitestgehend auf dem Vorgehen der ersten, so dass eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen vor zehn Jahren möglich ist. Damit folgt die LAGJTh e. V. den Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer, die in ihrem Leitfaden „Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe“ regelmäßige Evaluationen über die Effektivität dieser Programme empfiehlt (7). Zwar sind diese Untersuchungen alle drei Jahre vorgesehen, allerdings liegt keine Empfehlung der Bundeszahnärztekammer zum Finanzierungskonzept derartiger Evaluationen vor. Im Gegensatz dazu sind nach den Empfehlungen der WHO für eine qualitätsgerechte Evaluation neben Zeit und Erfahrung auch finanzielle Ressourcen notwendig. Dabei wird davon ausgegangen, dass für die Evaluation ca. 10 % der Kosten vom gesamten Prophylaxeprogramm bereitzustellen sind (19, 25). Für die aktuelle Evaluation, wie auch schon für die erste, konnte dies nicht realisiert werden, woraus wiederum gewisse Limitierungen im Planungsprozess, bei der Durchführung und Auswertung der Evaluation resultierten. Es bleibt daher die Forderung bestehen, bei einer künftigen Evaluation dieses Problem im Vorfeld zu lösen.

Die Mundgesundheit als stärkste Zielvariable in diesem Bericht wurde wiederum über einen Zeitraum von zehn Jahren (2004/2005 bis 2013/2014) betrachtet, um dem Leser mögliche Veränderungen während dieses Zeitraumes im Kontext zu den Ergebnissen der Struktur- und Prozessevaluation (Befragungen von Prophylaxefachkräften, Patenzahnärzten und Erziehern) demonstrieren zu können. Darüber hinaus enthält der Bericht einen Überblick über die Mundgesundheit von zwölfjährigen Schulkindern, die im ersten Bericht nicht berücksichtigt wurde. Strukturell haben sich einige positive Veränderungen im letzten Jahrzehnt ergeben. Während vor zehn Jahren die Anzahl durch Gruppenprophylaxe unbetreuter Kitas noch ca. 70 betrug, liegt diese Zahl nunmehr lediglich bei 17. Da es sich dabei

meistens um Einrichtungen handelt, die keine Gruppenprophylaxe wünschen, weil sie der Meinung waren, das tägliche Zähneputzen gehört nicht zum Bildungsplan der Kita, kann man durchaus von einer flächendeckenden Realisierung des Mundhygieneprogrammes im Sinne des § 21 SGB V im Thüringer Kita-Bereich sprechen. Es muss an dieser Stelle auch hinzugefügt werden, dass es bereits gelungen ist, durch gemeinsame Anstrengungen der LAGJTh e. V., dem zuständigen Landesministerium und den entsprechenden Kitas in einigen dieser Einrichtungen wieder die Gruppenprophylaxe einzuführen.

Erhöht hat sich die Zahl der Prophylaxefachkräfte von 14 auf 16. Dadurch war es möglich, unbetreute Kitas (aufgrund fehlender Patenzahnärzte) durch sie betreuen zu lassen. Während es vor 10 Jahren nur ein Drittel der Einrichtungen waren, die durch angestellte Prophylaxefachkräfte betreut wurden, war es im Untersuchungszeitraum die Hälfte. Die andere Hälfte wird von Patenzahnärzten betreut, deren Anzahl sich gegenüber der ersten Evaluation (n = 657) leicht verringerte (n = 641). Resümierend kann man davon ausgehen, dass sich eine gewisse Umverteilung der Betreuung vom Patenzahnarzt zur Prophylaxefachkraft entwickelt hat.

Das Profil der Kitas hat sich im Berichtszeitraum verändert. Ein vielfach neues Bildungsverständnis führte zu veränderten Integrationsansätzen und Tagesabläufen. Laut Thüringer Bildungsplan haben Kinder ab dem zweiten Lebensjahr ein Recht auf einen Kitaplatz und damit auch auf die Involvierung in die Mundgesundheitserziehung. Eigens dafür wurde das Mundgesundheitsprogramm für diese Altersgruppe in Thüringen spezifiziert und auch durch die DAJ bundesweit empfohlen (12). Deshalb ist es sehr beeindruckend, dass bei Einführung des Gesetzes bereits in 16,6 % der Einrichtungen in Thüringen die Kinder und Eltern im Alter von null bis zwei Jahren ins Mundgesundheitsprogramm einbezogen wurden. Im Schuljahr 2012/2013 besuchten insgesamt 26.340 Kinder unter drei Jahren Kindertagesstätten. Das sind über 50 % aller in Thüringen lebenden Kinder unter drei Jahren (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2015; Zahlen des Schuljahres 2013/14). Im aktualisierten Programm

zur Gruppenprophylaxe (Konzept für Kinder unter drei Jahren) in Thüringen ist die Prävention frühkindlicher Karies ein Schwerpunktanliegen. Es besteht Konsens mit der DAJ, den 17 Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege und allen pädagogisch Verantwortlichen, dass das Setting Kita für die Verwirklichung mundgesundheitslicher Chancengleichheit von Anfang an von herausragender Bedeutung ist. Gerade für die Kleinsten ist es wichtig, dass gesundheitsförderliche Impulse nicht punktuell bleiben, sondern im Kita-Alltag aufgegriffen und verstetigt werden, etwa durch das tägliche Zähneputzen in den Einrichtungen (13).

Dies gilt auch in besonderem Maße für Kinder aus sozial schwachen Familien. Sie erhalten häufig nur in der Kindertagesstätte die Möglichkeit, ihr Wissen über Hygiene zu entwickeln und zu erweitern. Daher ist es essentiell, entsprechenden Programmen in den Einrichtungen eine höhere Bedeutung zukommen zu lassen. Kinder lernen am besten durch eigenes Ausprobieren und visuelle Verdeutlichung. Darum sind gemeinsame Putzübungen und Demonstrationen die besten Möglichkeiten, den Kindern die Putztechnik näher zu bringen. Es ist deshalb wichtig, das Interesse durch tägliche Putzübungen aufrecht zu erhalten und den Kindern mit Spaß und Freude das Zähneputzen näherzubringen und zu ritualisieren. Dabei ist allerdings die Anwesenheit und Kontrolle der Erzieher beim täglichen Zähneputzen ebenso wichtig wie ihr kontinuierlicher diesbezüglicher Kontakt und die Einbeziehung der Eltern in die Thematik Mundgesundheit. Letztlich liegt die Erhaltung und Wiederherstellung der Mundgesundheit in der Verantwortung der Eltern. Sie sollten das ihren Kindern in der Einrichtung vermittelte Wissen und die Putztechnik zu Hause intensivieren, um eine Ritualisierung zu vertiefen, damit das Zähneputzen bei den Kindern zu einem Grundbedürfnis wird (15, 23).

Für die Elternarbeit und den Austausch zwischen Kita, Eltern und Akteuren der Gruppenprophylaxe reflektieren die Ergebnisse, dass noch bestehende Defizite künftig auszugleichen sind.

