

GBE-Themenheft: Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Stadt Erfurt

Eine Gesundheitsberichterstattung nach der
Corona-Pandemie

Stand: 08.09.2025



Gesundheitsamt
Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit

Impressum

Herausgeber

Landeshauptstadt Erfurt

Stadtverwaltung

Gesundheitsamt, Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit

Autoren: Dr. med. dent. Franziska Schmitt
Winnie Melzer, Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Änne Kirchner, Gesundheitsberichterstattung

Telefon: 0361-655 4201

Fax: 0361-655 4209

E-Mail: gesundheit@erfurt.de

Internet: www.erfurt.de

Stand: 08.09.2025

Inhaltsverzeichnis

Seite

1 Abkürzungsverzeichnis	5
2 Einführung	7
3 Ziele und Fragestellung	10
4 Rahmenbedingungen	11
4.1 Mundgesundheitsziele	11
4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	12
5 Aktuelle Daten zur Mundgesundheit	16
5.1 Auswahl der Daten	16
5.2 Soziodemographischer Status	16
5.3 Zahngesundheit der Erfurter Kindergarten- und Schulkinder	19
5.3.1 Kariesstatus	19
5.3.2 Karieserfahrung und Sanierungsgrad	21
5.3.3 Mundgesundheit und soziale Lage	24
5.3.4 Nachgehende Fürsorge	32
5.3.5 Kieferorthopädie	33
5.3.6 Mundgesundheitsdaten im Vergleich	35
5.3.6.1 Erfurt gestern und heute	35
5.3.6.2 Vergleich vor und nach COVID-19-Pandemie	36
5.3.6.3 Erfurt im Vergleich mit Thüringen und Deutschland	44
5.3.7 Umsetzung der Gruppenprophylaxe in der Stadt Erfurt	45
5.4 Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse	46
6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	47
7 Handlungsempfehlungen	50
8 Maßnahmeplan	51
9 Forderungen auf höheren Ebenen	54
9.1 Landesebene	54
9.2 Bundesebene	54
9.3 International	55
10 Anhang	56
10.1 Abbildungsverzeichnis	56
10.2 Tabellenverzeichnis	58
11 Quellenverzeichnis	59

1 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AGETHUR	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
BZK	Bundeszahnärztekammer
BZÖG	Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
ca.	circa
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
dmf-t/ DMF-T	decayed missed filled teeth
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KFO	Kieferorthopädie
KIG	Kieferorthopädische Indikationsgruppe
kGBE	kommunale Gesundheitsberichterstattung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJZÄD	Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst
KOBAGS	Koordinierung von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAGJTh e.V.	Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V.
max.	maximal
MIH	Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation
min.	minimal

mind.	mindestens
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGW	Öffentliches Gesundheitswesen
RKI	Robert- Koch-Institut
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SiC	Significant Caries Index
ThürKigaG	Thüringer Kindergartengesetz
ThürSchulG	Thüringer Schulgesetz
ThürSchulgespflVO	Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege
TLVwA	Thüringer Landesverwaltungsamt
TMASGFF	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
v.a.	vor allem
VBE	Vollbeschäftigeneinheit
WHO	World Health Organization
ZÄD	Zahnärztliche Dienste
z.B.	zum Beispiel

2 Einführung

Die WHO definierte den Begriff "Gesundheit" bereits im Jahr 1949 als einen Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens. Nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen, sondern auch sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. Die Gesundheit ist als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Mit der Ottawa-Charta von 1986 entwickelte sich die Definition von Gesundheit, als eine Fähigkeit und die Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen, weiter [1].

Gesundheitsförderung soll allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen. Sie sollen befähigt werden, ihre Gesundheit zu stärken. Gesundheitsförderung steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer sowie individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem einzelnen Individuum und dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden ab. So wird ersichtlich, dass die Gesundheitsförderung auch Kernaufgabe der Kommune ist [2].

Gesundheit wird vor Ort mit anderen Handlungsfeldern gemeinsam betrachtet, insbesondere Stadtentwicklung, Bildung, Soziales und Umwelt. Der Aufbau und die Weiterentwicklung von gesundheitsbezogenen Strukturen basieren auf der Grundlage der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE). Das vorliegende Themenheft beschäftigt sich mit der Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen der Landeshauptstadt Erfurt.

Die Tätigkeiten des Zahnärztlichen Dienstes umfassen zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Gruppenprophylaxe, Zahnschmelzhärtung durch Auftragen verschiedener Fluoridpräparate sowie Öffentlichkeitsarbeit. Diese haben einerseits einen bevölkerungsmedizinischen und andererseits einen individuellen Vorsorgeaspekt. Es werden Angaben für die Gesundheitsberichterstattung und zur Steuerung und Bewertung zahnmedizinischer präventiver Betreuungsprogramme nach einheitlichen Kriterien erhoben. Die Untersuchungen haben eine sozialkompensatorische Funktion. Die Kinder und Jugendlichen werden unabhängig von ihrer Lebenssituation mit einer präventiven Leistung, der zahnärztlichen Untersuchung, erreicht. Die Kernaufgaben der Gesundheitsberichterstattung sind neben Information und Orientierung auch Monitoring, Motivation, Evaluation sowie Koordination [3].

GBE wird in Deutschland auf mehreren Ebenen durchgeführt (Bundes-, Landes und kommunale Ebene) [4]. Im vorliegenden Bericht wurden auf Grundlage des "Leitfaden[s] für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen" standardisiert erhobene Mundgesundheitsdaten auf kommunaler Ebene ausgewertet [5, 6]. Die GBE ist eine der Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Diese wird definiert, als die Beschreibung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen in einer handlungsorientierten und allgemeinverständlichen Form.

Sie dient der Versachlichung von Diskussionen über politisch relevante gesundheitliche Probleme. Neben der Erstellung von Gesundheitsberichten und Informationssystemen übernimmt die GBE wichtige Aufgaben bei der Unterstützung politischer Maßnahmen und Programme [4].

Die Berichterstattung der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. Erhebungsleitfäden in den Bundesländern zur jeweiligen landesweiten Standardisierung zahnmedizinischer Befunderfassung sowie Landesberichte zur Zahngesundheit zeugen davon, dass die GBE in den Zahnärztlichen Diensten einen festen Platz erhalten hat. Die eingesetzten Untersuchungsmethoden besitzen eine hohe Sensitivität und können betroffene Kinder zuverlässig identifizieren. Über Programme zur Dokumentation kann die Anzahl der erreichten Kinder und der erhobenen Befunde erfasst werden. Dies stellt die Datenbasis für weitergehende statistische Analysen dar. Eine frühzeitige Planung und Einleitung präventiver Maßnahmen und Förderung der Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden [4].

Gesunde Milchzähne sind die Voraussetzung für ein schmerzfreies, freudvolles Erlernen gesunder Ernährungsweisen. Sie bilden die Basis für ein reguläres Kieferwachstum und eine altersentsprechende Sprachentwicklung [2]. Damit sind sie ebenfalls für die Entwicklung sozialer Interaktionen und Kompetenzen entscheidend. Ein langfristig unversorgtes stark kariös zerstörtes Gebiss im Kindes- und Jugendalter gilt als Indikator für eine mangelnde Wahrnehmung der gesundheitlichen Fürsorge bzw. medizinische Vernachlässigung im Elternhaus. Ein gesunder Kindermund ist die Voraussetzung für gesunde permanente Zähne. Nur so können uns die Zähne ein Leben lang begleiten. Darüber hinaus wird Mundgesundheit längst nicht mehr losgelöst, sondern im allgemeinmedizinischen Kontext bewertet.

Orale Erkrankungen, wie Karies und Zahnbetterkrankungen (Parodontitis) zählen zu den häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen [7]. Die starke Verbreitung ist vor allem auf eine ungenügende Zahnpflege sowie auf eine ungünstige Ernährung zurückzuführen. Eine effektive Mundhygiene und regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchungen sind neben ausreichender Fluoridierung und einer kariespräventiven Ernährung zentrale Bausteine der Prävention von Zahn- und Mundkrankheiten [8]. Die Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Mundgesundheit und zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (§ 21, SGB V) richtet sich flächendeckend an Kinder bis 6 Jahren in Kindergärten, an Kinder von 6 bis 12 Jahren in Schulen sowie an 12- bis 16-jährige Jugendliche mit erhöhtem Kariesrisiko in Schulen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen [9].

Neben Karies gehören Zahn- und Kieferfehlstellungen zu den häufigsten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mundhöhle. Kieferorthopädische Anomalien sind assoziiert mit Einschränkungen der Kaufunktion, der Atmung, der Phonetik und des Schluckens. In diesem Sinne versteht sich die Kieferorthopädie als präventiv ausgerichtete Disziplin, wenn durch eine Behandlung Folgeerkrankungen verhindert werden können. Die Zahnärztlichen Dienste des ÖGD erkennen und diagnostizieren Fehlentwicklungen und

Fehlbildungen des Kauorgans, sowie Zahnfehlstellungs- und Bissanomalien, Kieferfehlbildungen und Deformierungen der Kiefer und des Gesichtsschädels [10].

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Mundgesundheit der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland deutlich verbessert. Aufgrund der durchgeführten Präventionsmaßnahmen verzeichnen wir einen allgemeinen Kariesrückgang [7], sodass andere Schmelzdefekte klinisch stärker imponieren. Die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) ist eine Hartschmelzbildungsstörung, welche die ersten bleibenden Backenzähne sowie die bleibenden Schneidezähne betreffen kann [11]. Diese Zähne werden im Volksmund als "Kreidezähne" bezeichnet. Der Zahnschmelz ist weicher sowie temperaturempfindlich [12]. Bis zum jetzigen Zeitpunkt ist die Ursache des Entstehens dieser Erkrankung nicht eindeutig geklärt [13]. Die Zahnärztlichen Dienste des ÖGD diagnostizieren und klassifizieren MIH-Zähne. Gegebenenfalls könnten diese Daten unterstützend zur Grundlagen- und Ursachenforschung dienen.

Insgesamt spielt die Ernährungsweise nicht nur eine große Rolle für die Mundgesundheit sondern auch für das Körpergewicht verbunden mit umfassenden Gesundheitsproblemen. Der Konsum von hochzuckerhaltigen Lebensmitteln kann zu Übergewicht oder Adipositas führen. Oft sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädische bis hin zu psychischen Problemen die Folge [14,15,16]. Der Zusammenhang zwischen Mund- und Allgemeingesundheit ist wissenschaftlich in vielen Bereichen belegt und beschrieben. Zum Beispiel besteht ein Zusammenhang zwischen Zahnbetterkrankungen und Diabetes mellitus [17] sowie Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (rheumatoide Arthritis) [18].

Während der COVID-19-Pandemie konnte von Februar 2020 bis April 2022 die Arbeit durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Thüringen e.V. (LAGJTh e.V.) nicht ausreichend durchgeführt werden. Es fanden in den Erfurter Einrichtungen keine Vorsorgeuntersuchungen und deutlich weniger Gruppenimpulse statt.

Der vorliegende Bericht dient als Grundlage zur Diskussion für die Weiterentwicklung von Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung zur Prävention von Zahn- und Mundkrankheiten in Erfurt.

3 Ziele und Fragestellung

Der vorliegende Mundgesundheitsbericht beschreibt den IST-Zustand der Erfurter Kinder- und Jugendlichen in Bezug auf die Mundgesundheit sowie die Ergebnisse der Evaluation der gruppenprophylaktischen Maßnahmen. Die Gruppenprophylaxe umfasst die Reihenuntersuchung der Kinder sowie die Zahnschmelzhärtung mittels Zahnlack (Fluoridapplikation).

Darüber hinaus erfolgt die Einordnung in den sozialraumbezogenen, landesbezogenen und bundesweiten Kontext. Die Untersuchungsergebnisse der Schuljahre vor und nach der COVID-19-Pandemie sollen eingeordnet werden. Der Bericht zeigt Problemlagen und Bedarfe der Mundgesundheit im Kindes- und Jugendalter auf [2].

Der vorliegende Mundgesundheitsbericht geht folgenden Fragestellungen bzw. Forschungsfragen nach:

- Wie steht es aktuell um die Mund- und Zahngesundheit der Erfurter Kinder und Jugendlichen?
- Welche Qualität hat die zahnmedizinische Versorgung der Kinder?
- Gibt es sozialräumliche Unterschiede in der Mundgesundheit der Kinder?
- Wie steht es um die Kinder mit besorgniserregenden Zahnbefunden?
- Wie sind die Ergebnisse nach der COVID-19-Pandemie einzuordnen?
- Wie steht es um die kieferorthopädischen Anomalien der Erfurter Kinder?
- Wie wird die Gruppenprophylaxe in Erfurt umgesetzt?
- Wie viele Kinder wurden durch gruppenprophylaktische Maßnahmen im Berichtszeitraum erreicht?
- Welche Maßnahmen müssen eingeleitet werden, um die Mundgesundheit zu verbessern?

4 Rahmenbedingungen

4.1 Mundgesundheitsziele

Die Mundgesundheit ist ein wichtiges Gesundheitsziel auf nationaler sowie internationaler Ebene [19, 20]. Die WHO definiert bereits 1986 auf der "Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung" Gesundheit als ein Zustand des vollkommen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens [19].

Menschen in Deutschland bleiben heute im Verlaufe ihres Lebens länger mundgesund [20]. Damit dies langfristig so bleibt und gleichzeitig noch verbessert werden kann, werden in regelmäßigen Abständen Mundgesundheitsziele erarbeitet, formuliert und fokussiert. Schon im Jahr 1996 verabschiedete die Bundeszahnärztekammer (BZK) die ersten bundesweiten Mundgesundheitsziele.

Die "Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030" der BZK lauten für Kinder und Jugendliche wie folgt:

- 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 deutsche Zahnärzteschaft unterstützt, in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, eine kontinuierliche Mundgesundheitsaufklärung der Bevölkerung für eine umfassende Verbesserung der Mundgesundheit.
- Die Ernährungsberatung soll durch den Zahnarzt verstärkt werden, einschließlich auf in Nahrungsmitteln enthaltene Säuren hinweisen, zur deutlichen Reduzierung des (versteckten) Zuckerverzehrs bei Säuglingen und Kindern, um die Prävalenz früh auftretender Karies sowie erosiver Zahnhartsubstanzdefekte zu reduzieren. Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit zw. Kinderärzten, Gynäkologen und Hebammen (Schwangerenberatung) soll verstärkt werden.
- Erhöhung der Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz als eine semikollektive kariesprophylaktische Maßnahme, die breitenwirksam soziale und medizinische Risikogruppen erreicht, auf 70%. Es sollte immer nur eine Form von systemischer Fluoridsupplementierung erfolgen (Fluoridanamnese)
- Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad in Kindergärten und in Grundschulen soll mind. 80% und in Förderschulen mind. 90% betragen [20].

