LANDESARBEITS-
GEMEINSCHAFT
JUGENDZAHNPFLEGE
THÜRINGEN E.V.

Evaluation der Gruppenprophylaxe in Thüringen

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

3. Erfahrungsbericht

www.jugendzahnpflege-th.de

Inhalt

Seite

1 Einführung 2
1.1 Strukturbeschreibung 3
2 Methodenbeschreibung 5
2.1 Ausgangslage 5
2.2 Prozessevaluation 6
2.2.1 Untersuchungen zum Arbeitszeitprofil und zur Mitarbeiterzufriedenheit der Prophylaxefachkräfte
2.2.2 Befragung der Patenzahnärzte
2.2.3 Untersuchungen zum Leistungsprofil der gruppenprophylaktischen Tätigkeit
2.3 Ergebnisevaluation 7
2.3.1 Befragung des Personals in den Kindergärten
2.3.2 Analyse der Mundgesundheitsentwicklung
2.4 Auswertung 7
3 Ergebnisse 8
3.1. Prozessevaluation 8
3.1.1 Arbeitszeitanalyse und Mitarbeiterzufriedenheit der Prophylaxefachkräfte
3.1.2 Befragung der Patenzahnärzte
3.1.3 Prozessentwicklungen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten
3.1.4 Prozessevaluation im Schulbereich
3.2 Ergebnisevaluation 14
3.2.1 Auswertung der Befragung in Kindergärten
3.2.2 Mundgesundheit
3.2.2.1 Dreijährige
3.2.2.2 Sechsjährige
3.2.2.3 Zwölfjährige
4 Diskussion und Schlussfolgerungen 21
5 Zusammenfassung und Ausblick 25
6 Abbildungsverzeichnis 27
7 Literatur 28
8 Anhang 29

Evaluation der Gruppenprophylaxe in Thüringen

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

3. Erfahrungsbericht

1 Einführung

Die regelmäßige Evaluation der Gruppenprophylaxe in Thüringen ist in der Thüringer Richtlinie zur Basis- und Intensivprophylaxe festgeschrieben. Sie überprüft die Wirksamkeit und Effizienz der Mundgesundheitsmaßnahmen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der Erfolgskontrolle und Qualitätssicherung, zeigen Bedarfe auf und ermöglichen eine stetige Verbesserung des Leistungsangebotes, hinsichtlich Planung und Optimierung von Prozessen. Alle Personenbezeichnungen in diesem Evaluationsbericht verwenden das generische Maskulinum, ergo alle Geschlechter sind damit gemeint.

Vorausgegangen sind der aktuellen Evaluierung zwei ähnliche Berichte aus den Jahren 2005/06 und 2013/14.

Die Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich in Deutschland, und damit auch in Thüringen, in den letzten Jahrzehnten verbessert. Ein kontinuierlicher Kariesrückgang (caries decline) ist vor allem im bleibenden Gebiss zu beobachten. Im internationalen Vergleich der Karieserfahrung bei den 12-Jährigen belegt Deutschland mit 0,5 DMFT (Decayed Missing Filled Teeth) (2014) neben Dänemark mit 0,4 DMFT (2022) und Spanien (2020) sowie Japan (2021) mit 0,6 DMFT einen Spitzenplatz (1).

Im Gegensatz dazu verlief der Kariesrückgang im Milchgebiss in abgeschwächter Form. In der Altersgruppe der 6- bis 7-Jährigen verringerte sich die Karieserfahrung bundesweit von 2,16 dmft auf 1,73 dmft. Für Thüringen wurde für diese Altersgruppe 2004 ein dmft von 2,78 und 2016 ein dmft von 2,08 erhoben. Im Vergleich zwischen den Bundesländern rangierte Thüringen mit diesen Werten im hinteren Bereich (2).

Im Rahmen der Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016 wurden erstmals bundesweit die 3-Jährigen flächendeckend untersucht. Die mittlere Karieserfahrung (dmft) in dieser Altersgruppe betrug bundesweit 0,48 und für Thüringen 0,56.

Karies im frühen Kindesalter (Early Childhood Caries, ECC) blieb mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 10-15 % (3) eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkind- und Vorschulalter. Die betroffenen Kinder entstammten nicht selten aus sozial benachteiligten Familien und/ oder hatten einen Migrationshintergrund.

Bereits im Jahr 1996 verabschiedete die Bundeszahnärztekammer (BZK) die ersten bundesweiten Mundgesundheitsziele. Diese wurden auf Grundlage der aktuellen epidemiologischen Studien weiterentwickelt (4). Die ehemals vorrangig zahnbezogene Ausrichtung der Mundgesundheitsziele ist sowohl durch krankheitsorientierte als auch gesundheitsfördernde und präventive Parameter ergänzt worden.

Die „Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030“ der BZK für Kinder und Jugendliche sind unter anderem:

- Der Anteil der kariesfreien Milchgebisse bei den 3-jährigen Kindern soll mind. 90% betragen.
- Der dmft-Index bei den 3-Jährigen soll max. den Wert 0,4 erreichen.
- Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6- bis 7-jährigen Kindern soll mindestens 80 % betragen.
- Der dmft- Index bei den 6- bis 7-jährigen Kindern soll max. den Wert 1,5 erreichen.
- Der Anteil kariesfreier Gebisse bei den 12-Jährigen soll mind. 90 % betragen.
- Der DMFT-Index bei den 12-Jährigen soll max. 0,5 betragen.
- Die Ernährungsberatung soll durch den Zahnarzt intensiviert werden.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten, Gynäkologen und Hebammen (Schwangerenberatung) soll verstärkt werden.
- Erhöhung der Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz auf 70 % um als semikollektive kariesprophylaktische Maßnahme zu gelten
- Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad in Kindergärten und in Grundschulen soll mindestens 80 % und in Förderschulen mindestens 90 % betragen (5).

1.1 Strukturbeschreibung

Die Arbeit der LAGJTh e. V. erfolgt auf der seit ihrer Gründung entwickelten Struktur, basierend auf der Grundlage des § 21 SGB V (1989) zur Durchführung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. In Thüringen wurde 1992 die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege gegründet. Als eingetragener Verein (e. V.) erhielt sie 1997 eine neue Rechtsform. 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 gruppenprophylaktische Betreuung der Schulkinder werden von den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) übernommen.

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

Ordentliche, außerordentliche und fördernde Mitglieder bilden die Vertreterversammlung. Ordentliche Mitglieder sind die Landeszahnärztekammer, 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 ÖGD Organisationen zur Gesundheitsförderung, wie Verbände, das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena und weitere gesundheitsfördernde Unternehmen (Abb.1). Diese Vertreterversammlung wählt den Vorstand. Zu ihm gehören der Vorsitzende, der Stellvertreter sowie die Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen, Zahnärzte der Landeszahnärztekammer, das TMASGFF, der Thüringer Gemeinde- und Städtebund sowie der Thüringische Landkreistag. Die nachgeordneten 23 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.

In den Landesausführungsgesetzen (in der jeweils aktuellen Fassung) zum Kinder-und Jugendhilfegesetz, im Thüringer Gesetz über die Bildung, Erziehung von Kindern in Kindergärten, anderen Tageseinrichtungen und Kindertagespflegeeinrichtungen für Kinder, im nachfolgenden ThürKigaG und in der Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespflVO) werden u.a. die Zuständigkeiten für die gruppenprophylaktische Betreuung festgeschrieben.

Ziel des vorgelegten Evaluationsberichtes war es erneut, unter Berücksichtigung der beschriebenen Strukturvariablen, das Leistungsangebot (Prozess) zu beurteilen und die Entwicklung der Mundgesundheit in Thüringen im Verlauf des Evaluationszeitraumes von 2013/14 bis 2023/24 darzustellen. Des Weiteren sollen die erhobenen Daten in den Mundgesundheitszieleprozess eingeordnet und soweit möglich, mit den Daten der Vorberichte in Bezug gesetzt

werden. Ein weiteres wesentliches Anliegen des Evaluationsberichtes ist es, Ergebnisse transparent darzustellen und in kritischer Auseinandersetzung zu hinterfragen sowie Handlungsstrategien weiterzuentwickeln.

2 Methodenbeschreibung

Die Daten für den Evaluationsbericht 2024 sind in Anlehnung an vorangegangene Evaluationen (2004/2005 und 2013/2014) in einem Mehrschrittverfahren erhoben worden. Die Teilschritte beruhten auf Auswertungen von Fragebögen, Interviews und Mitarbeitergesprächen. Die Beantwortung der Fragebögen wurde auf freiwilliger Basis und anonymisiert durchgeführt.

Es erfolgte die Evaluation der Mundgesundheitsdaten des ÖGD sowie Daten statistischer Erhebungen aus den Aufgabenfeldern der LAGJTh e.V. Weiterhin sind Angaben aus den DAJ-Erhebungsbögen (A1-A3) in diesen Bericht eingeflossen.

Die Auswertung, Ergebnisinterpretation und Erstellung des Evaluationsberichtes erfolgte in mehreren Schritten der Zusammenarbeit zwischen Vorstand (AG), Geschäftsführung. Beratend stand Frau Prof. Borutta zur Seite.

2.1 Ausgangslage

Im Erhebungszeitraum (Schuljahr 2022/23), waren 91.413 Kinder im Alter von ein bis sechs Jahren in Kindergärten, 76.751 Kinder in Grundschulen, 36.833 Kinder in den Klassen 5 und 6, 69.524 Kinder in den Klassen 7 bis 10 sowie 7.380 Schüler in Förderschulen gemeldet.

Die gruppenprophylaktische Betreuung in den Kindergärten (Kitas) wurde durch 439 Patenschaften von 291 niedergelassenen Patenzahnärzten sowie 20 angestellten Prophylaxefachkräften der LAGJTh e. V., die in 23 Arbeitskreisen aktiv waren, realisiert. Die PF arbeiteten im Durchschnitt 30 Wochenstunden. In dieser Zeit betreuten sie insgesamt 863 Kindergärten bis zu viermal jährlich. Die Patenschaftspraxen betreuten meist ein bis zwei Kitas, in Ausnahmefällen auch mehr – insgesamt 439 Einrichtungen. Die Betreuung vereinzelter Einrichtungen in Regionen bzw. in Kreisen, in denen es keine Prophylaxefachkraft der LAGJTh e. V. und nicht ausreichend Patenzahnärzte gab, erfolgte durch Mitarbeiter des ÖGD.

Für eine effektive und effiziente Durchführung der Gruppenprophylaxe in den Kindergärten wurden die 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.

Acht Einrichtungen in Thüringen waren gegenüber der Gruppenprophylaxe nicht aufgeschlossen bzw. lehnten diese ab. Dies wurde mit konzeptionellen Inhalten begründet. Weitere vier Einrichtungen in Thüringen waren nicht allumfänglich in die Gruppenprophylaxe einbezogen, z. B. wegen Umbau, Neugründung etc. Von den 1.346 Kitas galten entsprechend der Richtlinie zur Umsetzung der Basis- und Intensivprophylaxe in Thüringen, wie in der letzten Erhebung auch, ca. ein Drittel (29,49 %) der Einrichtungen als Kariesrisikoeinrichtungen.

Im Bereich der Tagespflege wurde keine Befragung durchgeführt. Die Tagespflegepersonen wurden aber seit dem letzten Erhebungszeitraum 2013/14 in die Arbeit der Gruppenprophylaxe einbezogen. Sie wurden für diese Aufgabe über die Arbeitskreise jährlich fortgebildet und erhielten ein bis zwei Mal Material (z.B. Zahnbürsten) und Elterninformationen.

Die zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung in Kindergärten und Schulen erfolgte durch Zahnärzte des ÖGD. Insgesamt waren 31 Zahnärzte und 37 Personen aus dem Bereich zahnmedizinisches Fachpersonal tätig. Entsprechend der gesetzlichen Grundlagen in Thüringen wurden im Schulbereich die gruppenprophylaktischen Maßnahmen durch die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) des ÖGD durchgeführt. Im „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Thüringen“ wurde für alle ZÄD eine einheitliche Vorgehensweise für die gruppenprophylaktische Tätigkeit im Schulbereich, entsprechend der personellen Möglichkeiten, festgeschrieben.

Alle Akteure dokumentierten ihre gruppenprophylaktischen Aktivitäten u. a. in den von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) entwickelten Unterlagen (Dokumentation Gruppenprophylaktische Maßnahmen, A1), welche dann in den Arbeitskreisen zusammengefasst wurden (Dokumentation Gruppenprophylaktischer Maßnahmen A2) und in der LAGJTh e. V. in einem Gesamtbogen (Dokumentation Gruppenprophylaktischer Maßnahmen A3 – Anhang 4) subsummiert und für die bundesweite Statistik an die DAJ weitergegeben wurden. Hier sei wiederholt angemerkt, dass die genannten Dokumentationsbögen einerseits die gruppenprophylaktischen Leistungen in ihrem Umfang abbilden, andererseits jedoch qualitative und individuelle Bezüge nicht zulassen.

2.2 Prozessevaluation

2.2.1 Untersuchungen zum Arbeitszeitprofil und zur Mitarbeiterzufriedenheit der Prophylaxefachkräfte

Zur Analyse des Arbeitszeitprofils der Prophylaxefachkräfte (PF) wurde der Fragebogen (Anhang 2) der Evaluation von 2013/14 verwendet. Der Fragebogen wurde an alle 20 PF in einer Arbeitsberatung ausgegeben und erläutert. Begleitend erhielten die Mitarbeiter Informationen zur korrekten Beantwortung. Die PF wurden gebeten, über einen Zeitraum von 22 Tagen die Gesamtarbeitszeit, differenziert nach Vorbereitung, Wegzeiten, Arbeitszeit im Kindergarten, Nachbereitung und Sonstiges, in Stunden und Minuten zu dokumentieren. Tage mit anderen Inhalten, wie Urlaub und Krankheit blieben unberücksichtigt. Als Vorbereitungszeit galt die Zeit der unmittelbaren Vorbereitung für die prophylaktische Betreuung in Kitas (z. B. Terminabsprachen, Erarbeitung und Zusammenstellung von Arbeitsmaterialien 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 im Kindergarten der prophylaktischen Betreuung der Kinder galt. Zeitliche Aufwendungen für verwaltungstechnische Arbeiten, Materialbestellungen etc. wurden als Nachbereitungszeit definiert. Sonstige Aufgaben waren u. a. Multiplikatorenschulungen, Arbeit mit Hebammen und Tagesmüttern, Netzwerktätigkeit und die Einbindung in die Frühen Hilfen sowie damit verbundene Verwaltungstätigkeiten. Ziel war die Analyse der Arbeitssituation, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsbedingungen, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Beziehungen im LAGJ-Team allgemein, um daraus schlussfolgernd Verbesserungen abzuleiten.