Die im Ergebnisteil dokumentierten strukturellen Veränderungen hatten natürlich auch Auswirkungen auf die Ergebnisse der Prozessvariablen. So hat sich das Aufgabenspektrum der Prophylaxefachkräfte deutlich erweitert, da eine Zusammenarbeit mit Heb-

ammen, Tagesmüttern (sogenannte Multiplikatoren), Eltern sowie die Durchführung oder Mitwirkung an verschiedenen Sonderveranstaltungen für die Förderung der Mundgesundheit, insbesondere der jüngsten Kinder, zwingend wurde. Auf diese Aufgaben entfielen ca. 19% der gesamten Arbeitszeit. Deshalb ist es nicht verwunderlich, wenn sich, gemessen am Ergebnis der Erstevaluation, die Betreuungstätigkeit in den Kitas von damals 52% auf nunmehr 44% veränderte. Letztlich müssen aber die 19% für „sonstige Aufgaben“ zur Betreuungszeit subsumiert werden. Die Gegenüberstellung der Arbeitsanalyse der aktuellen Ergebnisse mit denen aus dem Jahr 2005 (Erstevaluation) zeigte, dass sich die Anteile in den Bereichen Fahrzeit, Vorbereitung und Nachbereitung verringert haben zugunsten der Anteile für die Betreuung in der Einrichtung und zur Erfüllung sonstiger Aufgaben. Insofern kann von einer effizienten Auslastung der Arbeitszeit der Prophylaxefachkräfte ausgegangen werden.

Die Mundgesundheit hat sich generell während des Untersuchungszeitraumes in allen Altersgruppen verbessert. Vergleichszahlen zu den Zwei- bis Dreijährigen sind in der Literatur nur selten zu finden. Nach einer Untersuchung von Born et al. aus dem Jahr 2003/2004 (4) hatten, ähnlich wie im vorliegenden Bericht, ca. 80% der Dreijährigen ein kariesfreies Gebiss, allerdings bestätigten die Autoren einen Sanierungsgrad von lediglich 2%, der im vorliegenden Bericht zu Beginn immerhin bei 19% lag und bis zum Ende auf 26% gesteigert werden konnte. Die dmft-Werte und die Anteile von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko lagen in beiden Untersuchungen eng beieinander. International ist die Bandbreite zur Kariesprävalenz sehr groß. In Indien beispielsweise betrug die Karieshäufigkeit Dreijähriger sogar 44,8% bei einem dmft von 1,86 (21), schwedische zwei- und dreijährige Kinder hatten dagegen eine Karieshäufigkeit von 7% und 18% (3). Aus Riga liegen Daten vor, denen zu Folge 20% der Zweijährigen und 36% der Dreijährigen an Karies erkrankt waren. Es wurden dmft-Werte von 0,6 (Zweijährige) und 1,6 (Dreijährige) beschrieben bei einem Sanierungsgrad von 17% bzw. 28% (17). Ursächlich ist es die frühkindliche Karies, die in diesem Alter die Mundgesundheit entscheidend nachteilig beeinflusst. Insofern hat die LAGJTh e. V. die richtigen Weichen für die Gruppenprophylaxe in den Kitas gestellt, indem sie bereits die Kleinsten in die Aktionen einbezieht und eine

enge Zusammenarbeit mit den Erziehern und Eltern anstrebt. Das betrifft auch und vor allem die Ernährungslenkung, nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Erzieher und Eltern. Nachweislich sind es zuckerhaltige Getränke, die, wenn sie ad libitum verabreicht werden, zur frühkindlichen Karies führen (5, 6). Die Befragungen ergaben einen Hinweis darauf, dass die Leitungskräfte bzw. Erzieher nicht über ein ausreichendes Wissen hinsichtlich der Kariogenität verschiedener Lebensmittel verfügen. Darum ist es wichtig, dass Erzieher regelmäßig an gruppenprophylaktischen Aktionen durch zahnmedizinisches Personal in der Kita teilnehmen und das Programm verinnerlichen. Es bleibt die Tatsache, dass 71,9 % der Kitas kariogene Getränke anbieten und sich in 81,7 % der Einrichtungen die Kinder jederzeit an den Getränken bedienen dürfen. Der Elternkontakt ist ebenfalls essentiell für eine erfolgreiche Mundgesundheit der Kinder, denn es liegt in der Verantwortung der Eltern, das gelernte Fachwissen und die Putztechnik mit den Kindern zu Hause zu intensivieren, um eine gewisse Ritualisierung zu erreichen und das Zähneputzen bei den Kindern zu einem Grundbedürfnis zu machen. Dennoch kann man erkennen, dass das Mundgesundheitsprogramm aktuell im Vergleich zu 2004/2005 noch mehr mit den Eltern diskutiert werden könnte. Hier ist Nachholbedarf angezeigt, da die Eltern eine wesentliche Rolle in der Mundgesundheitserziehung ihrer Kinder spielen und sie das Mundgesundheitsprogramm in der Kita unterstützen sollen.

Die bisherigen Bemühungen konnten auch nicht verhindern, dass sich der Anteil kariesfreier sechsjähriger Kinder um ca. 20 % gegenüber den Zwei- bis Dreijährigen verringerte. Mit 54,9 % Kariesfreiheit bei den Sechsjährigen ist das von der Bundeszahnärztekammer angestrebte Ziel von 80 % Kariesfreiheit bis zum Jahr 2020 kaum zu erreichen (18). Dies beklagen auch andere Bundesländer, z. B. Sachsen-Anhalt, wo unter den Sechs- bis Siebenjährigen lediglich bei 41,8 % eine Kariesfreiheit festgestellt wurde (24). Nach der letzten DAJ-Studie (11) aus dem Jahr 2009 hatten Sechs- bis Siebenjährige in Deutschland einen dmft-Index von 1,87, wobei der Wert in Thüringen mit 2,56 dmft am ungünstigsten im bundesweiten Vergleich war. Betrachtet man die vorliegenden Thüringer Ergebnisse der Sechsjährigen des Schuljahres 2008/2009, die eine gewisse Orientierung mit den Sechs- bis Siebenjährigen zulassen, so liegt der Wert mit 2,05 dmft

über dem deutschlandweiten für die Sechs- bis Siebenjährigen und selbst der Endwert von 2013/2014 überschreitet mit 1,97 dmft noch denselben. Mit anderen Worten, nach wie vor ist die Verbesserung der Mundgesundheit, bezogen auf die erste Dentition, eine Herausforderung für die Gruppenprophylaxe in den nächsten Jahren.

Demgegenüber haben sich die analogen Werte für die Zwölfjährigen seit der letzten DAJ-Studie von 0,83 DMFT auf 0,54 reduziert, was einem Rückgang von ca. 35 % entspricht. Damit liegt auch dieser Wert gegenwärtig bereits unter dem der letzten DAJ-Studie mit 0,72 (11). Obwohl die Gruppenprophylaxe im Schulbereich in Thüringen nach wie vor ausbaufähig ist, hat sich im Evaluationszeitraum der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ-Kriterien (10) auf 4,5 % verringert und damit, gemessen am Schuljahr 2004/2005 (10,6 %), halbiert. Demzufolge sind gegenwärtig deutlich weniger Kinder von einem schweren Kariesbefall betroffen.

Die Fokussierung der vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen im ÖGD auf den Grundschulbereich trägt also, trotz vorhandener Lücken, Früchte.

