

Bericht	Drucksache-Nr.:
der Kreisverwaltung Bad Segeberg	DrS/2019/111
öffentlich	

Fachdienst FB Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit

Datum: 15.05.2019

Beratungsfolge:

Status	Sitzungstermin	Gremium
Ö	13.06.2019	Jugendhilfeausschuss
Ö	02.09.2019	Ausschuss für Ordnung, Verkehr und Gesundheit

Gesundheitsberichterstattung: Zahngesundheit in Kindertagesstätten - Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und einer Fragebogenerhebung

Sachverhalt:

Der Gesundheitsbericht „Zahngesundheit in Kindertagesstätten - Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und einer Fragebogenerhebung“ wurde von der Gesundheitsplanung und dem Zahnärztlichen Dienst erstellt. Die Verwaltung wird in der Sitzung einen kurzen Überblick geben.

Anlage/n:

Zahnbericht Kita 2019

Gesundheitsberichterstattung

Zahngesundheit in Kindertagesstätten -
Ergebnisse der zahnärztlichen
Untersuchungen und einer
Fragebogenerhebung

Impressum:

Fachbereich III Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit

Fachdienst Gesundheit, 53.10

Ansprechpersonen: Dr. Walther, Dr. Emken

Stand: April 2019

Inhaltsverzeichnis

Auf einen Blick.....	5
1 Hintergrund – frühkindliche Zahngesundheit	9
1.1 Prävalenz und Risikofaktoren	9
1.2 Bedeutung von Zahngesundheit im Kindesalter	10
1.3 Prävention	10
1.4 Kindertagesstätten und Kariesprävention	11
1.5 Fragestellung	12
2 Methodik	12
2.1 Zahnärztliche Untersuchungen	12
2.2 Fragebogen-Erhebung	12
3 Ergebnisse.....	12
3.1 Zahnärztliche Untersuchungen	13
3.1.1 Naturgesundes Gebiss.....	13
3.1.2 Behandlungsbedürftiges Gebiss.....	15
3.2 Fragebogen-Erhebung	17
3.2.1 Zähneputzen	17
3.2.1 Getränkeversorgung	18
3.2.2 Frühstück	20
3.2.3 Mittag	23
3.2.1 Zwischenmahlzeit.....	23
3.2.2 Bedeutung Zahngesundheit	24
3.3 Ergebnisse der zahnärztliche Untersuchung und der Fragebogenerhebung ...	26
4 Schlussfolgerungen.....	27
5 Handlungsableitungen.....	28
6 Literatur.....	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Naturgesundes und behandlungsbedürftiges Gebiss der 3-Jährigen und 6-7-Jährigen in Deutschland und Schleswig-Holstein	9
Tabelle 2: Anteil an naturgesunden Zähnen bei Kita-Kindern	14
Tabelle 3: Anteil an Kindern mit Behandlungsbedürftigkeit	16
Tabelle 4: Putzverhalten in der Kita nach Trägerschaft.....	17
Tabelle 5: Gründe für kein Zähneputzen	18
Tabelle 6: Getränke in der Kita	18
Tabelle 7: Art der gestellten Getränke	19
Tabelle 8: Art der mitgebrachten Getränke.....	19
Tabelle 9: Zufriedenheit mit mitgebrachten Getränken	20
Tabelle 10: Frühstücksgestaltung	20
Tabelle 11: Angebotene Lebensmittel zum Frühstück.....	21
Tabelle 12: Mitgebrachte Lebensmittel zum Frühstück	22
Tabelle 13: Zufriedenheit mit dem mitgebrachten Frühstück	23
Tabelle 14: Zufriedenheit mit externem Dienstleister.....	23
Tabelle 15: Angebotene Lebensmittel als Zwischenmahlzeit	24
Tabelle 16: Zuckerfreier Vormittag.....	24
Tabelle 17: Zuckerfreier Kita-Tag.....	25
Tabelle 18: Einfluss auf die Zahngesundheit	25
Tabelle 19: Ausschöpfung des Einflusses auf die Zahngesundheit.....	26
Tabelle 20: Wichtigkeit als Kita einen Beitrag zur Zahngesundheit zu leisten	26
Tabelle 21: Zusammenhang zwischen naturgesunden Zähnen und Kita-Trägerschaft	27
Tabelle 22: Zusammenhang zwischen naturgesunden Zähnen und zuckerfreiem Vormittag.....	27
Tabelle 23: Verzehr ausgewählter Lebensmittel und Getränke bei 3-10-Jährigen (KiGGS-Studie).....	29

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auf einen Blick – Zahnputzverhalten in der Kita	6
Abbildung 2: Auf einen Blick – Art der mitgebrachten und gestellten Getränke (Auswahl)	6
Abbildung 3: Auf einen Blick – Frühstück: Art der mitgebrachten und gestellten Lebensmittel (Auswahl)	7
Abbildung 4: Auf einen Blick – Umsetzung des zuckerfreien Vormittags	7
Abbildung 5: Auf einen Blick – Einfluss auf die Zahngesundheit	7
Abbildung 6: Auf einen Blick: Zusammenhang zwischen naturgesunden Zähnen und zuckerfreiem Vormittag	8
Abbildung 7: Anteil an naturgesunden Gebissen bei Kita-Kindern	14
Abbildung 8: Anteil an behandlungsbedürftigen Gebissen bei Kita-Kindern	16

Auf einen Blick

Karies ist aufgrund ihrer Häufigkeit im frühen Kindesalter und den weitreichenden Folgen ein relevantes gesamtgesellschaftliches Gesundheitsproblem. Aktuelle Daten zeigen, dass bundesweit 11,4 % der 3-Jährigen und 29,0 % der 6-7-Jährigen behandlungsbedürftig sind (1).

Als **Risikofaktor** in der Kleinkindphase steht insbesondere die dauerhafte Aufnahme von zuckerhaltigen Getränken im Fokus. Im späteren Kindesalter kommt die regelmäßige Aufnahme von zuckerhaltigen Zwischensnacks als Risikofaktor hinzu. Darüber hinaus sind sozioökonomische Zusammenhänge bekannt. Kinder aus Familien mit geringem sozioökonomischen Status, einem Migrationshintergrund, einer geringen Gesundheitskompetenz in der Familie oder einem geringen Bildungsgrad der Eltern sind besonders häufig von frühkindlicher Karies betroffen (2). Unzureichende Zahnhygiene erhöht ebenso das Kariesrisiko. Zweimal am Tag sollten 2-6-Jährige die Zähne putzen. Ein Fünftel der Kinder im Alter von 2-6 Jahren erfüllt dies nicht (3).

Die **Auswirkungen** von frühkindlicher Karies sind umfassend. Hierzu zählt u. a. ein zunehmendes Risiko für Karies im bleibenden Gebiss. Karies kann zu Sprachproblemen, Mobbing und Ausgrenzung in sozialen Kontexten führen. Somit sind die Folgen für die betroffenen Kinder auch auf sozialer und emotionaler Ebene spürbar (4).

Die **Prävention** einer frühkindlichen Karies beruht auf vier Faktoren: effektive Mundhygiene, regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchung, ausreichende Fluoridierung und eine kariespräventive Ernährung (3).

Die **Lebenswelt Kita** ist für Kinder neben der Familie die zweitwichtigste Lebenswelt. Aktuelle Entwicklungen führen zu einer längeren Kita-Betreuungszeit und einem frühen Beginn der Kita-Zeit. Die Kita kann mit ihren Rahmenbedingungen bewusste und unbewusste Gesundheitsentscheidungen für den gesamten Lebenslauf beeinflussen. Für die Zahngesundheit können folgende Möglichkeiten ausgenutzt werden: Integration des regelmäßigen Zähneputzens als alltägliche Handlung und die Bereitstellung einer zahnfreundlichen Ernährung.

Dieser Bericht beruht auf den zahnärztlichen Untersuchungen in Kitas im Zeitraum 01/2017-07/2018 und bezieht die Ergebnisse von 5.248 Kindern ein. Weiterhin werden die Ergebnisse einer Fragebogenerhebung von 111 Kitas im Zeitraum von 05-07/2018 berücksichtigt.

Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen:

Naturgesundes Gebiss: 79% der untersuchten Kinder haben ein naturgesundes Gebiss. Naturgesund bedeutet, dass ihr Gebiss frei von aktiver Karies ist und keine Füllung vorhanden ist. In 10 von 15 Ämtern/Städten/Gemeinden hatten mindestens 79 % der untersuchten Kinder ein naturgesundes Gebiss. In 5 Ämtern/Städten/Gemeinden lag der Durchschnitt unter dem Kreisdurchschnitt.

Behandlungsbedürftiges Gebiss: Im Kreis Segeberg wiesen im Durchschnitt 13 % der untersuchten Kinder ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf. Dies sind 691 von 5.248 untersuchten Kindern. Behandlungsbedürftig bedeutet, dass mindestens ein kariöser Zahn vorliegt, dessen Sanierung noch nicht begonnen oder beendet wurde. In 7 von 15 Ämter/Städte/Gemeinden lag der Durchschnitt an behandlungsbedürftigen Gebissen oberhalb des Kreisdurchschnittes.

Zentrale Ergebnisse der Fragebogenerhebung:

Putzen Sie in Ihrer Kita die Zähne?

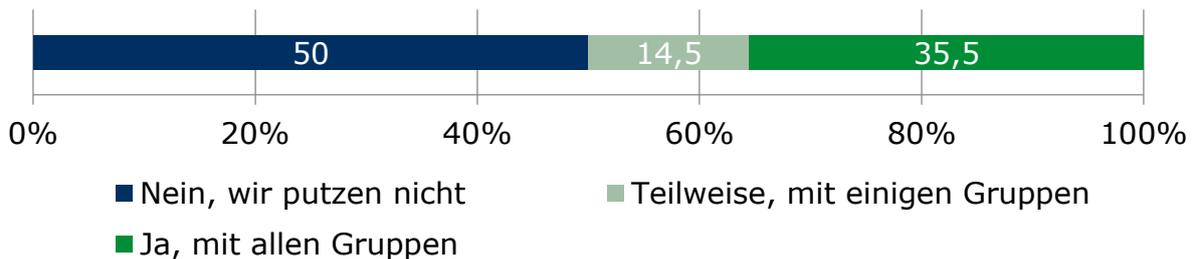


Abbildung 1: Auf einen Blick – Zahnputzverhalten in der Kita

Getränkeversorgung: In dreiviertel der Kitas werden die Kinder ausschließlich mit Getränken versorgt. Ein Viertel der Kitas stellt zu den Mahlzeiten die Getränke, für den restlichen Tag bringen die Kinder ihre Getränke mit. Lediglich 2 % der Kitas stellen überhaupt keine Getränke zur Verfügung. Folgende Getränke (Auswahl) werden in den Kitas entsprechend gestellt bzw. mitgebracht.