2.2.2 Befragung der Patenzahnärzte

Die Erhebung der Daten basierte erneut auf den Antworten schriftlicher Interviews. Der eingesetzte Fragebogen (Anhang 1) entsprach dem der Evaluation von 2013/2014 und enthielt Elemente zur Einschätzung des Aufgabenbereiches des jeweiligen Patenzahnarztes im Kontext zur Zusammenarbeit mit der Kita und zur Organisation der Tätigkeit. Weiterhin waren Fragen zur Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit der jeweiligen Einrichtung, mit den Programminhalten, über Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit bis hin zur Unterstützung und Fortbildungsmöglichkeiten durch die LAGJTh e. V. eingeschlossen. Die Zufriedenheit der Patenzahnärzte wurde für die verschiedenen Themenbereiche mit den Kriterien “sehr gut”,

“gut”, “mäßig”, “gering” und “gar nicht” erfasst. Unbeantwortete Fragebögen wurden im Folgenden nicht berücksichtigt. Zusätzlich wurde das Zahnputz- und Ernährungsverhalten im betreuten Kindergarten erfragt und es gab Raum für persönliche Anmerkungen und Wünsche.

2.2.3 Untersuchungen zum Leistungsprofil der gruppenprophylaktischen Tätigkeit

Um quantitative Aussagen zu gruppenprophylaktischen Leistungen in den jeweiligen Altersgruppen und Einrichtungen zu erhalten, wurden die jährlichen Erfassungsbögen der Arbeitskreise der LAGJTh e. V. genutzt (Anhang 2). Erfasst sind darin die erbrachten Prophylaxeimpulse der gruppenprophylaktischen Akteure im Bereich Kita, Schule und Fördereinrichtungen sowie zusätzliche Leistungen wie Aktionstage, Multiplikatorenschulungen, Elternarbeit etc. Eine qualitative Evaluation im Setting Schule wäre wünschenswert, obliegt nicht der LAGJTh e.V.

2.3 Ergebnisevaluation

2.3.1 Befragung des Personals in den Kindergärten

Im Rahmen der Ergebnisevaluation in den Thüringer Kindergärten wurden die Einstellungen, Meinungen und die Zufriedenheit der Erzieher bezüglich der Gruppenprophylaxe über die Einrichtungsleitungen erfragt. Dabei ging es um das Wissen zum Mundgesundheitsverhalten, das tägliche Umsetzen des Zähneputzens sowie um die Getränke- und Speiseversorgung. Der eingesetzte Fragebogen basierte auf der vorangegangenen Evaluation und wurde nach den Erfahrungen der letzten Evaluation geringfügig angepasst (Anhang 3).

2.3.2 Analyse der Mundgesundheitsentwicklung

Um Veränderungen in der Mundgesundheit in Kindergärten und Schulen zu analysieren und vergleichend darzustellen, wurden die Daten aus den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen des ÖGD (bereitgestellt durch Thüringer Landesverwaltungsamt, Thüringer Landesamt für Statistik) genutzt. Die Veränderungen in der Mundgesundheit für Thüringen wurden im Zeitraum von 2013/2014 bis 2022/2023 dargestellt. Die zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen des ÖGD 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.

2.4 Auswertung

Die Auszählung und erste Bewertung aller Fragebögen (PF, Patenzahnärzte, Kindergärten) erfolgte durch die Geschäftsstelle der LAGJTh e.V. mittels MS Office (Version Professional Plus 2016). Die Erfassung der kariesstatistischen Daten (personen- und zahnbezogen) erfolgte durch die ZÄD in Thüringen mit unterschiedlichen Programmen (ISGA, Micropro, Octoware, Excel). Die altersgruppenspezifische, nicht personenbezogene, statistische Datenauswertung wurde in Zusammenarbeit mit dem Thüringer Landesverwaltungsamt und dem Thüringer Landesamt für Statistik durchgeführt. Mit der endgültigen fachlichen und inhaltlichen Datenbewertung und Auswahl für den Bericht beschäftigte sich die Arbeitsgruppe der LAGJTh e.V. Es wurden alle für Thüringen zusammengefassten gruppenprophylaktischen Tätigkeiten (Anlage 4) analysiert und bewertet.

3 Ergebnisse

3.1 Prozessevaluation

3.1.1 Arbeitszeitanalyse und Mitarbeiterzufriedenheit der Prophylaxefachkräfte

Die Zahl der angestellten Prophylaxefachkräfte hatte sich seit 2013 von 16 auf 20 im Jahr 2022/23 gesteigert. Die Anzahl der in Kitas betreuten Kinder hatte insgesamt zugenommen, die Anzahl der durch Patenzahnärzte betreuten Einrichtungen war weiter zurückgegangen. Wie bereits im letzten Bericht beschrieben, hatte sich das Aufgabenspektrum der Prophylaxefachkräfte durch die Einbindung von Tagesmüttern, Hebammen und sonstigen Multiplikatoren (sonstige Aufgaben) sowie durch die gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder unter drei Jahren erweitert.

Die Analyse der Fragebögen aus den 22 von Prophylaxefachkräften betreuten Arbeitskreisen reflektierte für die einzelnen Arbeitszeitabschnitte ein sehr heterogenes Bild. Laut Abrechnungsstatistik war die Anzahl der Impulsangebote in etwa gleichgeblieben.

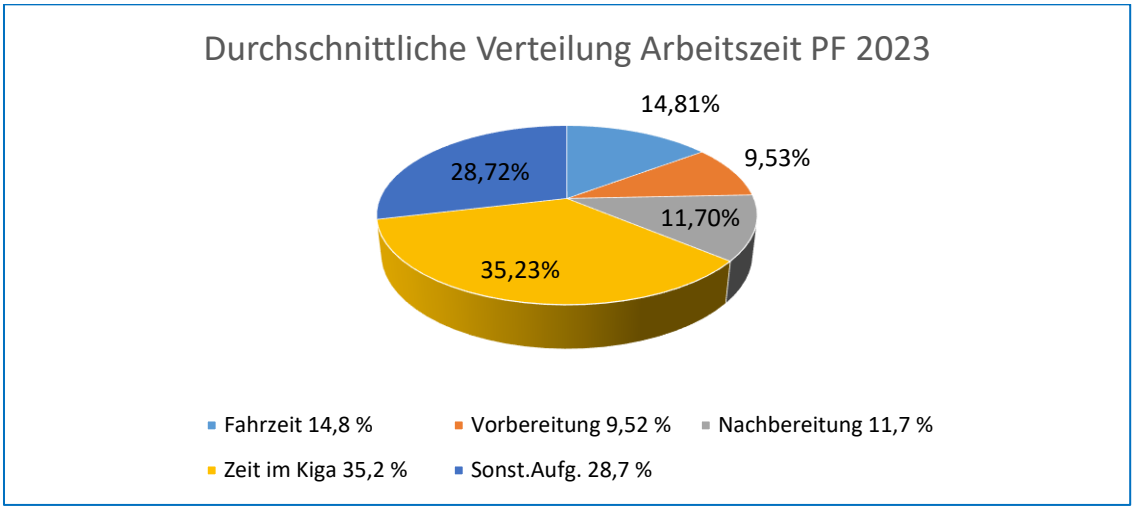


Abb. 2: Durchschnittliche Verteilung der Arbeitszeitanteile der PF

Jahr	Fahrzeit	Vorbereitung	Nachbereitung	Zeit in Kita	Sonstiges
2023	14,80 %	9,52 %	11,70 %	35,20 %	28,70 %
2013	19,00 %	10,00 %	11,00 %	44,00 %	19,00 %

Abb. 3: Gegenüberstellung der differenzierten Gesamtarbeitszeit von 2013 und 2023

Die Arbeitszeiten der Prophylaxefachkräfte variierten zwischen 26,0 und 32,0 Wochenstunden. Für die Vor- und Nachbereitung der Einrichtungsbesuche wurden ca. 21 % der Gesamtarbeitszeit benötigt. Durchschnittlich 35,2 % ihrer Arbeitszeit verbrachten die Prophylaxefachkräfte in den zu betreuenden Kindergärten und 28,7 % mit der Erledigung weiterer Aufgaben, wie z. B. Arbeit mit Hebammen, Tagesmüttern, Sonderveranstaltungen und Bildungsvermittlung für Zielgruppen sowie damit verbundenen Verwaltungsaufgaben.

Im Vergleich zum Vorbericht war der zeitliche Aufwand für Vor- und Nachbereitung der Einsätze in den Einrichtungen in etwa gleichgeblieben. Die Fahrtzeiten der Mitarbeiter konnten durch Optimierung der Einsatzgebiete in den Kreisen von 19,0 % auf 14,8 % verringert werden. Die Arbeitszeit für sonstige Aufgaben hatte sich von 19 % auf 28,7 % erhöht. Die Verweildauer in den Einrichtungen hatte sich insgesamt von durchschnittlich 44,0% auf 35,2 % verringert.

Laut der Befragung zur Mitarbeiterzufriedenheit gefiel 100 % der Mitarbeiter ihre Arbeit. Sie fanden ihre Arbeit sinnvoll, interessant und waren stolz darauf. Trotz des insgesamt gesteigerten Anforderungsprofils an die Prophylaxefachkräfte waren diese weiterhin mit ihren Arbeitsaufgaben „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“.

Unterschiedliche Wahrnehmung gab es in Bezug auf Zeitdruck und Arbeitssituation. Alle Mitarbeiter sahen die Ziele als klar formuliert an und empfanden ihre Arbeitsabläufe als strukturiert. Ihre Identifikation mit dem Unternehmen an sich war hoch, sie fühlten sich verbunden und bewerteten alle Parameter durchweg positiv. Dennoch wurde die Tätigkeit als lebenslang lernend und herausfordernder im Vergleich zur Vergangenheit beschrieben. Das Team an sich und die Teamfortbildungen dienten der Orientierung und Motivation.

3.1.2 Befragung der Patenzahnärzte

Es wurden alle 291 Thüringer Patenzahnärzte angesprochen. Die Patenzahnärzte betreuten insgesamt 439 Kindergärten. Nicht alle Zahnärzte füllten die Fragebögen vollständig aus. 156 verwertbare Antworten gingen in die Bewertung ein. Von den 156 Patenzahnärzten wurden insgesamt 202 Kindergärten mit 771 Gruppen und 13.419 Kindern betreut. Ca. 70 % (n=102) der Patenzahnärzte waren länger als 11 Jahre Akteure der Gruppenprophylaxe. Die Altersverteilung der Patenschaften war ausgeglichen. In den letzten fünf Jahren waren 31 Patenschaften hinzugekommen, demgegenüber gab es 36 Patenschaften, die bereits 26 bis 30 Jahre und länger bestanden.

Die Angaben der Patenzahnärzte über die Dauer ihrer Patenschaften fanden Berücksichtigung für die Einschätzung und Prognose zur Versorgung der Kindergärten in Thüringen. Die Verteilung der Patenschaften bezüglich Dauer und Kinderanzahl war ausgeglichen. Regelmäßig konnten neue Patenzahnärzte gewonnen werden. Die Hauptursache für den Rückgang der Anzahl von Patenschaften blieb die Verringerung von Zahnärzten insgesamt, aufgrund der demographischen Veränderung der Alterskohorten.

Die Zusammenarbeit der Patenzahnärzte mit der von ihnen betreuten Einrichtung hatte sich in allen Bereichen im Vergleich von 2013 und 2023 trotz Pandemiegeschehen verbessert.

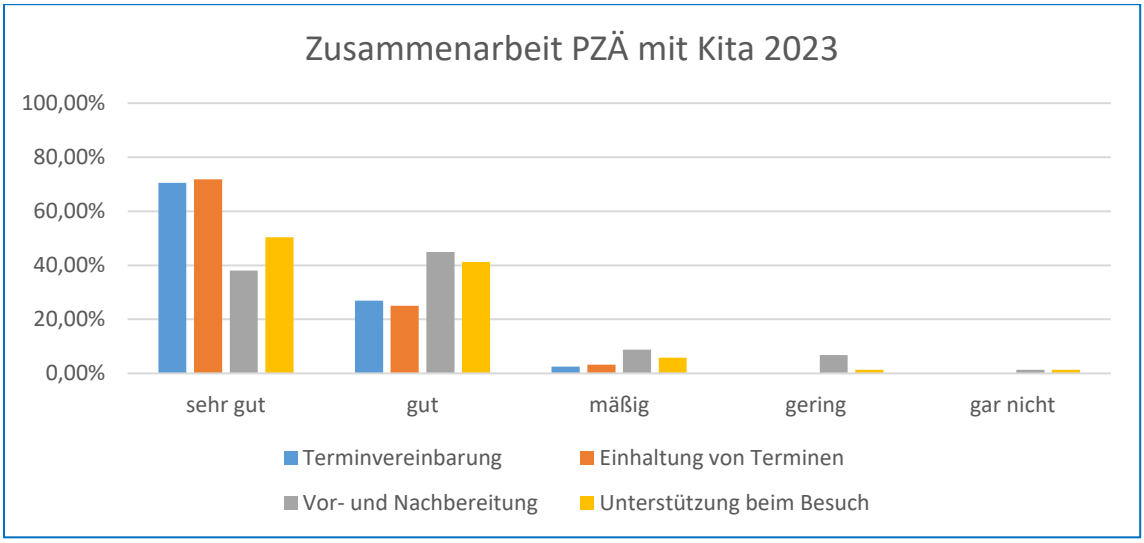


Abb. 4: Einschätzung der Zusammenarbeit mit der Kita

Nicht alle PZA boten einen Praxisbesuch an. Falls dieser erfolgte, fokussierten sich Patenzahnärzte oft auf die Schulanfänger. Die Praxisbesuche hatten allgemein von 2013 (91,63 %,n=230) bis 2023 (75;00 %, n=117) deutlich abgenommen. Gründe dafür waren knappe Zeit- und Personalressourcen sowie die Entfernung zwischen Einrichtung und Praxis. Die Zufriedenheit mit dem Praxisbesuch einer Kindergruppe bewerteten, ähnlich, wie bei der

Befragung 2013, etwa drei Viertel der PZÄ als “sehr gut” beziehungsweise “gut” (2013: 75,65 % und 2023: 73,23 %). Die Einschätzung “mäßig” sank von 6,52 % 2013 auf 3,94 % 2023, dagegen stieg die Wertung “gering” und “gar nicht” zufrieden von 17,87 % 2013 auf 22,83 % 2023.