Verstärkt sollte in den kommenden Jahren der Ausbau der Basisprophylaxe (zwei jährliche Impulse mit dem Angebot der Fluoridlackapplikation) realisiert werden, vor allem in Hinblick auf die geforderte Inklusion von Kindern mit Beeinträchtigungen. Da, bis auf einige Ausnahmen, Förderzentren zurück gebaut werden, müssen diese Kinder über mindestens zwei Impulse pro Schuljahr auch in den allgemeinen Grundschulen erreicht werden können. Dazu bedarf es neben notwendiger Umstrukturierungen und Schwerpunktsetzungen in den einzelnen Arbeitskreisen vor allem auch einer ausreichenden Personaldecke im ÖGD. Auch in den weiterführenden Schulen muss verstärkt am Ausbau der Basisprophylaxe gearbeitet werden, damit langfristig auch ältere Schüler mehr profitieren und bei ihnen ein primär gesundes Gebiss über viele Jahre erhalten werden kann.

Betrachtet man dazu die aktuelle Weltlage, so ergibt sich, dass in 73 % aller Länder (153 von 209 Ländern) der DMFT-Index bei Zwölfjährigen 3 oder weniger beträgt. In Europa liegt er bei 1,81, weltweit bei 1,86 (26).

Dental caries levels (DMFT) among 12-years-old, December 2014

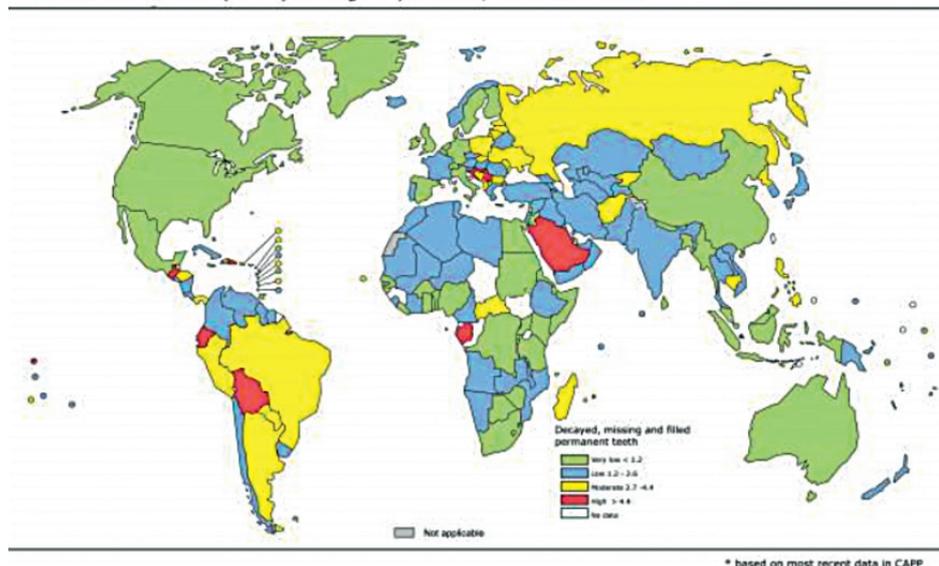


Abb. 16: weltweite Kariesverbreitung bei Zwölfjährigen

Die Analyse der Meinungen von Erziehern und Patenzahnärzten sind von besonderer Bedeutung, da von ihrem Engagement letztendlich die Funktionalität der Gruppenprophylaxe und damit die Auswirkungen auf die Mundgesundheit geprägt werden. Die dargestellten Ergebnisse über die Mundgesundheit reflektieren vor allem im Milchgebiss Defizite, die durch eine optimierte Zusammenarbeit zwischen Erziehern und Patenzahnärzten minimiert werden könnten. Verstärkte Aufmerksamkeit sollte den Antworten der Erzieher gewidmet werden. Wenngleich die Mehrheit eine positive Einschätzung der Gruppenprophylaxe vertrat, lässt die Tatsache, dass ein beträchtlicher Anteil von Erziehern nicht wusste, wann die Gruppenprophylaxe in der Kita eingeführt wurde, nicht gerade eine prioritäre Stellung der Gruppenprophylaxe innerhalb der Kita erkennen. Zudem sind auch die Strukturen und Gesetze, als Voraussetzung für die Durchführung der Gruppenprophylaxe, nicht bei allen Erziehern bekannt. Wichtig ist auch das tägliche Überwachen der Zahnputzübungen durch die pädagogischen beauftragten Kräfte, was nicht in allen Einrichtungen realisiert wird. Dennoch sind die angeführten Mängel der Befragungsergebnisse mehr oder weniger marginal, sollten aber erwähnt werden und Diskussionsgegenstand in den jeweiligen Einrichtungen sein, um die weitere Optimierung der Gesundheitsprogramme zu erreichen. Letztlich führte aber das Engagement aller an der Gruppenprophylaxe Beteiligten dazu, dass sich im Berichtszeitraum die Mundgesundheit in allen Altersgruppen verbessert hat und die Kinder auf

nahezu alle Inhalte sehr interessiert reagierten. Das ist zugleich Ausdruck für die Qualität der Mundgesundheitsprogramme. Allerdings sollte an dieser Stelle betont werden, dass die Mundgesundheit nicht losgelöst von der allgemeinen Gesundheit betrachtet werden darf. Viel mehr gilt es, künftige Bemühungen auf ganzheitliche Gesundheits- und Entwick-

lungsprogramme in den Konzepten der Einrichtungen zu verorten und den Thüringer Bildungsplan auch dementsprechend zu interpretieren. Die Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sollten sich verstärkt vernetzen und von kurzfristigen Projekten zu nachhaltigen und allumfassenden Programmen mit den Inhalten Bewegung, Ernährung, Hygiene und Sozialkompetenz übergehen. Ziel wären Einrichtungen, die ein rundum gesundes ganzheitliches Programm für die Heranwachsenden bereithalten und damit dazu beitragen, dass gesundes Aufwachsen zum täglichen Ritual und damit zum Selbstverständnis wird (20).

5. Zusammenfassung und Ausblick

Der vorliegende Bericht basiert auf der 2. Evaluation über die Effektivität der Gruppenprophylaxe im Freistaat Thüringen, die im Jahr 2015, zehn Jahre nach der ersten Evaluation (2005/06) durchgeführt wurde. Methodisch hat sich die zweite Evaluation an dem Vorgehen der ersten weitestgehend orientiert, so dass die Ergebnisse des aktuellen Berichtes einen Vergleich mit den Daten der Erstevaluation gestatten. Insofern erfolgten wiederum, differenziert nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation, Beschreibungen zur Struktur der LAGJTh e. V., Untersuchungen zum Arbeitszeitprofil der Prophylaxefachkräfte, schriftliche Befragungen der Patenzahnärzte und Erzieher sowie Auswertungen über den Umfang gruppenprophylaktischer Leistungen. Wesentlicher Bestandteil war die Analyse der Mundgesundheitsentwicklung für den Zeitraum 2004/2005 bis 2013/2014, die auf den Ergebnissen der Untersuchungen Zwei- bis Dreijähriger, Sechsjähriger und Zwölfjähriger basierten.