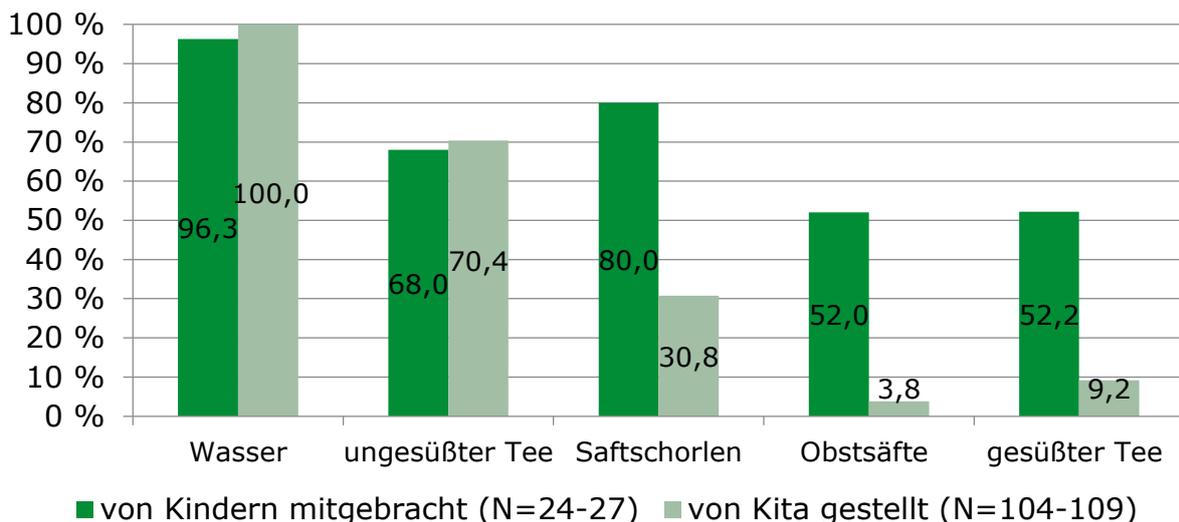


Abbildung 2: Auf einen Blick – Art der mitgebrachten und gestellten Getränke (Auswahl)

Frühstück: Zu jeweils einem Drittel stellen die Kitas entweder das tägliche Frühstück oder gestalten das Frühstück unregelmäßig und die Kinder bringen an den anderen Tag das Frühstück mit. In einem Viertel der Kitas bringen die Kinder ihr Früh-

stück ausschließlich von zu Hause mit. Folgende Lebensmittel (Auswahl) werden in den Kitas zum Frühstück entsprechend gestellt bzw. mitgebracht.

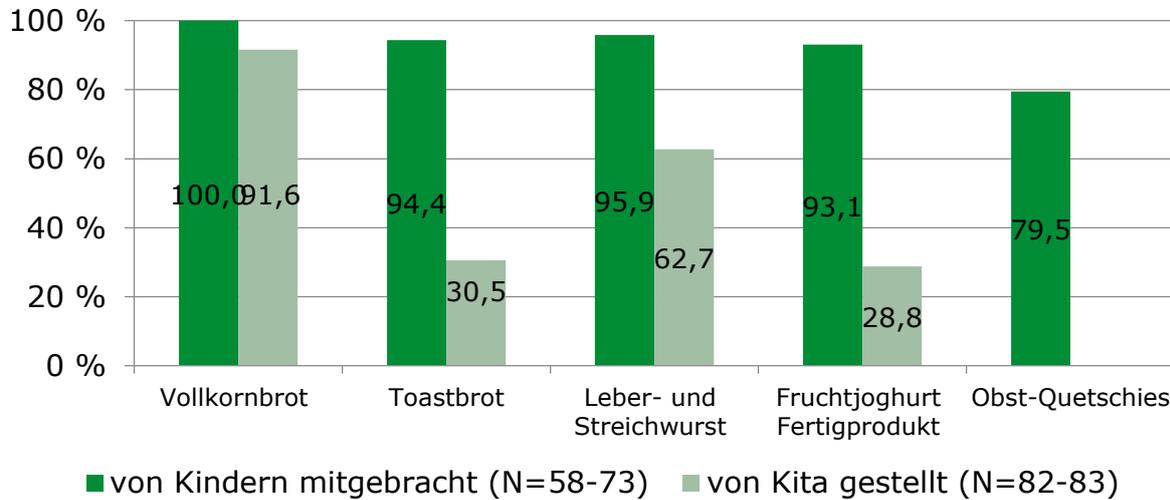


Abbildung 3: Auf einen Blick – Frühstück: Art der mitgebrachten und gestellten Lebensmittel (Auswahl)

Zuletzt wurden die Kitas gebeten, Aussagen zur Zahngesundheit zu bewerten. Eine Auswahl der Fragen wird unten dargestellt.

Wir gestalten unseren Vormittag zuckerfrei?

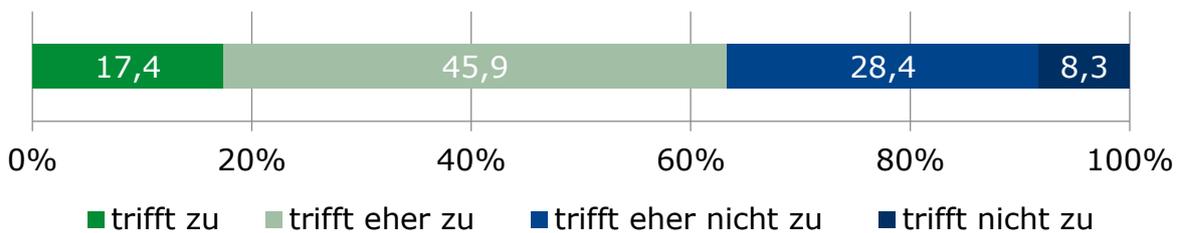


Abbildung 4: Auf einen Blick – Umsetzung des zuckerfreien Vormittags

Wie hoch ist der Einfluss, den Sie als Kita auf die Zahngesundheit Ihrer Kinder nehmen können?

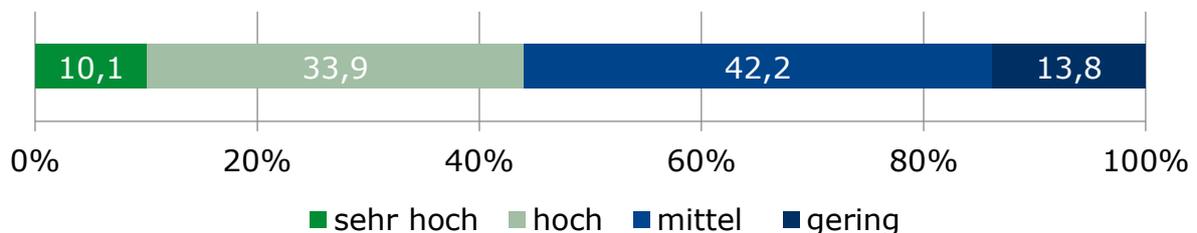


Abbildung 5: Auf einen Blick – Einfluss auf die Zahngesundheit

Es konnte ein Zusammenhang zwischen naturgesunden Zähnen und zuckerfreiem Vormittag festgestellt werden. Kitas, die ihren Vormittag zuckerfrei gestalten, weisen häufiger einen Anteil an naturgesunden Zähnen im bzw. oberhalb des Kreis-durchschnittes auf.

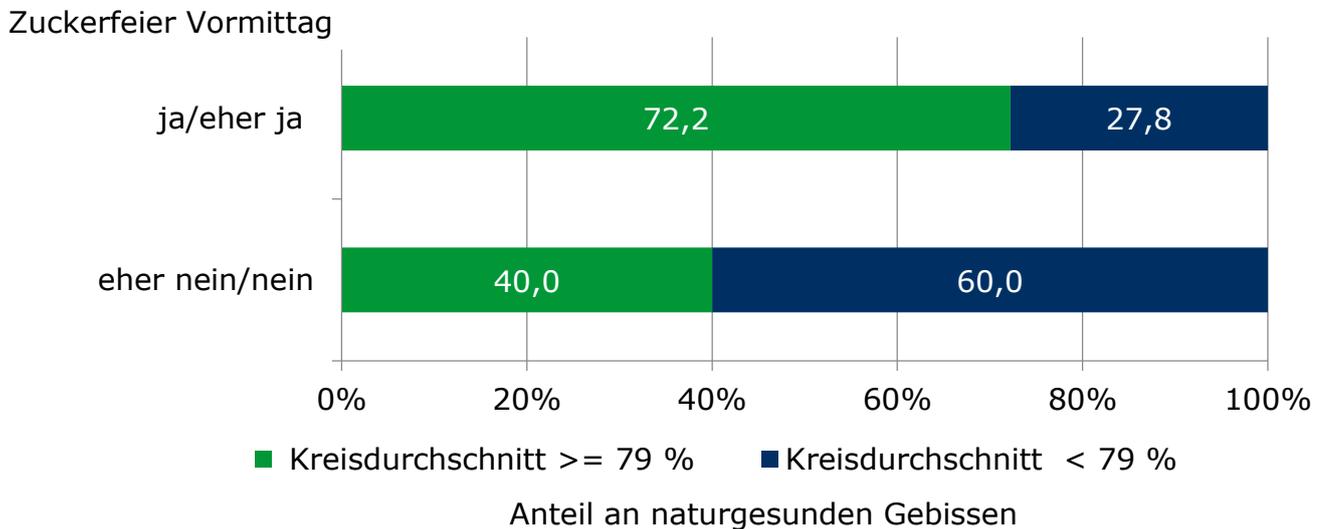


Abbildung 6: Auf einen Blick: Zusammenhang zwischen naturgesunden Zähnen und zuckerfreiem Vormittag

Schlussfolgerungen: 50 % der Kitas putzen keine Zähne. Wenn die Kita die Getränke zur Verfügung stellt, ist ein geringerer Anteil an Saftschorlen, Säften und gesüßtem Tee zu erkennen. Stellt die Kita das Frühstück, so ist ein geringerer Anteil an Toastbrot, Leber- und Streichwurst, Molkereiprodukten als Fertigprodukt und Süßigkeiten zu erkennen. Weiterhin konnte ein statistischer Zusammenhang zwischen zuckerfreiem Vormittag und naturgesunden Zähnen identifiziert werden. Bei der Bedeutung der Zahngesundheit und der Umsetzung von kariespräventiven Faktoren sind aus zahnärztlicher und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive noch Verbesserungen möglich.

Konkret heißt dies, eine Erhöhung der Bedeutung der Zahngesundheit in der Kita und die Förderung der Umsetzung von kariespräventiven Verhaltensweisen und Verhältnissen.