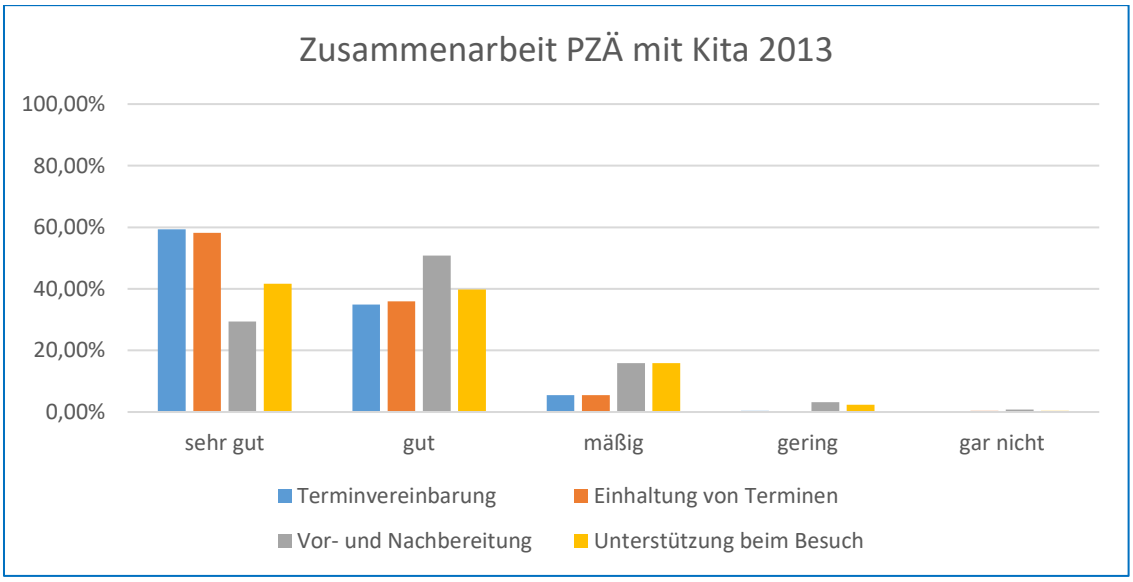


Abb. 5: Einschätzung der Zusammenarbeit mit der Kita

Die Vor- und Nachbereitung des Praxisbesuches durch den Kindergarten wurde ebenfalls ähnlich gewertet. Diese wurde als “sehr gut” und “gut” 2013 mit 77,52 % und 2023 mit 76,93 % benannt. Auch hier war die Einschätzung “mäßig” von 2013 mit 8,72 % auf 2023 mit 4,27 % rückläufig. Ebenso stieg, analog zur Einschätzung des Praxisbesuches, auch die der Vor- und Nachbereitung in der Einrichtung als “gering” und “gar nicht” von 13,76 % im Jahr 2013 auf 18,80 % im Jahr 2023.
In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Unterstützung der Eltern sowie der Vor- und Nachbereitung der Elternarbeit durch die Kita ergab sich ein differenziertes Bild.

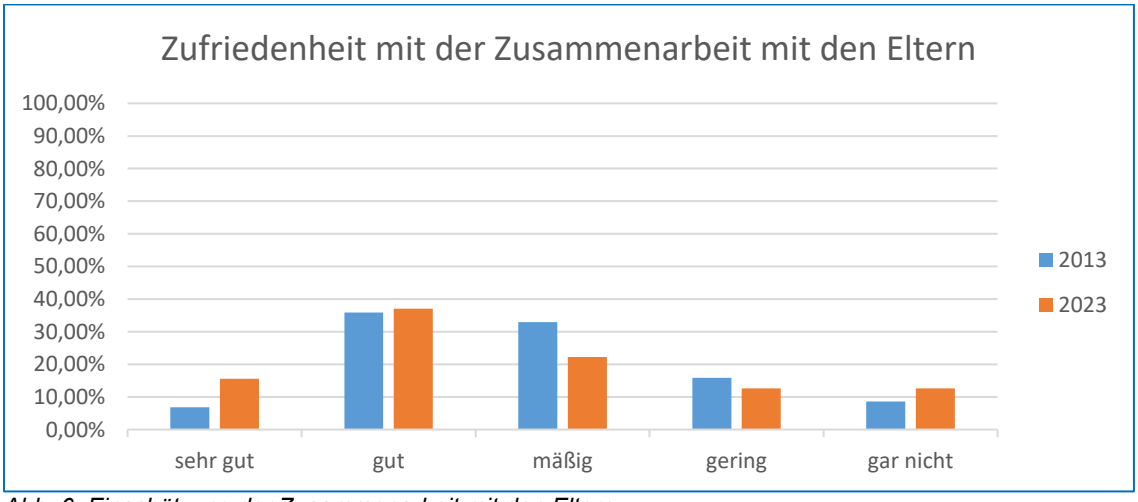


Abb. 6: Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Eltern

Patenzahnärzte konnten Unterstützung bei der Betreuung hinsichtlich Formalitäten, inhaltlich fachlicher Betreuung und Materialversorgung für Aktionen durch die LAGJTh e. V. und ihren regionalen Arbeitskreis erhalten. Die Einschätzung dieser Angebote als “sehr gut” und “gut” war mit 87,34 % 2013 (n=225) nahezu identisch mit dem Wert von 2023 (n=138) mit 87,69 %. Als “mäßig” stuften dies 2013 7,35 % der Patenzahnärzte und 2023 5,80 % der Patenzahnärzte ein. Auch bei den Wertungen “gering” und “gar nicht” waren die Angaben mit 5,31 % 2013 und 6,52 % 2023 ähnlich. Durch den regionalen Arbeitskreis fühlten sich 2013 (n=253) ganze 93,28 % der Patenzahnärzte “sehr gut” und “gut” betreut und auch 2023

(n=146) war dieser Wert ebenfalls mit 92,47 % ähnlich hoch. Die Bewertung der einzelnen Bereiche fiel in beiden Evaluationen ähnlich positiv aus wie die allgemeine Einschätzung.

In Bezug auf Fortbildungsangebote der LAGJTh und wahrgenommene Fortbildungen (n=126) äußerte sich die Mehrzahl der Patenzahnärzte eher zufrieden. Einige Patenzahnärzte fühlten sich bzgl. der Weiterbildungsangebote der LAGJTh e. V. zum Zahnärztetag sowie bei den Arbeitskreistreffen nicht ausreichend informiert. Die Fortbildungsmöglichkeiten der LAGJTh e. V. haben in der Zeit der Pandemie weitestgehend pausiert. Die Patenzahnärzte, die an LAGJTh-Fortbildungen teilgenommen hatten (n=110), bewerten diese positiv.
Bereits 2013 zeigten sich die Patenzahnärzte bei der Betreuung der Kinder unter 2 Jahren eher unzufrieden (n=235). Diese Unzufriedenheit hatte sich in der aktuellen Befragung weiter verstärkt (n=134). Als “sehr gut” und “gut” wurde die Zufriedenheit mit der Betreuung der Kleinsten 2013 noch mit 65,96 % eingeschätzt. Der Wert sank 2023 auf 63,43 %. Als “mäßig” bewerteten dies die Patenzahnärzte 2013 mit 15,32 % und 2023 mit 14,93 %. Als “gering” und “gar nicht” wurde 2013 mit 18,72 % und 2023 mit 21,64 % Unzufriedenheit ausgedrückt.

		Sehr	**gut**	**mä-ßig**	**ge-ring**	**gar nicht**
a	die Terminvereinbarungen mit der KITA	110	42	4	0	0
b	die Einhaltung von Terminen durch die KITA	112	39	5	0	0
c	die Vor- u. Nachbereitung des Besuchs durch die KITA	56	66	13	10	2
d	die Unterstützung während Ihres Besuchs in der KITA	78	64	9	2	2
e	der Praxisbesuch einer KITA-gruppe	71	22	5	6	23
f	die Vor-u. Nachbereitung des Praxisbesuchs durch die KITA	48	42	5	5	17
g	die Zusammenarbeit mit/ Unterstützung durch Eltern (z.B. Elternabend, Mitgabe Zahnpflegeartikel, etc.)	21	50	30	17	17
h	die Vor- und Nachbereitung der Elternarbeit durch die KITA	22	50	20	11	12
i	das Putzverhalten der Kinder in der KITA	60	68	14	1	6
j	die Unterstützung/ Zusammenarbeit durch die LAGJTh	66	55	8	7	2
k	die Unterstützung/ Zusammenarbeit durch ihren Arbeitskreis Jugendzahnpflege	85	50	5	3	2
l	die Betreuung hinsichtlich Formalitäten	79	58	8	4	0
m	die inhaltlich fachliche Betreuung	66	59	11	3	6
n	die Materialversorgung für Ihre Aktionen	88	47	9	5	1
o	das Fortbildungsangebot der LAGJTh	28	47	29	12	10
p	die von Ihnen bisher wahrgenommenen Fortbildungen	24	41	13	13	19
q	die Betreuung der Kinder unter zwei Jahren	30	55	20	10	19
r	Ihre Tätigkeit als Patenschaftszahnarzt insgesamt	64	75	8	0	0

Abb. 7: Gesamtübersicht Zufriedenheit PZÄ 2023

Ähnlich der Evaluation 2013 haben die Mehrzahl aller befragten Patenzahnärzte auch 2023 ihre Zufriedenheit in Bezug auf die betreute Einrichtung als “sehr gut” und “gut” eingeschätzt, ingesamt 94,38 % (n=235) im Jahr 2013 und 94,56 % im Jahr 2023 (n=139).
Die Patenzahnärzte gaben insgesamt an, dass in 130 durch sie betreute Kindergärten täglich, in 10 gelegentlich und in 15 Einrichtungen nicht die Zähne geputzt worden (n=155). Dies bestätigten die Gesamtzahlen aus der Kita-Statistik. Im Vergleich zur Evaluation 2013 hatte sich die Putzhäufigkeit in den Einrichtungen verringert.

Nach Einschätzung durch die Patenzahnärzte, pflegten die meisten Kinder ihre Zähne gut bis sehr gut. Dennoch war die Anzahl derer, die sich beim Mitmachen entzogen, größer geworden.

Putzverhalten der Kinder nach Einschätzung der PZÄ		
	2013	2023
sehr gut	33,89 %	55,88 %
Gut	57,48 %	38,24 %
Mäßig	7,48 %	20,59 %
Gering	0,79 %	2,94 %
gar nicht	0,39 %	1,47 %

Abb. 8: Einschätzung des Putzverhaltens der Kinder durch die PZÄ

Die Befragten bestätigten die Aussagen verschiedener anderer Prophylaxeakteure im Rahmen der offenen Antwortmöglichkeiten, dass mehr Einrichtungen das tägliche Zähneputzen eingestellt hatten. Auch begleiteten weniger Erzieher die Kinder beim täglichen Zähneputzen. Als Gründe für das Nicht-Putzen wurden vorrangig zerstörte Routinen durch die Corona-Pandemie, Überlastung bzw. ablehnende Haltung der Erzieher sowie hygienische Bedenken genannt. Ältere Kinder wurden beim Putzen bevorzugt. Negative Einstellungen von Erziehern zum Zähneputzen nahmen zu. Es gab auch Nennungen, dass z. B. Zähneputzen nicht explizit vorgeschrieben sei (bspw. Bildungsplan).

Die Anzahl der PZA-Kitas mit einheitlichem Frühstück hatte deutlich zugenommen. Insgesamt war der Ausbau einer ausgewogenen Vollverpflegung in den Einrichtungen zu begrüßen.

Einheitliches oder mitgebrachtes Frühstück nach Einschätzung der PZÄ		
	2013	2023
Einheitlich	30,00 %	46,80 %
Mitgebracht	63,40 %	48,10 %
beides/anders	0 %	2,60 %

Abb. 9: Art der Frühstücksversorgung nach Einschätzung durch die PZÄ Vgl. 2013 zu 2023

Insgesamt wurden durch die Patenzahnärzte Wünsche nach mehr Fortbildung (auch regional), Ausleihmaterialien und mehr Material für Impulse und Beschäftigung geäußert. Mangelndes Elterninteresse bezüglich des täglichen Zähneputzens zu Hause sowie die Mitgabe von zu viel Süßigkeiten sorgten für Besorgnis bei den Befragten. Bürokratie und die Gestaltung des Honorars waren weitere Kritikpunkte.

Seit der Pandemie war das Interesse für Gruppenprophylaxe in den von Patenzahnärzten betreuten Einrichtungen zurückgegangen. Oft hing der Erfolg der Impulse und die Umsetzung des täglichen Zähneputzens an der Einstellung der Erzieher.

3.1.3 Prozessentwicklungen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten

Auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung der LAGJTh e. V. erhielten 2013/14 76 % aller Kinder in den betreuten Einrichtungen einen ersten Prophylaxe-Impuls. Im Zeitraum 2022/23 waren es 69,9 %. Auch der zweite Impuls fiel deutlich schwächer aus als 10 Jahre zuvor. Die Anzahl der erreichten Kinder sank hier von 74 % auf 60,8 %. Beim dritten Impuls konnten 2013/14 noch 65 % und 2022/23 nur noch 50,8 % der gemeldeten Kinder von Gruppenprophylaxe profitieren. Der vierte Impuls fiel im Gegensatz zu 2013/14 mit 56 % im Abrechnungsjahr 2022/23 mit 26,7 % sehr schwach aus. Die Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste verringerten sich im Vergleichszeitraum von 70 % auf 39 %.