Die Ergebnisse über die Strukturvariablen bestätigten, dass im Kitabereich eine nahezu flächendeckende Gruppenprophylaxe, wie sie gesetzlich gefordert und in der aktuellen „Richtlinie zur Umsetzung der Basis- und Intensivprophylaxe in Thüringen“ detailliert beschrieben ist, umgesetzt wird.

Im Schulbereich hingegen konnte die vollumfängliche Basisprophylaxe mit zwei jährlichen Impulsen (inkl. Angebot der Fluoridlackapplikation) nur zu etwa 50 % realisiert werden. Hauptsächlicher Grund dafür ist die unzureichende Personalsituation. Der Fokus liegt daher auf den Grund- und Risikoschulen sowie Förderzentren, in denen die Basisprophylaxe mit zwei Prophylaxeimpulsen, teilweise auch mit drei Impulsen, erfolgte.

Beim Leistungsprofil der Prophylaxefachkräfte hat sich im Vergleich zur Erstevaluation im Jahr 2005 die Arbeitszeit in der Kita (einschließlich sonstiger Aufgaben) mit den Zielgruppen erhöht. 62 % der Gesamtarbeitszeit entfiel auf die direkte Arbeit mit den Zielgruppen, die übrigen Anteile galten der Vor- und Nachbereitung und den Wegezeiten.

Die Befragung der Patenzahnärzte ergab, dass die Mehrzahl aller Befragten die Zusammenarbeit und damit die Zufriedenheit in Bezug auf die betreute Einrichtung als sehr gut und gut einschätzten. Daneben imponierte bei den Befragten aber auch Unzufriedenheit in den Bereichen Praxisbesuch, Elternunterstützung sowie Zuarbeit durch die Kita und Betreuung der Kinder unter zwei Jahren.

Die Ergebnisse der Befragungen der Erzieher waren mehrheitlich positiv. Nachteilig erwies sich allerdings, dass in 620 Kitas (71,9 % aller Einrichtungen) den Kindern süße Getränke angeboten wurden, teilweise sogar ad libitum. Lediglich 241 Kitas (28 %) boten den Kindern ausschließlich Wasser oder ungesüßten Tee an.

Die überaus positiven Ergebnisse der einzelnen Evaluationsschritte spiegeln sich auch bei der Mundgesundheit als stärkste Zielvariable wider. Gegenüber der Erstevaluation (2005/2006) hat sich die Mundgesundheit bei den Zwei- bis Dreijährigen verbessert. Der Anteil naturgesunder Gebisse stieg auf 88,2 % (2005/06: 83,8 %), der dmft-Index verringerte sich auf 0,43 (2005/06: 0,58 dmft). Während im Vergleichsjahr noch 13,9 % der Kinder einen kariösen Behandlungsbedarf hatten, lag er aktuell bei 10 %.

Bei den Sechsjährigen waren im letzten Untersuchungsjahr (2013/2014) 50,4 % kariesfrei, was einer Steigerung gegenüber 2004/05 von ca. 6 % entspricht.

Der dmft-Index betrug 1,97 und hatte sich damit von 2,31 im Jahr 2005/06 reduziert. Nach wie vor verblieb mehr als ein Drittel der Kinder mit Behandlungsbedarf.

Die günstigsten Ergebnisse zeigten die Zwölfjährigen. Im zehnjährigen Untersuchungszeitraum haben sich die Werte ständig verbessert. Im Jahr 2013/14 waren nahezu drei Viertel aller Untersuchten kariesfrei. Der DMFT-Wert betrug 0,54 bei einem Sanierungsgrad zwischen 74,1 % und 78,2 % während der Kontrollzeit. Der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko belief sich bei den Zwei- bis Dreijährigen auf 11,8 %, stieg bei den Sechsjährigen auf 14 % und war mit 4,5 % bei den Zwölfjährigen am niedrigsten.

Der vorgelegte Evaluationsbericht bestätigt die Effektivität der Gruppenprophylaxe, bildet aber auch einige Aspekte ab, die es künftig zu optimieren gilt. Dies bezieht sich vor allem auf die Mundgesundheit im Milchgebiss. Trotz nachgewiesener Verbesserung ist man noch weit vom Ziel der Bundeszahnärztekammer entfernt, bis zum Jahr 2020 eine Kariesfreiheit von 80 % bei den Sechsjährigen zu erreichen. Zielorientiert sollte die Zusammenarbeit mit Eltern, Erziehern und Multiplikatoren, aber auch mit Entscheidungsträgern in Politik und Organisationen weiter optimiert werden.

Um das von der LAGJTh e. V. seit 2013 verfolgte „Konzept zur gruppenprophylaktischen Betreuung der Kinder unter drei Jahren in Thüringen“ flächendeckend umsetzen zu können, ist die LAGJTh e. V. bestrebt, dass sich die Akteure im Bereich der Kinder unter drei Jahren effektiv weiterbilden und verbindlicher mit Erziehern und Eltern arbeiten. Konkret bedeutet dies weiter, insbesondere die Multiplikatoren besser einzubeziehen. So wurden Maßnahmen im Bereich der Hebammen und Frühen Hilfen begonnen. Ein künftiges Ziel ist es, diese Maßnahmen verbindlicher und abrechenbarer zu gestalten.

Für den Schulbereich ist es wichtig, die Situation in einigen Landkreisen zu verbessern, damit die Aufgaben der Gruppenprophylaxe flächendeckend realisiert werden können, wie sie u. a. im „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen“ ausgeführt sind. Die Verantwortungsbereiche des ÖGD, damit sind Städte, Gemeinden und Landkreise gemeint, müssen an den gesetzlich verankerten Präventionsauftrag erinnert werden, damit künftig durch geeignete personelle Versorgung die Gruppenprophylaxe flächendeckend werden bzw. bleiben kann. Dies war im Evaluationsjahr (2013/2014) in drei von 22 Arbeitskreisen noch nicht gegeben. Im Bereich der Schulen wird angestrebt, durch die Einführung von Unterrichts- und Projektmaterialien ab dem Schuljahr 2014/2015 Lücken in der Versorgung mit Gruppenprophylaxeimpulsen zu verringern. Hier wurde bereits eine Kooperation mit der LAGJ in Westfalen-Lippe begonnen, in deren Verantwortung ein ähnliches Programm bereits implementiert und evaluiert wurde.

Wichtig wäre ferner auch die stärkere Akzentuierung mundgesundheitlicher Aufgaben innerhalb der

allgemeinen Gesundheitsförderung. Die bereits im Bericht geforderte verstärkte Vernetzung aller Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und die Etablierung nachhaltiger und allumfassender Programme mit den Inhalten Bewegung, Ernährung, Hygiene und Sozialkompetenz dürfte in Zukunft helfen, noch bestehende Defizite in der Mund- und allgemeinen Gesundheit auszugleichen.