Auf Basis der Ergebnisse werden folgende Handlungsableitungen formuliert:

- Anpassung der zahnärztlichen Untersuchungen und der Gruppenprophylaxe auf Basis des Anteils behandlungsbedürftiger Gebisse auf Kita-Ebene
- Flächendeckende Umsetzung des zuckerfreien Vormittags in den Kitas
- Konsequente Integration des Zähneputzens in den Kita-Alltag
- Sensibilisierung und Schulung von Kitas und weiteren relevanten Multiplikatoren
- Ausdehnung auf Kinder unter 3 Jahren

1 Hintergrund – frühkindliche Zahngesundheit

Frühkindliche Karies ist aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer weitreichenden Folgen, die bis zur vollständigen Zerstörung des Milchgebisses führen kann, ein relevantes Public-Health-Problem (5). So stellt Karies eine der häufigsten „Infektionskrankheiten“ im Kleinkind- und Kindesalter dar (3,5). Eine intakte Mundgesundheit ist jedoch für die allgemeine Gesundheit einerseits und für eine normale Entwicklung des Kindes andererseits unabdingbar (2).

1.1 Prävalenz und Risikofaktoren

Für Deutschland hat die deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege 2017 erstmals bundesweite Daten zur Prävalenz der frühkindlichen Karies veröffentlicht (1). Diese Daten sind in Tabelle 1 für Deutschland und Schleswig-Holstein jeweils für die 3-Jährigen sowie die 6-7-Jährigen aufgeführt. Demnach weisen 86,3 % der 3-Jährigen im Bundesgebiet und 89,5 % im Bundesland Schleswig-Holstein ein naturgesundes Gebiss auf. Dieser Wert reduziert sich bei den 6-7-Jährigen im Bundesdurchschnitt auf 53,8 % und in Schleswig-Holstein auf 60,6 %. Somit liegt Schleswig-Holstein in beiden Altersgruppen oberhalb des Bundesdurchschnittes.

Tabelle 1: Naturgesundes und behandlungsbedürftiges Gebiss der 3-Jährigen und 6-7-Jährigen in Deutschland und Schleswig-Holstein

	Bundesgebiet		Schleswig-Holstein	
	naturgesund ¹	behandlungsbedürftig	naturgesund ¹	behandlungsbedürftig
3-Jährige	86,3 %	11,4 %	89,5 %	8,2 %
6-7-Jährige	53,8 %	29,0 %	60,6 %	22,6 %

Frühkindliche Karies stellt eine multifaktorielle Erkrankung dar, deren Entstehung ein komplexes Geschehen zu Grunde liegt (5). Die biologischen Zusammenhänge gelten als gesichert. Bei der Entstehung der frühkindlichen Karies sind darüber hinaus maßgeblich folgende Faktoren zu berücksichtigen.

Die **dauerhafte Aufnahme von kariogenen Getränken** in der Kleinkindphase gilt als Hauptfaktor in der Entwicklung einer frühkindlichen Karies (6). Hierunter sind insbesondere zahnschädigende Produkte wie zuckerhaltige Granulattees, (verdünnte) zucker- und säurehaltige Obst- und Gemüsesäfte, Schorlen, gesüßte Kindertees und Softdrinks zu verstehen. In Verbindung mit einer unkontrollierten Verabreichung bzw. Verfügbarkeit der Getränke zu jeder Tages- und Nachtzeit kann dies zu einer dauerhaften Schädigung der Milchzähne führen. Im späteren Lebensalter begünstigen regelmäßige zuckerhaltige Zwischenmahlzeiten und der Konsum von Süßigkeiten die Entstehung von Karies (6).

Weiterhin haben **Faktoren aus dem sozialen und Verhaltensbereich** einen Einfluss auf die frühkindliche Karies. So weisen Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, einem Migrationshintergrund in der Familie, unzu-

¹ Unter Einbeziehung von Initialläsionen (Schmelzkaries). Dies ist das erste sichtbare Anzeichen einer beginnenden Karies.

reichendem Gesundheitswissen sowie einem geringen Bildungsgrad der Eltern häufiger frühkindliche Karies auf (2,6). Kinder sind bis zum mindestens 8. Lebensjahr beim Zähneputzen auf das regelmäßige Nachputzen ihrer Eltern angewiesen, erfolgt dies gar nicht oder nur teilweise, so begünstigt dies ebenfalls die Entwicklung von Karies.

Nicht alle Kinder putzen regelmäßig ihre Zähne: **So putzen 21,3 % der 2-6-Jährigen weniger als zweimal täglich ihre Zähne.** Dies zeigen Daten der Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2). Sie erfüllen somit die Empfehlung zum Zähneputzen² nicht. Hierbei zeigte sich, dass dies für Kinder mit einem niedrigen bzw. mittleren sozioökonomischen Status oder einem ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund häufiger zutrifft als für Kinder mit einem hohen sozioökonomischen Status bzw. ohne Migrationshintergrund (3).

Im Rahmen einer regelmäßigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung werden die Zähne und der Mundraum auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten untersucht. Diese Untersuchung wird für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren mindestens einmal jährlich, ab dem 6. Lebensjahr mindestens zweimal jährlich empfohlen. Daten der KiGGS Welle 2 zeigen, dass diese Empfehlung bei 13,0 % der 3-5-Jährigen und bei 19,7 % der 6-10-Jährigen nicht erreicht wird, d. h. sie nehmen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zu selten in Anspruch. Auch hier zeigen die Ergebnisse soziale Unterschiede auf: Kinder mit einem geringen sozioökonomischen Status nehmen diese weniger in Anspruch als Kinder mit einem hohen sozioökonomischen Status. Es zeigte sich ebenfalls, dass Kinder mit einem ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund diese Untersuchungen weniger häufig in Anspruch nehmen als Kinder ohne Migrationshintergrund (3).

1.2 Bedeutung von Zahngesundheit im Kindesalter

Kinder mit kariösen Zähnen haben häufiger **Zahnschmerzen**, Zahnstellungs- und Schmelzbildungsstörungen und haben ein **erhöhtes Kariesrisiko im bleibenden Gebiss** (5). Ein gesundes, intaktes Gebiss ist für die Nahrungsaufnahme erforderlich und somit Voraussetzung für eine normale körperliche Entwicklung. Ist dies nicht der Fall, kann dies zu Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme und im äußersten Fall zu Mangelernährung führen. Auch ist ein gesundes Milchgebiss für die Sprachentwicklung essentiell, Kinder mit kariösen Zähnen weisen häufiger **Sprachprobleme** auf. Letztendlich kann ein stark kariöses Gebiss Anlass für **Hänseleien und Ausgrenzung** sein, was wiederum zu emotionalen und sozialen Beeinträchtigungen führen kann (4).

1.3 Prävention

Der Prävention von (frühkindlicher) Karies kommt zur Verhinderung der o. g. Konsequenzen ein besonders hoher Stellenwert zu. Diese setzt sich insbesondere aus folgenden Aspekten zusammen (3), die auch als 4 Säulen der Kariesprophylaxe bezeichnet werden:

- effektive Mundhygiene,

² Empfohlen wird bei 2-17-Jährigen zweimal tägliches Zähneputzen.

- regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchungen,
- ausreichende Fluoridierung,
- kariespräventive Ernährung.

Darüber hinaus existieren in Deutschland gemäß § 21 SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen **Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe**. Hierunter sind insbesondere Maßnahmen in Kindergärten und Schulen zu verstehen, die bis zum 12. bzw. 16. Lebensjahr durchgeführt werden. Sie umfassen einerseits die Erhebung des Zahnstatus und andererseits Beratung zu Ernährung und Mundhygiene.

Gemäß der Grundsätze zur Förderung der Mundgesundheit der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. zählen hierzu u. a. Ernährungsberatung und Anregung zur gemeinschaftlichen Zubereitung von Mahlzeiten und Informationsveranstaltungen für Erzieher*innen, Lehrpersonen und Eltern (7).

Kühnisch et al. zeigen auf, dass eine **zahngesunde Ernährung und eine qualitativ gute Mundhygiene in der Prävention höchste Priorität** hat. Auch eine **systematische Unterstützung von Eltern und Erzieher*innen** wird als wichtiger Faktor in der Prävention von frühkindlicher Karies angesehen (8).

1.4 Kindertagesstätten und Kariesprävention

Die primäre Lebenswelt³ für Kinder ist die Herkunftsfamilie. **Die Kita stellt für Kinder die zweitwichtigste Lebenswelt dar** (1). Im Kreis Segeberg werden 98,7 % der 3-6,5-Jährigen in einer Kita betreut. Die Betreuungsquote der unter 3-Jährigen betrug 38,9 % (10). Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass die Betreuung in früheren Lebensjahren beginnt und die tägliche Betreuungszeit länger wird. Dies bietet die Möglichkeit gesundheitliche Benachteiligungen von Kindern, die u. a. durch eine geringe Gesundheitskompetenz in der Familie entstehen, in der Lebenswelt Kita zu kompensieren und so zu einer gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen.

Dass dies notwendig ist, zeigen eindrücklich Daten aus dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz: **54 % der Bevölkerung in Deutschland weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf** (11). Das bedeutet u. a. dass es der Mehrheit der Bevölkerung erschwert ist, in ihrem Alltag für sich und für andere Entscheidungen zu treffen, die für die Gesundheit förderlich sind. Um die Gesundheitskompetenz zu stärken, ist ein umfassender gesellschaftlicher Ansatz erforderlich. Dies bezieht insbesondere auch das Erziehungs- und Bildungssystem ein. Kitas und Schulen haben eine große Bedeutung für jeden Einzelnen und können mit ihren vorherrschenden Rahmenbedingungen die bewussten und unbewussten Gesundheitsentscheidungen für den gesamten Lebenslauf prägen. Hierfür sollten die Einrichtungen möglichst gute Bedingungen und konkrete Anreize und Hilfen für gesundheitsförderliche Entscheidungen und Handlungen ermöglichen (11).

Übertragen auf die Förderung der Zahngesundheit bedeutet dies konkret, einerseits

³ Lebenswelten „sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Leitfadens Prävention, 2018, S. 19 (9). Hierunter sind u. a. Kitas, Schulen, Betriebe oder Kommunen zu verstehen.

die **Handlung des Zähneputzens in den Kita-Alltag zu integrieren und andererseits zahnfreundliche Getränke und Lebensmittel anzubieten** bzw. darauf zu achten, dass ausschließlich eine kariespräventive Ernährung in der Kita-Zeit erfolgt.

1.5 Fragestellung

Bei der vorliegenden Auswertung der zahnärztlichen Untersuchungen bei Kita-Kindern und einer Fragebogenerhebung in den Kitas im Kreis Segeberg standen folgende Fragestellungen bzw. Ziele im Vordergrund:

- den Anteil von naturgesunden und behandlungsbedürftigen Gebissen bei Kita-Kindern zu ermitteln,
- für die Kariesprävention relevante Verhältnisse und Verhaltensweisen in der Lebenswelt Kita zu erfassen,
- die Bedeutung des Themas Zahngesundheit in der Kita festzustellen und
- Zusammenhänge zwischen der Zahngesundheit und kariesrelevanten Faktoren innerhalb der Kita zu überprüfen.