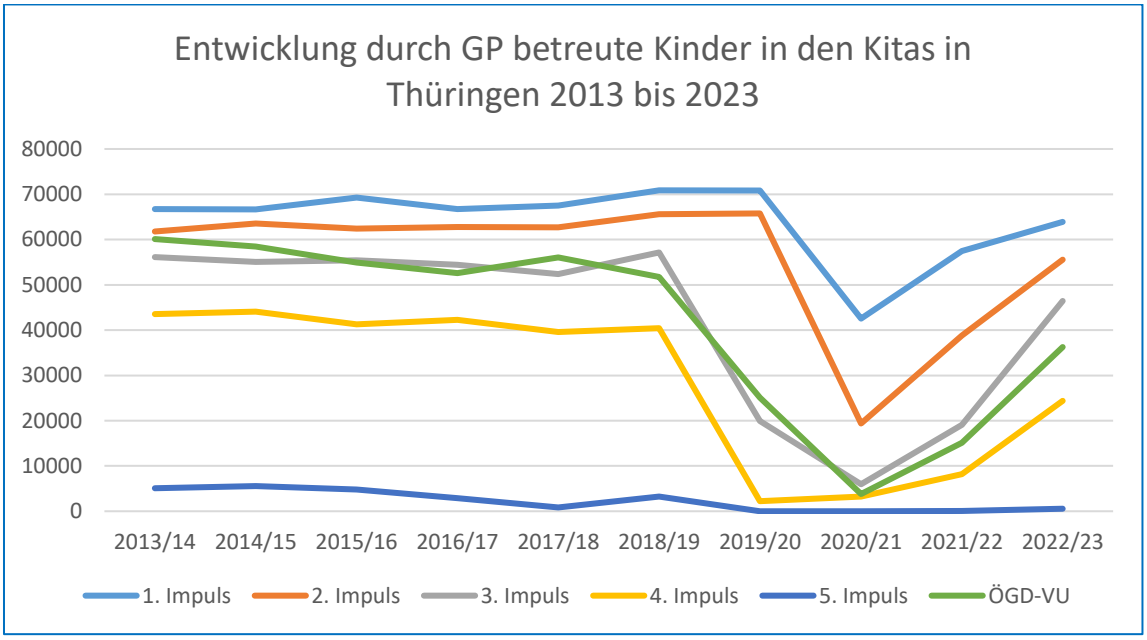


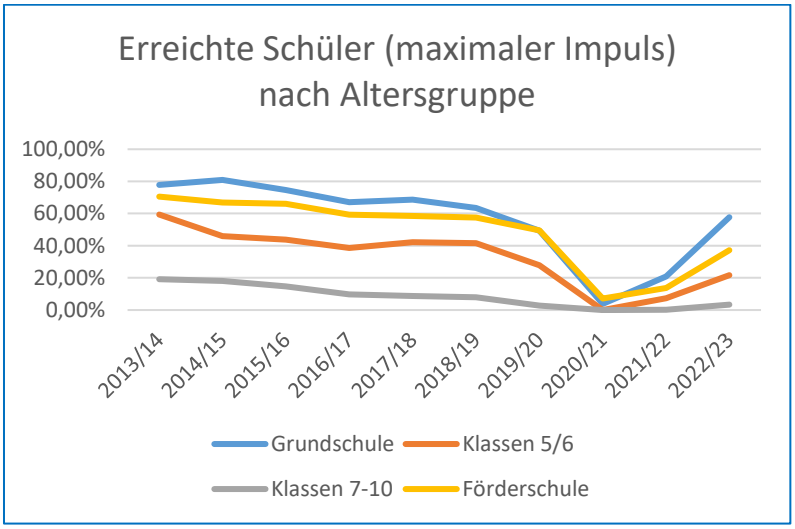
Abb.10: Betreuungsimpulse im Betrachtungszeitraum 2013 bis 2023

2013/14 erfolgte bei 41 % der gemeldeten Kinder eine regelmäßige Fluoridierung, 2022/23 nur noch bei 13,8 %. Durch den Wegfall der zahnärztlichen Untersuchungen (Reihenuntersuchung) fehlte in vielen Fällen die Basis zur Risikobewertung der Einrichtungen.

3.1.4 Prozessevaluation im Schulbereich

Der Vorbericht wies auf, dass zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in fast allen Schulen und Schularten, jedoch nicht in allen Altersstufen erfolgten. Gemäß der im „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Thüringen“ formulierten Kernzielgruppen (Sechsjährige, Zwölfjährige und 15-jährige) wurde 2013/14 eine nahezu flächendeckende Untersuchungsrate erreicht. Grundschulen und Förderzentren wurden in der Regel vollständig untersucht.

Das Schuljahr 2022/23 war das erste Schuljahr nach der Corona-Pandemie, in dem wieder eine nahezu normale Betreuung der Schulen möglich war. Allerdings wurde der Betreuungsgrad in allen Schulformen im Vergleich zu den Schuljahren vor der Pandemie nicht erreicht. Dargestellt ist der Impuls, bei dem die meisten Kinder erreicht wurden (maximaler Impuls).

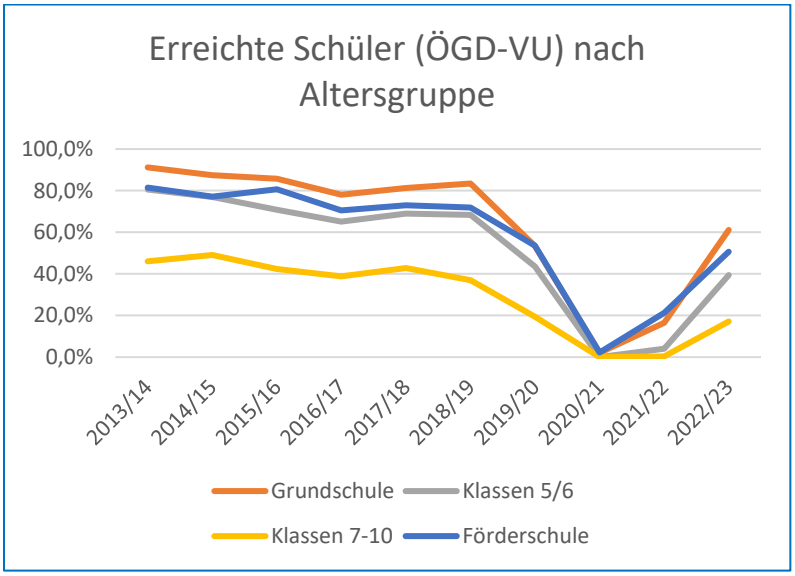


Prozentualwerte			
	2013/14	2018/19	2022/23
Grund-schule	77,83 %	63,44 %	57,70 %
Klassen 5/6	59,39 %	41,68 %	21,73 %
Klassen 7-10	19,18 %	7,93 %	3,34 %
Förder-schule	70,54 %	57,50 %	37,15 %

Abb. 11: Maximaler Betreuungsimpuls im Befragungszeitraum

Im Grundschulbereich wurden im Schuljahr 2022/2023 57 % der Kinder mit einem Impuls sowie 61 % mit der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung erreicht. In den weiterführenden Schulen untersuchten die zahnärztlichen Dienste ca. 40 % der Fünft- und Sechstklässler, ca. 17 % der Sieben - Zehntklässlern und ca. 50 % der Förderschüler. Im Vergleich zum Vorbericht zeigte sich hier in allen Altersgruppen ein deutlicher Rückgang der Anzahl erreichter Schüler bei der zahnärztlichen Untersuchung, welcher mit 41% am eindrücklichsten bei den Schülern der 5. und 6. Klasse auffiel.

Die Anzahl weiterer Impulse in diesen Altersgruppen sowie die Betreuung der Förderschulen fiel noch geringer aus. (Abb.11) Die Arbeitskreise konzentrierten sich beim Wiedereinstieg in die Gruppenprophylaxe auf die Grundschulen. Eine flächendeckende Basisprophylaxe mit zwei jährlichen Impulsen fand im Grundschulbereich allerdings nicht statt. Insbesondere Risikoschulen und Förderschulen wurden nicht ausreichend mit Maßnahmen der Basis- bzw. Intensivprophylaxe erreicht.



Prozentualwerte			
	2013/14	2018/19	2022/23
Grundschule	91,18 %	83,38 %	61,15 %
Klassen 5/6	80,56 %	68,31 %	39,40 %
Klassen 7-10	45,98 %	36,94 %	17,05 %
Förderschule	81,48 %	71,87 %	50,61 %

Abb. 12: ÖGD-Vorsorgeuntersuchung (ÖGD-VU) im Betrachtungszeitraum 2013 - 2023

3.2 Ergebnisevaluation

3.2.1 Auswertung der Befragung in Kindergärten

Die dargestellten Ergebnisse stützten sich auf 758 Fragebögen aus dem Schuljahr 2022/23 (56,3 % Rücklauf) und bei Vergleichsdarstellungen auf 862 Fragebögen (66 % Rücklauf) aus dem Jahr 2013. In den 758 Einrichtungen aus dem Schuljahr 2022/23 wurden insgesamt 53.118 Kinder, aufgeteilt in 3467 Gruppen, betreut. Einige Einrichtungen folgten einem offenen Konzept und konnten daher nicht in Gruppen abgebildet werden. Die durchschnittliche Gruppengröße von ca. 16 Kindern hatte sich zur vorherigen Evaluation nicht verändert.

Beschreibung der Einrichtung: Es befanden sich 229 (30,2 %) Einrichtungen in der Stadt, 521 (68,7 %) auf dem Land und 7 (0,9 %) Einrichtungen gaben beides an. Im Vergleich zur vorherigen Befragung 2013 gab es 2023 mehr Antworten ländlicher Kindertageseinrichtungen. In ca. einem Drittel der antwortenden Einrichtungen wurden Kinder mit Migrationshintergrund betreut. Dabei schwankte der Anteil dieser Kinder von 1 % bis maximal 85 %. Überdurchschnittlich viele Kinder mit Migrationshintergrund besuchten städtische Einrichtungen. Der Unterstützungsbedarf v. a. in der Kommunikation war in diesen Einrichtungen enorm und wurde durch mehrere Einrichtungsleitungen auf den Fragenbögen, meist als Kommentar, ausgedrückt. Die Kommentare bestätigten somit auch die gesteigerten Herausforderungen für die Akteure der Gruppenprophylaxe mit Bedarfen, wie bspw. Sprache, Gesundheitsbildung, Ritualisierung.

In der letzten Evaluierung wurde noch auf integrative Einrichtungen abgezielt. Mit Umsetzung des Inklusionsgesetzes war diese gesonderte Betrachtung obsolet. Kinder mit Behinderungen waren häufig auf die Einrichtungen verteilt. Es gab nur noch wenig spezielle Einrichtungen für diese Gruppe.

Der von der Landeszahnärztekammer Thüringen herausgegebene zahnärztliche Kinderpass war selbst 13 Jahre nach dessen Einführung im Jahr 2010 und zahlreichen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit nicht allen befragten Einrichtungsleitungen bekannt. Dieser wurde auf der Geburtsstation jungen Eltern mitgegeben, enthielt zahlreiche Informationen zur Mundgesundheit und diente der Dokumentation für Hauszahnärzte und Akteure der Gruppenprophylaxe, ähnlich dem ärztlichen Kinderuntersuchungsheft.

Im Jahr 2013 (n=862) kannten 36 % der Einrichtungsleitungen und 2023 (n=758) 47,8 % den Zahnärztlichen Kinderpass. Dass im Kinderpass dokumentiert wird, bestätigten 2013 in der Kategorie „trifft voll zu“ 7,50 % der Einrichtungsleitungen. 8,50 % kreuzten „trifft zu“ an.
71,70 % verneinten die Aussage. 2023 (n=662) bejahten 23,09 % der Kindergartenleitungen die Dokumentation im Kinderpass, für 18,60 % war die Kategorie „stimmt teilweise“ passend (nicht alle Kinder bringen den zahnärztlichen Kinderpass zum Termin mit) und 45,65 % verneinten dies. In den Kommentaren wurden Missverständnisse über den Zweck und die Handhabung des zahnärztlichen Kinderpasses deutlich.
Ernährungsgewohnheiten in der Einrichtung: Vorrangig bekamen die Kinder in Thüringer Kindergärten Wasser (n=741) sowie ungesüßten Tee (n=722) zu trinken. Ausschließlich Wasser und ungesüßten Tee boten 350 Einrichtungen an. Damit steigerte sich der Anteil der Einrichtungen von 241 Einrichtungen im Jahr 2013 (28 %) auf 350 im Jahr 2023 (46,2 %) deutlich. Der Anteil süßer Getränke verringerte sich entsprechend von 620 Kindertageseinrichtungen (71,9 %) im Jahr 2013 auf 275 (36,3 %) im Schuljahr 2023. Das häufigste süße Getränk war immer noch die Fruchtsaftschorle (Reduktion von 51,2 % auf 29,6 %), bei den Angaben wurde 2023 sehr oft auf den Fragebogen ergänzt, dass diese selten gereicht wird. Zum Frühstück gab es in vielen Kindergärten Milch v.a. für Müsli, aber auch hier hatte sich der Wert von 29 % auf 4,8 % verringert.

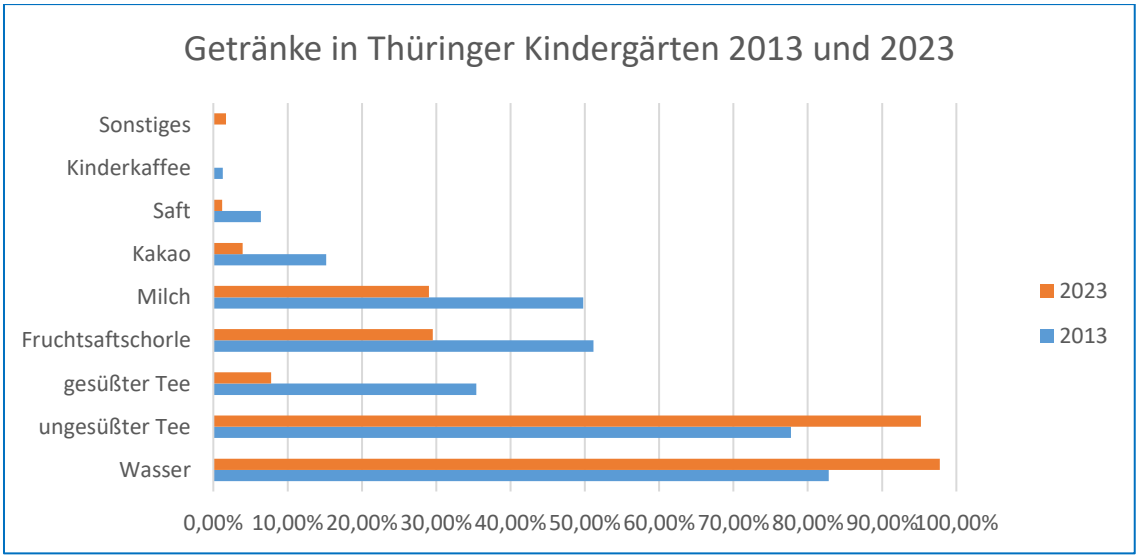


Abb. 13: Gereichte Getränke in Kindergärten

Die Art der Verpflegung wurde im 2023 zum ersten Mal erhoben. 45,6 % der Kitas boten eine Vollverpflegung an, 7,1 % ausschließlich Mittagessen und 21,1 % Mittagessen und Vesper. Nicht alle Einrichtungen haben Angaben gemacht oder boten andere Verpflegungsformen an. Sonstige Mahlzeiten waren Obst- und Gemüsesnacks, welche oft als zweites Frühstück am Vormittag gereicht wurden.

Einschätzung der Mundgesundheit der Kinder durch die pädagogischen Fachkräfte: Von 16,1 % der Einrichtungen gab es keine Angaben zum Thema. Außerdem variierten die Antworten des pädagogischen Personals sehr. Die Einstufung von Einrichtungen als Kariesrisikoeinrichtung war vielen Einrichtungsleitungen nicht bekannt. Das kann aber entscheidend sein, ob eine Einrichtung bereit ist, das tägliche Zähneputzen umzusetzen.

Insgesamt fanden es die Erzieher schwierig, die Mundgesundheit der Kinder zu beurteilen. In 32 % (n=250) der Einrichtungen schätzten die Erzieherinnen, dass nahezu alle Kinder gesunde Zähne haben. Im Vorbericht waren dies nur 13,3 %. 49,74 % Einrichtungen gaben an, dass sie der Aussage teilweise zustimmen.