1. Alliance for a Cavity-Free Future: Fact Sheet about the public opinion survey on tooth decay 2014: http://www.allianceforacavityfreefuture.eu/Caries/Consumer/en/eu/pdf-locale/FACT-SHEET-ABOUT-THE-PUBLIC-OPINION-SURVEY_ON-TOOTH-DECAY.pdf.
2. Bankel, M.; Eriksson, UC.; Robertson, A.; Köhler, B.: Caries and associated factors in a group of Swedish children 2–3 years of age. *Swed. Dent. J.* 30 (2006) 4, 137–46.
3. Born, C.; Brauns, U.; Dürr, KG. et al.: Mundgesundheit drei- bis fünfjähriger Kindergartenkinder in sechs Landkreisen und zwei kreisfreien Städten Hessens. *Zahnärztlicher Gesundheitsdienst* 37 (2007)1, 12–13, 2007.
4. Borutta, A.; Kneist, S.; Wagner, M.: Bedingungsgefüge der frühkindlichen Karies. *Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkd.* 32 (2010) 2, 24–29.
5. Borutta, A.; Kneist, S.: Die frühkindliche Kariesursachen und Prävention. *Pädiat. Prax.* 81, (2013/2014) 41–56.
6. Bundeszahnärztekammer: Leitfaden „Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe. Baustein zum Gesamtkonzept „Prophylaxe ein Leben lang“, Köln, Juni 2000.
7. Bundeszahnärztekammer: Statistisches Jahrbuch 2013/2014.
8. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. (DAJ): Grundsätze für Maßnahmen zur Verhütung von Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V vom 15.06.1993, geändert am 24.06.1998 sowie 20.06.2000.
9. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) (2000): Erfassung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko in der zahnärztlichen Reihenuntersuchung nach den Kriterien der DAJ. Anlage zu den DAJ-Grundsätzen vom 24.06.1998.
10. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. (DAJ): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Bonn 2010.
11. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) (2012): Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige. Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) e. V.
12. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) (2014): Schlaglicht U3-Betreuung: Gruppenprophylaxe für die Kleinsten hält mit dem Ausbau der Kinderbetreuung Schritt.
13. Ewless, L.; Simnet, I.: *Promoting Health. A practical guide*, Baillière Tindall, 2003.
14. Frazier, J.; Horowitz, A.: Oral health education and promotion: A position paper. *J. Publ. Health Dent.* 50 (1990) 390–95.
15. Health and Social Care Information Centre: *Child Dental Health Survey 2013. England, Wales and Northern Ireland [NS] 2015*. <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB17137>
16. Henkuzena, I.; Care, R.; Rogovska, I.: Dental Status among 2-6 year old children in Riga City, Latvia. *Stomatologia Baltic Dental and Maxillo Facial Journal* 6 (2004) 28–30.
17. Oesterreich, D.; Ziller, S.: Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2020. *Public Health Forum* 13 (2005) 46, 22–23.
18. Petersen, PE.; Kwan, S.: Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention: WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dental Health*, 21 (2004) 4 (Supplement), 319–329.
19. Petersen, PE.: World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007. *Int. Dent J.* 58 (2008) 3, 115–21.
20. Selwitz, R.; Ismail, A.; Pitts, N.: Dental Caries. *Lancet* 369 (2007), 51–59.
21. Shilpi Singh; Vijayakumar, N.; Priyadarshini, H. R.; Shobha, M.: Prevalence of early childhood caries among 3-5 year old pre-schoolers in schools of Marathahalli, Bangalore. *Dent. Res. J. (Isfahan)*. 9 (2012) 6, 710–714.
22. Thumeyer, A.; Makuch, A.: Mundpflege bei Kindern unter drei Jahre – spielend leicht. <http://www.kindergartenpaedaogik.de/2215.pdf>
23. Wahl, G.; Heese, D.: e-Monitoring der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. *Zahnärztlicher Gesundheitsdienst* 45 (2015) 6–8.
24. WHO: Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92 (2001).
25. WHO: Oral Health Database, 2015: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/Global-DMFT-for-12-year-olds-2011/>

7. Abbildungen

- Abb. 1: Struktur der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V.
- Abb. 2: Arbeitszeitanalyse (in Prozent) der Prophylaxefachkräfte, differenziert nach Arbeitskreisen
- Abb. 3: Verteilung der Arbeitszeit der Prophylaxefachkräfte
- Abb. 4: Anteile Zwei- bis Dreijähriger mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen
- Abb. 5: Darstellung der Kariesverbreitung Zwei- bis Dreijähriger im Untersuchungszeitraum
- Abb. 6: Sanierungsgrad Zwei- bis Dreijähriger im Untersuchungszeitraum
- Abb. 7: Anteile Zwei- bis Dreijähriger mit erhöhtem Kariesrisiko
- Abb. 8: Anteile Sechsjähriger mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Milchgebissen
- Abb. 9: Darstellung der Kariesverbreitung Sechsjähriger im Untersuchungszeitraum
- Abb. 10: Sanierungsgrad Sechsjähriger im Untersuchungszeitraum
- Abb. 11: Anteile Sechsjähriger mit erhöhtem Kariesrisiko
- Abb. 12: Anteile Zwölfjähriger mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen
- Abb. 13: Darstellung der Kariesverbreitung Zwölfjähriger im Untersuchungszeitraum
- Abb. 14: Sanierungsgrad Zwölfjähriger im Untersuchungszeitraum
- Abb. 15: Anteile Zwölfjähriger mit erhöhtem Kariesrisiko
- Abb. 16: weltweite Kariesverbreitung bei Zwölfjährigen

8. Tabellen

- Tab. 1: Gegenüberstellung der differenzierten Gesamtarbeitszeit von 2005 und 2013
- Tab. 2: Zufriedenheit der Patenzahnärzte bezogen auf ihre Tätigkeit in der Gruppenprophylaxe
- Tab. 3: Einführungszeit der Gruppenprophylaxe in den Kitas
- Tab. 4: Qualitätsbewertung Mundgesundheitsprogramme
- Tab. 5: Bewertung zur Integration des Mundgesundheitsprogramms im Kita-Alltag

Anhang 2: Fragebogen Patenschaftszahnärzte

Befragung von Patenschaftszahnärzten in Thüringen zur Evaluierung der Tätigkeit in Kindertagesstätten 2013/2014

1. Seit _____ sind Sie Patenschaftszahnarzt/-ärztin in _____ Kindertagesstätten (Kita) mit insgesamt _____ Gruppen und _____ Kindern.