2 Methodik

2.1 Zahnärztliche Untersuchungen

Für die Auswertung wurden die Untersuchungsergebnisse von Kindertagesstätten zwischen Januar 2017 und Juli 2018 berücksichtigt.

Die Dokumentation der zahnärztlichen Untersuchungsergebnisse erfolgen im Programm GuDental. Die Auswertungen erfolgten ebenfalls mit GuDental bzw. Excel und dem Statistikprogramm SPSS.

2.2 Fragebogen-Erhebung

Insgesamt wurden 141 Kitas im Kreis Segeberg angeschrieben bzw. der Fragebogen persönlich abgegeben.

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe von Excel und dem Statistikprogramm SPSS.

3 Ergebnisse

Insgesamt kann über 130 Kitas berichtet werden. Davon können folgende Ergebnisse in die Auswertung einbezogen werden:

- von 91 Kitas sowohl zahnärztliche Untersuchungsergebnisse als auch ausgefüllte Fragebögen,
- von 19 Kitas ausschließlich zahnärztliche Untersuchungsergebnisse,

- von 20 Kitas ausschließlich ausgefüllte Fragebögen.

Ein Vergleich zur Kita-Trägerschaft aller Kitas im Kreis Segeberg (10) zeigt, dass Wohlfahrtsverbände in dieser Auswertung mit 22,7 % leicht überrepräsentiert (Kreisdurchschnitt: 15,3 %), eingetragene Vereine/Privatinitiativen mit 18,0 % leicht unterrepräsentiert (Kreisdurchschnitt: 24,8 %) sind. Kitas von kommunalen Trägern sind mit 27,3 % und kirchliche Kitas mit 32,0 % vertreten und entsprechen somit dem Kreisdurchschnitt von 28,0 % bzw. 29,9 %. Dies führt in dieser Auswertung lediglich zu geringen Verschiebungen. Insgesamt ist von einer Repräsentativität der Trägerverteilung in dem vorliegenden Gesundheitsbericht in Bezug zur Verteilung der Trägerschaft in der Grundgesamtheit auszugehen.

3.1 Zahnärztliche Untersuchungen

In die Auswertung flossen die Untersuchungsergebnisse von insgesamt 110 Kindertagesstätten⁴ ein. Insgesamt wurden 5.248 Kinder untersucht.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse in Bezug auf naturgesunde Gebisse (3.1.1) und behandlungsbedürftige Gebisse (3.1.2) dargestellt. Sanierte Gebisse, sprich Gebisse, die frei von aktiver Karies, aber auch nicht mehr naturgesund sind, da sie bereits z. B. mit Füllungen saniert wurden, werden nicht berichtet. Ebenso werden Gebisse mit Initialkaries in dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Initialkaries gilt als erstes Anzeichen von Karies, welches jedoch noch nicht behandlungsbedürftig ist, daher gelten Gebisse mit Initialkaries in GuDental weder als naturgesund noch als behandlungsbedürftig.

3.1.1 Naturgesundes Gebiss

Naturgesundes Gebiss bedeutet, dass das Gebiss frei von Karies ist. Dies gilt sowohl für Milchzähne als auch für bleibende Zähne. Es dürfen keine Füllungen vorliegen.

Im Kreis Segeberg wiesen durchschnittlich 79 % der untersuchten Kinder ein naturgesundes Gebiss auf. Das waren 4.149 von 5.248 untersuchten Kindern. Abbildung 7 zeigt den Anteil an Kindern mit naturgesundem Gebiss in den einzelnen Ämtern/Städten/Gemeinden. Im Großteil der Ämter/Städte/Gemeinden (10 von 15) hatten mindestens 79 % der untersuchten Kinder ein naturgesundes Gebiss. In 5 Ämtern/Städten/Gemeinden wiesen weniger als 78 % ein naturgesundes Gebiss auf und befanden sich somit unterhalb des Kreisdurchschnittes. Tabelle 2 zeigt die Daten für jedes Amt/Stadt/Gemeinde.

⁴ Einbezogen wurden N=91 Kitas, von denen sowohl zahnärztliche Untersuchungsergebnisse als auch ausgefüllte Fragebögen vorliegen als auch N=19 Kitas, von denen ausschließlich zahnärztliche Untersuchungsergebnisse vorliegen.

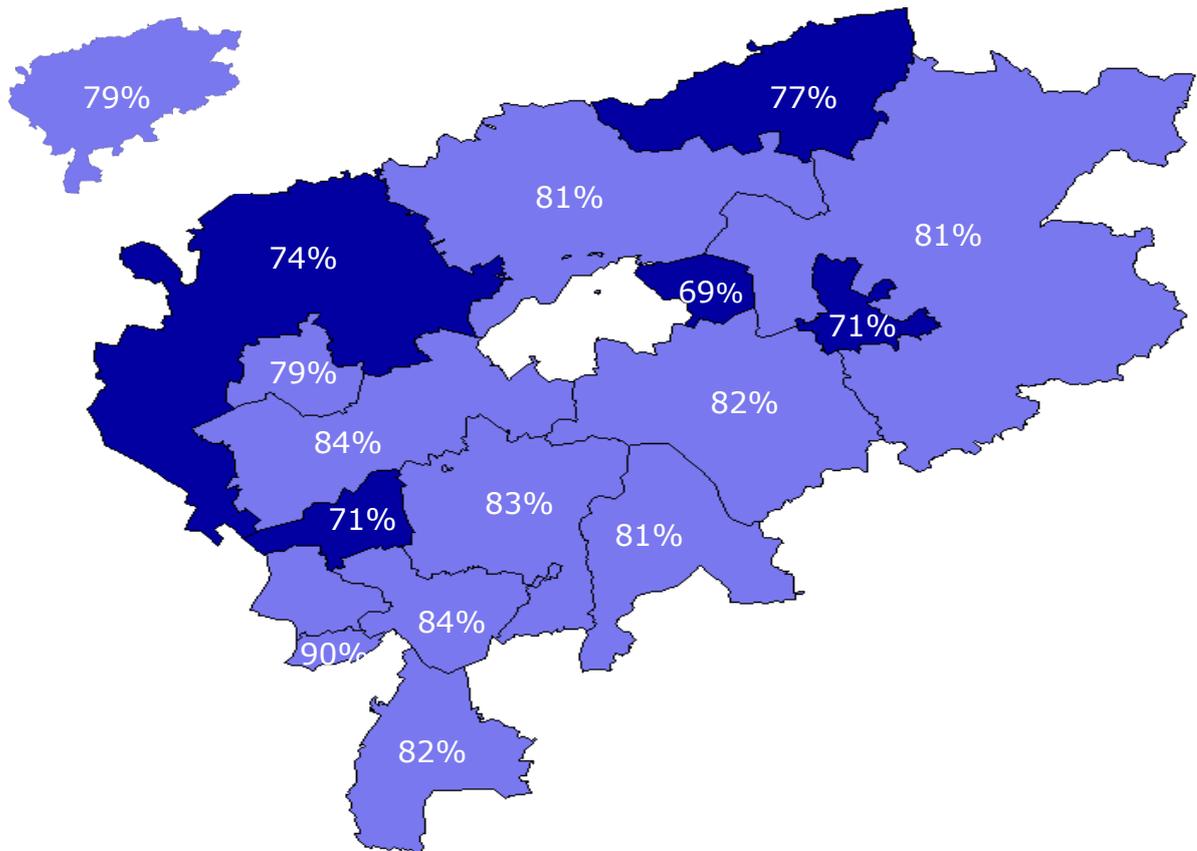


Abbildung 7: Anteil an naturgesunden Gebissen bei Kita-Kindern

Tabelle 2: Anteil an naturgesunden Zähnen bei Kita-Kindern

	Anteil an Naturgesunden Gebiss in Prozent	Anzahl untersuchter Kitas	Kita-Wert in Prozent [Min-Max]
Städte			
Bad Bramstedt	79	8	46-96
Bad Segeberg	71	8	50-90
Kaltenkirchen	71	8	44-90
Norderstedt	82	23	60-96
Wahlstedt	69	4	56-82
amtsfreie Gemeinden			
Ellerau	90	3	87-96
Henstedt-Ulzburg	84	10	68-94
Ämter			
Bad Bramstedt-Land	74	6	58-100
Boostedt-Rickling	81	5	75-100
Bornhöved	77	5	71-84
Itzstedt	81	6	48-89
Kaltenkirchen-Land	84	3	77-90
Kisdorf	83	5	70-87
Leezen	82	6	75-86
Trave-Land	81	10	71-100

3.1.2 Behandlungsbedürftiges Gebiss

Ein behandlungsbedürftiges Gebiss liegt dann vor, wenn im Gebiss mindestens ein kariöser Zahn vorliegt, dessen Sanierung noch nicht begonnen oder beendet wurde.

Im Kreis Segeberg wiesen im Durchschnitt 13 % der untersuchten Kinder ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf.

Abbildung 8 zeigt den Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigen Gebissen in den einzelnen Städten/Ämtern/Gemeinden. Dies entsprach 691 von 5.248 untersuchten Kindern. 7 Ämter/Städte/Gemeinden wiesen hierbei einen höheren Anteil an behandlungsbedürftigen Kindern auf als im Kreisdurchschnitt, detaillierte Informationen sind Tabelle 3 zu entnehmen.