Ein erhöhtes Kariesrisiko im Kindergarten schätzten 63 Einrichtungsleitungen mit „stimmt“ und 107 mit „stimmt teilweise“ ein. Insgesamt wurde in 34,5 % (n=215) der Einrichtungen eingeschätzt, dass ca. 4-10 % der Kinder Probleme mit den Zähnen haben. In 9,6 % (n=62) der Kindergärten meinte man, dass mehr als 10 % der Kinder Zahnprobleme haben. 26,8 % der Einrichtungsleitungen schätzten ein, dass die Kinder mit Zahnproblemen aus schwierigen sozialen Verhältnissen stammen.

37,13 % der Einrichtungsleitungen, die sich in der Stadt verorten (n=202), waren der Meinung, dass weniger als 3 % der Kinder ihres Kindergartens Zahnprobleme aufweisen. Von 41,48 % wurde angegeben, dass 4 - 10 % der Kinder der eigenen Einrichtung Probleme mit den Zähnen haben und bei 21,29 % schätzte man ein, dass dies bei mehr als 10 % zutrifft.

Von den Einrichtungen, die sich im ländlichen Bereich befanden (n=438), gaben 64,61 % an, dass sie bei weniger als 3 % der Probleme mit den Zähnen sehen. 31,05 % der Leitungen schätzten ein, dass die Kinder, die die Einrichtung besuchten zu etwa 4 - 10 % Probleme mit den Zähnen haben. Unter den ländlichen Kindergärten gaben nur 4,34 % an, dass die durch sie betreuten Kinder zu mehr als 10 % Probleme mit den Zähnen hätten.

177 Einrichtungsleitungen äußerten sich, dass Kinder mit Zahnproblemen vorwiegend aus den vulnerablen Gruppen stammen. Von denjenigen, die dies bejahten, waren 36,73 % städtischen Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko (mehr als 10 % der Kinder Zahnprobleme(n=36). In den ländlichen Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko wurde dies nur von 6,33 % der Leitungen bestätigt (n=5). Folgt man den Einschätzungen der Erzieher, waren es eher die großen städtischen Einrichtungen, in denen der größte Handlungsbedarf besteht. Es gab auch vielfache handschriftliche Ergänzungen der Einrichtungsleitungen zu dieser Frage, dass dies auch vermehrt auf die migrantischen Gruppen zutreffe.

Im vierten Fragenkomplex ging es um eine Einschätzung der Gruppenprophylaxe. Die Einschätzung der Dauer der Betreuung durch Akteure der Gruppenprophylaxe war vielen Einrichtungen oft nicht mehr möglich, da Personal über die Jahre wechselte und kaum eine Dokumentation erfolgte.

Die Inhalte des Mundgesundheitsprogramms wurden sehr deutlich als pädagogisch durchdacht, motivierend und altersgerecht empfunden. Die Rückmeldungen waren überwiegend positiv bis sehr positiv. Die Kinder selbst zeigten das meiste Interesse an gemeinsamen Putzübungen und Zahnputzdemonstrationen, weniger beliebt schienen zahnärztliche Untersuchungen oder Praxisbesuche.

Insgesamt schätzten 52,6 % (n=402) der Einrichtungen die Qualität der Gruppenprophylaxe als sehr gut und 39,5 % (n=302) als gut ein. Im Vergleich mit der vorherigen Evaluation wurde die Qualität der Gruppenprophylaxe von deutlich mehr Kindergärten positiv bewertet.

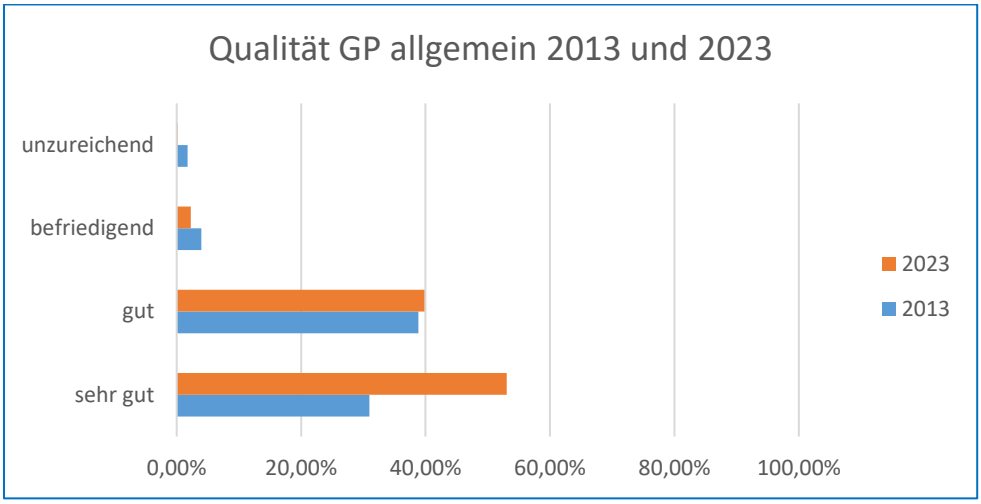


Abb. 14: Einschätzung von Einrichtungsleitungen zur Qualität der Gruppenprophylaxe

Das Thema Zähneputzen fügte sich im fünften Komplex an. Das tägliche Putzen war 2012/2013 in 98,6 % der Thüringer Einrichtungen etabliert, 2022/2023 nur noch in 84,8 %. Die Anzahl der Einrichtungen, die das Zähneputzen gänzlich unterließen, hatte sich laut Kita-Evaluation auf 12,66 % (n=96) erhöht. Es gab rund 5 % weitere Einrichtungen, die das Putzen unregelmäßig umsetzten.

Als Gründe für das Nicht-Putzen wurden v.a. unzureichendes Personal, unzureichende räumliche Voraussetzungen, Hindernisse in den Einrichtungskonzeptionen sowie Zähneputzen in der Kita als ineffiziente Maßnahme genannt.

Damit die Erzieher und Leitungen Zähneputzen in der Einrichtung als ihre Aufgabe wahrnehmen, war es wichtig zu verstehen, wie die Verantwortung für das tägliche Zähneputzen gesehen wurde. Die Befragten sollten Aussagen darüber ankreuzen oder frei lassen, wer die Verantwortung für das Zähneputzen trage. Es konnten alle Aussagen ausgewählt werden.

70,05 % der Kindergartenleitungen bejahten die Zuständigkeit der Eltern für das Zähneputzen. 52,64 % stimmten zu, dass das Zähneputzen im Kindergarten wichtig ist. In den häufigsten Fällen wurden beide Aussagen zusammen angekreuzt.
Nur 6,07 % waren der Meinung, dass die Verantwortung beim Kind läge, jedoch wurde diese Option nie allein angekreuzt. Mit 53,96 % waren über die Hälfte der Befragten der Meinung, dass Zähneputzen eine Gemeinschaftsaufgabe sei.
An diesem Punkt im Fragebogen und teilweise auch in den Kommentaren wurde sehr häufig ergänzt, dass die Eltern die Verantwortung für die gründliche Entfernung von Plaque haben und in der Einrichtung die Einübung der Routine sowie der Zahnputztechnik im Mittelpunkt stehe.

Die meisten Antworten verdeutlichten die Rolle der Kindergärten als familienunterstützend in Form der Ritualisierung. Ärgerlich waren für die Mitarbeiter der Einrichtungen Eltern, die der Mundhygiene keine oder zu wenig Bedeutung beimaßen, sowie ihren Kindern sehr viel zuckerhaltige Nahrung und Getränke anboten.

Die Kindergärten hatten zum Schluss die Möglichkeit, Kommentare, Anregungen und Kritik zum Thema Gruppenprophylaxe zu äußern.

Den Akteuren der Gruppenprophylaxe wurde viel Lob ausgesprochen. Wünsche bezogen sich vor allem auf mehr Aufklärung der Eltern, mehr pädagogisches Material, Informationen in einfacher Sprache sowie in den notwendigen Fremdsprachen. Gezieltere Unterstützung wurde sich vor allem in Einrichtungen mit gesteigerten Anforderungen bei den Erziehern gewünscht. Es wurde ebenfalls berichtet, dass Kita-Fachberater sich gegen das Zähneputzen in der Ein-

richtung aussprachen oder dass nicht alle Fachberater das tägliche Zähneputzen befürworteten. Es wurde über Diskrepanzen der Aussagen bzgl. Gruppenprophylaxe von Kita-Fachberatern und Akteuren der Gruppenprophylaxe berichtet. Auch der Wunsch zu konkreten Umsetzungsideen des täglichen Zähneputzens für Einrichtungen mit offenem Konzept sowie Hygienebedenken wurde geäußert.

3.2.2 Mundgesundheit

Zur Betrachtung der Mundgesundheitsdaten ist anzumerken, dass ab dem Jahr 2019 bis zum Jahr 2022 durch die Pandemie Untersuchungen nicht oder begrenzt möglich waren, weshalb Untersuchungswerte nur begrenzt in die Auswertung einbezogen werden konnten. Nicht ausreichend ist die Datenlage für die Schuljahre 2020/21 und 2021/22.

3.2.2.1 Dreijährige

Bis zum Schuljahr 2012/13 erfolgte die statistische Auswertung der erhobenen Zahnbefunde für die Altersgruppe der 2- 3-Jährigen gesamt. Ab dem Schuljahr 2013/14 wurden die Befunde getrennt für die Zweijährigen und Dreijährigen ausgewertet. Auf Grund dessen waren Vergleiche zum Vorbericht für die Dreijährigen nicht möglich.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Befunde von 52,1 % (2022/23) bis 73,8 % (2013/14) der in den jeweiligen Kitas gemeldeten Kinder, die in den jährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Untersuchungszeitraum von 2013 bis 2023 berücksichtigt wurden.

Im Schuljahr 2013/14 hatten in der Altersgruppe der Dreijährigen 83,6 % der Kinder ein naturgesundes Gebiss. Dieser Anteil erhöhte sich bis zum Schuljahr 2022/23 auf 86,9 %. Der dmft-Index verringerte sich geringfügig von 0,59 auf 0,50. Der Sanierungstand lag zu Beginn des Beobachtungszeitraumes lediglich bei 2,8 % und reduzierte sich bis zum Schuljahr 2022/23 auf 1,9 %. Der Anteil behandlungsbedürftiger Milchgebisse verringerte sich im Beobachtungszeitraum von 13,7 % auf 11,2 %. Aber nach wie vor war die Mehrheit der kariösen Läsionen unversorgt.

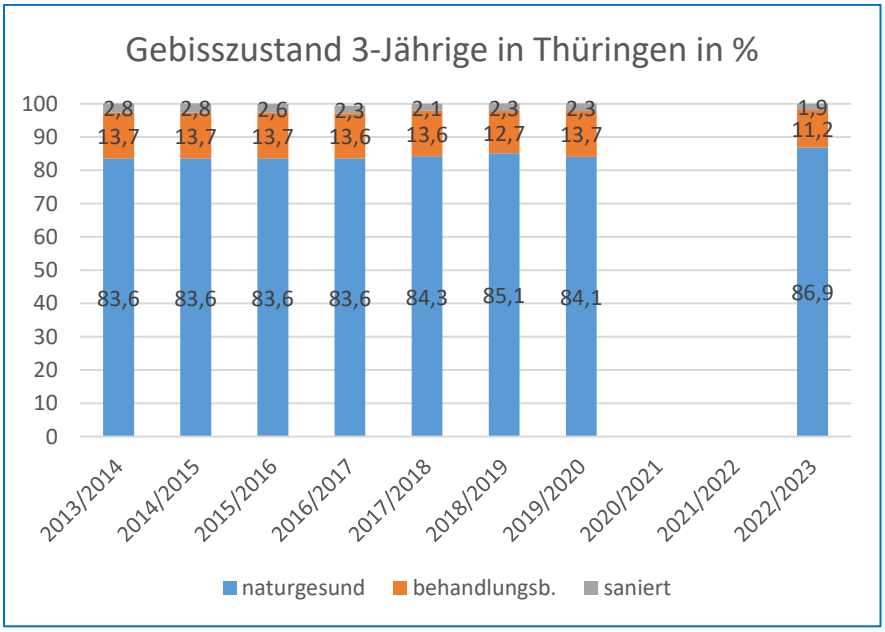


Abb. 15: Dreijährige mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen (Sanierungsstand)

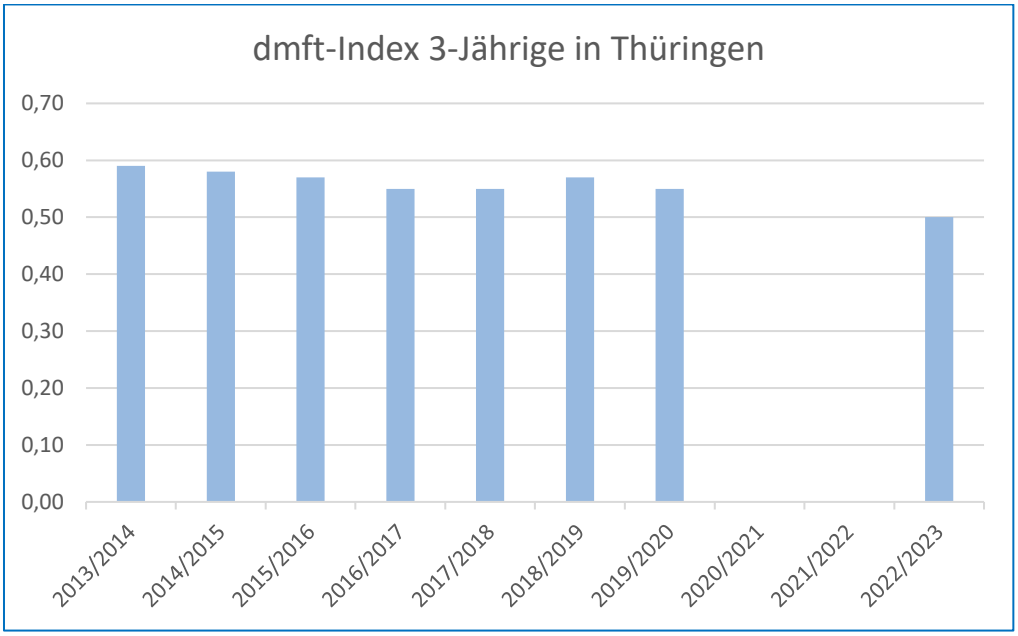


Abb. 16: Darstellung der Kariesverbreitung Dreijähriger im Untersuchungszeitraum

3.2.2.2 Sechsjährige

Die Daten für diese Altersgruppe wurden sowohl im Kindergarten als auch in der Schule erfasst. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Untersuchungsquote zwischen 65,2 % (2022/23) und 82,2 % (2013/14) der in den Einrichtungen gemeldeten Kinder.