Mithilfe dieser festgelegten Mundgesundheitsziele sollen die Auswirkungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen auf die Allgemeingesundheit sowohl auf Individual- als auch auf Bevölkerungsebene durch Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung und Behandlung oraler Erkrankungen reduziert werden. Gleichzeitig soll dadurch die Mundgesundheit gefördert werden [20].

Die Landesgesundheitskonferenz Thüringen erarbeitete im Jahr 2020 Gesundheitsziele speziell für Thüringen. Dort wurde die Mundgesundheit als Ziel durch die Förderung einer gesunden Ernährung und die Förderung der Mundhygiene für die Lebensphasen "Gesund aufwachsen" sowie "Gesund alt werden" mit aufgenommen [21].

So wird deutlich, welche Bedeutung die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe zur Erreichung der Mundgesundheitsziele neben der hauszahnärztlichen Betreuung hat. Im folgenden Kapitel werden die gesetzlichen Grundlagen sowie weitere Rahmenbedingungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene beschrieben.

4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Bundesebene

Das Präventionsgesetz trat 2015 zur Stärkung der Gesundheitsförderung in Kraft. Es stärkt die Grundlagen für sämtliche Akteure und formuliert das Ziel: Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen. Prävention und Gesundheitsförderung sollen in den Lebenswelten greifen - dort wo die Menschen leben, lernen und arbeiten [22]. Menschen sollen gesund aufwachsen und eine gesundheitsbewusste Lebensweise entwickeln können, so dass die Gesundheit im Alter möglichst gefördert wird. Zusammengefasst nimmt das Präventionsgesetz jeden Versicherten in die Pflicht, eine gesunde Lebensweise zu ergreifen – und so auch möglichst gesund älter zu werden. Es geht zum einen darum, die Risikofaktoren für die Entstehung lebensstilbedingter Krankheiten zu reduzieren und gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Zum anderen geht es darum, die Verhältnisse, in denen wir leben so zu gestalten, dass sie die Gesundheit fördern. Die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention soll laut dem Präventionsgesetz intensiviert werden. Die Akteure, wie Krankenkassen, Pflegekassen, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie die Länder und Kommunen, sollen ihre Ressourcen stärker bündeln und sich auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen verständigen [22].

Der Spitzenverband der GKV legt mit dem GKV-Leitfaden Prävention mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder sowie Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung fest, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten [2]. Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindergärten, Schulen, Einrichtungen der Freizeitgestaltung, Betriebe, Pflegeeinrichtungen und Kommunen zielen darauf ab, die Gesundheitspotenziale und -risiken von Menschen in der jeweiligen Lebenswelt zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Die Stärkung individueller Ressourcen soll möglichst unter direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen und der Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt erfolgen. Gesundheit soll dabei als Leitbild in den Lebenswelten etabliert werden [23].

Das neue "Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst" wurde 2018 durch die Gesundheitsministerkonferenz verabschiedet. Es orientiert sich am Gemeinwohl und v.a. an lokalen Herausforderungen. Es unterstreicht die sozialkompensatorische Seite der Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese möchte einen sozialen Ausgleich

und die damit verbundene Chancengleichheit sowie eine bestmögliche faire Gesundheit für alle Bürger unabhängig von Faktoren wie z.B. Einkommen oder Bildung ermöglichen [2, 24].

Im § 21 SGB V ist die Gruppenprophylaxe gesetzlich geregelt. Zur Prävention von Zahnerkrankungen haben Krankenkassen, Zahnärzte und die für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsam einheitliche Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen zu fördern. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken, vorrangig in Gruppen insbesondere in Kindergärten und Schulen (Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierung, Ernährungsberatung und Mundhygiene). Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln. Ziel ist das Ermöglichen des mundgesunden Aufwachsens [9, 25, 26].

Die Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst haben eine große Bedeutung bzgl. des Kinderschutzes. Sie besuchen die Einrichtungen regelmäßig und flächendeckend. Ein über einen längeren Zeitraum stark zerstörtes Kindergebiss ohne zahnmedizinische Behandlung kann ein Frühindikator für Vernachlässigung sein[27]. Im 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sind Zahnärzte als Berufsgeheimnisträger genannt, welche aufgrund der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes feststellen können. Berufsgeheimnisträger haben Anspruch auf eine Beratung mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft beim Jugendamt[28]. Aus diesem Grund ist eine Vernetzung des Zahnärztlichen Dienstes mit Mütterberatung, Kinderärztlichem Dienst und Jugendamt von großer Wichtigkeit.

Landesebene

In der "Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998" sind die Aufgaben der Gesundheitsämter definiert. In dieser Verordnung ist festgelegt, dass die Gesundheitsämter in Thüringen die Aufgabe haben, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und zu schützen. Gleichzeitig soll die gesundheitliche Aufklärung und Beratung der Bevölkerung, das Beobachten und Bewerten der gesundheitlichen Verhältnisse sowie das Einschließen der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit erfolgen. Die Gesundheitsämter gewährleisten die epidemiologische Bewertung und Erfassung von Krankheiten [29].

Im § 18 des Thüringer Kindergartengesetzes (ThürKigaG) vom 18. Dezember 2017, zuletzt geändert am 28.04.2023, ist die Gesundheitsfürsorge festgelegt. Unter § 18 Absatz 3 ist beschrieben, dass das Gesundheitsamt mit Zustimmung der Eltern zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen der Kinder vornimmt. Die Eltern haben das Recht, der Untersuchung zu widersprechen. Sie können auf Wunsch an der Untersuchung teilnehmen und sind über das Ergebnis zu informieren. Somit ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in den Thüringer Kindergärten freiwillig und wird nicht von allen Kindern wahrgenommen. Weiterhin ist im Absatz vier geregelt, dass der Träger die Kindertageseinrichtung mit einer warmen Mittagsmahlzeit versorgt, welche den "aktuellen ernährungswissenschaftlichen Qualitätsstandards für eine ausgewogene

altersgemäße, vollwertige und gesundheitsfördernde Mittagsmahlzeit [...] zu entsprechen" hat [30].

Der § 55 des Thüringer Schulgesetzes (ThürSchulG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 01. August 2021 regelt die Schulgesundheitspflege. Diese umfasst die Aufgaben sowie Maßnahmen des schulzahnärztlichen Dienstes und wird von den Gesundheitsämtern wahrgenommen. "Die Schüler sind verpflichtet, sich den Maßnahmen des schulzahnärztlichen Dienstes zu unterziehen. Personen, denen die Sorge für die Person eines Schülers zusteht, sind verpflichtet, diese Untersuchungen zu dulden." [31] Hier ist eindeutig geregelt, dass es sich bei den Schuluntersuchungen um eine Pflichtuntersuchung handelt. Dies erläutert die hohen Untersuchungszahlen im Schulbereich im Vergleich zu den Kindergärten.

Im § 5 der Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege vom 26. September 2002 (ThürSchulgespflVO) sind die schulzahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen des Gesundheitsamtes geregelt. "[Diese] sind als Reihenuntersuchung bei allen Schülerinnen und Schülern jährlich unter standardisierten Bedingungen durchzuführen." [32] Die Gruppenprophylaxe wird im Schulbereich durch die Zahnärzte umgesetzt. Versäumte Vorsorgeuntersuchungen, Elternberatungen sowie Begutachtungen können im Gesundheitsamt während der zahnärztlichen Beratungssprechstunde nachgeholt werden. Im § 7 ist geregelt, dass die Gesundheitsämter maßgeblich an der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in Schulen mitwirken [32].

In der "Rahmenvereinbarung zur Durchführung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V im Freistaat Thüringen", in der "Richtlinie zur Umsetzung der Basis- und Intensivprophylaxe in Thüringen" sowie im „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen“ ist das Zusammenwirken der Beteiligten sowie die Durchführung der gruppenprophylaxen Maßnahmen gesetzlich geregelt. [25, 26, 5] In den Erfurter Kindergärten wird daher die Gruppenprophylaxe von den Prophylaxefachkräften der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Thüringen e.V. (LAGJTh e.V.) durchgeführt. Sie motivieren die Kindertageseinrichtungen zum täglichen Zähneputzen oder führen dieses unterstützend in der Einrichtung ein. Mithilfe altersgerechter Methoden unterrichten die Mitarbeiterinnen der LAGJTh die Kinder zum Thema Mundgesundheit. In Einrichtungen, in denen nach DAJ-Kriterien ein erhöhtes Kariesrisiko vorliegt, werden zahnschmelzhärtende Maßnahmen durchgeführt.

Kommunale Ebene

Die Landeshauptstadt Erfurt ist mit Stadtratsbeschluss seit 1991 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk. Damit befürwortete der Stadtrat die Gesunde Städte-Konzeption und erklärte sich gleichzeitig mit den Zielen und Inhalten der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung einverstanden. Die Beitrittskommunen sollen eine ressortübergreifende gesundheitsfördernde Politik entwickeln [2].

Der Bericht "Bedarfsgerechte Bildungs- und Sozialsteuerung in der Stadt Erfurt des Institutes für kommunale Planung und Entwicklung (IKPE)" aus dem Jahr 2016 zeigt die Notwendigkeit zur Stärkung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Erfurt

auf. Maßnahmen der sozialraumbezogenen Gesundheitsförderung sind in Erfurt notwendig, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Die Reihenuntersuchungen wurden als bedeutende Informationsquelle mit besonderem Potential für eine integrierte Planung herausgestellt [33].

Die Fortschreibung des integrierten Stadtentwicklungskonzept 2030 der Landeshauptstadt Erfurt gibt als langfristiges, informell angelegtes Planungsinstrument die Leitziele für die Gesamtstadt und ihre räumliche, wirtschaftliche und soziale Entwicklung vor. Eines der Ziele ist z.B. die Erhaltung wohnortnaher und guter medizinischer Versorgung. Gleichzeitig sollen eine bedarfsgerechte und bezahlbare Kinderbetreuung profiliert werden. Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sollen für die verschiedenen Zielgruppen bedarfsgerecht ausgebaut und weiterentwickelt werden. Die Entwicklung einer Vernetzungsstruktur für eine gesamtstädtische Handlungsstrategie mit entsprechenden kooperativen Infrastrukturen auf teilträumlicher Ebene soll sichergestellt werden [34].

Ebenfalls weist die kommunale Gesundheitsberichterstattung seit 15 Jahren die Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern als Handlungsfeld auf. Im Erfurter Kindergesundheitsbericht 2010 wurden aufgrund der Datenlage prioritäre Handlungsfelder festgehalten. Danach ist im Kinder- und Jugendzahnärztlichen Bereich eine flächendeckende Umsetzung der Gruppenprophylaxe in allen Kindertageseinrichtungen und Schulen, insbesondere der Intensivprophylaxe in den Risikoeinrichtungen zu gewährleisten. Des Weiteren sollten flächendeckende und kontinuierliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst umgesetzt werden [15].

5 Aktuelle Daten zur Mundgesundheit

5.1 Auswahl der Daten

Während der COVID-19-Pandemie von Februar 2020 bis April 2022 konnte die Gruppenprophylaxe in den Kindergärten und Schulen der Stadt Erfurt nicht ausreichend stattfinden. Der erste Lockdown begann am 17.03.2020. Anschließend waren die Mitarbeiterinnen des KJZÄD mit der Arbeit im Zusammenhang der COVID-19-Pandemie beschäftigt. Die ersten Reihenuntersuchungen wurden ab April 2022 wieder aufgenommen. In der Zwischenzeit wurden keine Vorsorgeuntersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes der Stadt Erfurt durchgeführt. Es fanden ausschließlich reduzierte gruppenprophylaktischen Maßnahmen durch die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V. (LAGJTh e.V.) in den Kindergärten statt. Gruppenprophylaktische Maßnahmen in den Schulen wurden durch den Zahnärztlichen Dienst nicht durchgeführt. Aus diesem Grund liegen für die Schuljahre 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 keine ausreichenden Daten vor. Im Schuljahr 2022/2023 konnten nicht alle Kinder der Erfurter Einrichtungen untersucht werden, da in diesem Schuljahr lediglich 1,8 Zahnärztinnen (Vollzeitbeschäftigungskräfte) dem Zahnärztlichen Dienst zur Verfügung standen.

Um ein repräsentatives Ergebnis der Daten in den festgelegten Altersgruppen (Kernzielgruppen) zu liefern, wurden in dieser vorliegenden Arbeit die Daten des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes vom Schuljahr 2023/2024 verwendet. Im Schuljahr 2023/2024 standen dem Zahnärztlichen Dienst 3,55 Zahnärztinnen (Vollbeschäftigteneinheiten) zur Verfügung.

5.2 Soziodemographischer Status

Die Landeshauptstadt Erfurt gliedert sich in 53 Stadtteile (s. Abb.1) innerhalb der sechs sozialen Planungsräume (City, Gründerzeit Südost, Gründerzeit Oststadt, Großwohnsiedlung Nord, Großwohnsiedlung Südost, Ländliche Ortsteile). Diese Planungsräume dienen dem Gesundheitsamt als Grundlage für kleinräumige Analysen der Gesundheitsdaten [35].