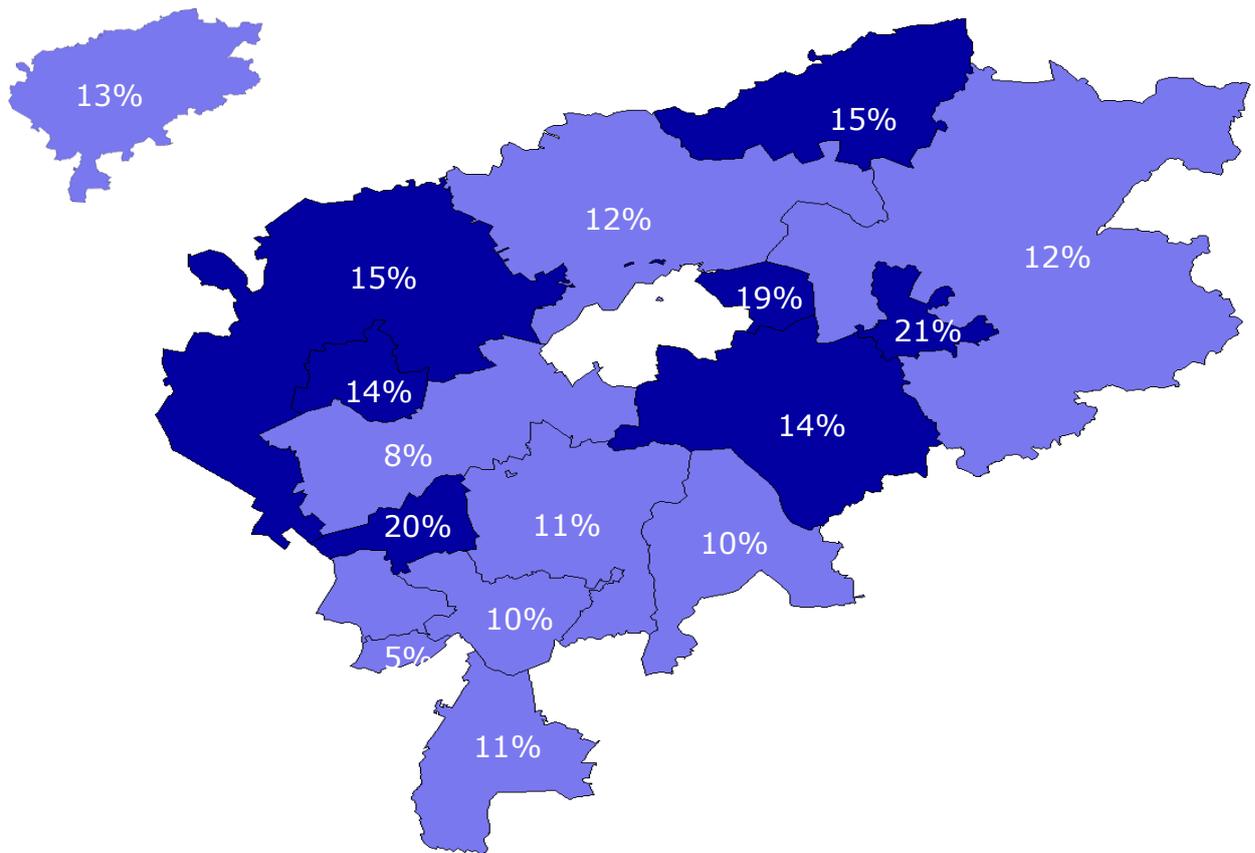


Abbildung 8: Anteil an behandlungsbedürftigen Gebissen bei Kita-Kindern

Tabelle 3: Anteil an Kindern mit Behandlungsbedürftigkeit

	Anteil an Behandlungsbedürftigkeit in Prozent	Anzahl untersuchter Kitas	Kita-Wert in Prozent [Min-Max]
Städte			
Bad Bramstedt	14	8	0-36
Bad Segeberg	21	8	8-45
Kaltenkirchen	20	8	7-43
Norderstedt	11	23	0-27
Wahlstedt	19	4	5-26
amtsfreie Gemeinden			
Ellerau	5	3	3-7
Henstedt-Ulzburg	10	10	0-25
Ämter			
Bad Bramstedt-Land	15	6	0-29
Bornhöved	15	5	13-19
Boostedt-Rickling	12	5	0-17
Itzstedt	10	6	6-21
Kaltenkirchen-Land	8	3	4-14
Kisdorf	11	5	0-27
Leezen	14	6	10-21
Trave-Land	12	10	0-26

3.2 Fragebogen-Erhebung

Die vorliegenden Auswertungen beziehen sich auf $N^5=111$ Kitas⁶, die den Fragebogen ausgefüllt haben. Damit beträgt der Rücklauf 78,7 %. Dies kann als ein sehr zufriedenstellender Rücklauf bewertet werden.

3.2.1 Zähneputzen

Die Hälfte (50,0 %) aller Kitas putzen keine Zähne, gut ein Drittel (35,5 %) putzen mit allen Gruppen und Kindern die Zähne und 14,5 % putzen mit einigen Gruppen bzw. einigen Kindern im Kita-Alltag die Zähne.

Zwischen den jeweiligen Trägern der Einrichtungen sind deskriptiv Unterschiede zu erkennen, so putzen mehr als die Hälfte der eingetragene Vereine bzw. Privatinitiativen mit allen Gruppen und Kindern die Zähne (57,1 %). Dies machen nur knapp ein Viertel der Kitas von Wohlfahrtsverbänden (24,0 %). Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Die vollständigen Angaben sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4: Putzverhalten in der Kita nach Trägerschaft

Putzen Sie in Ihrer Kita die Zähne?				
	N _{ausgewertet}	n ⁷ (%) Ja, mit allen Gruppen	n (%) Teilweise, mit einigen Gruppen	n (%) Nein
Gesamt	110	39 (35,5)	16 (14,5)	55 (50,0)
Kommunaler Träger	25	8 (32,0)	3 (12,0)	14 (56,0)
Kirchlicher Träger	38	12 (31,6)	4 (10,5)	22 (57,9)
Wohlfahrtsverband	25	6 (24,0)	6 (24,0)	13 (52,0)
Eingetragener Verein/Privatinitiative	21	12 (57,1)	3 (14,3)	6 (28,6)

43 Kitas, die mit allen oder mit einigen Gruppen Zähneputzen, haben Angaben zur Häufigkeit und zum Zeitpunkt des Zähneputzens gemacht. Davon putzen 37 (86,0 %) Kitas einmal am Tag und 6 (14,0 %) Kitas zweimal am Tag die Zähne.

Die Zeitpunkte des Zähneputzens verteilen sich folgendermaßen:

- n=18 (41,9 %) putzen nach dem Frühstück die Zähne
- n=14 (32,6 %) putzen nach dem Mittag die Zähne
- n=5 (11,6 %) putzen entweder nach dem Frühstück oder dem Mittag die Zähne (variiert je nach Gruppe)
- n=6 (14,0 %) putzen nach dem Frühstück und nach dem Mittag die Zähne

⁵ N= Größe der Grundgesamtheit, die ausgewertet wurden

⁶ Einbezogen wurden N=91 Kitas, von denen sowohl zahnärztliche Untersuchungsergebnisse als auch ausgefüllte Fragebögen vorliegen als auch N=20 Kitas, von denen ausschließlich ausgefüllte Fragebögen vorliegen.

⁷ n= Anzahl der Merkmalsausprägungen

Bei den Kitas, die keine Zähne putzen, führten jeweils mehr als die Hälfte der Kitas an, dass es zu zeitaufwendig sei (67,3 %) und dass, sie Probleme beim Lagern der Zahnputzutensilien hätten (54,5 %). 41,8 % gaben an, dass sie keinen ausreichenden Platz hätten und 29,1 % sahen dies nicht als ihre Aufgabe an (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Gründe für kein Zähneputzen

Gründe für kein Zähneputzen (N=55) (Mehrfachantworten waren möglich)		
	n (%) angekreuzt	n (%) nicht angekreuzt
Es ist uns zu zeitaufwendig	37 (67,3)	18 (32,7)
Wir haben keinen ausreichenden Platz zum Putzen	23 (41,8)	32 (58,2)
Wir können die Zahnputzsachen (Becher, Zahnbürsten etc.) nicht lagern	30 (54,5)	25 (45,5)
Wir sehen dies nicht als unsere Aufgabe an	16 (29,1)	39 (70,9)

Im Freitext wurden insbesondere folgende Gründe angeführt, warum die Kita keine oder nicht mit allen Gruppen die Zähne putzen:

- n=13: Hygienische Bedenken, Personalschlüssel zu gering, Aufsicht und Nachputzen kann nicht gewährleistet werden
- n=9: Explizit Elternaufgabe bzw. zu Hause ausreichend
- n=3: Naturgruppen/Waldgruppen putzen keine Zähne
- n=3: bei Halbtagsgruppen nicht notwendig bzw. kein Angebot von Mittagessen
- n=2: offenes Konzept, daher schwierig umzusetzen
- n=2: durch Infektionserkrankungen in der Kita pausiert oder aufgehört

Von den Kitas, die nicht Zähneputzen, gab rund drei Viertel der Kitas (78,4 %) an, kein Interesse am Einführen des täglichen Zähneputzens zu haben. Lediglich 21,6 % äußerte im Fragebogen ein Interesse an der Einführung des täglichen Zähneputzens.

3.2.1 Getränkeversorgung

In knapp drei Viertel der Kitas (74,8 %) werden die Kinder ausschließlich mit von der Kita gestellten Getränken versorgt. In knapp einem Viertel (23,4 %) der Kitas bringen die Kinder sowohl Getränke von zu Hause mit und werden während den Mahlzeiten von der Kita versorgt (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Getränke in der Kita

Wie werden die Kinder mit Getränken versorgt? N=111	
Die Kinder...	n (%)
...werden ausschließlich von uns mit Getränken versorgt	83 (74,8)
...bringen Getränke von zu Hause mit und werden zusätzlich von uns mit Getränken versorgt (z. B. während der Mahlzeiten)	26 (23,4)
...bringen ausschließlich ihre eigenen Getränke von zu Hause mit	2 (1,8)

Alle Kitas stellen Leitungs- und/oder Mineralwasser zur Verfügung, auch ungesüßter Tee steht bei 70,4 % der Kitas während des Tages zur Verfügung. Mehr als drei Viertel der Kitas (75,9 %) bieten Milch an. In den Freitexten wird deutlich, dass Milch insbesondere zum Frühstück bzw. den Mahlzeiten angeboten wird. Saftschorlen und Kakao werden von jeweils 30,8 % bzw. 21,5 % der Kitas angeboten. Hier wird durch die Freitextangaben deutlich, dass diese Getränke insbesondere bei besonderen Anlässen wie Kindergeburtstagen angeboten werden. Gesüßter Tee und Obstsaft werden jeweils von weniger als 10 % der Kitas bereitgestellt (Tabelle 7).

Tabelle 7: Art der gestellten Getränke

Welche Getränke bieten Sie während des Kita-Tages an... (Mehrfachantworten möglich)			
	N _{ausgewertet}	n (%) Ja	n (%) Nein
Leitungs- und/oder Mineralwasser	108	108 (100)	
Milch ⁸	108	82 (75,9)	26 (24,1)
ungesüßten Tee	108	76 (70,4)	32 (29,6)
Saftschorlen ⁹	107	33 (30,8)	74 (69,2)
Kakao ⁹	107	23 (21,5)	84 (78,5)
gesüßten Tee	109	10 (9,2)	99 (90,8)
Obstsaft	104	4 (3,8)	100 (96,2)

Kitas, bei denen die Kinder Getränke von zu Hause mitbringen, wurden nach der Art von mitgebrachten Getränken gefragt. Es ist zu erkennen, dass Mineral- und/oder Leitungswasser bei den mitgebrachten Getränken dominieren. 96,3 % der Kitas gaben an, dass Kinder Wasser mitbringen, gefolgt von Saftschorlen (80,0 %) und ungesüßtem Tee (68,0 %). Etwas mehr als der Hälfte der Kitas gab jeweils an, dass Kinder gesüßten Tee und Obstsaft mitbringen. Milch und Kakao werden in weniger als 21 % der Kitas mitgebracht (Tabelle 8).