2. Wie zufriedenstellend ist/ sind für Sie, bezogen auf die von Ihnen betreuten Einrichtungen...
(bitte zutreffendes ankreuzen)

		Sehr gut	gut	mäßig	gering	gar nicht
a	die Terminvereinbarungen mit der Kita					
b	die Einhaltung von Terminen durch die Kita					
c	die Vor- u. Nachbereitung des Besuchs durch die Kita					
d	die Unterstützung während Ihres Besuchs in der Kita					
e	der Praxisbesuch einer Kita-Gruppe					
f	die Vor- u. Nachbereitung des Praxisbesuchs durch die Kita					
g	die Zusammenarbeit mit/Unterstützung durch Eltern (z. B. Elternabend, Mitgabe Zahnpflegeartikel, etc.)					
h	die Vor- u. Nachbereitung der Elternarbeit durch die Kita					
i	das Putzverhalten der Kinder in der Kita					
j	die Unterstützung/Zusammenarbeit durch die LAGJTh					
k	die Unterstützung/Zusammenarbeit durch Ihren Arbeitskreis Jugendzahnpflege					
l	die Betreuung hinsichtlich Formalitäten					
m	die inhaltlich fachliche Betreuung					
n	die Materialversorgung für Ihre Aktionen					
o	das Fortbildungsangebot der LAGJTh					
p	die von Ihnen bisher wahrgenommenen Fortbildungen					
q	die Betreuung der Kinder unter zwei Jahren					
r	Ihre Tätigkeit als Patenzahnarzt insgesamt					

3. Werden in der durch Sie betreuten Kita täglich die Zähne geputzt?
 - Ja. täglich mit _____ Kindern gelegentlich mit _____ Kindern überhaupt nicht
 - die Erzieher beaufsichtigen dies die Kinder tun dies allein

4. Wenn nicht geputzt wird, warum nicht?

5. Gibt es in der betreuten Kita Regelungen für den Umgang mit Süßigkeiten? Wenn ja, wie sehen diese aus?
Können Sie darauf Einfluss nehmen?

6. Gibt es in der betreuten Kita einheitliches Frühstück?

Ja nein, Kinder bringen dies selbst mit nein, andere Regelung und zwar:

7. Wie haben Sie sich die Tätigkeiten als Patenschaftszahnarzt in Ihrer Praxis organisiert? Wer macht was?

8. Möchten Sie uns noch etwas sagen, nutzen Sie bitte den nachstehenden Platz dafür:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dokumentation Gruppenprophylaktischer Maßnahmen - A3

- Schuljahresbericht der Landesarbeitsgemeinschaft -

Schuljahr:

Bitte füllen Sie den Bogen durch Addition der Daten im A2-Bogen der Kreisarbeitsgemeinschaften aus. Dienen die A1-Bögen als Grundlage für den Jahresbericht, so sind die Erläuterungen des A2-Bogens zu berücksichtigen. Der A3-Bogen ist bis zum 31. Dezember nach Schuljahresende zurückzusenden an:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) Bornheimer Straße 35 a 53111 Bonn	Absender Zahl teilnehmender AGen: von Gesamtzahl AGen:
--	---

Betreuungsgrad (wird von der DAJ nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ausgefüllt)

a) Zahl der im Bundesland lebenden Kinder / Jugendlichen (Alter in Jahren)

0 - < 3	3 - < 6	6 - < 12	12 - < 16
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Statistikstand:

b) Zahl der in allen Einrichtungen gemeldeten Kinder / Jugendlichen (Sollzahl)

in	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	Schulen Klasse 7-10 ⁴	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Prophylaxeimpulse in Einrichtungen (Kindergärten, Schulen, u.s.w.)

1.1. Zahl der durch theoretische und / oder praktische Prophylaxeimpulse³ (Mundhygiene, Fluoridierung, Ernährung - inkl. zahnärztl. Untersuchung, vorm. "Reihenuntersuchung") err. Kinder / Jugendlichen (Istzahl) während einer Unterrichts- bzw. Aktionseinheit (Wiederholungsimpulse in jeweils derselben Gruppe / Klasse)

	in	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	Schulen Klasse 7-10 ⁴	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
1. Prophylaxeimpuls / Schuljahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Prophylaxeimpuls / Schuljahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Prophylaxeimpuls / Schuljahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Prophylaxeimpuls / Schuljahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Prophylaxeimpuls / Schuljahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Durchführende

2.1 Zahl der für die Gruppenprophylaxe Tätigen (ZÄ = Zahnärzte⁵, ProFaKr = Prophylaxefachkräfte⁶)

Zahnärztl. Team (Ndgl.)		LAG / AG Team		ÖGD Team	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ZÄ	ProFaKr	ZÄ	ProFaKr	ZÄ	ProFaKr

2.2 Zahl err. Kinder / Jugendlicher

<input type="text"/>					
ZÄ	ProFaKr	ZÄ	ProFaKr	ZÄ	ProFaKr

3. Spezielle Maßnahmen für Kinder / Jugendliche im Einzelnen (Aktivitäten von 3.1 - 3.3 auch bei 1.1. eintragen)

3.1 Zahl der durch kontrollierte Fluoridierungsmaßnahmen (Lack, Gelee, Lösung) err. Kinder / Jugendlichen

in	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	(weiterführende) Schulen Klasse 7-10 ⁴	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Zahl der durch zahnärztliche Untersuchung err. Kinder / Jugendlichen (vormals "Reihenuntersuchung")

in	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	(weiterführende) Schulen Klasse 7-10 ⁴	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
a) Untersuchung <u>ohne</u> Gruppenimpuls	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Untersuchung <u>mit</u> Gruppenimpuls	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.3 Zahl betreuter Kinder / Jugendlicher mit besonders hohem Kariesrisiko ("spezifische Programme")

in	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	(weiterführende) Schulen Klasse 7-10 ⁴	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.4 Zahl erreichter Jugendlicher mit Themen und Materialien / Medien des "be-küssed" Konzeptes⁴

in		Klasse 7	Klasse 8	Klasse 9	Klasse 10
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
davon in	Hauptschule	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Real-/Gesamts.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Gymnasium	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Förderschule	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Weitere Aktivitäten

4.1 Zahl durchgeführter Veranstaltungen im Rahmen der Elternarbeit in den Einrichtungen (andere bei 4.5)

in	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterf.) Schulen Klasse 5 / 6	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
Erreichte Eltern	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2 Zahl der Kinder / Jugendlichen bei Besuchen in den Räumen der zahnärztlichen Praxen / Dienste

aus	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	Klasse 7 - 10 ⁴	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.3 Zahl der Fortbildungsveranstaltungen für Erzieher / Lehrer / Betreuer

aus	Kindergärten ¹	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	Klasse 7-10 ⁴	Förderschulen ² / Behinderten-Einrichtungen ²
Erreichte Multiplikatoren	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.4 Prophylaxe-Informationen für werdende Mütter bzw. Mütter / Väter von Kleinkindern

a. Anzahl Einzelberatungen	b. Anzahl Gruppenberatungen	Zahl erreichter Personen (a + b)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.5 Sonstige öffentlichkeitswirksame Aktionen, die nicht unter 4.1 - 4.4 aufgeführt sind (Aktivitäten bitte auf Anlageblatt auführen)

Zahl der Aktivitäten	Zahl erreichter Kinder / Jugendlicher	Zahl erreichter Multiplikat. / Eltern
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹ = Alle Einrichtungen für Kinder vor dem Schuleintritt

² = Bis 16. Lebensjahr; z. T. auch älter

³ = **Zusätzlich:** Fluoridierungsmaßnahmen bei 3.1, zahnärztl. Untersuchung (vorm. "Reihenuntersuchung") bei 3.2, "Spezifische Programme" bei 3.3 eintragen

⁴ = Nur für Einrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko überproportional hoch ist

⁵ = Zahnärzte, die mindestens einen Kindergarten oder eine Schule regelmäßig betreuen

⁶ = Alle nicht-zahnärztlichen Mitarbeiter, die mit der Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe betraut sind