Die Anzahl der Kinder mit naturgesunden Gebissen erhöhte sich von 50,4 % zu Beginn des Beobachtungszeitraums auf 57,7 % im Untersuchungsjahr 2022/23. Sanierte Milchgebisse wiesen zu Beginn der 10-Jährigen Untersuchungsspanne 31,8 % der Kinder auf. Dieser Wert verringerte sich kontinuierlich auf 28,0 % im Schuljahr 2022/23. Der Anteil behandlungsbedürftiger Milchgebisse verringerte sich im Untersuchungszeitraum leicht von 17,8 % auf 14,3 % (Abb.17).

Die Kariesverbreitung im Milchgebiss zeigte dmft-Werte zwischen 1,97 zu Beginn und 1,70 am Ende der Beobachtungszeit, wobei die Werte über den Jahresverlauf sehr heterogen ausfielen.

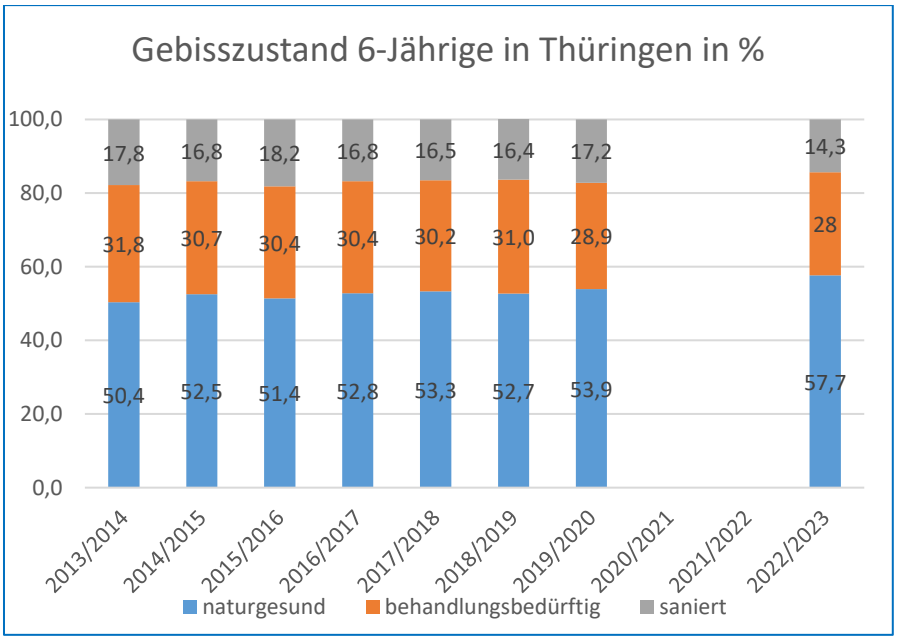


Abb. 17: Sechsjährige mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Milchgebissen (Sanierungsstand)

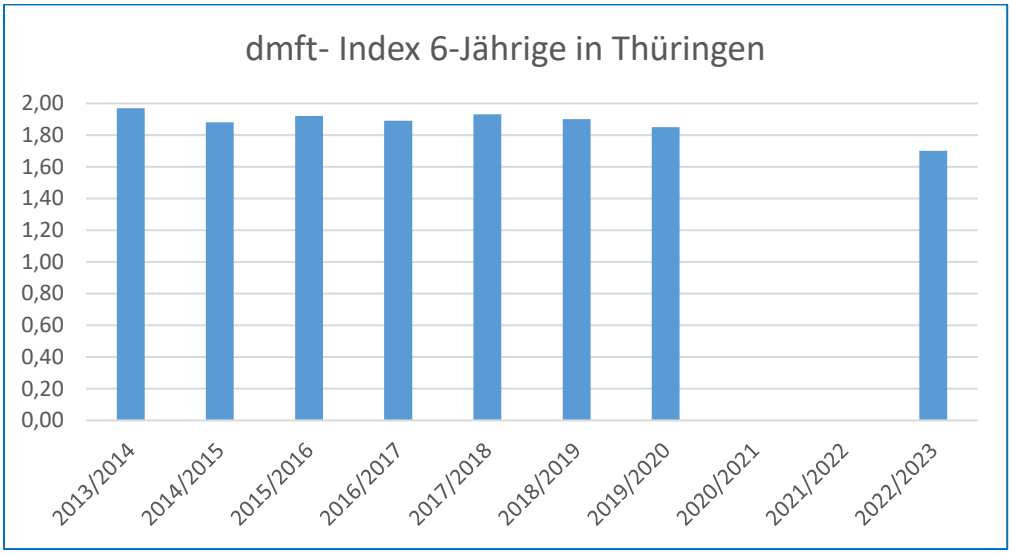


Abb. 18: Darstellung der Kariesverbreitung Sechsjähriger im Beobachtungszeitraum

3.2.2.3 Zwölfjährige

Die folgenden Ergebnisse für die Zwölfjährigen beziehen sich auf die Befunde von 51,8 % (2022/23) bis 79,9 % (2013/14) der in den jeweiligen Einrichtungen gemeldeten Schüler, die in den jährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Untersuchungszeitraum von 2013 bis 2023 berücksichtigt wurden.

Der Anteil von Schülern mit naturgesunden bleibenden Gebissen stieg im Beobachtungszeitraum von 73,6 % (2013/14) auf 76,7 % (2022/23) an. Ca. 18 % der Zwölfjährigen galten 2013/14 als saniert. 2022/23 waren dies 13,5%. Der Anteil behandlungsbedürftiger bleibender Gebisse schwankte zwischen 8,2 % im Schuljahr 2013/14 und maximal 11,0 % im Schuljahr 2019/20.

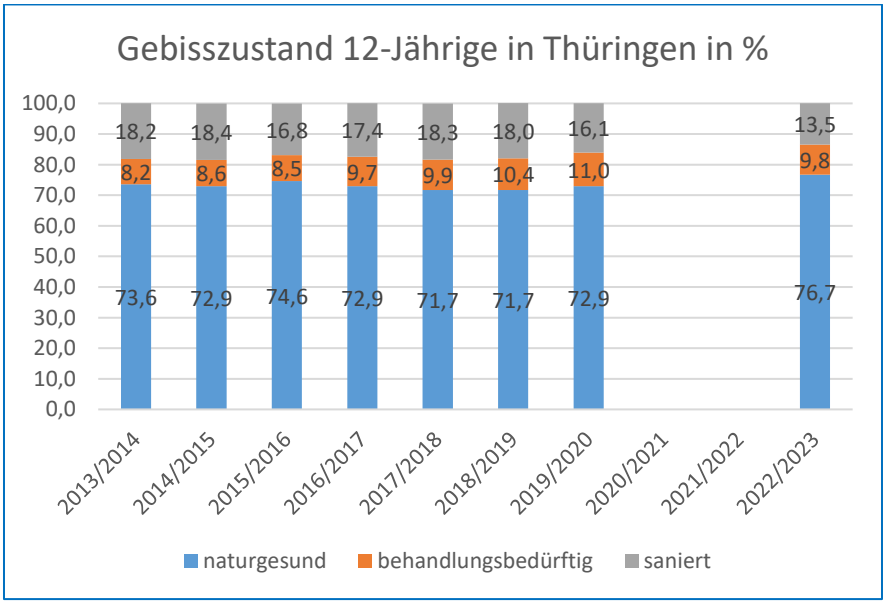


Abb. 19: Zwölfjährige mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen bleibenden Gebissen (Sanierungsstand) seit 2013/14

Die Kariesverbreitung war im 10-jährigen Beobachtungszeitraum gering und schwankte zwischen 0,54 (2013/14) und 0,50 (2022/23).

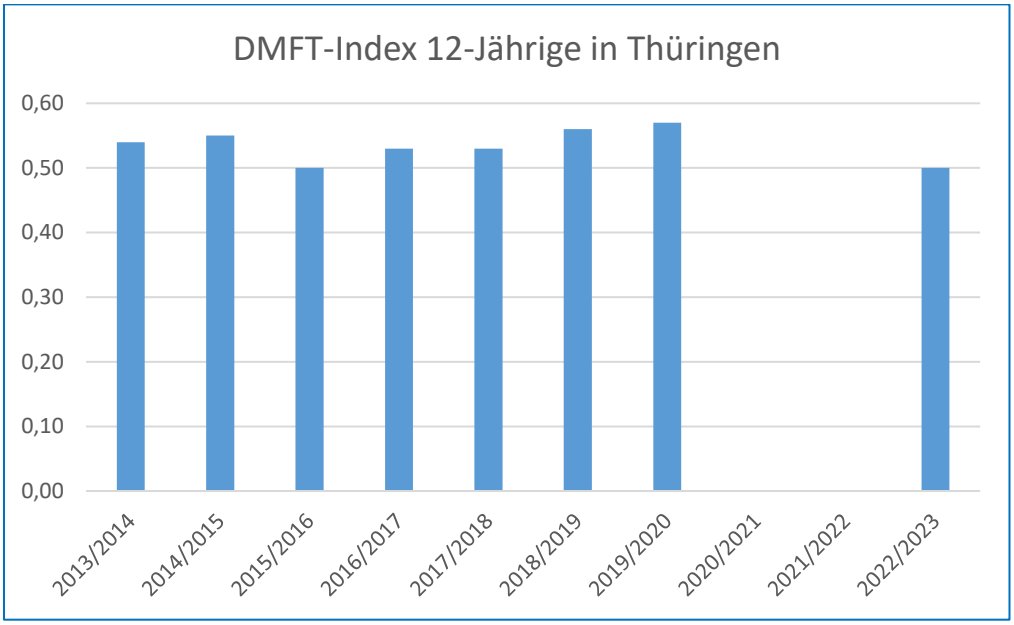


Abb. 20: Darstellung der Kariesverbreitung Zwölfjähriger im Untersuchungszeitraum

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Gesundheitsförderung ist längst zu einem Schlüsselelement staatlicher Verantwortung in vielen Ländern geworden seit der kanadische Gesundheitsminister 1974 ein entsprechendes Dokument zur Gesundheit der kanadischen Bevölkerung veröffentlichte (6). Dies war der Beginn einer staatlichen Gesundheitsförderung, die heute durch zahlreiche Projekte auf unterschiedlichen Ebenen realisiert und finanziert wird. Wichtig ist dabei immer, dass diese Projekte effektiv und effizient sind, weshalb sie regelmäßig evaluiert werden müssen. Genau diesem Anliegen entspricht der vorgelegte 3. Evaluierungsbericht über die Gruppenprophylaxe in Thüringen. Dieses Präventionsprogramm ist sehr komplex, basiert auf gesetzlicher Grundlage (7) und der Interaktion verschiedener Akteure, wie in vorangegangenen Kapiteln dargelegt. Demzufolge erfolgte auch die Evaluierung wieder mehrschichtig, wobei die Methode sich in weiten Teilen an den vorangegangenen Berichten orientierte, indem Arbeitszeitprofilaufzeichnungen, Interwies, Untersuchungen zum Leistungsprofil gruppenprophylaktischer Tätigkeit und die Analyse der Mundgesundheit im Jahr 2023 im Vergleich zu 2013 durchgeführt wurden.

Leider gibt es nach wie vor keine Empfehlung übergeordneter Organe zum Finanzierungskonzept derartiger Evaluationsberichte, was zur Folge hat, dass eine Evaluation aller, zur berücksichtigenden Parameter seitens der LAGJTh e.V. nicht erfolgen konnte (8). Für die künftige Entwicklung oder Anpassung von Mundgesundheitsprogrammen auf nationaler und territorialer Ebene muss es den politisch Verantwortlichen bewusst sein, dieses Anliegen zu unterstützen.

Die dafür laut WHO vorgesehenen Kosten sollten ca. 10 % vom gesamten Prophylaxeprogramm betragen (9), konnten aber für die aktuelle Evaluation nicht bereitgestellt werden. Diese

Problematik ist bisher ungelöst und sollte im Planungsprozess, bei der Durchführung und Auswertung der Evaluation des nächsten Berichtes bereits im Voraus geklärt werden.

Die aktuelle Evaluierung hat sowohl positive als auch negative Veränderungen ergeben. Positiv ist z. B. die Tatsache, dass gegenwärtig eine nahezu flächendeckende Umsetzung des Mundhygieneprogramms im Sinne des § 21 SGB V im Thüringer Kita-Bereich Realität ist. Lediglich 8 Kitas wurden nicht durch Gruppenprophylaxe betreut, weil die Einrichtungen dies aus strukturellen und/oder personellen Gründen nicht realisieren konnten. Im letzten Evaluationszeitraum waren dies noch 17 Einrichtungen. Erfreulicherweise konnte auch die Zahl der Prophylaxefachkräfte von 16 auf 20 erhöht werden. Dadurch war eine Betreuung von vorher unbetreuten Einrichtungen aufgrund mangelnder Patenzahnärzte durch die PF möglich. Im Untersuchungszeitraum wurden 898 Einrichtungen von angestellten Prophylaxefachkräften bzw. ergänzend durch Mitarbeitende des ÖGD und 439 durch Patenzahnärzte betreut.

Die bereits im letzten Bericht dokumentierte Umverteilung der Betreuung vom Patenzahnarzt zur Prophylaxefachkraft hat sich auch im jetzigen Untersuchungszeitraum fortgesetzt. Um einen größeren Anreiz für die Patenschaftsübernahme durch Zahnarztpraxen zu schaffen, wurden kürzlich die Honorare der Patenschaftszahnärzte entsprechend der jeweiligen Einrichtungsgröße angepasst. Inwieweit sich dies auf die künftige Beteiligung von Zahnärzten an der Gruppenprophylaxe auswirkt, bleibt abzuwarten.

Die Evaluation der PZA-Tätigkeit ergibt Handlungsbedarf bei der Aufklärung von Eltern. Ebenso sind kommunikative Verbesserungen möglich. Ausleih-Material für PZA sollte transparenter in den Arbeitskreisen gelistet werden, z. B. mit Kurzbeschreibung. Fortbildungen der LAGJTh e. V. könnten über mehrere Kanäle angekündigt werden, damit alle Interessierten erreicht werden. Bürokratieabbau sowie die Vergütung der Patenschaften sind gewünscht.

Ein sehr einschneidendes Ereignis im letzten Untersuchungszeitraum (2013/14 bis 2022/23) war die weltweite Corona-Pandemie. Während der Zeit von 2020 bis 2022 waren Schulen und Kitas nahezu vollständig geschlossen, die Gruppenprophylaxe brach fast vollständig zusammen, was sich natürlich auf allen Ebenen des Programms negativ auswirkte.