Tabelle 8: Art der mitgebrachten Getränke

Was bringen die Kinder folgende Getränke von zu Hause mit... (Mehrfachantworten möglich)			
	N _{ausgewertet}	n (%) Ja	n (%) Nein
Leitungs- und/oder Mineralwasser	27	26 (96,3)	1 (3,7)
Saftschorlen	25	20 (80,0)	5 (20,0)
ungesüßten Tee	25	17 (68,0)	8 (32,0)
gesüßten Tee	23	12 (52,2)	11 (47,8)
Obstsaft	25	13 (52,0)	12 (48,0)
Milch	24	5 (20,8)	19 (79,2)
Kakao	25	4 (16,0)	21 (84,0)

⁸ In den Freitextangaben wurde deutlich gemacht, dass Milch insbesondere zum Frühstück/Müsli bzw. zu den Mahlzeiten angeboten wird.

⁹ In den Freitextangaben wurde deutlich gemacht, dass Kakao und Saftschorlen selten z. B. zu besonderen Anlässen wie Geburtstagen und/oder Kita-Festen angeboten werden.

Im Freitext wurden noch Capri-Sonne, Wasser mit Zusatz und Eistee als Getränke aufgeführt, welche Kinder von zu Hause mitbringen.

Mehr als die Hälfte der Kitas (51,9 %) zeigte sich zufrieden mit der Art der mitgebrachten Getränke. 29,6 % waren weniger zufrieden (Tabelle 9).

Tabelle 9: Zufriedenheit mit mitgebrachten Getränken

Wie zufrieden sind Sie mit den mitgebrachten Getränken der Kinder? N=27	
	n (%)
sehr zufrieden	4 (14,8)
zufrieden	14 (51,9)
weniger zufrieden	8 (29,6)
unzufrieden	1 (3,7)

3.2.2 Frühstück

Zu jeweils etwa einem Drittel stellen die Kitas entweder das tägliche Frühstück (34,8 %) oder gestalten das Frühstück unregelmäßig und die Kinder bringen an anderen Tagen ihr Frühstück von zu Hause mit (32,1 %). In einem Viertel der Kitas (25,9 %) bringen die Kinder ihr Frühstück ausschließlich von zu Hause mit und bei den restlichen Kitas (7,1 %) variiert es je nach Gruppe (Tabelle 10).

Tabelle 10: Frühstücksgestaltung

Wie gestalten Sie in Ihrer Kita das Frühstück? N=112	
	n (%)
Wir als Kita stellen ausschließlich das tägliche Frühstück	39 (34,8)
Die Kinder bringen ihr eigenes Frühstück mit und wir gestalten unregelmäßig das Frühstück z. B. einmal pro Woche.	36 (32,1)
Die Kinder bringen ausschließlich ihr eigenes Frühstück mit.	29 (25,9)
Je nach Gruppe unterschiedlich.	8 (7,1)

Bieten die Kitas regelmäßig oder unregelmäßig das Frühstück für ihre Kinder an, so bieten 91,6 % Vollkornbrot und 30,5 % Toastbrot an. Bei Brotbelag dominieren Käse (92,8 %) und Wurstaufschnitt (87,8 %) vor Marmelade (73,5 %) und Leber-Streichwurst (62,7 %).

91,5 % der Kitas bieten den Kindern auch Müsli an, bei drei Vierteln (75,6 %) der Kitas werden Cornflakes angeboten. Naturjoghurt/Naturquark bieten 67,5 % an, über die Hälfte der Kitas bieten selbstgemachten Fruchtjoghurt/Fruchtquark an. Bei weniger als einem Drittel (28,8 %) der Kitas findet sich Fruchtjoghurt/Fruchtquark als Fertigprodukt wieder.

Gemüse und Obst werden nahezu von jeder Kita zum Frühstück bereitgestellt (jeweils >98 %, siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Angebotene Lebensmittel zum Frühstück

Welche Lebensmittel bieten Sie während des Kita-Tages an...(Mehrfachantworten möglich)				Falls ja, Häufigkeit/Woche	
	N _{ausgewertet}	n (%) Ja	n (%) Nein	N _{ausgewertet}	MW ¹⁰ (Max-Min)
Brot					
Vollkornbrot	83	76 (91,6)	7 (8,4)	57	3,09 (1-5)
Toastbrot	82	25 (30,5)	57 (69,5)	15	1,93 (1-5)
Belag					
Käse	83	77 (92,8)	6 (7,2)	59	3,32 (1-5)
Wurstaufschnitt	82	72 (87,8)	10 (12,2)	53	3,09 (1-5)
Marmelade	83	61 (73,5)	22 (26,5)	46	2,39 (1-5)
Leberwurst/Streichwurst	83	52 (62,7)	31 (37,3)	37	3,05 (1-5)
Müsli/Quark					
Müsli	82	75 (91,5)	7 (8,5)	57	1,60 (1-5)
Cornflakes	82	62 (75,6)	20 (24,4)	50	1,58 (1-5)
Naturjoghurt/Naturquark	83	56 (67,5)	27 (32,5)	43	1,60 (1-5)
Fruchtjogurt/Fruchtquark selbstgemacht	80	42 (52,5)	38 (47,5)	30	1,63 (1-5)
Fruchtjogurt/Fruchtquark Fertigprodukt	80	23 (28,8)	57 (71,3)	17	1,65 (1-5)
Gemüse/Obst					
Gemüse	83	82 (98,8)	1 (1,2)	64	4,00 (1-5)
Obst	83	81 (97,6)	2 (2,4)	64	4,14 (1-5)

Eine Zusammenfassung der Freitextangaben zeigt, dass die Kitas weiterhin folgende Lebensmittel zum Frühstück anbieten:

- Brot: Knäckebrot, Brötchen, Mischbrot, Brezeln, Zwieback. Zum Teil wird darauf hingewiesen, dass dieses selbst gebacken wird.
- Brotbelag: Honig, Lachs, Nutella, Frischkäse, pflanzliche/vegetarische Brotaufstriche
- Müsli/Quark: Haferflocken, Nüsse, Rosinen, Sonnenblumenkerne, Mandeln, Kräuterquark
- Sonstiges: Fisch, Salate, Pfannkuchen, Waffeln, Würstchen, Ei (Rührei, gekocht)

N=76 Kitas haben die Frage nach der Finanzierung beantwortet: Demnach leisten die Eltern in 40,8 % (N=31) der Kitas einen finanziellen Beitrag für Lebensmittel, in 35,5 % (N=27) der Kitas einen finanziellen Beitrag für Lebensmittel und Getränke zusammen. 23,7 % (N=18) der Kitas finanzieren es nicht über Elternbeiträge.

N=73 Kitas haben auch die Frage nach der Organisation beantwortet. Hieraus ergibt sich, dass der überwiegende Anteil der Kitas (93,2 %, N=68) das Frühstück eigenständig organisiert, in 6,8 % (N=5) der Kitas wird das Frühstück von den Eltern organisiert.

¹⁰ MW=Mittelwert

Bringen die Kinder ihr Frühstück von zu Hause mit, so geben alle bzw. nahezu alle Kitas an, dass Kinder Vollkornbrot und Toastbrot sowie Wurst, Käse und Leberwurst mitbringen (jeweils >94 %). 93,1 % der Kitas beschreiben, dass die Kinder Fruchtojoghurt/Fruchtquark als Fertigprodukt mitbringen. Alle Kitas berichten, dass Kinder Obst und Gemüse mithaben, Obst-Quetschies finden mehr als drei Viertel der Kitas in den Brotdosen der Kinder, ein Drittel der Kitas berichten, dass Kinder schokoladenhaltige Lebensmittel bzw. Schokoladiges zum Frühstück dabei haben. Alle Lebensmittel mit dazugehörigen Prozentangaben sind in Tabelle 12 aufgeführt.

Tabelle 12: Mitgebrachte Lebensmittel zum Frühstück

Bringen die Kinder folgende Lebensmittel zum Frühstück in ihren Brotdosen mit...(Mehrfachantworten möglich)			
	N _{ausgewertet}	n (%) Ja	n (%) Nein
Brot			
Vollkornbrot	72	72 (100)	
Toastbrot	71	67 (94,4)	4 (5,6)
Belag			
Käse	71	71 (100)	
Wurstaufschnitt	73	73 (100)	
Leberwurst/Streichwurst	73	70 (95,9)	3 (4,1)
Marmelade	72	51 (70,8)	21 (29,2)
Müsli/Quark			
Fruchtojoghurt/Fruchtquark Fertigprodukt	72	67 (93,1)	5 (6,9)
Müsli	73	48 (65,8)	25 (34,2)
Cornflakes	71	46 (64,8)	25 (35,2)
Fruchtojoghurt/Fruchtquark selbstgemacht	69	40 (58,0)	29 (42,0)
Naturjoghurt/Naturquark	71	34 (47,9)	37 (52,1)
Gemüse/Obst			
Gemüse	72	72 (100)	
Obst	73	73 (100)	
Sonstiges			
Obst-Quetschies	73	58 (79,5)	15 (20,5)
Süßigkeiten/Schokoladenhaltige Lebensmittel wie Milchschnitte oder ähnliches	73	24 (32,9)	49 (67,1)

Eine Zusammenfassung der Freitextangaben zeigt, dass die Kinder weiterhin folgende Lebensmittel zum Frühstück mitbringen:

- Brot: Knäckebrot, Laugengebäck, Knusperbrot, Brötchen
- Brotaufstrich: Nuss-Nougat-Creme
- Sonstiges: Bifi/kleine Salamiwürstchen, Monte, Paula Pudding, Vanille- und Schokopudding, Maisstangen, Fruchtriegel, Müsliriegel, Salzstangen, Ei, Babybell, Mozzarella, Pizza, Trockenobst, Kuchen, Kekse

Mehr als die Hälfte der Kita ist mit dem mitgebrachten Frühstück zufrieden (54,8 %). 28,8 % zeigten sich weniger zufrieden (Tabelle 13).

Tabelle 13: Zufriedenheit mit dem mitgebrachten Frühstück

Wie zufrieden sind Sie mit dem mitgebrachten Frühstück der Kinder? N=73	
	n (%)
sehr zufrieden	7 (9,6)
zufrieden	40 (54,8)
weniger zufrieden	21 (28,8)
unzufrieden	5 (6,8)

3.2.3 Mittag

N=109 Kitas haben Fragen zum Mittagessen beantwortet. Hiervon bietet der Großteil der Kitas (89,0 %, N=97) ein Mittagessen an. Mehr als zwei Drittel (70,1 % N=68) der Kitas, die ein Mittagessen anbieten, haben einen externen Dienstleister hiermit beauftragt. 19,6 % (N=19) kochen in der Kita selbst. 10,3 % (N=10) gaben eine andere Organisationsform an.