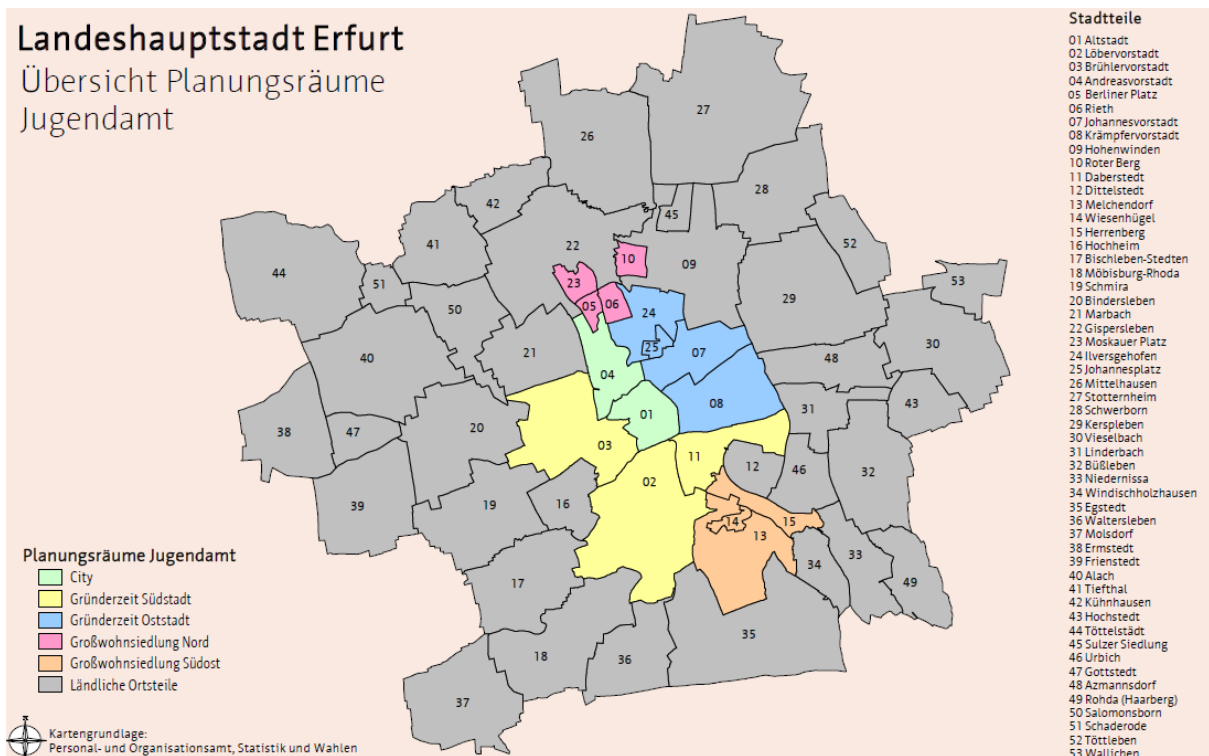


Abb. 1: Übersicht Planungsräume Jugendamt der Landeshauptstadt Erfurt[35]

Aufgrund der Rechtsgrundlagen des Bundesstatistikgesetzes (BStatG) sowie des Thüringer Statistikgesetzes (ThürStatG) führt das Thüringer Landesamt für Statistik als obere Landesbehörde die amtliche Statistik sowohl für den Freistaat als auch für die Stadt Erfurt. Zum Stichtag 31.07.2024 hatte die Landeshauptstadt Erfurt 214.773 Einwohner (51,47% Frauen, 48,53% Männer). In Erfurt leben 34.116 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (s. Abb. 2). In der Landeshauptstadt wurden im Jahr 2023 1.594 Kinder lebend geboren. Die Geburtenrate sinkt seit 2018 um ca. 12,2%. Weiterhin sind 36,3% der Einwohner ledig, 42,8% verheiratet bzw. in Lebenspartnerschaft eingetragen, 10,5% geschieden bzw. getrennt lebend und 7,9% verwitwet. Die durchschnittliche Haushaltsgröße betrug 1,82 Personen. 50,0% der Bevölkerung Erfurts lebt in einem Einpersonenhaushalt. 29,2% wohnen in einem Haushalt mit zwei Personen und 20,8% in einem Haushalt mit mindestens drei Personen. Die Arbeitslosigkeit beträgt 6,1% und die Jugendarbeitslosigkeit 5,8%. Der Ausländeranteil beträgt 12,7%.

Zum Stichtag 31.12.2023 sind laut dem Thüringer Landesamt für Statistik 232 Zahnärztinnen und Zahnärzte in Erfurt tätig. Diese Zahl schließt alle gemeintätigen Zahnärzte und Zahnärztinnen, Kieferorthopäden und Kieferorthopädinnen, Oralchirurgen und Oralchirurginnen sowie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und Mund-Kiefer-Gesichtschirurginnen mit ein. Diese Anzahl entspricht ca. 930 zu behandelnde Patienten bzw. Einwohner der Stadt Erfurt pro Zahnarzt.

Wie die KZV Thüringen gemeinsam mit der Landes Zahnärztekammer Thüringen in der Aprilausgabe des Jahres 2025 des Thüringer Zahnärzteblattes veröffentlicht, sind zum Stichtag 31.12.2024 im Erfurter Stadtgebiet 160,1 Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie 11,15 Kieferorthopäden und Kieferorthopädinnen tätig [36].

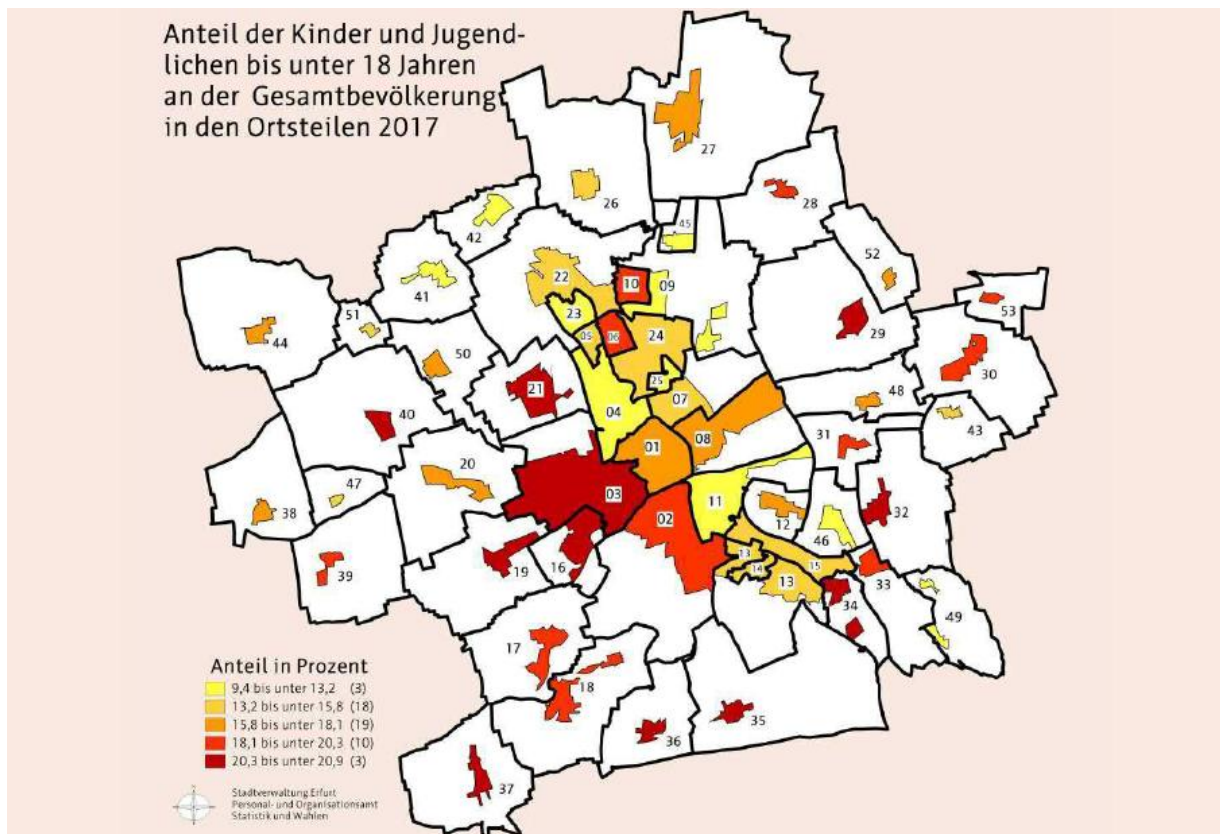


Abb. 2: Anteil der Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung Erfurts[35]

In Erfurt gibt es im Schuljahr 2023/24 109 Kindertageseinrichtungen. Am 01.06.2023 hatten 11.197 Kinder einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz. Zu dieser Zeit gab es in Erfurt 10.581 mögliche Betreuungsplätze (10.296 Plätze in Kindertageseinrichtungen und 285 Plätze bei Kindertagespflegepersonen). 9.748 Kindergartenplätze wurden tatsächlich in Anspruch genommen. 267 Kinder wurden durch Kindertagespflegepersonen betreut. Dies entspricht einer Betreuungsquote 95,3% im Höchstbelegungsmonat Juli 2023 [37].

Nicht alle Kinder, welche einen Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz haben, werden in den Kindergärten betreut. Das Verhältnis der zur Verfügung stehenden Plätze bezogen auf die Kinder mit Rechtsanspruch ist nicht in allen Planungsräumen gleich groß. In den ländlichen Ortsteilen liegt die Verfügbarkeit von Plätzen unterhalb des gesamtstädtischen Durchschnittswertes. In den Planungsräumen Großwohnsiedlung Nord und Großwohnsiedlung Südost stehen demgegenüber mehr Betreuungsplätze zur Verfügung, als Kinder mit Rechtsanspruch [37].

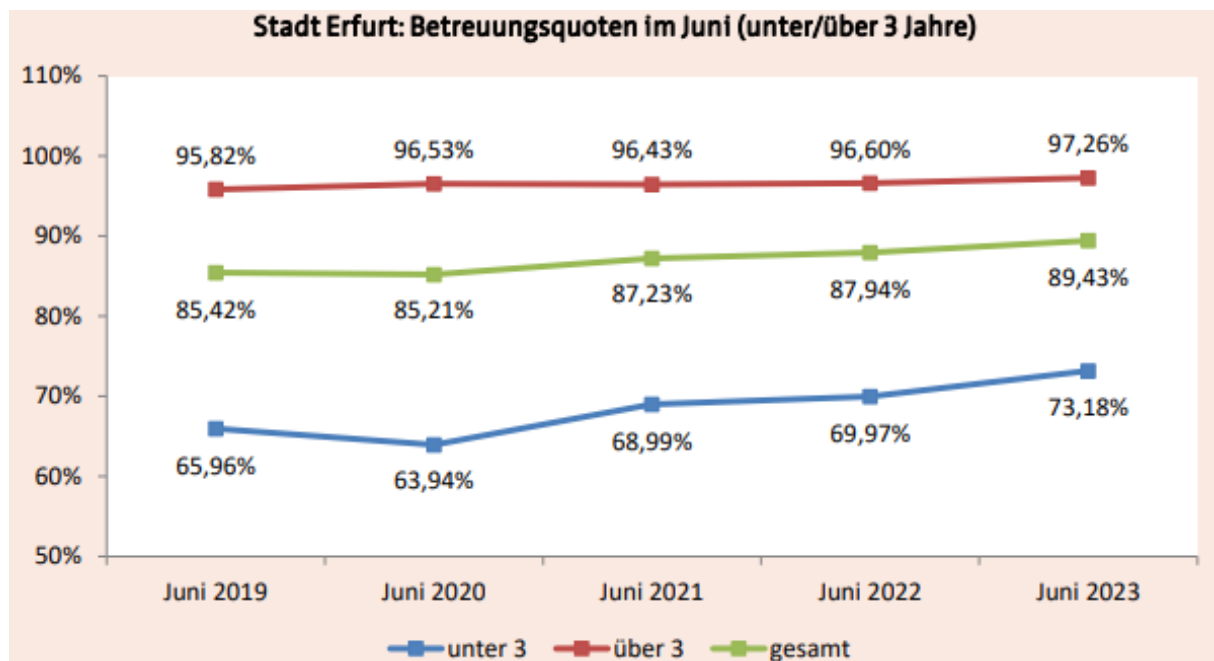


Abb. 3: Betreuungsquote im Juni 2019-2023 [37]

Wie in Abbildung 3 zu sehen ist, ist seit 2021 ein Anstieg der Betreuungsquote zu verzeichnen, da zusätzliche Betreuungsplätze geschaffen wurden und die Kinderzahl abnimmt. Mit dem Alter der Kinder steigt die Betreuungsquote in Tageseinrichtungen. Im Juni 2023 lag die Quote bei den Kindern unter 3 Jahren bei 73,18% und bei den über 3 Jährigen bei 97,26%. [37]

Der ÖGD erreicht nur die Kinder, welche auch tatsächlich in den Kindergärten betreut werden. Kinder, welche zuhause oder durch die Kindertagespflege betreut werden, werden nicht erreicht. Ab dem Schuleintritt werden nahezu alle Kinder durch die Gruppenprophylaxe erreicht, da in der Schule die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung eine Pflichtuntersuchung ist.

In Erfurt gibt es derzeit 26 Grundschulen, 7 Regelschulen, 10 Gymnasien, 3 Gesamtschulen, 14 Gemeinschaftsschulen und 7 Förderschulen.

5.3 Zahngesundheit der Erfurter Kindergarten- und Schulkinder

Die standardisierte epidemiologische Befunderhebung erfolgte entsprechend der Vorgaben des Leitfadens für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen [5]. Die altersbezogene Auswertung bezieht sich auf das Schuljahr 2023/2024.

5.3.1 Kariesstatus

Der Kariesstatus gibt Aussage darüber, wie viele von den untersuchten Kindern ein naturgesundes Gebiss, ein saniertes oder ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufzeigen. Dieser gilt als Indikator sowohl für den Versorgungsgrad als auch für die sozialraum- und risikoorientierte Analyse. Die prozentuale Darstellung bezieht sich dabei auf die Anzahl

der untersuchten Kinder. In Erfurt wurde im Schuljahr 2023/24 insgesamt 16.712 Kinder untersucht.