An die Thüringer Kindertagesstätten

Sehr geehrte Einrichtungsleitungen,

wie bereits im Schuljahr 2005/6 führt die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege wiederholt eine Evaluation mit unseren Partnern zur Qualität der Jugendzahnpflege durch. Die Erhebung wird in allen Kindertagesstätten Thüringens durchgeführt und dient zur Überprüfung und Verbesserung unserer Arbeit. In diesem Jahr ist das Uniklinikum Jena mit eingebunden, da es mit anderen Bundesländern Vergleichsevaluationen geben wird. Die Auswertung erfolgt anonymisiert, d.h. nicht personen- oder einrichtungsbezogen. Verantwortlich für die Evaluation ist die LAGJTh in Zusammenarbeit mit dem Uniklinikum Jena. Das Einverständnis der Ethikkommission und des TMFSG liegen dazu vor. Mit dem Ausfüllen helfen Sie uns, die Zusammenarbeit noch besser auf die Bedürfnisse der Kindertagesstätten abzustimmen, aber auch, unsere bisherigen Leistungen zu beurteilen. Wir danken Ihnen sehr dafür, wenn Sie sich die Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens nehmen. Für Fragen können Sie mich jederzeit gerne ansprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsführerin der LAGJTh



Evaluierung der Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten

I. Einrichtung/Ausstattung

1.1. In unserer Einrichtung werden insgesamt _____ Kinder aufgeteilt auf _____ Gruppen betreut, von denen _____ Kinder mindestens 2 Jahre alt sind.

1.2. Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Aussagen ihre Einrichtung betreffend an.
(mehrere Antworten möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stadtlage | <input type="checkbox"/> in ländlicher Gegend gelegen |
| <input type="checkbox"/> integrative Einrichtung | <input type="checkbox"/> Migrationshintergrund _____ % der Kinder |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung mit erhöhtem Kariesrisiko | |
| <input type="checkbox"/> Anzahl der Waschbecken: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsschlüssel: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Der Zahnärztliche Kinderpass ist bekannt. | |
| <input type="checkbox"/> Eine Zahnrettungsbox (Nährlösung für ausgeschlagene Zähne) ist vorhanden. | |

II. Ernährung

2.1. Welche Getränke werden den Kindern angeboten?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> ungesüßter Tee | <input type="checkbox"/> leicht gesüßter Tee |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsaftschorle | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

2.2. Wann können sich die Kinder an den Getränken bedienen?

- Jederzeit auf Nachfrage nur zu den Mahlzeiten

Welche Regeln gibt es für den Umgang mit Süßigkeiten?

Welche Gesundheitsprogramme finden in Ihrer Einrichtung statt?

- Bewegung Naturverbundenheit gesunde Ernährung
- Sonstige: _____

III. Mundgesundheit der Kinder

3.1.1. Bitte schätzen Sie die Mundgesundheit der Kinder Ihrer Einrichtung ein: (□)

	Trifft voll zu	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
Nahezu alle Kinder haben gesunde Zähne				
Nahezu alle Kinder putzen regelmäßig ihre Zähne zu Hause				
In unserer Kita besteht ein erhöhtes Kariesrisiko				

3.2. Wie oft klagen Kinder über Zahnschmerzen?

- oft selten nie

3.3. Wie oft bleiben Kinder wegen Zahnschmerzen der Einrichtung fern?

- oft selten nie

3.4. Wie viele Kinder haben Probleme mit den Zähnen?

- < 5 Kinder 5–10 Kinder > 10 Kinder

3.4.1. Kommen diese Kinder vorrangig aus schwierigen sozialen Verhältnissen?

- Ja Nein

3.4.2. Falls die letzte Frage zutrifft: Zeigen diese Kinder außerdem auch andere Anzeichen mangelnder Körperhygiene? (ungepflegte Kleidung, Haare, Fingernägel)

- Ja Nein

IV. Gruppenprophylaxe

4.1. In unserer Kindertagesstätte findet seit _____ ein Mundgesundheitsprogramm statt, welches pro Jahr ca. _____ Zahngesundheitsaktionen umfasst und von

- einer Prophylaxehelferin
- einem Patenschaftszahnarzt
- dem ÖGD (Öffentlicher Gesundheitsdienst)

durchgeführt wird.

- in unserer Kita findet kein Mundgesundheitsprogramm statt

4.1.1. Welche Altersgruppen werden dadurch erreicht?

- Alle 0–2 3–4 5–6

4.2. Bitte bewerten Sie diese Aussagen über das Prophylaxeprogramm. (☐)

	Trifft voll zu	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
Die Erzieherinnen beteiligen sich am Mundgesundheitsprogramm				
Die Aktionen werden im zahnärztlichen Kinderpass dokumentiert				
Die Inhalte der Aktionen sind:				
abwechslungsreich				
altersgerecht				
interessant				
motivierend				
pädagogisch durchdacht				
umfangreich				
hilfreich				

4.3. Wie reagieren die Kinder auf folgende Programminhalte? (☐)

	Sehr interessiert	Etwas Interesse	Gleichgültig	Kein Interesse
Zahnputzdemonstrationen durch ErzieherInnen				
Zahnputzdemonstrationen durch zahnmedizinisches Fachpersonal				
Vorträge				
Gemeinsame Putzübungen				
Besuche in Zahnarztpraxen				
Zahnärztliche Untersuchung				
Spiele/Rollenspiele/Filme				
Zahngesunde Ernährung				

4.4. Welche Programminhalte kommen den Kindern zunutze und in welcher Weise profitieren die Kinder von der Zahngesundheitserziehung?

4.5. Wie zufrieden sind Sie mit der o. g. Mundgesundheitserziehung?

sehr zufrieden zufrieden zum Teil zufrieden unzufrieden

4.6. Wie schätzen Sie die Qualität dieser Mundgesundheitsprogramme ein?

4.7. Was gefällt Ihnen besonders gut an der o. g. Zahngesundheitserziehung?

4.8. Gibt es etwas, was Ihnen an dem Programm gar nicht gefällt?

4.9. Was würden Sie am o. g. Programm gern verändern?

4.10. Markieren Sie bitte die entsprechende Aussage über das Mundgesundheitsprogramm.

Das Mundgesundheitsprogramm...	Trifft voll zu	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
... fügt sich gut in den Kindergartenalltag ein				
... stellt zu hohe Anforderungen an das Personal				
... gibt Gesprächsstoff für Kontakt mit Eltern				
... ist erfolgreich				
... wird zu häufig durchgeführt				

V. Tägliches Zähneputzen

5.1. Putzen die Kinder in Ihrer Einrichtung täglich ihre Zähne?

Ja, in den Altersgruppen: _____

zu den Tageszeiten: _____

Nein, weil _____

Unzureichende räumliche Voraussetzungen (z. B. Anzahl der Waschräume)

Unzureichende personelle Voraussetzungen

Gemeinsames Zähneputzen gehört nicht zum Konzept der Kita

Das Zähneputzen in der Kita ist nicht effizient

Ablehnung durch die Eltern

5.2. Mit welcher Zahnpasta wird geputzt?

Fluoridhaltige Marke: _____

Fluoridfreie Marke: _____

Keine

5.3. Wer stellt die Zahnbürsten und die Zahnpasta zur Verfügung?

ÖGD

Eltern

Kindertagesstätte

andere: _____

VI. Vermitteln der Putztechnik

**6.1. Wie und durch wen wird den Kindern das richtige Zähneputzen vermittelt?
Wenn das nicht zutrifft, bitte Begründung.**