Knapp zwei Drittel (63,8 %) der Kitas, die einen externen Dienstleister haben, sind mit diesem zufrieden, 21,7 % sind weniger zufrieden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Zufriedenheit mit externem Dienstleister

Wie zufrieden sind Sie mit dem gelieferten Mittagessen des Anbieters? N=69	
	n (%)
sehr zufrieden	9 (13,0)
zufrieden	44 (63,8)
weniger zufrieden	15 (21,7)
unzufrieden	1 (1,4)

3.2.1 Zwischenmahlzeit

In der Hälfte der Kitas (50,9 %, N=55 von 108) wird die Zwischenmahlzeit am Nachmittag durch die Kitas angeboten. In gut einem Viertel der Kitas (26,9 %, N=29) bringen die Kinder ihre Zwischenmahlzeit von zu Hause mit und in 4,6 % (N=5) der Kitas wird dies in den einzelnen Gruppen unterschiedlich gehandhabt. 17,6 % (N=19) gaben an früher zu schließen, sodass keine Zwischenmahlzeit am Nachmittag notwendig ist.

Als Zwischenmahlzeiten bieten alle Kitas Obst und nahezu alle Kitas Gemüse an, weitere Lebensmittel sind Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15: Angebotene Lebensmittel als Zwischenmahlzeit

Bieten Sie folgende Lebensmittel als Zwischenmahlzeit am Nachmittag an?			
	N _{ausgewertet}	n (%) Ja	n (%) Nein
Obst	60	60 (100)	
Gemüse	60	58 (96,7)	2 (3,3)
Kekse ¹¹	60	38 (63,3)	22 (36,7)
Fruchtjoghurt	59	22 (37,3)	37 (62,7)
Naturjoghurt	59	19 (32,2)	40 (67,8)
Kuchen ¹¹	58	18 (31,0)	40 (69,0)
Eis ¹¹	60	14 (23,3)	46 (76,7)

In der Freitextangabe wurden noch folgende Lebensmittel als Zwischenmahlzeit angeführt:

- Brot/Brötchen
- Knäckebrot
- Zwieback
- Dinkel-, Mais-, Reiswaffeln
- Salz-, Sesamgebäck
- Cracker
- Nüsse
- Laugengebäck
- Reste vom Mittag
- Quark (mit Obst oder Kräutern)
- Gries, Milchreis

3.2.2 Bedeutung Zahngesundheit

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurden die Kitas gebeten, Aussagen zur Zahngesundheit zu bewerten.

Knapp die Hälfte der Kitas (45,9 %) gab an, dass sie ihren Vormittag eher zuckerfrei gestalten, 28,4 % gaben an, dies eher nicht zu tun. 17,4 % gaben an, dass sie den zuckerfreien Vormittag in ihrer Einrichtung umsetzen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Zuckerfreier Vormittag

Wir gestalten unseren Vormittag zuckerfrei N=109	
	n (%)
trifft zu	19 (17,4)
trifft eher zu	50 (45,9)
trifft eher nicht zu	31 (28,4)
trifft nicht zu	9 (8,3)

¹¹ Aus den Freitextangaben wird deutlich, dass Eis, Kekse und Kuchen selten angeboten werden. Kuchen gibt es insbesondere bei Kinder-Geburtstagen.

Nahezu 40 % der Kitas gaben an, dass sie den gesamten Kita-Tag eher zuckerfrei gestalten. Fast 5 % sagten, dass sie den zuckerfreien Kita-Tag umsetzen. Ebenfalls fast 40 % gaben an, dass der zuckerfreie Kita-Tag eher nicht umgesetzt wird und 17,9 % sagten, dass sie diesen nicht umsetzen (Tabelle 17).

Tabelle 17: Zuckerfreier Kita-Tag

Wir gestalten unseren gesamte Kita-Tag zuckerfrei N=106	
	n (%)
trifft zu	5 (4,7)
trifft eher zu	42 (39,6)
trifft eher nicht zu	40 (37,7)
trifft nicht zu	19 (17,9)

Mehr als die Hälfte der Kitas (55,4 %, N=56 von N=101) haben das regelmäßige Zähneputzen oder Aspekte der Zahngesundheit nicht schriftlich festgehalten. Ein gutes Viertel (26,7 %, N=27) der Kitas gab an, dass dies im Kita-Konzept schriftlich fixiert wurde, 6,9 % (N=7) haben dies im Qualitätshandbuch festgehalten. 3,1 % (N=4) der Kitas haben dies sowohl im Kita-Konzept als auch im Qualitätshandbuch festgehalten. 6,9 % (N=7) gab an dies anderswo schriftlich festgehalten zu haben.

10,1 % der Kitas gaben an, dass sie einen sehr hohen Einfluss auf die Zahngesundheit ihrer Kinder hätten, ein Drittel (33,9 %) gab einen hohen Einfluss an. 42,2 % schätzten ihren Einfluss auf die Zahngesundheit als mittel und 13,8 % als gering ein (Tabelle 18).

Tabelle 18: Einfluss auf die Zahngesundheit

Wie hoch ist der Einfluss, den Sie als Kita auf die Zahngesundheit Ihrer Kinder nehmen können? N=109	
	n (%)
sehr hoch	11 (10,1)
hoch	37 (33,9)
mittel	46 (42,2)
gering	15 (13,8)

Knapp ein Viertel (23,4 %) der Kitas gab in der Befragung an, ihren Einfluss auf die Zahngesundheit derzeit auszuschöpfen, der Großteil (46,7 %) gab an, diesen derzeit eher auszuschöpfen. Ebenfalls ein Viertel (25,2 %) der Kitas gab an, diesen derzeit eher nicht auszuschöpfen und 4,7 % meinten, diesen gar nicht auszuschöpfen (Tabelle 19).

Tabelle 19: Ausschöpfung des Einflusses auf die Zahngesundheit

Wir schöpfen unseren Einfluss auf die Zahngesundheit unserer Kinder derzeit vollständig aus! N=107	
	n (%)
trifft zu	25 (23,4)
trifft eher zu	50 (46,7)
trifft eher nicht zu	27 (25,2)
trifft nicht zu	5 (4,7)

Über die Hälfte (57,9 %) der Kitas ist es wichtig, einen Beitrag zur Zahngesundheit der Kinder zu leisten, für knapp ein Drittel (31,8 %) ist dies sogar sehr wichtig und 10,3 % gaben an, dass es ihnen weniger wichtig sei (Tabelle 20).

Tabelle 20: Wichtigkeit als Kita einen Beitrag zur Zahngesundheit zu leisten

Wie wichtig ist es Ihnen als Kita einen Beitrag zur Zahngesundheit Ihrer Kinder zu leisten? N=107	
	n (%)
sehr wichtig	34 (31,8)
wichtig	62 (57,9)
weniger wichtig	11 (10,3)
unwichtig	-

Als letztes wurden den Kitas mögliche Unterstützungsangebote angeboten (Mehrfachantworten waren möglich). 44,1 % (N=49) der Kitas zeigten Interesse an einem Elternabend zum Thema Zahngesundheit, 17,1 % (N=19) wünschten sich eine Schulung der Kita-Mitarbeiter*innen in Bezug auf die Zahngesundheit und 10,8 % (N=12) gaben an, Interesse an einer Unterstützung bei der Einführung des täglichen Zähneputzens zu haben.

Im Freitext wurden noch folgende freie Anmerkungen zum Thema Zahngesundheit gemacht:

- Zufriedenheit mit den Angeboten der Zahnprophylaxehelferinnen der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege im Kreis Segeberg e.V. und der Verbleib bzw. Ausbau dieses Angebots
- Regelmäßige materielle Unterstützung mit kindgerechten Zahnbürsten und Zahncreme
- Informationen zum Thema zahngesundes Essen
- Wunsch nach einem Wasserspender

3.3 Ergebnisse der zahnärztliche Untersuchung und der Fragebogenerhebung

Dieser Abschnitt betrachtet die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung auf Kita-Ebene und die Ergebnisse der Fragebogenerhebung gemeinsam und bezieht somit N=110 Kitas ein. Das Ziel hierbei ist, Zusammenhänge (Korrelationen) zwi-

schen einzelnen Variablen bzw. Einzelergebnissen aufzudecken und deren statistischer Signifikanz zu überprüfen.

Bei der Gruppierung der Zahngesundheit in unterhalb und oberhalb des kreisweiten Mittelwertes an naturgesunden Zähnen von 79 %, ist ein signifikanter Unterschied ($p < .01$) zwischen den Trägern zu erkennen. Hierbei fällt auf, dass die Kitas unter der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände häufiger unterhalb des Mittelwertes sind, während Kitas von eingetragenen Vereinen und Privatinitiativen besonders häufig Werte oberhalb des kreisweiten Mittelwertes aufweisen (Tabelle 21).

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen naturgesunden Zähnen und Kita-Trägerschaft

Naturgesunde Zähne und Kita-Trägerschaft (N=109)		
	Naturgesunde Zähne	
	n (%) Kitas unterhalb MW (<79,0)	N (%) Kitas oberhalb MW ($\geq 79,0$)
Kommunaler Träger	12 (37,5)	20 (62,5)
Kirchlicher Träger	15 (44,1)	19 (55,9)
Wohlfahrtsverband	17 (70,8)	7 (29,2)
Eingetragener Verein/ Privatinitiative	3 (15,8)	16 (84,2)

Wenn Kitas im Fragebogen angegeben haben, dass sie den Vormittag zuckerfrei bzw. zuckerarm gestalten (Antwortformate: ja oder eher ja) weist die entsprechende Kita häufiger einen Mittelwert der naturgesunden Zähne oberhalb des Kreisdurchschnittes auf als Kitas, die ihren Vormittag nicht zuckerfrei gestalten (Antwortformate: eher nein oder nein). Dieser Zusammenhang ist statistisch signifikant ($p < .01$).

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen naturgesunden Zähnen und zuckerfreiem Vormittag

Naturgesunde Zähne und zuckerfreier Vormittag (N=89)		
	Naturgesunde Zähne	
	n (%) Kitas unterhalb MW (<79,0)	n (%) Kitas oberhalb MW ($\geq 79,0$)
Zuckerfreier Vormittag: ja oder eher ja	15 (27,8)	39 (72,2)
Zuckerfreier Vormittag: eher nein oder nein	21 (60,0)	14 (40,0)

4 Schlussfolgerungen

Es konnte festgestellt werden, dass 79 % der 5.248 untersuchten Kita-Kinder im Untersuchungszeitraum 01.01.2017-15.07.2018 im Kreis Segeberg ein naturgesundes Gebiss und 13 % ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufwiesen. Ein Vergleich mit Daten zur Zahngesundheit im Bundesdurchschnitt ist aufgrund der unterschiedlichen Altersgruppierung nicht möglich. Ein Vergleich mit der Zahngesundheit von Kita-Kindern in der Stadt Flensburg (12) und der Stadt Neumünster (13) ist mög-

lich. Während in Flensburg ebenfalls 79 % der Kita-Kinder ein naturgesundes Gebiss aufweisen, sind es in Neumünster lediglich 66 %. In Flensburg sind 12 % der Kita-Kinder behandlungsbedürftig, in Neumünster 26,5 %. Dies zeigt, dass die Zahngesundheit von Kita-Kindern im Kreis Segeberg vergleichbar mit der in Flensburg ist.