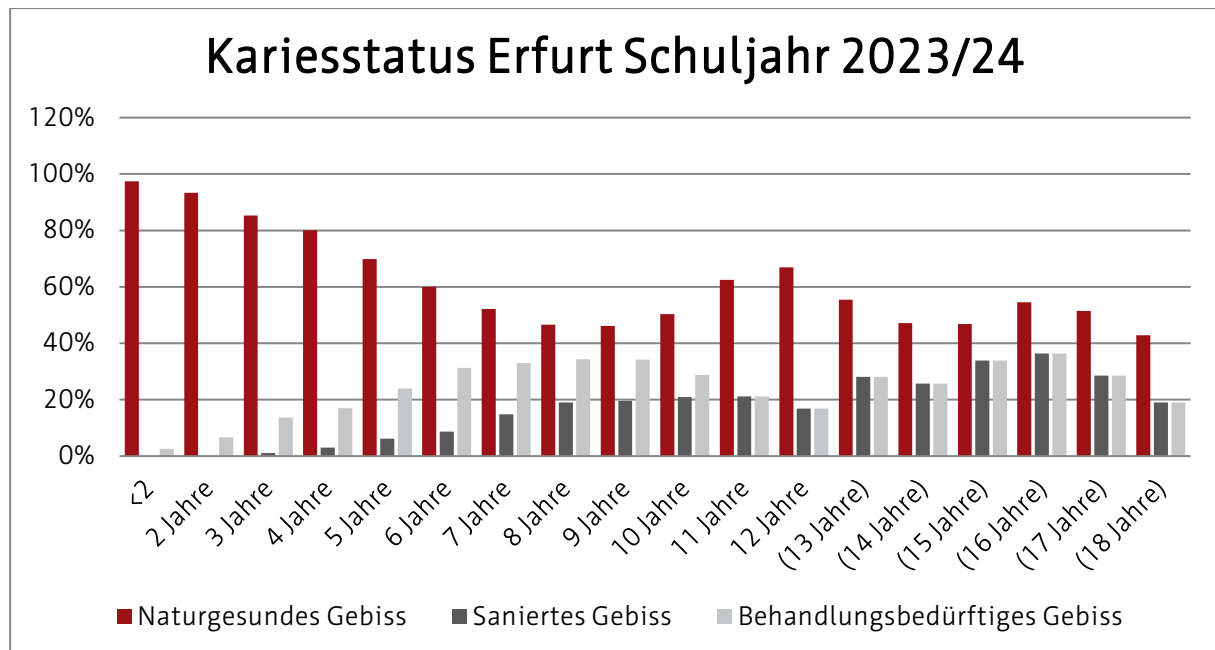


Abb. 4: Prozentuale Verteilung: Kariesstatus der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24

Alter in Jahre	Anzahl der untersuchten Kinder	Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss in %	Anteil der Kinder mit saniertem Gebiss in %	Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss in %
<2	351	97,44	0,00	2,56
2	853	93,32	0,00	6,68
3	1201	85,26	1,08	13,66
4	1276	80,09	2,98	16,93
5	1401	69,81	6,21	23,98
6	1386	60,03	8,66	31,31
7	1857	52,18	14,86	32,96
8	1752	46,63	19,01	34,36
9	1715	46,18	19,59	34,23
10	1780	50,28	20,96	28,76
11	1594	62,42	16,37	21,20
12	1058	66,92	16,26	16,82
(13)	(256)	(55,47)	(16,41)	(28,13)
(14)	(70)	(47,14)	(27,14)	(25,71)
(15)	(62)	(46,77)	(19,35)	(33,87)
(16)	(44)	(54,55)	(90,09)	(36,36)
(17)	(35)	(51,43)	(20,00)	(28,57)
(18)	(21)	(42,86)	(28,10)	(19,05)

Tab. 1: Anteil der Kinder mit naturgesundem, saniertem und behandlungsbedürftigem Gebiss in Prozent nach Alter in Jahren

Die Abbildung 4 und Tabelle 1 zeigen deutlich, wie sich der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss bzw. ohne Karieserfahrung vom Kindergartenalter bis zum Alter von 8 bzw. 9 Jahren kontinuierlich reduziert. Im Kindergartenalter von 3 Jahren sind 85,26% der Erfurter Kindergebisse naturgesund. Das Mundgesundheitsziel für das Jahr 2030, „90% kariesfreie Gebisse der 3-Jährigen“, ist in Erfurt noch nicht erreicht [20].

Zum Schuleintritt im Alter von ca. 6 bzw. 7 Jahren haben nur noch ca. 60,03% bzw. 52,18% der Erfurter Kinder ein naturgesundes Gebiss. Das Mundgesundheitsziel für das Jahr 2030 ist „die 80%ige Kariesfreiheit aller 6- bis 7-Jährigen“. [20] Die Erfurter Ergebnisse in diesen Altersgruppen zeigen, wie wichtig gruppenprophylaktisches Handeln gerade im Bereich der Kleinsten bzw. im Kindergartenalter ist. Eine ähnliche Abnahme lässt sich im Wechsel- bzw. bleibendem Gebiss feststellen. Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss liegt bei den 12-Jährigen bei 66,92%. Die Zielvorgabe der Mundgesundheitsziele 2030 liegt in dieser Altersgruppe bei „90% kariesfreie Gebisse“ [20]. Dieses Ziel ist ebenfalls noch nicht erreicht.

Im Schuljahr 2023/24 wurden nahezu alle Einrichtungen bis zur 6. Klasse untersucht, ab Klasse 7 lediglich Förderzentren. Dies ist der Grund für die geringen Untersuchungszahlen im Alter von 13 bis 18 Jahren. Diese speziellen Werte sind nicht repräsentativ für den Zahnstatus der Erfurter Kinder und werden aus diesem Grund in der Tabelle 1 ausgeklammert.

5.3.2 Karieserfahrung und Sanierungsgrad

Die Karieserfahrung bzw. Kariesprävalenz wird mithilfe des dmf-t-Index für das Milchgebiss und dem DMF-T-Index für das bleibende Gebiss angegeben (d/D-decayed - kariös, m/M-missing - fehlend, f/F-filled - gefüllt, t/T-teeth - Zahn) [19]. Dabei werden kariöse, aus Kariesgründen entfernte und gefüllte Zähne erfasst.

Der Sanierungsgrad wird als Maßzahl in Prozent angegeben. Der Sanierungsgrad ist der Anteil aller sanierter Zähne (f- bzw. F- und m- bzw. M-) am gesamten dmf-t- bzw. DMF-T-Wert. Er ist ein Indikator für das Ausmaß der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Versorgung. Ein niedriger Sanierungsgrad bedeutet, dass ein hoher Anteil der kariösen Zähne unversorgt ist.

Für die Angabe der Maßzahlen zum Zahnstatus gibt es folgende Kernzielgruppen: 3-, 6-, 12- und 15-Jährige. Im vorliegenden Bericht wurde sich daran orientiert.

Definitionen:

Gesund: Das Gebiss ist von Karies und ihren Folgeerkrankungen frei.

Saniert: Das Gebiss ist saniert, wenn sowohl alle kariösen Läsionen sowie deren Folgezustände therapeutisch definitiv versorgt sind.

Behandlungsbedürftig: Das Gebiss ist behandlungsbedürftig, wenn Karies vorliegt.

Die Abbildungen 5 und 6 zeigen die altersbezogene Auswertung der erhobenen Befunde im Milchgebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24. Die 3-Jährigen haben einen dmf-t-Index von 0,61 und einen Sanierungsgrad von 11,204%. Das Mundgesundheitsziel für 2030 „einen dmf-t-Index von 0,4“ für diese Altersgruppe ist noch nicht erfüllt [20].

Bei den 6- bzw. 7-Jährigen ergeben sich ein dmf-t-Index von 1,93 bzw. 2,29 und ein Sanierungsgrad von 44,10% bzw. 47,66%. Das Mundgesundheitsziel für 2030 „einen dmf-t-Index von 1,5“ für die 6- bis 7-Jährigen ist auch noch nicht erfüllt [20].

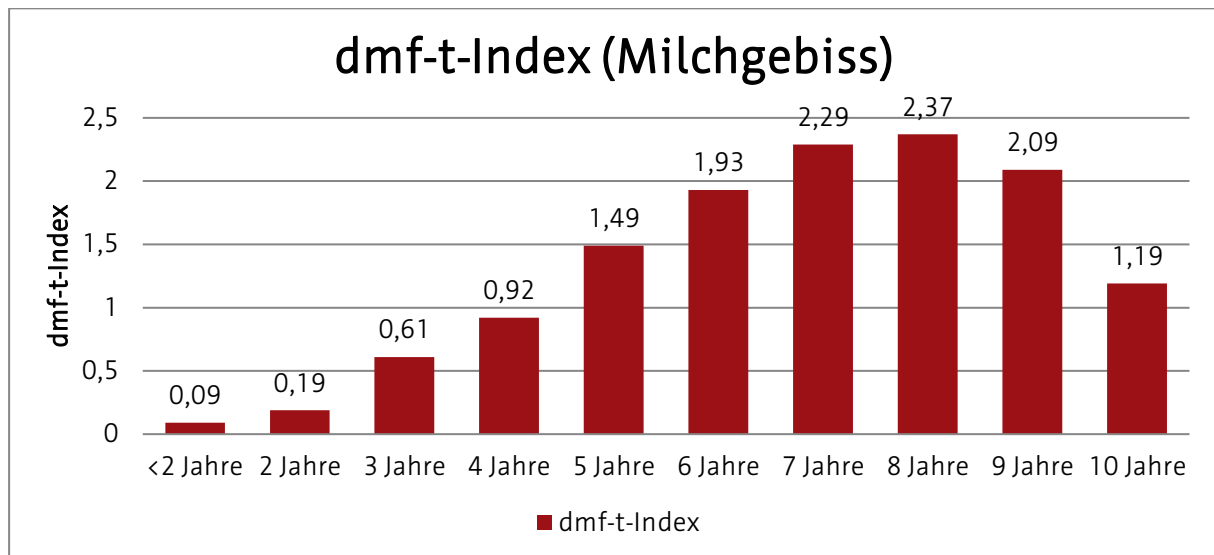


Abb. 5: Kariesprävalenz (dmf-t-Index) im Milchgebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24

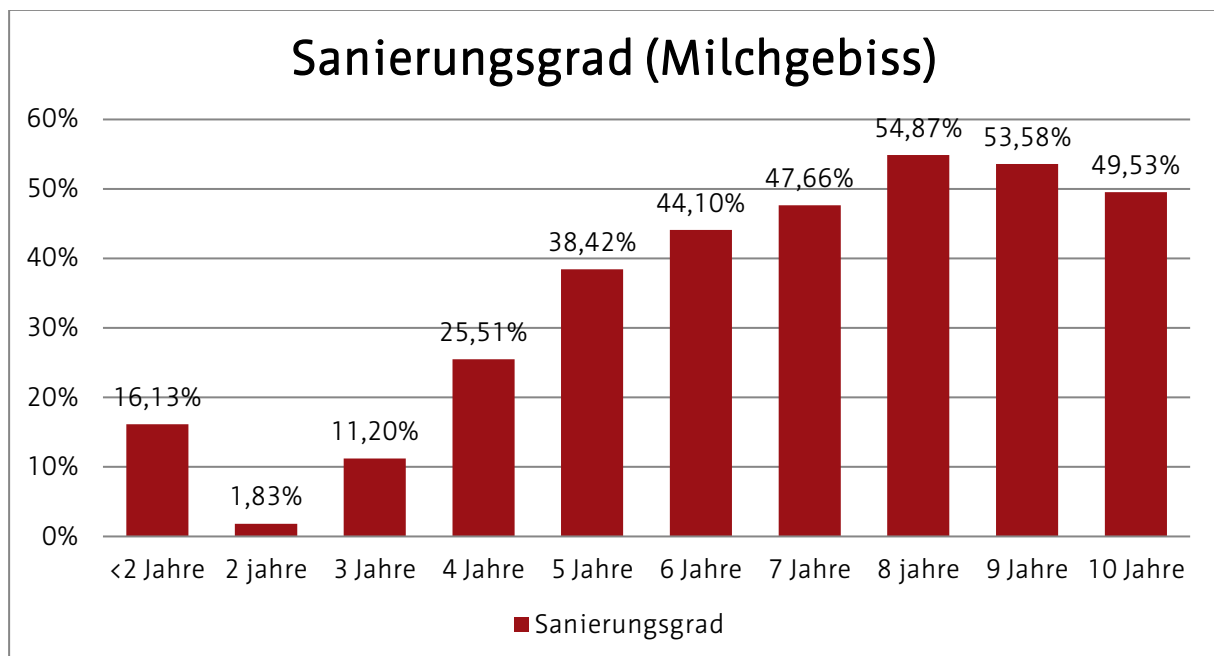


Abb. 6: Sanierungsgrad im Milchgebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24

Die Abbildungen 7 und 8 zeigen die altersbezogene Auswertung der erhobenen Befunde im bleibenden Gebiss der Erfurter Kinder und Jugendlichen im Schuljahr 2023/24.

Im bleibenden Gebiss haben die 6-Jährigen einen DMF-T-Index von 0,04 und einen Sanierungsgrad von 19,23%.

Im Alter von ca. 9 bis 13 Jahren sind sowohl Milch- als auch bleibende Zähne im Gebiss vorhanden. Diese Zeit nennt man späte Wechselgebissphase. Innerhalb dieser Zeit wechseln die seitlichen Milch- in permanente Zähne.

Die 12-jährigen Schülerinnen und Schüler haben einen DMF-T-Index von 0,54 und einen Sanierungsgrad von 61,78%. Das Mundgesundheitsziel für 2030 „einen DMF-T-Index von gleich oder unter 0,5“ für diese Altersgruppe ist nahezu erfüllt [20].

Die 15-jährigen Kinder haben einen DMF-T-Index von 2,05 und einen Sanierungsgrad von 55,91%. Mit zunehmendem Alter steigt somit der DMF-T Index und der Sanierungsgrad der Zähne im bleibenden Gebiss an.