In Kindergärten und Schulen gab es Betretungsverbote und strengste Hygieneregeln über längere Zeiträume. Der Personalbedarf in den Gesundheitsämtern zur Pandemiebewältigung war enorm, so dass die Akteure ihre Aufgaben während und auch in Folge der Pandemie kaum wahrnehmen konnten. Für die Pandemiebewältigung wurde das gesamte zahnmedizinische Personal im ÖGD auch bis weit nach der Pandemie gebunden und damit blieben originäre Aufgaben vernachlässigt. Zur Personalsituation kann man nun einschätzen, dass die geforderte Aufstockung nicht überall erfolgte und zahlreiche Aufgaben der Gesundheitsämter auch im zahnmedizinischen Bereich verortet blieben.

Die Prävention frühkindlicher Karies ist und bleibt ein Schwerpunktanliegen. Ein früher Beginn der Beratung von Sorgeberechtigten durch Multiplikatorenarbeit im Bereich Hebammen, Tagesmütter und Frühe Hilfen ist wichtig, um Trink- und Ernährungsgewohnheiten von Anfang an zu lenken und das Zähneputzen ab dem ersten Zahn zu etablieren. Das Setting Kita kann anschließend für die Verwirklichung mundgesundheitlicher Chancengleichheit von herausragender Bedeutung sein. Gesundheitsförderliche Impulse müssen im Kita-Alltag aufgegriffen und verstetigt werden, wie bspw. durch das tägliche Zähneputzen in den Einrichtungen (5). Hierbei sind vor allem die vulnerablen Gruppen aus sozial schwachen und Familien mit Migrationshintergrund hervorzuheben, da die Kindertagesstätte für diese Kinder oftmals die einzige Möglichkeit ist, um Wissen über Hygiene zu entwickeln und zu erweitern.

Nach der Pandemiebewältigung lief die Gruppenprophylaxe nur zögerlich und unterschiedlich in den Arbeitskreisen an. Die Befragungen ergaben, dass in mehr Einrichtungen die täglichen Zahnputzübungen eingestellt wurden. Die dafür genannten Gründe sind zahlreich und vielfältig. Sie liegen im zu geringen Personal, in hygienische Bedenken, negativen Einstellungen des Personals und der Eltern usw. Ein Abbau dieser Misere ist oftmals sehr schwierig, da es häufig strukturelle/ personelle Gründe sind, die allein durch die Akteure der Gruppenprophylaxe nicht bewältigt werden können. Erwähnenswert sind dabei sogenannte Brennpunkteinrichtungen, oft auch mit hohem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund. Hier bedarf es konzeptioneller Handlungsstrategien, die auf einfache bildhafte Sprache gegenüber Kindern und Sorgeberechtigen abzielt, die oft andere kulturelle Gegebenheiten betreffs Hygieneverhalten, Ernährung kennen. Es ergibt sich daraus auch Handlungsbedarf bei der Aufklärung von Eltern, bei der Kommunikation mit den Erziehern einerseits aber auch andererseits in der Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskreisen und der Geschäftsstelle, wenn es um Fortbildungen, Materialbereitstellung usw. geht.

Das Zusammenfließen aller Bausteine (Mundhygiene, Fluoridierung, Ernährungsberatung, zahnärztliche Reihenuntersuchung) und ihre kontinuierliche Anwendung der festgelegten Impulse durch die Akteure (PZF, Patenzahnärzte, Zahnärzte im ÖGD) in einem zahnärztlichen Präventionsprogramm beeinflussen die Mundgesundheit nachhaltig positiv.

Damit wird die nach objektiven Kriterien erhobene Mundgesundheit zur entscheidenden und wichtigsten Variablen in der Evaluation der Gruppenprophylaxe. Insgesamt zeigt ein erster allgemeiner Überblick in allen Altersgruppen eine leichte Verbesserung der Mundgesundheit hinsichtlich kariesfreier Gebisse. Einschränkend muss allerdings betont werden, dass die Untersuchungsrate im Jahr 2023 weit unter den Werten der letzten Evaluierung blieb. So wurden 2013/14 zwischen 70 und 91 % der Kinder untersucht, während es 2022/23 nur 61-39 % waren.

Für die Erhebung von Mundgesundheitsdaten ist die Betrachtung der Häufigkeiten der Untersuchungen des ÖDG in den Einrichtungen relevant. Die Priorisierung der vulnerablen Gruppen sowie der Förderschulen war bis ins Schuljahr 2015/16 vorbildlich erreicht worden. Leider war die Betreuung dieser Einrichtungen mit hohem Kariesrisiko rückläufig. Untersuchungen durch die Zahnärzte des ÖGD erreichten zu Pandemiezeiten aus o.g. Gründen nahezu einen Nullpunkt. Auch im ersten, größtenteils regulär verlaufenden Schuljahr 2022/23 ist die gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Thüringen bei Weitem noch nicht wieder auf dem Niveau von vor der Pandemie. Besonderer Handlungsbedarf besteht auch hier wiederum in Förderschulen. Alle Einrichtungsarten in allen Altersgruppen waren schlechter versorgt. Im Zuge des ÖGD-Stärkungsgesetzes sollte die Möglichkeit bestehen, die gruppenprophylaktische Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Thüringen deutlich zu erhöhen und wieder auf das Niveau vom Schuljahr 2013/14 zurückzukehren.

In Teilen waren die Akteure in den Ämtern noch fachfremden Aufgaben zugeteilt. In der Gruppenprophylaxe sind vulnerable Gruppen priorisiert. Leider muss festgestellt werden, dass gerade die Förderschulen auch nach Beendigung aller Pandemiemaßnahmen deutlich unterversorgt waren, insbesondere im Vergleich zu Schuljahren vor der Pandemie. Auch sind Impulse in weiterführenden Schulen noch im Schuljahr 2022/23 eher die Ausnahme gewesen.

Ähnlich zeigt sich die Situation bei der Betrachtung der Anzahl der Kinder, die jeweils durch die Vorsorgeuntersuchung des ÖGD erreicht wurden. Auch hier ließ über die Jahre die Versorgung der größeren Kinder, Kinder in Kindergärten und in den Förderschulen kontinuierlich nach, wobei in Grundschulen länger, relativ stabil untersucht werden konnte. Mit der Pandemie brachen diese Zahlen mitunter völlig ein. Im ersten Schuljahr nach der Pandemie begann die

Wiederaufnahme der originären Aufgaben des ÖGD und es wurden wieder mehr Kinder untersucht. Trotz der Verbesserung der personellen Situation im ÖGD wurden Thüringer Vorgaben nicht vollständig umgesetzt, da im Vergleich zum letzten Evaluationszeitraum Aufgabeninhalte, wie Datenschutz, bürokratische Herausforderungen, etc. zu wenig Berücksichtigung fanden.

Insgesamt lässt sich für den Schulbereich folgendes sagen: Anzustreben sind hier wieder zwei jährliche Impulse inklusive des Angebots der Fluoridapplikation in den Risikoeinrichtungen sowie eine Untersuchung pro Schuljahr.

Bei der detaillierten Betrachtung des Gebisszustandes 3-Jähriger im 10 Jahreszeitraum gab es nur einen geringen Anstieg naturgesunder Gebisse, sodass man eher von einer Stagnation als von einer Verbesserung ausgehen muss. Die Zielvorgabe der Bundeszahnärztekammer von mindestens 90 % bis 2030 ist noch längst nicht erreicht.

Die Kariesprävalenz betrug 2013/14 0,59 dmft und verringerte sich geringfügig auf 0,5 dmft im Jahr 2022/2023. Nach den Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer sollte dieser Wert bis 2030 auf 0,4 reduziert werden. Damit ist und bleibt die sogenannte frühkindliche Milchzahnkaries ein immer noch ungelöstes Problem (10). Im Fokus der Prävention müssen dabei vor allem die besonders vulnerablen Gruppen in Kitas stehen, bei denen auch der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse den allgemeinen Durchschnitt überragt.

Die ungenügende kariesepidemiologische Entwicklung im Milchgebiss setzte sich bis in die Altersgruppe der 6-Jährigen fort. Allerdings lautet die Zielvorgabe in dieser Altersgruppe 80 % Kariesfreiheit, was die Untersuchungsdaten für Thüringen mit 57,7 noch nicht belegen. Dies gilt ebenso für den durchschnittlichen dmft-Wert der bis 2030 1,5 betragen soll und derzeit bei 1,7 liegt.

Bei den 12-Jährigen sieht die epidemiologische Situation günstiger aus. Kariesfreie Gebisse hatten ca. 74 bis 77 % aller Untersuchten. Der DMFT Wert schwankte zwischen 0,54 und 0,5. Damit hat die Kariesverbreitung bereits gegenwärtig die Zielvorgabe von 0,5 DMFT bis zum Jahr 2030 erreicht. Allerdings muss versucht werden, die Kariesfreiheit um weitere 10 % zu erhöhen, wenn das Ziel von 90 % bis 2030 erreicht werden soll. Für Thüringen wäre wünschenswert, dass die Bundesziele zur Mundgesundheit Übertragung in den Prozess der Landesgesundheitskonferenz finden und dann in der Folge Verbindlichkeit erlangen. Dazu gilt es, Politik, Träger und Eltern in die Pflicht zu nehmen.

Um den genannten Zielen näher zu kommen, müssen weitere multifaktoriellen Einflüsse auf die Gruppenprophylaxe betrachtet werden (11). Es sind insbesondere die Veränderungen in den Settings, die wiederum maßgeblich Einfluss auf die Ausübung der Gruppenprophylaxe haben. Dabei geht es um Nachwirkungen der Pandemie, die sich merklich auf die Umsetzung des gruppenprophylaktischen Programmes auswirkten. Wichtig ist, das tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta in allen Kindergärten zu erhalten bzw. wieder neu zu etablieren. Das setzt voraus, dass sich die Akteure der Gruppenprophylaxe mit den sich verändernden konzeptuellen Gegebenheiten auseinandersetzen und gemeinsam mit den Erziehern/Pädagogen entsprechende Handlungsstrategien entwickeln. Bei hohem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen gilt es Barrieren (kulturell, sprachlich) mit entsprechenden Materialien und Impulsangeboten bildhaft oder in leichter Sprache abzubauen. Informationen für Eltern sollen in gängigen Fremdsprachen erarbeitet werden. Nicht zu vergessen sind dabei, die personellen Anforderungen. Sowohl in den Settings selbst als auch auf der Seite der Prophylaxeakteure gilt es wachsendem Fachkräftemangel entgegenzutreten. So bleibt es Ziel, bei Thüringer Untersuchungs- und Betreuungsraten das Niveau vor der Pandemie wieder

zu erlangen. Hilfreich kann dabei der technische Fortschritt durch digitale Angebote, wie bspw. Informationen mittels Internet, Kita-App und scanbaren QR-Codes genutzt werden.

Auch die Auseinandersetzung mit veränderlichen Einrichtungskonzepten und Strukturen, Aspekte des Datenschutzes, des Kinderschutzes, Verpflegungssituationen, Öffentlichkeitsarbeit, usw. bleibt allgegenwärtig und gehören weiter bei der Strategieentwicklung berücksichtigt.

Interessant wäre im Rahmen einer nachfolgenden Evaluation das Studiendesign auf den Schulbereich auszudehnen (Arbeitsprofil, Befragung von Lehrkräften und Prophylaxeakteuren), um auch dort die vielfältigen Einflussfaktoren analysieren zu können.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Ergebnisse der 3. Evaluation der Gruppenprophylaxe in Thüringen, die 2023 durchgeführt wurde und liefert einen Vergleich mit der vorangegangenen Evaluation 2013/14. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, waren die methodischen Schritte nahezu unverändert mit denen der Vorgängerstudien. Dabei handelte es sich bei der Prozessevaluation um Untersuchungen zum Arbeitsprofil der Prophylaxefachkräfte, um Befragungen der Patenzahnärzte und Untersuchungen zum Leistungsprofil gruppenprophylaktischer Tätigkeit.

Bei der Ergebnisevaluation ging es um Befragungen der Erzieher/ Pädagogen, um Interviews mit Akteuren der Gruppenprophylaxe und schließlich um die Analyse der Mundgesundheitsentwicklung der Altersgruppen 3-Jährige, 6-Jährige und 12-Jährige zwischen 2013/14 und 2022/23.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation belegen einen positiven Anstieg der Prophylaxefachkräfte von 16 auf 20 im Jahr 2022/23. Andererseits nahm die Anzahl der Patenzahnärzte ab, wodurch sich der Anteil betreuter Einrichtungen leider verringerte. Die Hauptursache lag im Rückgang der Zahnarztdichte allgemein infolge der demografischen Entwicklung.

Die durchschnittliche Verteilung der Arbeitszeit zeigt, dass die Prophylaxefachkräfte, die zwischen 26,0 und 32,2 Wochenstunden arbeiten, lediglich ca. 35 % in der Kita tätig sind, ein Minus von knapp 10 % gegenüber dem Jahr 2013. Insgesamt äußerten sie aber eine hohe Arbeitszufriedenheit und galten als hochmotiviert für ihre mundgesundheitsfördernde Tätigkeit. Ein einschneidendes Momentum für die Durchführung der Gruppenprophylaxe war die Covid-Pandemie, während 2020 bis 2022, in der das öffentliche Leben nahezu zusammenbrach und alle Einrichtungen geschlossen wurden. Eine immer noch leicht eingeschränkte Normalität trat erst wieder im Schuljahr 2022/23 ein, als die Gruppenprophylaxe wieder stattfand, allerdings nicht in dem Umfang wie vor der Pandemie. Nachteilig auf den Ablauf der Gruppenprophylaxe haben sich die geänderten Konzepte in den Kitas mit weniger Mitarbeitern ausgewirkt, wodurch eine ständige Anpassung des Programms erforderlich war und bleibt. Die Befragungen ergaben, dass in mehr Einrichtungen die täglichen Zahnputzübungen eingestellt wurden. Waren es 2012/2013 noch nahezu 100 % der Thüringer Einrichtungen, in denen täglich das Zähneputzen stattfand, sank dieser Anteil bis 2022/2023 auf knapp 85 %. Die Gründe dafür sind zahlreich und vielfältig. Sie liegen im zu geringen Personal, in hygienische Bedenken, negativen Einstellungen des Personals, der Eltern usw. Ein Abbau dieser Misere ist oftmals sehr schwierig, da es häufig strukturelle/ personelle Gründe sind, die allein durch die Akteure

der Gruppenprophylaxe nicht bewältigt werden können. Erwähnenswert sind dabei sogenannte Brennpunkteinrichtungen, oft auch mit hohem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund. Hier bedarf es konzeptioneller Handlungsstrategien, die auf einfache bildhafte Sprache gegenüber Kindern und Sorgeberechtigen abzielt, die oft andere kulturelle Gegebenheiten betreffs Hygieneverhalten, Ernährung kennen. Es ergibt sich daraus auch Handlungsbedarf bei der Aufklärung von Eltern, bei der Kommunikation mit den Erziehern einerseits aber auch andererseits in der Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskreisen und der Geschäftsstelle, wenn es um Fortbildungen, Materialbereitstellung usw. geht.