In denen zur kariespräventiven relevanten Umgebungsfaktoren in der Kita hat sich gezeigt, dass

- Zähneputzen: 50,0 % der Kitas keine Zähne putzen, 35,5 % der Kitas mit allen Gruppen und 14,5 % mit einigen Kindern die Zähne in der Kita putzen,
- Getränke: 74,8 % der Kitas stellen die Getränke zur Verfügung, in 23,4 % der Kitas bringen die Kinder zusätzlich zu gestellten Getränken, Getränke von zu Hause mit. Beim Vergleich von mitgebrachten Getränken und gestellten Getränken wird deutlich, dass der Anteil von Saftschorlen, gesüßtem Tee und Obstsaften bei den mitgebrachten Getränken höher ist als in Kitas, welche die Getränke stellen,
- Frühstück: 34,8 % der Kitas stellen das tägliche Frühstück, bei den restlichen 65,1 % bringen die Kinder das Frühstück mit oder es besteht eine Mischform. Wenn die Kita das Frühstück stellt, zeigt sich, dass der Anteil an Kitas, die Toastbrot, Streichwurst/Leberwurst und Fruchtquark/Fruchtjoghurt als Fertigprodukt verwenden geringer ist als wenn die Kinder das Frühstück von zu Hause mitbringen. Auch werden kariogene Produkte wie Pudding, Schokoladenhaltiges nicht angeboten.

Bei der Bedeutung des Themas Zahngesundheit und der Umsetzung von kariespräventiven Faktoren sind in den Kitas aus zahnärztlicher und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive noch Verbesserungen möglich. So gestalten derzeit etwas mehr als die Hälfte (63,3 %) der Kitas ihren Vormittag zuckerfrei bzw. eher zuckerfrei. 44 % der Kitas sind der Ansicht einen sehr hohen oder hohen Einfluss auf die Zahngesundheit zu haben, das bedeutet, dass die Mehrheit der Kitas ihren Einfluss als gering wahrnehmen.

5 Handlungsableitungen

Auf Basis der Ergebnisse werden folgende Handlungsableitungen formuliert:

- **Anpassung der zahnärztlichen Untersuchungen und der Gruppenprophylaxe auf Basis des Anteils behandlungsbedürftiger Gebisse auf Kita-Ebene**

Der zahnärztliche Dienst des Kreises Segeberg wird auf Basis der Ergebnisse die Frequenz der zahnärztlichen Untersuchungen in den Kitas erneut anpassen. Es ist geplant, Kitas mit einem hohen Anteil an behandlungsbedürftigen Kindern jährlich zu besuchen. Kitas, die einen besonders hohen Anteil an naturgesunden Gebissen aufweisen, werden maximal alle zwei Jahre zahnärztlich untersucht. Die Angebote der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege e. V. werden verstärkt auf die Kitas mit einem hohen Anteil an behandlungsbedürfti-

gen Gebissen ausgerichtet, hierbei wird auch auf die Umsetzung des zuckerfreien Vormittags hingearbeitet. Hierfür bedarf es geeignetem Personal, welches auf Augenhöhe mit den Kitas zahnfremdliche Strategien erarbeiten und umsetzen kann. Die weiteren Kitas werden weiterhin besucht.

- **Flächendeckende Umsetzung des zuckerfreien Vormittags in den Kitas**

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung eines zuckerfreien Vormittags zu höheren Anteilen an naturgesunden Zähnen führt, sollte dieses Konzept in den Kitas weiterverbreitet werden. Dies meint eine Versorgung, die frei von zugesetztem Zucker ist und entspricht zuckerfreien Getränken (=Wasser, ungesüßter Tee) und einem zahnfremdlichen Frühstück (=ohne zugesetzten Zucker und kauaktiv). Nahezu alle Kitas stellen zumindest zum Essen die Getränke. Um Saftschorlen, Säfte und „Wasser mit Geschmack“, die einen besonders hohen Zuckergehalt aufweisen, aus den Kitas zu verbannen, ist eine Ausdehnung auf den ganzen Tag erforderlich. Fraglich ist, welche Voraussetzungen hierfür in den Kitas erforderlich sind, um dies umzusetzen.

Um auch den Konsum von Toastbrot, Leberwurst, fertigen Molkereiprodukten und Süßigkeiten auf ein Minimum bzw. vollständig zu reduzieren, sind mehrere Möglichkeiten denkbar. Eine konsequente Brotdosenliste inkl. explizierter Auflistung von Positivbeispielen und deren ebenso konsequente Umsetzung, werden im Bereich des mitgebrachten Frühstücks angeregt. Bei von der Kita gestelltem Frühstück gilt es die positiven Tendenzen auszubauen und den Kitas praxisnah Möglichkeiten für ein gesundes Frühstück mit Spaßfaktor für die Kinder aufzuzeigen.

Einen Schwerpunkt auf eine möglichst zuckerarme Ernährung in der Kita zu legen, wird verstärkt durch Daten aus der KiGGS-Studie, die deutlich machen, dass die 3-10-Jährigen einen relativ hohen Anteil an zuckerhaltigen Getränken und Süßigkeiten verzehren, aber nicht ausreichend Obst und Gemüse konsumieren (14) (Tabelle 23).

Tabelle 23: Verzehr ausgewählter Lebensmittel und Getränke bei 3-10-Jährigen (KiGGS-Studie)

Verzehr von ausgewählten Lebensmitteln und Getränken bei 3-10-Jährigen (14)		
	Mädchen	Jungen
Zuckerhaltige Getränke (ml)	454,0	568,1
Süßwaren (g)	60,6	68,4
Obst (g)	286,0	267,1
Gemüse (g)	142,2	127,4
Erreichung von ≥ 5 Obst- und Gemüseportionen pro Tag (%)	15,5	17,2

Um eine Veränderung des Essverhaltens und der Getränkeaufnahme zu erzielen, sind neben dem verbesserten Zugang zu gesunden Lebensmittel u. a. Umgebungen und Möglichkeiten in den Lebenswelten so zu gestalten, dass diese Kinder dabei unterstützen gesündere Lebensmittel kennenzulernen und regelmäßig zu essen. Dies hat neben einem kariespräventiven Aspekt auch mögliche positive Auswirkungen auf das Körpergewicht.

- **Konsequente Integration des Zähneputzens in den Kita-Alltag**
Die Tatsache, dass 21,3 % der 2-6-Jährigen weniger als zweimal täglich (3) und zwischen 16 und 33 % der erwachsenen Bevölkerung maximal einmal am Tag die Zähne putzen (15), macht deutlich, wie wichtig Zähneputzen in der Lebenswelt Kita ist. **Hierbei steht nicht das Putzergebnis im Vordergrund, sondern die Gewohnheitsbildung ist das übergeordnete Ziel. Das bedeutet Kinder machen in der Kita die Erfahrung, dass regelmäßiges Zähneputzen ein integraler Bestandteil des Alltags ist.** Es ist davon auszugehen, dass so das langfristige Putzverhalten der Kinder durch das tägliche Zähneputzen in der Kita positiv beeinflusst wird (15). Die Kita hat somit die Chance das Zahnputzverhalten für alle weiteren Lebensphasen positiv zu prägen. Diese Möglichkeit gilt es auszunutzen.
- **Sensibilisierung und Schulung von Kitas und weiteren relevanten Multiplikatoren**
Insbesondere vor dem Hintergrund, dass weniger als die Hälfte der Einrichtungen einen sehr hohen oder hohen Einfluss ihrerseits auf die Zahngesundheit sehen, ist geplant, die Ergebnisse und deren Handlungsableitungen Trägern und Kita-Leitungen zu präsentieren, Hintergründe und Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Einflussfaktoren und einer Kariesentwicklung zu erläutern und sie so für ihre Einflussfaktoren zu sensibilisieren. Dies ist gepaart mit der Hoffnung, dass sie ihre Möglichkeiten dann verstärkt nutzen. Damit möglichst viele Kinder im Kreis Segeberg von kariespräventiven Umgebungsfaktoren profitieren können, sollten Schulungen auch auf weitere Betreuungsangebote wie z. B. Tagesmütter und -väter ausgeweitet werden.
- **Ausdehnung auf Kinder unter 3 Jahren**
Da die Erkrankung bereits vor der Kita-Zeit beginnt, muss eine wirksame Prävention bereits früher ansetzen. Hier geht es insbesondere um die Schulung relevanter Multiplikatoren wie Hebammen, Leiter*innen von Krabbelgruppen etc. Bei einer Sensibilisierung der Kita hinsichtlich kariespräventiver Umgebungsfaktoren ist davon auszugehen, dass auch die Krippengruppen hiervon profitieren.

6 Literatur

1. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (Hrsg.) (2016). Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe. Verfügbar unter: https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Epi_2016/Epi_final_BB1801_final.pdf (Stand: 01.03.2019)
2. Borutta, A, Wagner, M, Kneist, S (2010). Bedingungsgefüge der frühkindlichen Karies. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkd 2(32):58-63
3. Krause L, Kunz B, Schenk L, Knopf H (2018). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(4):3-21
4. Schiffner U (2016). Kariesprävention bei Kleinkindern. Der Freie Zahnarzt 60(7-8):70-5
5. Bekes K (2017). Frühkindliche Karies – Prävalenz, Risikofaktoren und Präventionsansätze. ZWR - Dtsch Zahnärztebl 26(11):552-8
6. Kühnisch J, Bücher K, Tautz A, Hickel R (2014). Frühkindliche Karies. Klinik, Epidemiologie, Ätiologie und Therapiestrategien. Wissen Kompakt 8(1):3-12
7. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (Hrsg.) (2000). Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. Verfügbar unter: https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/grundsaeetze.pdf (Stand:01.03.2019)
8. Euba A, Paschos E, Mattner B, Storr U (2016). Motivation zur Prävention im Kindesalter als Basis für eine nachhaltige Zahngesundheit – Das Augsburger Modell. Gesundheitswesen 78(02):103-6
9. GKV Spitzenverband (Hrsg.). (2018). Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf (Stand: 01.03.2019)
10. Kreis Segeberg, Fachbereich III, (Hrsg.). Bedarfsplan gem. § 7 KitaG S-H zur Kindertagesbetreuung im Kreis Segeberg 2017/18
11. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg.) (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart
12. Stadt Flensburg, Fachbereich Soziales und Gesundheit (Hrsg.) (2017). Flensburger Gesundheitsberichterstattung. Zahn- und Mundgesundheit von Kindergartenkindern 2017

13. Stadt Neumünster, Fachdienst Gesundheit (Hrsg.) (2018). Zahngesundheitsbericht 2017
14. Krug S, Finger JD, Lange C, Richter A, Mensink GMB (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(2):3-22
15. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (Hrsg.) (2018). Die Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe auf Basis der Epidemiologischen Begleituntersuchungen 2016 Dokumentation des Symposiums vom 23. März 2018. Verfügbar unter:
https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Symposium_2018/Doku_Symposium_final.pdf (Stand: 01.03.2019)