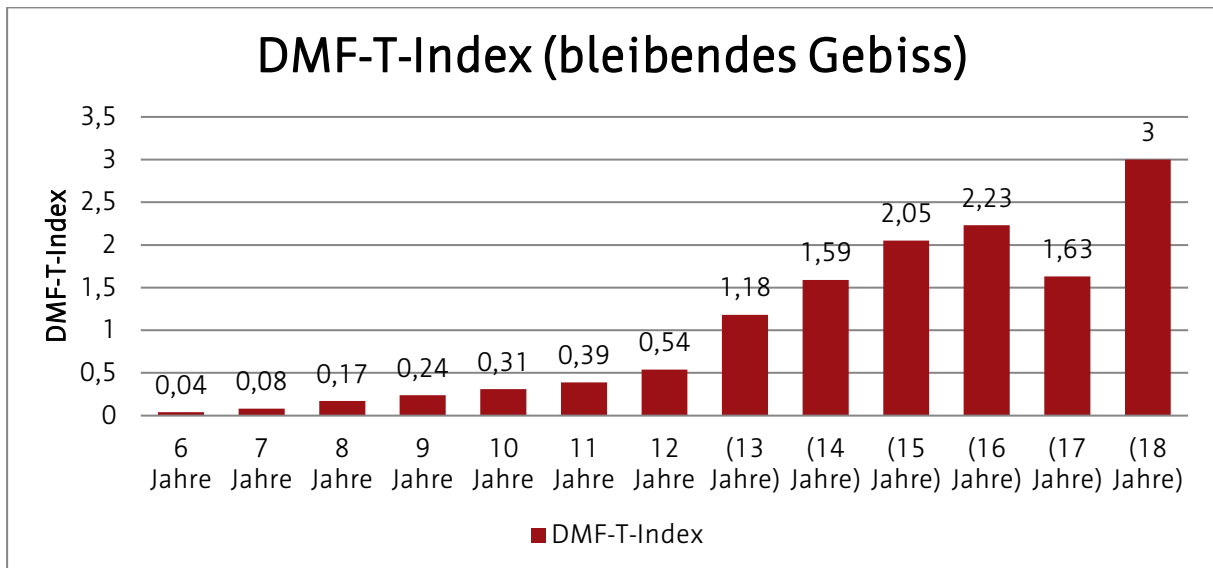


Abb. 7: Kariesprävalenz (DMF-T-Index) im bleibenden Gebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24

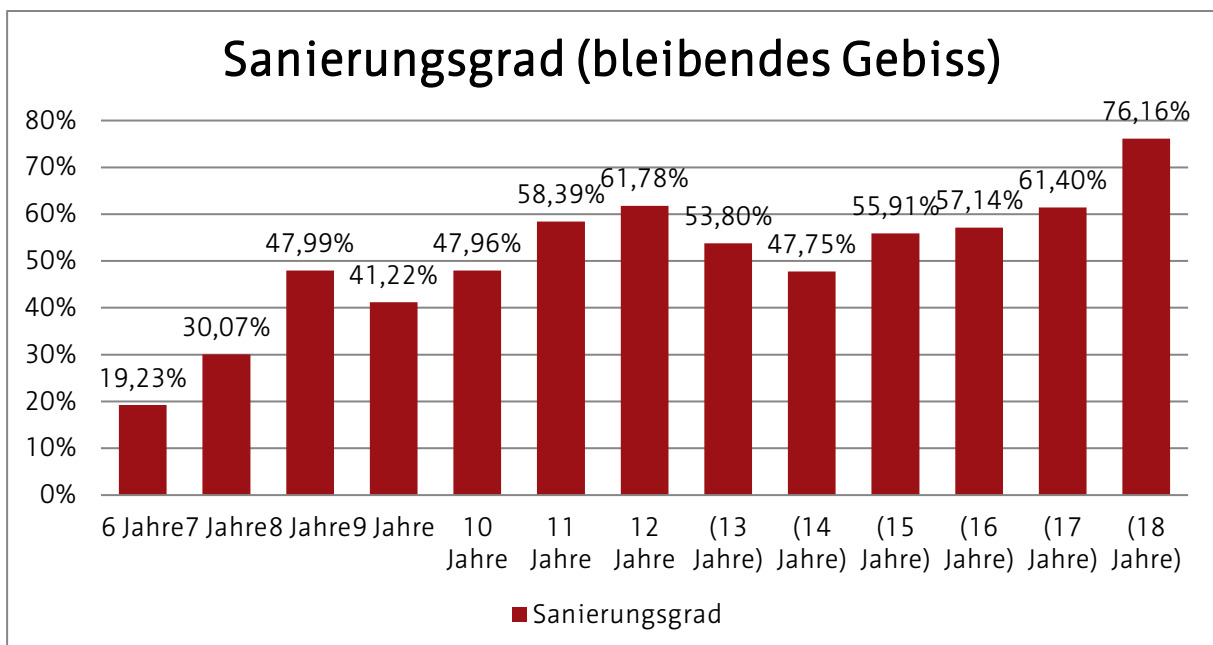


Abb. 8: Sanierungsgrad im bleibenden Gebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24

Auch wenn im Erfurter Durchschnitt für die Altersgruppe der 12-Jährigen das Mundgesundheitsziel für 2030 (DMF-T-Wert für das bleibende Gebiss unter 0,5 [20]) bereits erfüllt ist, stellt die Polarisation der Karies ein Problem dar. Unter Kariespolarisation wird verstanden, dass wenige Kinder einen Großteil der kariösen Zähne auf sich vereinen. Diese Kinder gilt es zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Studien zeigen, dass besonders Kinder und Jugendliche in prekären Lebenslagen, mit Migrationshintergrund oder mit einer Behinderung nicht in gleichem Maße an den Präventionserfolgen teilhaben. Der Großteil an Karies entfällt auf sie [8, 39, 40].

5.3.3 Mundgesundheit und soziale Lage

Um die Lebenslagen der Erfurter Bevölkerung sozialräumlich darzustellen, wird der Erfurter Sozialstrukturatlas kontinuierlich aktualisiert. Die Kleinräumigkeit auf Stadtteilebene ermöglicht eine differenzierte Betrachtung und zeigt, wie heterogen sich Lebenslagen in der Landeshauptstadt in Bezug auf Bevölkerung, Gesundheit, ökonomische Situation und Bildung verteilen und entwickeln [35].

Der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit der Bevölkerung ist in der Literatur wie z.B. dem „Kindergesundheitsbericht“ der Stiftung Kindergesundheit von 2023 [38] oder „Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?“ von 2015 [39] belegt. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung sind ein deutlicher Ausdruck bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung. Gesundheitliche Ungleichheiten nehmen mit steigender sozioökonomischer Position ab. Die mittlere Lebenserwartung ab Geburt bei Frauen und Männern aus dem untersten Einkommensquartil ist um fünf bis neun Jahre niedriger, als bei hohem Einkommen [38]. Ein politisches Ziel ist die Verringerung sozialer und damit auch gesundheitlicher Ungleichheit. Im Bereich der Lebenserwartung haben sich die Trends verstärkt [38]. Erkenntnisse aus der Armutsforschung zeigen den systematischen Zusammenhang zw. den Aufwuchsbedingungen in der Herkunftsfamilie und den persönlichen Bildungschancen. Bereits Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status haben einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen [38].

Als sozialer Status ist die Position in der sozialen Hierarchie bzw. auf der sozialen Stufenleiter definiert [39]. Er wird mehrdimensional gemessen z.B. an Schulbildung, beruflicher Qualifikation, beruflicher Stellung und Haushaltsnettoeinkommen. Soziales Ungleichgewicht spiegelt sich u.a. in Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen wieder. Als Folge können daraus psychologische Auffälligkeiten, fehlende sportliche Betätigung inklusive motorischer Fähigkeiten in Verbindung mit ungesunder Ernährung und Übergewicht resultieren. Das Risiko für Gesundheitsprobleme v.a. chronischer Erkrankungen wie z.B. Asthma bronchiale, Karies sowie eine Manifestation von Zahn- und Kieferfehlstellungen durch das Ausbleiben kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen für Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status ist höher als bei Gleichaltrigen aus der mittleren oder der hohen Statusgruppe [39].

Auch in dem Bericht "Bedarfsgerechte Bildungs- und Sozialsteuerung in der Stadt Erfurt" des Institutes für kommunale Planung und Entwicklung (IKPE) von 2016 wurden Daten zur Zahngesundheit bei Kindern sozialräumlich ausgewertet. Die soziale Herkunft junger Menschen hat maßgeblichen Einfluss auf ihre (Bildungs-)Biografie und die Bedingungen des Aufwachsens. Armut definiert eine Unterversorgung in den Bereichen Wohnen, Gesundheit, Arbeit, Einkommen und Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur. Dazu können Bildungsbenachteiligung sowie Vernachlässigung kommen. Kinderarmut geht mit schlechter Gesundheit sowie verminderten Bildungschancen einher [33].

Das Jugendalter ist die Lebensphase, in der der Mensch nach und nach alle Voraussetzungen für selbstständiges Handeln erwirbt. Entscheidende Weichen für das

Erwachsenenleben werden gestellt. Allerdings ist es ein vulnerables Alter. Negative Einflüsse sind Grundstein für langfristige gesundheitliche Folgen [38].

Eine Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen steht im Zusammenhang mit ihrer räumlichen Herkunft. Aufgrund des Mietniveaus ist im Gebiet Großwohnraumsiedlung Nord und Großwohnraumsiedlung Südost der Anteil der alleinerziehenden Haushalte und der Haushalte mit Migrationshintergrund besonders hoch. Gleichzeitig ist in beiden Bezirken die Jugendkriminalitätsrate höher als in den restlichen Erfurter Bezirken. In der Großwohnraumsiedlung Nord und Großwohnraumsiedlung Südost werden nicht alle verfügbaren Kindergartenplätze-Plätze in Anspruch genommen [33].

In allen Erfurter Einrichtungen wird, gemäß DAJ-Grundsätzen der dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index bestimmt. Auf Grundlage dieses dmf-t- bzw. DMF-T-Rankings lässt sich das Kariesrisiko nach DAJ-Kriterien für jede Einrichtung berechnen. Weiterhin orientiert sich das Risiko an den Ergebnissen der Vorsorgeuntersuchungen der vorangegangenen Untersuchungsjahre. Dabei wird der niedrigste Anteil primär gesunder Gebisse sowie der höchste Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko berücksichtigt. Je nach verfügbaren personellen Ressourcen wird ein Prozentsatz von 10-15% der Einrichtungen mit dem höchsten Kariesrisiko ausgewählt.

Das individuelle Kariesrisiko der Kinder berechnet sich wie in Tab. 2 abgebildet. Zusätzlich sollten auch soziale Kriterien bedacht werden.

Altersgruppe	Erhöhtes Kariesisiko, wenn:
bis 3-Jährige	Nicht kariesfrei, dmf-t-Index > 0
4-Jährige	dmf-t-Index > 2
5-Jährige	dmf-t-Index > 4
6-7-Jährige	dmf-t-Index/ DMF-T-Index > 5 oder D (T) >0
8-9-Jährige	dmf-t-Index/ DMF-T-Index > 7 oder D (T) >2
10-12-Jährige	DMF (S) > 0 Approximal-/ Glattfläche

Tab. 2: DAJ-Kriterien für Kariesisiko [27]

Das Kariesrisiko war bisher in den Erfurter Planungsräumen unterschiedlich verteilt. In der Großwohnsiedlung Nord und in der Großwohnsiedlung Südost ist der Anteil der 3- und 6-Jährigen mit Karies am höchsten ausgeprägt gewesen [33]. Die Abbildung 9 veranschaulicht, die Ergebnisse der Großwohnsiedlung Nord im Vergleich zum Erfurter Durchschnitt.

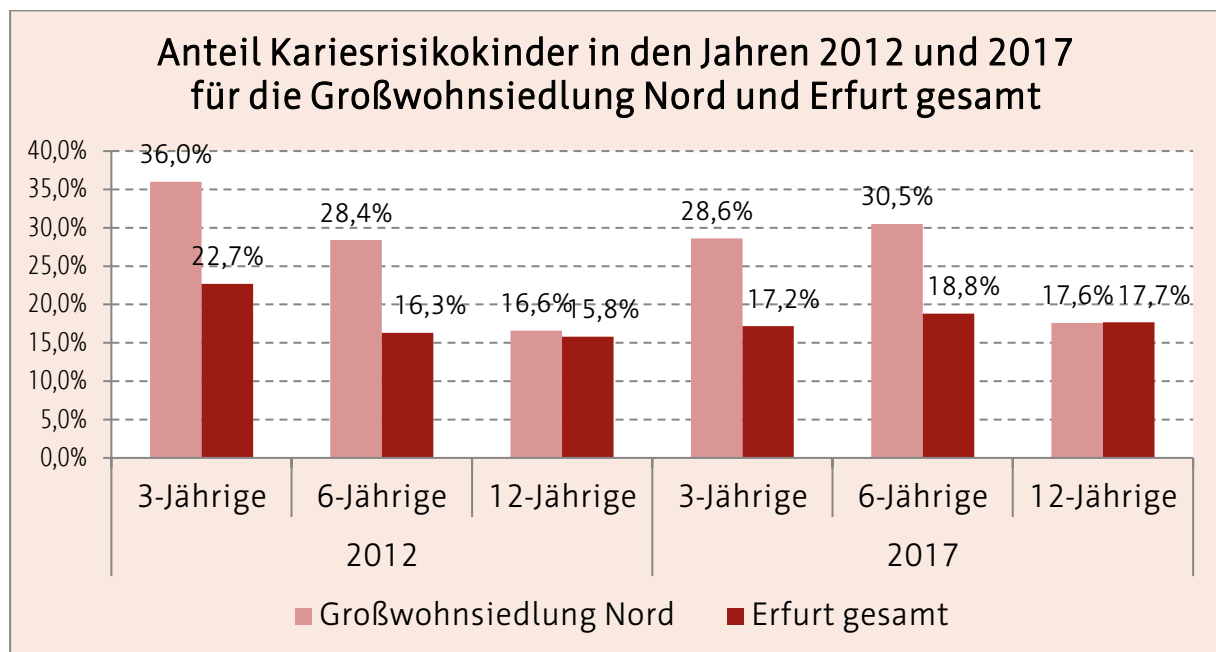


Abb. 9: Anteil der Kariesrisikokinder in Erfurt und in der Großwohnsiedlung Nord im Vergleich zwischen den Jahren 2012 und 2017 [33]

Wie in den Abbildungen 10,11 und 12 sichtbar wird, sind die Planungsräume sehr heterogen entwickelt.

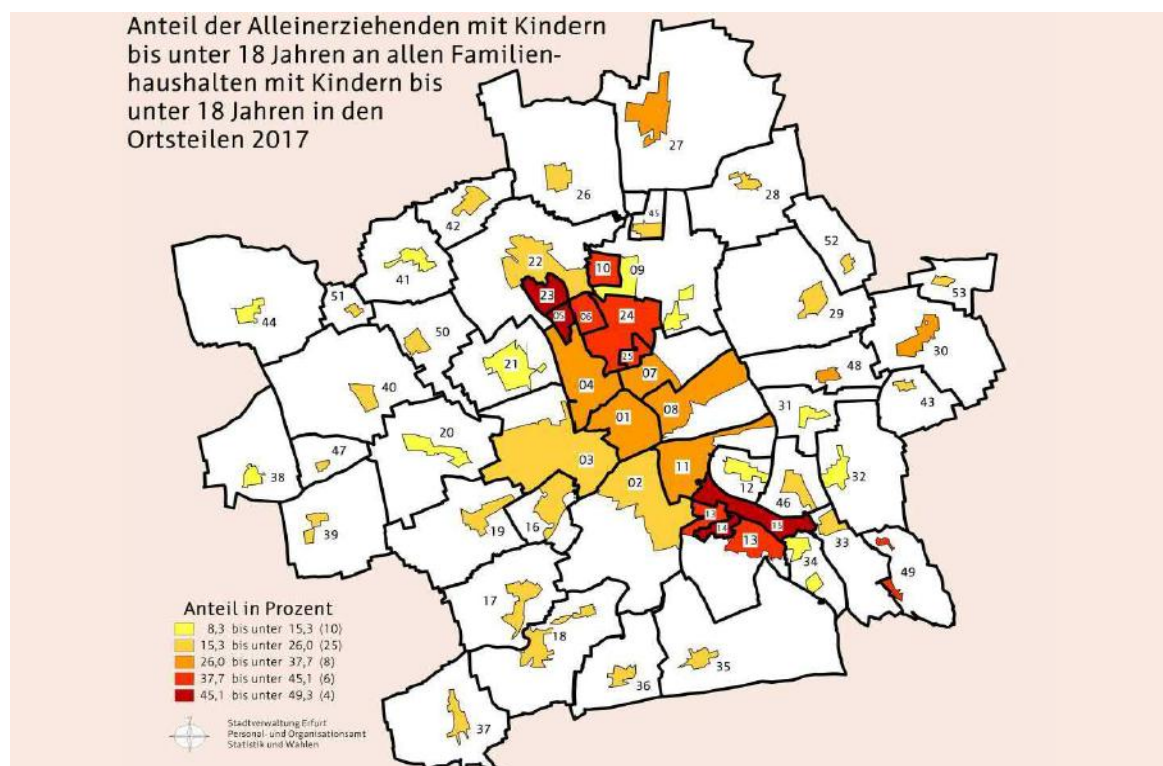


Abb. 10: Anteil der Alleinerziehenden mit Kindern bis unter 18 Jahren [35]

Die Planungsräume in denen ein hohes Kariesrisiko nachgewiesen wird (Großwohnsiedlung Nord, Großwohnsiedlung Südost) weisen gleichzeitig einen hohen Anteil Alleinerziehenden mit Kindern und 18 Jahren auf (s. Abb. 10) [35] sowie einen hohen Anteil der Kinder bis unter 18 Jahren in SGB II- Bedarfsgemeinschaften (s. Abb. 11) [35].