Die jährlichen Erhebungen der Mundgesundheitsdaten durch den ÖGD fanden während der Pandemie nicht statt, da das Personal zu einem hohen Anteil zur Bekämpfung der Pandemie eingesetzt wurde, was noch bis zum Erhebungsdatum 2022/23 teilweise anhielt. Damit verbunden war auch eine Abnahme in der Versorgung der Schulen und der Priorisierung der vulnerablen Gruppen sowie der Förderschulen mit hohem Kariesrisiko.

Alle Einrichtungsarten in allen Altersgruppen waren schlechter versorgt. Durch Personalanpassung im Bereich des ÖGD besteht die Möglichkeit, die gruppenprophylaktische Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Thüringen deutlich zu verbessern und wieder auf das Niveau vom Schuljahr 2013/14 zurückzukehren**.** Es sollten künftig im Schulbereich wieder zwei jährliche Impulse, inklusive des Angebots der Fluoridapplikation in Risikoeinrichtungen stattfinden. Für den Bereich der Förderschulen gilt dies im besonderen Maße. Im Grundschulbereich sollte die jährliche Untersuchung umgesetzt werden, in weiterführenden Schulen zumindest in den Kernzielgruppen (12, 15-Jährige).

Die geschilderten Angaben aus der Prozess- und Ergebnisevaluation zeigten ihre Auswirkungen auch auf die Mundgesundheit der 3-, 6- und 12-Jährigen. Zwar haben sich manche Werte geringfügig verbessert, insgesamt aber kann man eher von einer Stagnation sprechen. Als Zielvorgabe für die Mundgesundheit sollten die Ziele der Bundeszahnärztekammer bis 2030 gelten. Bevorzugte Altersgruppe sind nach wie vor die 3-Jährigen, bei denen die frühkindliche Karies im Fokus der Prävention stehen muss.

Abschließend sollte betont werden, dass die Herausforderungen für eine kontinuierliche Gruppenprophylaxe, wie sie im Paragraph 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt und in der Richtlinie zur Umsetzung der Basis- und Intensivprophylaxe in Thüringen festgeschrieben ist, nicht kleiner, sondern eher gewachsen sind. Alle Akteure müssen sich dessen bewusst und für eine ständige Anpassung an die sich verändernden Rahmenbedingungen bereit sein.

Neue Möglichkeiten im digitalen Bereich, der Einsatz von KI und anderer Tools dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden.

6 Abbildungsverzeichnis

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

Abb. 2: Durchschnittliche Verteilung der Arbeitszeitanteile der PF

Abb. 3: Gegenüberstellung der differenzierten Gesamtarbeitszeit von 2013 und 2023

Abb. 4: Einschätzung der Zusammenarbeit mit der KitaAbb.5: Einschätzung der Zusammenarbeit mit der Kita

Abb. 6: Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Eltern

Abb. 7: Gesamtübersicht Zufriedenheit PZÄ 2023

Abb. 8: Einschätzung des Putzverhaltens der Kinder durch die PZÄ

Abb. 9: Art der Frühstücksversorgung nach Einschätzung durch die PZÄ Vgl. 2013 zu 2023

Abb. 10: Betreuungsimpulse im Betrachtungszeitraum 2013 bis 2023

Abb. 11: Maximaler Betreuungsimpuls im Befragungszeitraum

Abb. 12: ÖGD-Vorsorgeuntersuchung (ÖGD-VU) im Betrachtungszeitraum 2013 - 2023

Abb.13: Gereichte Getränke in Kindergärten

Abb.14: Einschätzung von Einrichtungsleitungen zur Qualität der Gruppenprophylaxe

Abb.15: Dreijährige mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen (Sanierungsstand)

Abb.16: Darstellung der Kariesverbreitung Dreijähriger im Untersuchungszeitraum

Abb. 17: Sechsjährige mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Milchgebissen (Sanierungsstand)

Abb.18: Darstellung der Kariesverbreitung Sechsjähriger im Beobachtungszeitraum

Abb.19: Zwölfjährige mit naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen bleibenden Gebissen (Sanierungsstand) seit 2013/14

Abb.20: Darstellung der Kariesverbreitung Zwölfjähriger im Untersuchungszeitraum

7 Literatur

1 www.who.int, 2023

2 DAJ: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016

3 Treuner, A und Splieth CH: Gebissdestruktion im Kleinkindalter – Frühkindliche Karies – Fakten und Prävention. Zahnärztliche Mitteilungen. 2014; 17:44-51.

4 IDZ Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) Jordan.A, Micheelis. W, 2016

5 Ziller et al.2021, Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030, IDZ, Bundesgesundheitsblatt, https//doi.org/10.1007/s00103-021-03359-0

6 Lalonde, M. A new perspective in the health of Canadiens: a working document. Ottwawa, Canada Inforrmation, 1974

7. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. (DAJ): Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach nach §21, SGB V vom 15.06.1993, zuletzt geändert 20.06.2000

8. Petersen, PE: World Health Organisation global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. Int. Dent J. 58 (2008) 3, 115 – 21

9. WHO: Oral Health Database, 2015: https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/Global-DMFT-for 12-year-olds-2011/

10. Ewless, L.; Simnet, I.: Promoting Health.A practical guide, Bailliere Tindall, 2003

11. Zimmer, Stefan: Kariesprophylaxe als multifaktorielle Präventionsstrategie Habilschrift aus dem Zentrum für Zahnmedizin, Abt. für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin Humboldt-Universität zu Berlin 2000

8 Anhang

1 Fragebogen PZA

Befragung von Patenzahnärzten in Thüringen zur Evaluierung der Tätigkeit in Kindertagesstätten 2023

1. Seit _____ sind Sie Patenzahnarzt/-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**	**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- und 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 Patenschaftszahnarzt 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 Patenzahnarzt in Ihrer Praxis organisiert? Wer macht was?

_____

8. Möchten Sie uns noch etwas sagen – bitte benutzen Sie dafür gern auch die Rückseite

_____

Herzlichen Dank für Ihr Engagement als Patenzahnarzt und

natürlich für Ihre Unterstützung bei diesem Fragebogen!

2 Erfassungsbogen / Mitarbeitermatrix PF

LANDESARBEITS-GEMEINSCHAFT JUGENDZAHNPFLEGE THÜRINGEN e.V.

Formular: Erfassungsbogen / Prophylaxefachkraft für Gruppenprophylaxe

DAM F 01

Name der Prophylaxefachkraft: _____ **Arbeitskreis:** _____

Anz. betreute Einrichtungen im Schuljahr_____/_____: _____

Anz. gemeldeter Kinder:

Monat: _____ **Kita**

Tag	Statistik		Prophylaxeimpulse				Zähne-putzen	Ernähr.-Ber.	Fluoridierungsmaßnahmen					Beratungen				andere Aktiv.
	betreute Gruppen Anzahl	gemeldete Kinder Anzahl	1. Imp.	2.Imp.	3.Imp.	4.Imp.			Gelee	Fluid	Lack*	Risiko-betreuung	Präventiv-betreuung	Eltern (Einzelber.)	Erzieher	Eltern-abend	geren-/ Mütter Mütter-Ber.	
Summe																		

Behinderteneinrichtungen farbig kennzeichnen!

Übersicht / Stichprobenmonat (22 TAGE ohne Urlaub):

Arbeitskreis(e): Name PF: wöchentl. Arbeitszeit:

Erhebung für Matrix PF der LAG								
Name/ Ort Einrichtung	Risiko	Kinderzahl	Gruppen	Fahrzeit in Minuten	Vorbereitung in Minuten	Zeit in Kita in Minuten	Nachbereitung in Minuten	Sonst.Aufgaben/ Was Zeit in Minuten

3 Kita-Fragebogen

Evaluierung der Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten (KiTa)

1. In unserer Einrichtung werden insgesamt ____ Kinder aufgeteilt auf ____ Gruppen betreut.

2. Bitte kreuzen Sie die Aussagen ihre Einrichtung betreffend an (mehrere Antworten mögl.)

◯ Stadtlage ◯ in ländlicher Gegend gelegen

◯ Migrationshintergrund ____% d. Kinder ◯ zahnärztlicher Kinderpass ist bekannt

3. Welche Getränkeversorgung gibt es für die Kinder?

◯ Wasser ◯ ungesüßter Tee ◯ leicht gesüßter Tee

◯ Fruchtsaftschorle ◯ andere: _____

4. Welche Verpflegungsart wird in der Einrichtung angeboten?

◯ Vollverpflegung ◯ Mittagessen ◯ Sonstige:_____

5. Bitte schätzen Sie die Mundgesundheit der Kinder Ihrer Einrichtung ein

	stimmt	stimmt teilweise	stimmt nicht	Weiß nicht
nahezu alle Kinder haben gesunde Zähne	◯	◯	◯	◯
in unserer KiTa besteht ein erhöhtes Kariesrisiko	◯	◯	◯	◯

6. Wie viele Kinder haben Probleme mit den Zähnen?

◯ bis 3 % der Kinder ◯ 4 -10% der Kinder ◯ > 10 % der Kinder

6. a Kommen diese Kinder vorrangig aus schwierigen sozialen Verhältnissen?

◯ ja ◯ nein

7. In unserer Kindertagesstätte findet seit _____ zahnmed. Gruppenprophylaxe statt, welche pro Jahr ca. _____ Aktionen umfasst und durchgeführt wird von

◯ einer Prophylaxefachkraft ◯ einem Patenzahnarzt ◯ dem Öffentl. Gesundheitsdienst (ÖGD)

◯ in unserer KiTa findet keine zahnmed. Gruppenprophylaxe statt

8. Bitte bewerten Sie diese Aussagen über die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe

	stimmt	stimmt teilweise	stimmt nicht
Erzieher*innen beteiligen sich unterstützend	◯	◯	◯
Aktionen werden im Kinderpass dokumentiert	◯	◯	◯

Die Inhalte der Aktionen sind:

altersgerecht	◯	◯	◯
motivierend	◯	◯	◯
pädagogisch durchdacht	◯	◯	◯

9. Wie reagieren die Kinder auf folgende Programminhalte?

	viel Interesse	etwas Interesse	kein Interesse
Zahnputzdemonstrationen	◯	◯	◯
gemeinsame Putzübungen	◯	◯	◯
Besuche in Zahnarztpraxen	◯	◯	◯
Zahnärztliche Untersuchung	◯	◯	◯

10. Wie schätzen Sie die Qualität des Mundgesundheitsprogrammes ein?

◯ sehr gut ◯ gut ◯ befriedigend ◯ unzureichend

10.a Was würden Sie am Programm verändern?

_____

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

◯ ja, in den Altersgruppen: _____ Tageszeit: _____

◯ nein, weil: ◯ unzureichende räumliche Voraussetzungen (z.B. Anzahl der Waschräume)

◯ unzureichende personelle Voraussetzungen

◯ gemeinsames Zähneputzen gehört nicht zum Konzept der KiTa

◯ Zähneputzen in der KiTa ist nicht effizient

◯ Ablehnung durch die Eltern

◯ Sonstiges, und zwar _____

12. Wer ist für die Zahnpflege Ihrer Meinung nach verantwortlich?

◯ Zähneputzen ist Sache der Eltern ◯ Zähneputzen in der Kita ist wichtig

◯ Kind selbst ist in der Verantwortung ◯ Mundhygiene ist Gemeinschaftsaufgabe

13. Kommentare, Anregungen, Kritik... (Bitte zögern Sie nicht, uns mitzuteilen, was Ihnen zum Thema zahnmed. Gruppenprophylaxe und Mundgesundheit am Herzen liegt.)

_____

4 A3-Bogen

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)
Von-Sandt-Straße 9
53225 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)*
Statistikstand: .....

0 - < 3	3 - < 6	6 - < 12	12 - < 16

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

in	Kindergärten[1]	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	Klasse 7-10	Förderschulen[2]/ Behinderten-Einrichtungen[2]

Seite 1

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

1.1. Zahl der durch theoretische und / oder praktische Prophylaxeimpulse[3] (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	Klasse 7-10[4]	Förderschulen[2]/ Behinderten-Einrichtungen[2]
1. Prophylaxeimpuls / Schuljahr					
2. Prophylaxeimpuls / Schuljahr					
3. Prophylaxeimpuls / Schuljahr					
4. Prophylaxeimpuls / Schuljahr					
5. Prophylaxeimpuls / Schuljahr					

© Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) Stand: 6 / 2009

2. Durchführende

2.1 Zahl der für die Gruppenprophylaxe Tätigen *(ZÄ = Zahnärzte[5], ProFaKr = Prophylaxefachkräfte[6])*

	Zahnärztl. Team (Ndgl.)		LAG / AG Team		ÖGD Team	
	ZÄ	ProFaKr	ZÄ	ProFaKr	ZÄ	ProFaKr
2.2 Zahl err. Kinder / Jugendlicher						
	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	Klasse 7-10[4]	Förderschulen[2]/ Behinderten-Einrichtungen[2]

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

in	Kindergärten[1]	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	Klasse 7-10[4]	Förderschulen[2]/ Behinderten-Einrichtungen[2]
a) Untersuchung ohne Gruppenimpuls					
b) Untersuchung mit Gruppenimpuls					

Seite 2

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

in	Kindergärten[1]	Grundschulen bis 4. Klasse	(weiterführende) Schulen Klasse 5 / 6	Klasse 7-10[4]	Förderschulen[2]/ Behinderten-Einrichtungen[2]

3.4 Zahl erreichter Jugendlicher mit Themen und Materialien / Medien des "be-küssed" Konzeptes[4]

		Klasse 7	Klasse 8	Klasse 9	Klasse 10
in					
davon in	Hauptschule				
	Real-/Gesamts.				
	Gymnasium				
	Förderschule				

© Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ)

Stand: 6 / 2009

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				

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]

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					

Seite 3

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

a. Anzahl Einzelberatungen	b. Anzahl Gruppenberatungen	Zahl erreichter Personen *(a + b)*

4.5 Sonstige öffentlichkeitswirksame Aktionen, die nicht unter 4.1 - 4.4 aufgeführt sind

(Aktivitäten bitte auf Anlageblatt aufführen)

Zahl der Aktivitäten	Zahl erreichter Kinder / Jugendlicher	Zahl erreichter Multiplikat. / Eltern

[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

© Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) Stand: 6 / 2009

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
Dr. Kathrin Limberger
Dr. Julia Timpel

Veröffentlichung online: www.jugendzahnpflege-th.de/evaluierung

Nachdruck nur mit Quellenangabe, Belegexemplar erbeten.

Erfurt, im Dezember 2025

LANDESARBEITS-
GEMEINSCHAFT
JUGENDZAHNPFLEGE
THÜRINGEN E.V.

Landesarbeitsgemeinschaft
Jugendzahnpflege Thüringen
Barbarossahof 16
99092 Erfurt
Tel. 0361 7432 114
www.jugendzahnpflege-th.de