6.2. Welches Infomaterial verwenden die ErzieherInnen zur unterstützenden Veranschaulichung der richtigen Putztechnik?

6.3. Bitte markieren Sie Ihre Meinung zu folgenden Aussagen.

	Trifft voll zu	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
Die Kinder werden während des Putzens beaufsichtigt				
ErzieherInnen geben Anleitung zum Putzen				
ErzieherInnen greifen unterstützend in die Putztechnik ein				
Zähneputzen ist eine Sache der Eltern				
Die Kinder sollten nur zu Hause Zähne putzen				
Häusliches Zähneputzen ist ausreichend				

7. Kommentare, Anregungen, Kritik..

(Bitte zögern Sie nicht, uns mitzuteilen, was Ihnen zum Thema Mundgesundheits-erziehung am Herzen liegt.)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Tageseinrichtungen für Kinder und betreute Kinder nach Kreisen in Thüringen

Tabelle bearbeiten  Kartengrafik Definitionen XLS-Export CSV-Export

Gebietsstand: 31.12.2013

Kreisfreie Stadt Landkreis Land	Tageseinrichtungen für Kinder	Einrichtungen, in denen Kinder integrativ betreut werden	Genehmigte Plätze	Betreute Kinder in Tageseinrichtungen	Davon mit einer vertraglich vereinbarten Betreuungszeit in Stunden pro Woche						Darunter mit einer durchgehenden Betreuungszeit von mehr als 7 Stunden pro Betreuungstag (Ganztagsbetreuung)
					bis zu 25	mehr als 25 bis zu 35	mehr als 35				
							zusammen	36 bis unter 40	40 bis unter 45	45 und mehr	
Anzahl											
1.3.2014 											
Stadt Erfurt	102	33	9 160	8 830	96	107	8 627	8	1 585	7 034	8 627
Stadt Gera	39	15	4 210	3 864	77	204	3 583	8	411	3 164	3 584
Stadt Jena	65	33	5 425	5 137	55	69	5 013	13	127	4 873	5 013
Stadt Suhl	14	4	1 245	1 133	21	32	1 080	9	258	813	1 080
Stadt Weimar	35	9	3 181	3 052	157	12	2 883	-	1 133	1 750	2 883
Stadt Eisenach	20	3	1 906	1 710	67	60	1 583	-	341	1 242	1 583
Eichsfeld	74	18	5 209	4 554	290	67	4 197	10	2 016	2 171	4 197
Nordhausen	48	5	3 722	3 412	151	147	3 114	-	173	2 941	3 114
Wartburgkreis	87	17	6 004	5 113	273	352	4 488	14	1 727	2 747	4 488
Unstrut-Hainich-Kreis	72	19	5 197	4 547	178	179	4 190	137	1 207	2 846	4 190
Kyffhäuserkreis	53	14	3 313	2 915	208	149	2 558	1	1 085	1 472	2 558
Schmalkalden-Meiningen	76	18	5 524	5 012	402	355	4 255	64	1 933	2 258	4 256
Gotha	76	23	6 116	5 495	189	272	5 034	15	1 892	3 127	5 035
Sömmerda	51	11	3 536	3 120	119	374	2 627	14	1 261	1 352	2 627
Hildburghausen	40	9	2 908	2 657	44	84	2 529	46	1 142	1 341	2 530
Ilm-Kreis	61	6	4 750	4 390	256	253	3 881	15	1 276	2 590	3 881
Weimarer Land	63	9	3 927	3 645	62	72	3 511	4	271	3 236	3 511
Sonneberg	35	7	2 313	2 047	35	108	1 904	13	602	1 289	1 904
Saalfeld-Rudolstadt	60	13	4 710	4 189	218	187	3 784	18	856	2 910	3 784
Saale-Holzland-Kreis	58	12	3 886	3 462	63	89	3 310	75	704	2 531	3 311
Saale-Orla-Kreis	60	12	3 752	3 307	126	152	3 029	7	578	2 444	3 029
Greiz	70	35	4 868	3 925	357	287	3 281	79	866	2 336	3 281
Altenburger Land	55	12	3 585	3 268	29	96	3 143	12	446	2 685	3 140
Thüringen	1 314	337	98 447	88 784	3 473	3 707	81 604	562	21 890	59 152	81 606
kreisfreie Städte	275	97	25 127	23 726	473	484	22 769	38	3 855	18 876	22 770
Landkreise	1 039	240	73 320	65 058	3 000	3 223	58 835	524	18 035	40 276	58 836

©Thüringer Landesamt für Statistik, 2013

STATISTISCHE DATEN

- Sachliche Suche
- Regionale Suche
- Kürzlich bereitgestellte Daten
- Allgemeine Angaben, Zuordnungen ↕
- Gebietsveränderungen, Änderungen zum Schlüsselverzeichnis
- Definitionen und Erläuterungen
- Newsletter

Zurück | Abkürzungen | Ansprechpartner | + 🔍 - Tabellenköpfe verschoben?

In Tageseinrichtungen für Kinder tätiges Personal und Tagespflegepersonen nach Kreisen in Thüringen

Tabelle bearbeiten | Kartengrafik | Definitionen | XLS-Export | CSV-Export

Gebietsstand: 31.12.2013

Kreisfreie Stadt Landkreis Land	Tages- pflege- personen
Schlüssel einblenden	Anzahl
1.3.2014 ▼	📊 📄
Stadt Erfurt	81
Stadt Gera	13
Stadt Jena	64
Stadt Suhl	4
Stadt Weimar	34
Stadt Eisenach	6
Eichsfeld	25
Nordhausen	2
Wartburgkreis	24
Unstrut-Hainich-Kreis	8
Kyffhäuserkreis	7
Schmalkalden-Meiningen	8
Gotha	14
Sömmerda	5
Hildburghausen	1
Ilm-Kreis	15
Weimarer Land	14
Sonneberg	2
Saalfeld-Rudolstadt	4
Saale-Holzland-Kreis	18
Saale-Orla-Kreis	5
Greiz	2
Altenburger Land	9
Thüringen	365
kreisfreie Städte	202
Landkreise	163

▲ nach oben

© Thüringer Landesamt für Statistik, Europaplatz 3, 99091 Erfurt – Postfach 90 01 63, 99104 Erfurt

Impressum

Herausgeber:

Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V.
Barbarossahof 16 | 99092 Erfurt

Redaktion und Lektorat:

Prof. em. Dr. med. habil. Annerose Borutta
Dipl. Päd. Heike Eicher
Zentrum für Zahn- Mund und Kieferheilkunde der Friedrich Schiller Universität Jena
Mitglieder der Arbeitsgruppe der LAGJTh e. V.
Werbeagentur Kleine Arche

Druck: City Druck GmbH Erfurt, Eislebener Straße 1, 99086 Erfurt

Satz und Layout: Werbeagentur Kleine Arche GmbH, Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht, Belegexemplar erbeten.

Erfurt, im September 2016