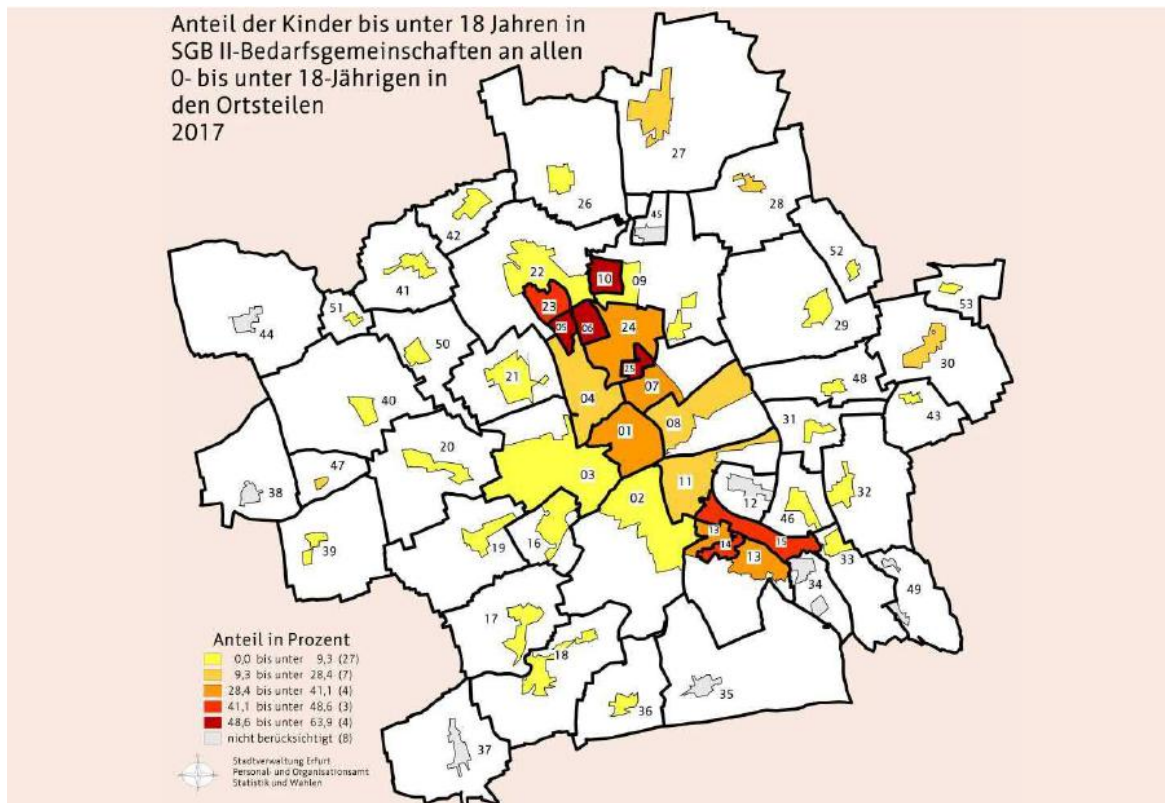


Abb. 11: Anteil der Kinder bis unter 18 Jahre in SGB-II Bedarfsgemeinschaften [35]

Allerdings haben diese genannten Bezirke, einen geringeren Anteil der betreuten Kinder mit Rechtsanspruch an allen Kindern mit Rechtsanspruch auf Betreuung (s. Abb. 12) [35].

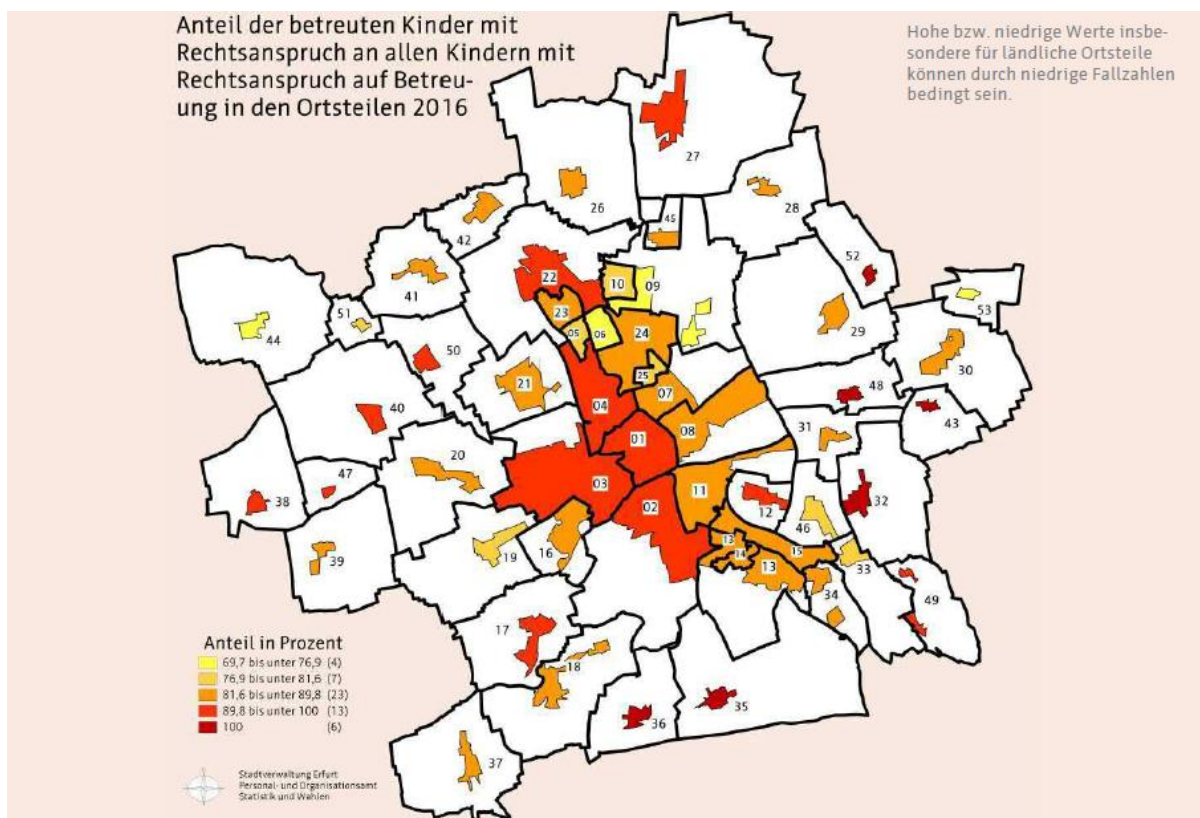


Abb. 12: Anteil der betreuten Kinder mit Rechtsanspruch an allen Kindern mit Rechtsanspruch auf Betreuung [35]

Hillmer et. al kommen 2017 bei einem Vergleich der Kariesprävalenz zwischen Jena und Erfurt zu dem Ergebnis, dass die höchste Kariesprävalenz im Planungsraum Erfurt Nord (26,7%) sowie am niedrigsten im Stadtteil Südost (4,9%) ist. Im gesamten Stadtgebiet schnitt Erfurt mit 15,0% schlechter ab als Jena mit 11,3%. Die Zahngesundheit war moderat bei unbefriedigenden Sanierungsgrad [40].

Vergleicht man den Kariesstatus aus dem Schuljahr 2023/24 der sechs Erfurter Planungsräume miteinander, so findet man eine Heterogenität (s. Abb. 13).

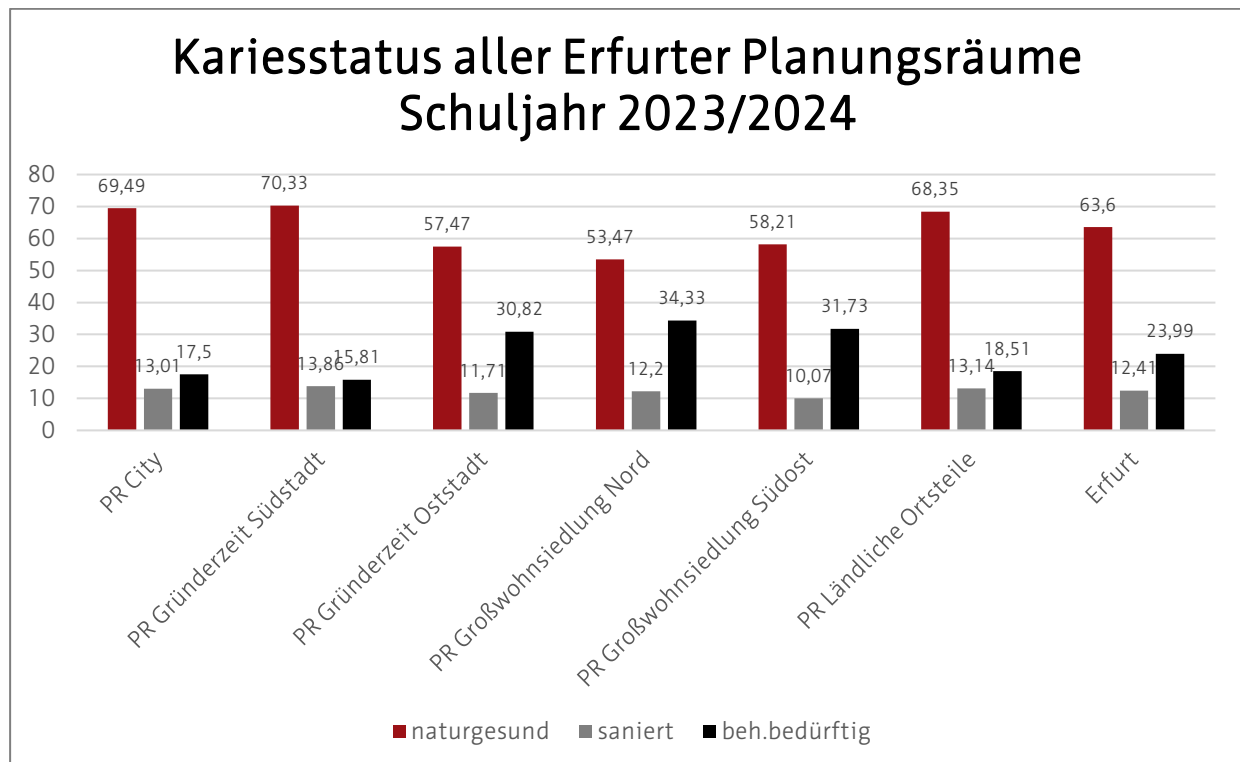


Abb. 13: Kariesstatus im Vergleich aller sechs Erfurter Planungsräumen im Schuljahr 2023/24

Wie in Abbildung 13 ersichtlich, ist der durchschnittliche Zustand der Gebisse aller Altersgruppen im Planungsraum Gründerzeit Südstadt am gesündesten. Dort wohnen die meisten Kinder mit naturgesunden Gebissen (70,33%). In der Großwohnsiedlung Nord ist der geringste Wert innerhalb Erfurts an naturgesunden Gebissen mit 53,47% vorzufinden. Gleichzeitig sehen wir dort den höchsten Wert an unversorgten/ unbehandelten Gebissen (34,33%).

Vergleicht man den dmft-Index bzw. DMF-T-Index aus dem Schuljahr 2023/24 der sechs Erfurter Planungsräume miteinander, so findet man eine große Heterogenität (s. Abb. 14).

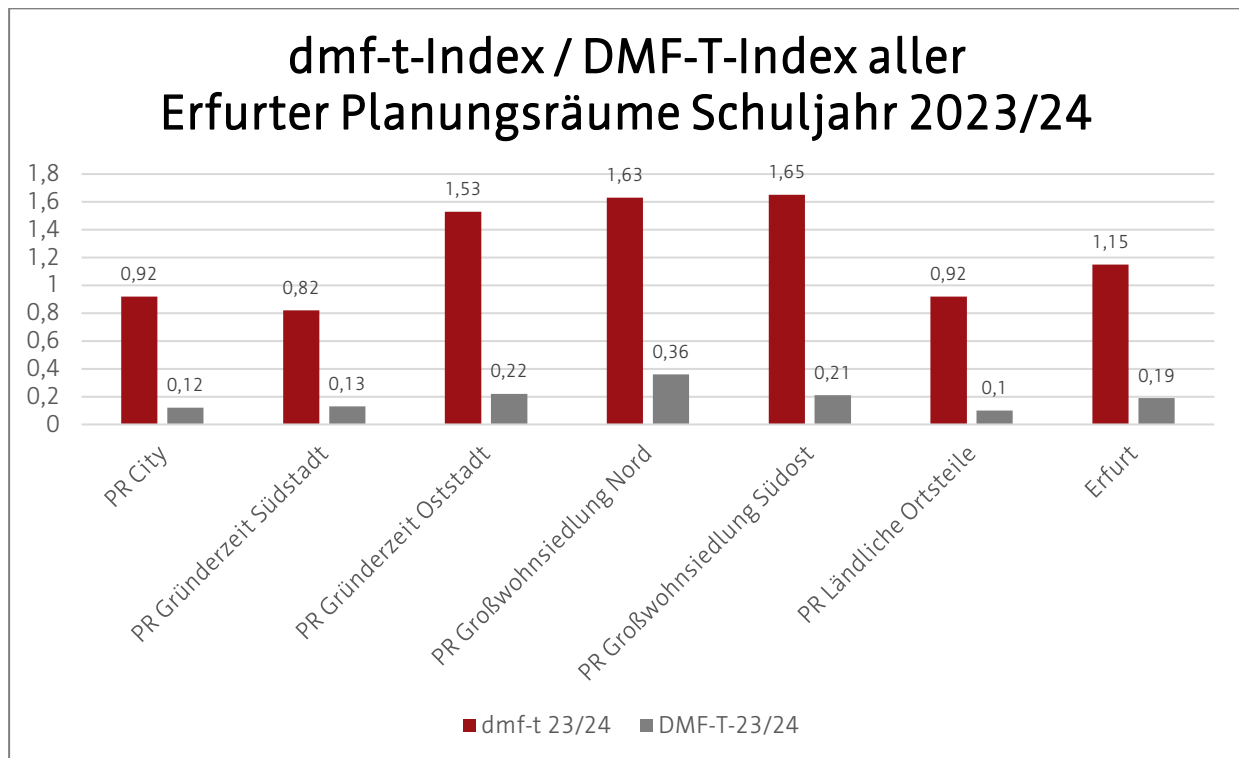


Abb. 14: dmf-t-Index / DMF-T-Index im Vergleich aller sechs Erfurter Planungsräumen im Schuljahr 2023/24

Wie in Abbildung 14 ersichtlich, ist der mittlere dmf-t-Wert für Milchgebisse im Planungsraum Gründerzeit Südstadt am niedrigsten mit 0,82. Im Planungsraum Großwohnsiedlung Südost ist der höchste Wert von 1,65 zu finden. Generell liegt der Wert bei drei Planungsräumen (Gründerzeit Oststadt, Großwohnsiedlung Nord, Großwohnsiedlung Südost) über 1,00. Das bedeutet dass in diesen Planungsräumen durchschnittlich jedes Kind mind. einen kariösen, gefüllten oder aus kariesgründen verloren gegangenen Milchzahn hat. Die DMF-T-Werte für die bleibenden Gebisse liegen in allen Planungsräumen deutlich niedriger. Der höchste Wert in dieser Kategorie ist im Planungsraum Nord (0,36) zu finden.

Der prozentuale Anteil der Kariesrisikokinder im Planungsraum Gründerzeit Oststadt, Großwohnsiedlung Nord sowie Großwohnsiedlung Südost liegt über dem Erfurter Durchschnitt (s. Abb. 15).

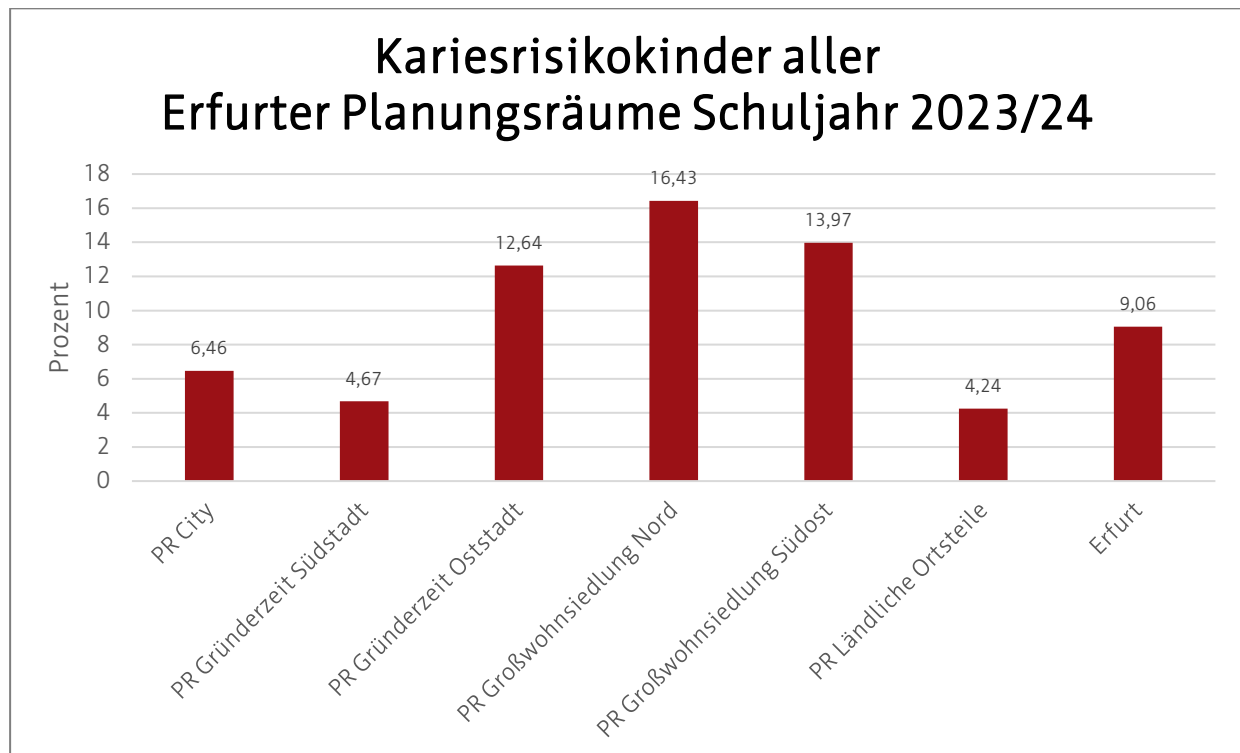


Abb. 15: Prozentualer Anteil der Kariesrisikokinder aller sechs Erfurter Planungsräumen im Schuljahr 2023/24

Circa 1/3 der Erfurter Kinder leben in sozial benachteiligten Wohnbezirken wie z.B. Rieth, Johannesvorstadt, Berliner Platz, Roter Berg, Wiesenhügel, Herrenberg, Moskauer Platz, Johannesplatz.

Niedriger sozialer Status geht mit einer geringeren Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsprogramme für Kinder und der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen einher. Je niedriger der soziale Status der Familie, desto häufiger wird der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilt. Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus rauchen häufiger, als jene mit hohem Status. [39]. Risikogruppen für ein unzureichendes Mundgesundheitsverhalten sind 14-17 Jährige sowie Kinder- und Jugendliche mit niedrigem sozialen Status und Migrationshintergrund [41].

Die von Armut betroffenen Kinder ernähren sich häufiger ungesund und sind häufiger übergewichtig [15,16]. Im Jahr 2017 waren 8,2% aller Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung übergewichtig [35]. Das Ernährungsverhalten hat nicht nur Einfluss auf den Gewichtsstatus, sondern auch auf den Zahnstatus der Kinder. Gründe für Übergewicht können ungesunde Ernährung u.a. das Konsumieren von Softdrinks sowie verändertes Freizeitverhalten mit erhöhtem Medienkonsum sein. Nach Schuleintritt erfolgt eine Gewichtszunahme. Ursache für Übergewicht und damit einhergehendes "Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen, erhöhter Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes sowie Reduktion der Lebensqualität und Mobbing [38]" sind ebenfalls der soziale Status sowie Migrationshintergrund [14,15].

Bei schulpflichtigen Kindern stellt gerade der Inhalt der Brotdose mit einer Auswahl an gesunden Lebensmitteln eine gute Voraussetzung für Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen dar. Kinder aus der niedrigen Statusgruppe verzehren nicht täglich und zu wenig frisches Obst oder Gemüse [39] und zu viel Fleisch aus Wurstwaren, Fast-Food, Süßigkeiten und Knabbereien [38]. Kinder, die in Armut aufwachsen, haben häufig

einen schlechteren Start in ein gesundes, langes Leben. Die soziale Benachteiligung könnte das Verhalten im Jugendalter und damit auch das gesundheitliche Risikoverhalten prägen. Möglicherweise essen Kinder seltener Obst und Gemüse, trinken häufiger Softdrinks und frühstücken seltener [38].

In der Stadt Erfurt gelingt es aktuell noch nicht, eine Benachteiligung junger Menschen auf Basis ihrer sozialen Herkunft systematisch entgegen zu wirken, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern [33].

Eine kleinräumige oder sozialraumbezogene Berichterstattung auf kommunaler Ebene ist bisher grundsätzlich und unter Einbezug zahnärztlicher Daten im Öffentlichen Gesundheitsdienst selten. Die Orientierung an sozialraumbezogenen Problemen bietet aber potentiell die Möglichkeit, bei begrenzten Ressourcen den Mitteleinsatz bedarfsgerecht zu steuern und damit zu mehr Verteilungsgerechtigkeit beizutragen. Der Auf- und Ausbau einer integrierten kommunalen Gesundheitsberichterstattung (kGBE) ist daher ein Schwerpunkt für die Gesundheitsplanung in Erfurt.

5.3.4 Nachgehende Fürsorge

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Erfurt besucht die Erfurter Einrichtungen und Schulen regelmäßig und flächendeckend. Ein über einen längeren Zeitraum stark zerstörtes Kindergebiss ohne die Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuung und Versorgung kann ein Frühindikator für Vernachlässigung sein [27]. Ein stark zerstörtes Kindergebiss stellt einen besorgniserregenden Befund dar. Sollte dieser über einen längeren Zeitraum unversorgt bleiben, drohen weitere gesundheitliche Folgen.

Für diese Kinder bietet der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst kostenfreie Beratungssprechstunden an. Gleichzeitig werden Eltern mit Kindern, welche besorgniserregende Befunde aufweisen, im Sinne der "Nachgehenden Fürsorge" postalisch angeschrieben, über den Sachstand informiert und zur dringlichen Zahnbehandlung motiviert. Dazu wird ein Unterstützungsschreiben für den behandelnden Zahnarzt ausgehändigt.

Auf Grundlage des § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) [28] hat sich die "Arbeitsgruppe Kinderschutz" im Gesundheitsamt Erfurt im November 2023 neu formiert. Innerhalb der Arbeitsgruppe arbeiten hier eng vernetzt sowie ämterübergreifend die Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit sowie die Mütterberatung des Gesundheitsamtes mit dem Jugendamt zusammen. Hier werden Fälle mit besorgniserregenden Befunden im multiprofessionellen Team anonym besprochen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen eingeleitet.

Im vergangenen Schuljahr 2023/2024 befand sich die „Nachgehende Fürsorge des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes“ sowie die "Arbeitsgruppe Kinderschutz" im Aufbau. Es liegen daher noch keine aussagekräftigen Daten vor. Innerhalb der "Nachgehenden Fürsorge des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes" wurden ca. 10 Erfurter Kinder betreut. Innerhalb der "AG Kinderschutz" wurde nach gemeinsamer Fallberatung mit einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ des Jugendamtes insgesamt 1 Fall an das Jugendamt übermittelt.

5.3.5 Kieferorthopädie

Zahn- und Kieferfehlstellungen gehören neben Karies zu den häufigsten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mundhöhle. [10]
Die Abbildung 16 und Tabelle 3 zeigt die Anzahl der kieferorthopädischen Anomalien der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/2024 getrennt für jede Altersgruppe.
In Erfurt wurden im Schuljahr 16.712 Kinder untersucht. Von den untersuchten Kindern zeigten insgesamt 6.515 Kinder eine kieferorthopädische Anomalie in allen Altersgruppen auf. Dies entspricht einer Prävalenz von 38,98%.

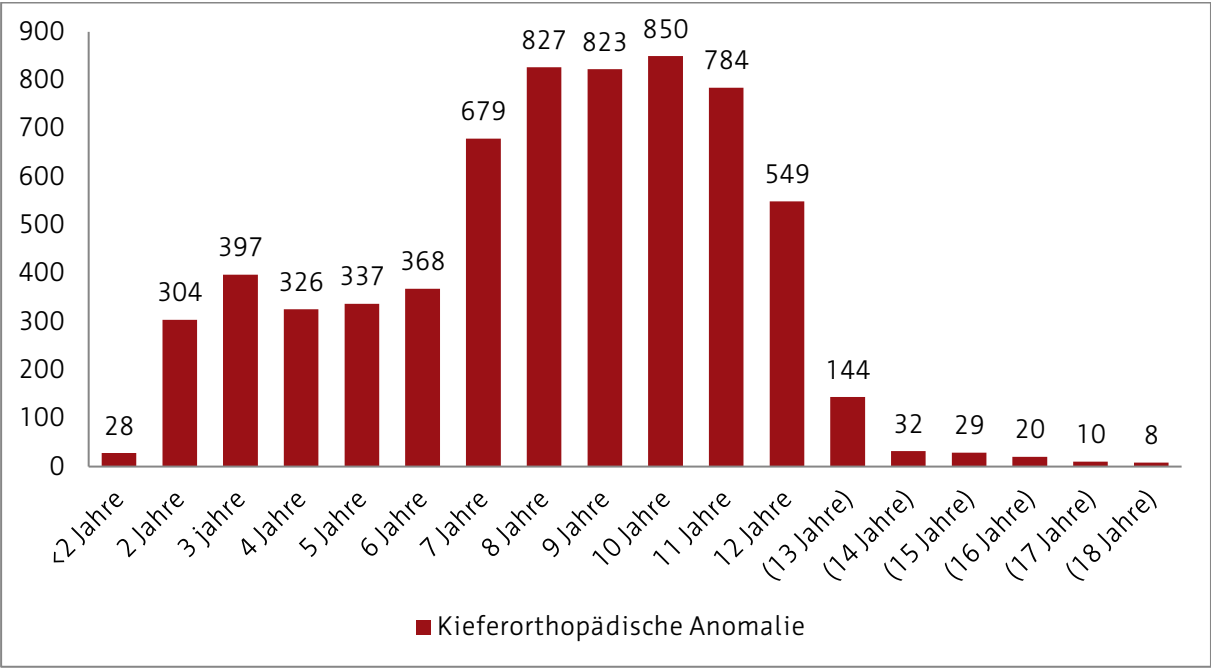


Abb. 16: Anzahl der kieferorthopädischen Anomalien der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24

Alter in Jahre	Anzahl der untersuchten Kinder	kieferorthopädischen Anomalien Anzahl	kieferorthopädische Anomalien in Prozent
<2	351	28	7,98
2	853	304	35,64
3	1201	397	33,06
4	1276	326	25,55
5	1401	337	24,05
6	1386	368	26,55
7	1857	679	36,56
8	1752	827	47,20
9	1715	823	47,99
10	1780	850	47,75
11	1594	784	49,18
12	1058	549	51,89

(13)	(256)	(144)	(56,25)
(14)	(70)	(32)	(45,71)
(15)	(62)	(29)	(46,77)
(16)	(44)	(20)	(45,45)
(17)	(35)	(10)	(28,57)
(18)	(21)	(8)	(38,10)

Tab. 3: Anzahl der kieferorthopädischen Anomalien im Schuljahr 2023/2024

Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit dem der "Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie" (DMS 6). Das Institut der Deutschen Zahnärzte kam zum Ergebnis, dass 40,5% der untersuchten Kinder eine kieferorthopädische Anomalie aufweisen, welche deutlich ausgeprägt (10%), stark ausgeprägt (25,5%) oder extrem stark (5,0%) ausgeprägt erschien [11]. Damit liegen die Erfurter Kinder im bundesweiten Durchschnitt.

Die in der Studie erwähnten 40,5% der kieferorthopädischen Anomalien hatten mindestens einen Schweregrad 3 nach dem System der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG). Diese umfassten ausgeprägte Zahnfehlstellungen, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung erforderlich machen. Die fachgerechte Versorgung stellt eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen dar. Die Studie beschreibt eine eingeschränkte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität durch Kiefer- und Zahnfehlstellungen bei kieferorthopädischem Versorgungsbedarf. 9,4% der Untersuchten hatten signifikant Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln. 10,9% der Untersuchten hatten Schmerzen im Mund sowie 14,1% fühlten sich unwohl aufgrund ihres Aussehens. Die Autoren kamen zum Ergebnis, dass kariesfreie Kinder seltener einen kieferorthopädischen Versorgungsbedarf haben [11].

Wie schon oben beschrieben, wurden im Schuljahr 2023/24 nahezu alle Einrichtungen bis zur 6. Klasse untersucht, ab Klasse 7 lediglich Förderzentren. Dies ist der Grund für die geringen Untersuchungszahlen im Alter von 13 bis 18 Jahren. Diese speziellen Werte sind nicht repräsentativ für die Anzahl der kieferorthopädischen Anomalien der Erfurter Kinder. Aus diesem Grund sind die Werte in der Tabelle 3 ausgeklammert.

5.3.6 Mundgesundheitsdaten im Vergleich

Um die aktuellen Untersuchungsergebnisse interpretieren zu können, ist ein Vergleich der Ergebnisse mit älteren Erhebungen sowie mit thüringen- und deutschlandweiten Daten notwendig.

5.3.6.1 Erfurt gestern und heute

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst (KJZÄD) der Stadt Erfurt verfasst seit 1997 regelmäßig Mundgesundheitsberichte. Im Jahr 2004 veröffentlichte die Stadtverwaltung Erfurt den ersten Kindergesundheitsbericht, in welchem die Mundgesundheit der Erfurter Vorschulkinder vorgestellt wurde. Die Abbildung 17 zeigt die Kariesprävalenz im zeitlichen Verlauf von 1997 bis 2024. Seit 2017 stammen die Ergebnisse aus den getrennten Altersgruppen der 5- und 6-Jährigen und müssen zusammengefasst betrachtet werden.

Wie man in der Abbildung 17 sehen kann, ist der dmft-Index seit 1997 kontinuierlich gesunken. Die Tabelle 4 zeigt deutlich, dass der Anteil der 5- und 6-Jährigen mit gesundem Gebiss seitdem kontinuierlich gestiegen ist. Im Schuljahr 1997/98 waren 37,3% der Gebisse der 5- und 6-Jährigen naturgesund. Im Schuljahr 2023/2024 wurden in Erfurt 2787 von insgesamt 3786 5- und 6-Jährige durch den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst untersucht. Dies entspricht einer Untersuchungsquote von 73,8% für diese Altersgruppe. Hier lag der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss bei 64,9%.

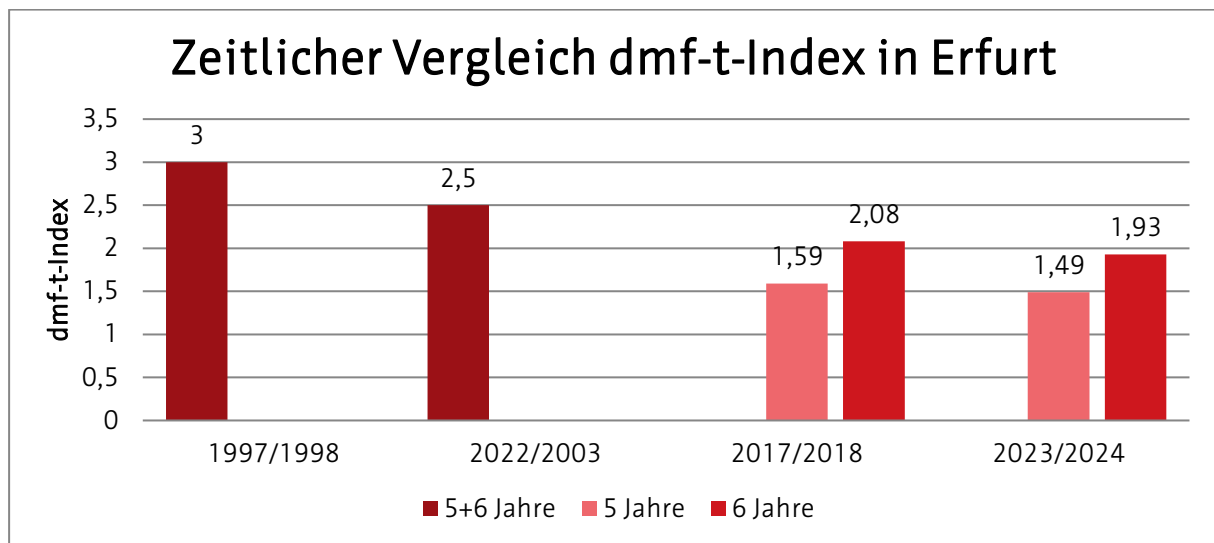


Abb. 17: Zeitlicher Vergleich Kariesprävalenz (dmft-Index) der 5- und 6-Jährigen in Erfurt

Schuljahr	Unter- suchte Kinder	Anteil primär gesunde Gebisse		Anteil saniert Gebisse		Anteil behandlungs- bedürftiger Gebisse	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1997 / 1998	1173	437	37,3%	236	20,1%	500	42,6%
2002 / 2003	934	466	49,9%	155	16,6%	313	33,5%
2017 / 2018	2490	1475	59,2%	255	10,2%	760	30,5%
2023 / 2024	2787	1810	64,9%	207	7,4%	770	27,6%

Tab. 4: Zeitlicher Vergleich des Kariesstatus der 5- und 6-Jährigen in Erfurt

Insgesamt hat sich die Mundgesundheit der Erfurter Kinder im Vorschul- bzw. Einschulalter kontinuierlich in den letzten 25 Jahren verbessert. Es gibt stetig mehr Kinder ohne Karieserfahrung, während der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss sinkt. Trotzdem sind die Mundgesundheitsziele in dieser Altersgruppe noch nicht erreicht und die Chancen auf Mundgesundheit ungleich verteilt.

5.3.6.2 Vergleich vor und nach COVID-19-Pandemie

Das Schuljahr 2019/2020 konnte aufgrund des 1. Lockdowns im März 2020 nicht abschließend untersucht werden. Aus diesem Grund dient das Schuljahr 2018/19 als letztes vollständig untersuchtes Schuljahr vor der COVID-19-Pandemie zum Vergleich.

Die Abbildung 18 veranschaulicht die Ergebnisse der Untersuchungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Erfurt vor und nach der COVID-19-Pandemie. Es ist zu erkennen, dass sich in allen Altersgruppen nach der Corona-Pandemie die Anzahl an den naturgesunden Gebissen minimal erhöht hat. In der Gruppe der 3-Jährigen steigt die Anzahl der naturgesunden Gebisse von 81,6% auf 85,26% an. Bei den 6-Jährigen steigt die Anzahl ebenfalls von 54% auf 60,03%. Bei den 12-Jährigen stieg die Anzahl von 60,9% auf 66,92%.

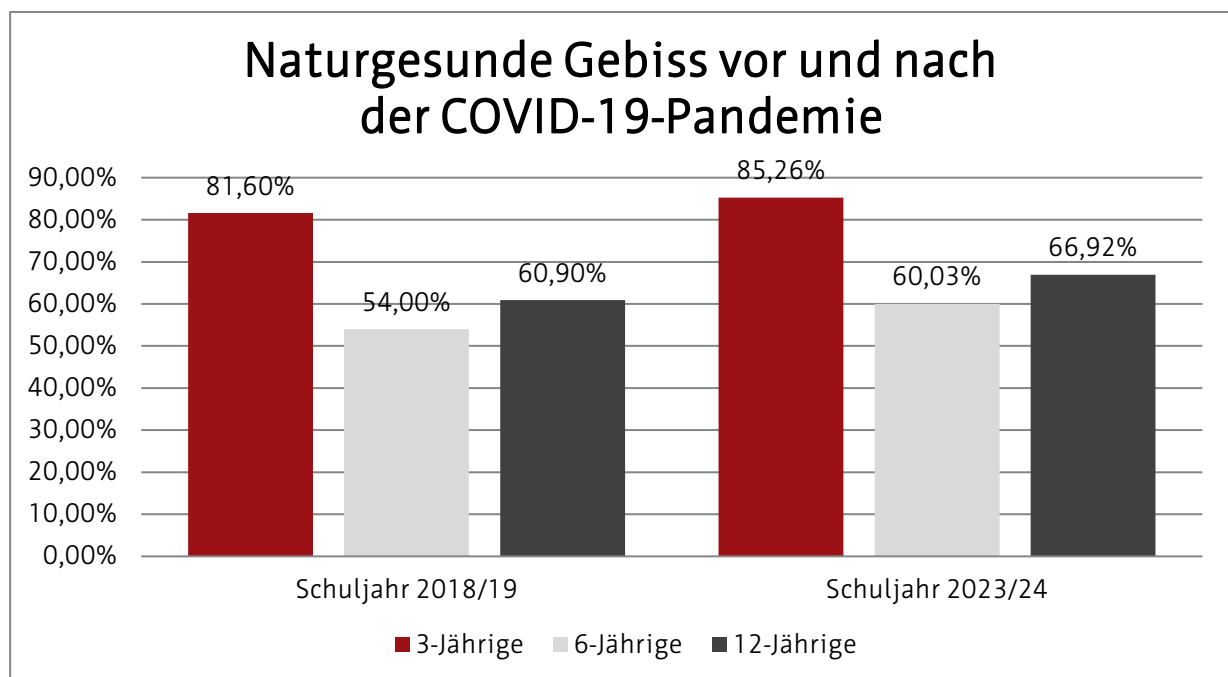


Abb. 18: Zeitlicher Vergleich naturgesunder Gebisse vor und nach der COVID-19-Pandemie in Erfurt

Die Abbildung 19 zeigt die Ergebnisse des dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index vor und nach der COVID-19-Pandemie. Anhand des Diagramms ist ersichtlich, dass der dmf-t-Index der 3-Jährigen von 0,80 auf 0,61 sank. Bei den 12-Jährigen ist ebenfalls eine sinkende Tendenz des DMF-T-Index von 0,7 vor und 0,54 nach Corona zu erkennen. Lediglich bei den 6-Jährigen ist eine Stagnation zu erkennen.

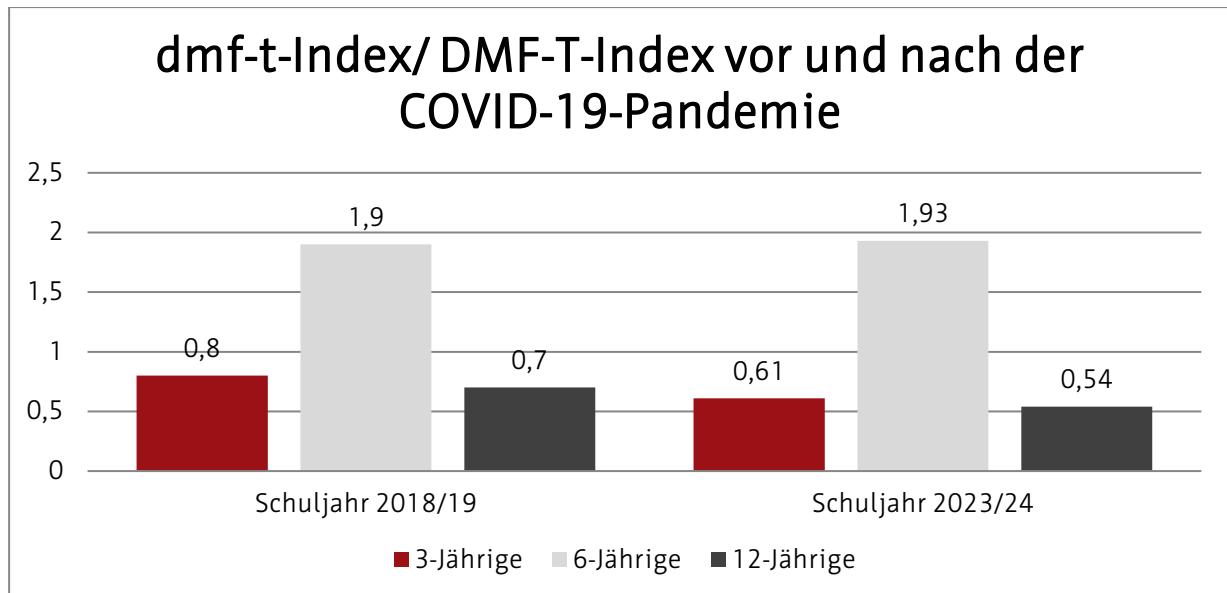


Abb. 19: Zeitlicher Vergleich dmf-t-Index / DMF-T-Index vor und nach der COVID-19-Pandemie in Erfurt

Die Annahme, dass sich die Zahnbefunde der Erfurter Kinder möglicherweise aufgrund der ausbleibenden Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes und der LAGTh e.V. verschlechtern könnte, haben sich anhand der absoluten Zahlen des dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index nicht bestätigt.

Im Jahr 2018 haben sich die zahnärztlichen Fachgesellschaften (u.a. Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Präventive Zahnmedizin, Bundeszahnärztekammer, Bundesverband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst) auf neue Fluoridempfehlungen für Kleinkinder geeignet. Die Hersteller von Kinderzahnpasten wurden aufgerufen den Fluoridgehalt von 500ppm auf 1.000ppm zu verdoppeln. [46] Schrittweise wurde diese Empfehlung bis 2021 umgesetzt. Die Auswirkungen der Erhöhung der Fluoridkonzentration könnte sich im Ergebnis der Daten vom Schuljahr 2023/24 widerspiegeln.

Schaut man sich jedoch die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen aus dem Schuljahr 2023/24 in den einzelnen Erfurter Planungsräumen an, so kann man unterschiedliche Ergebnisse erkennen.

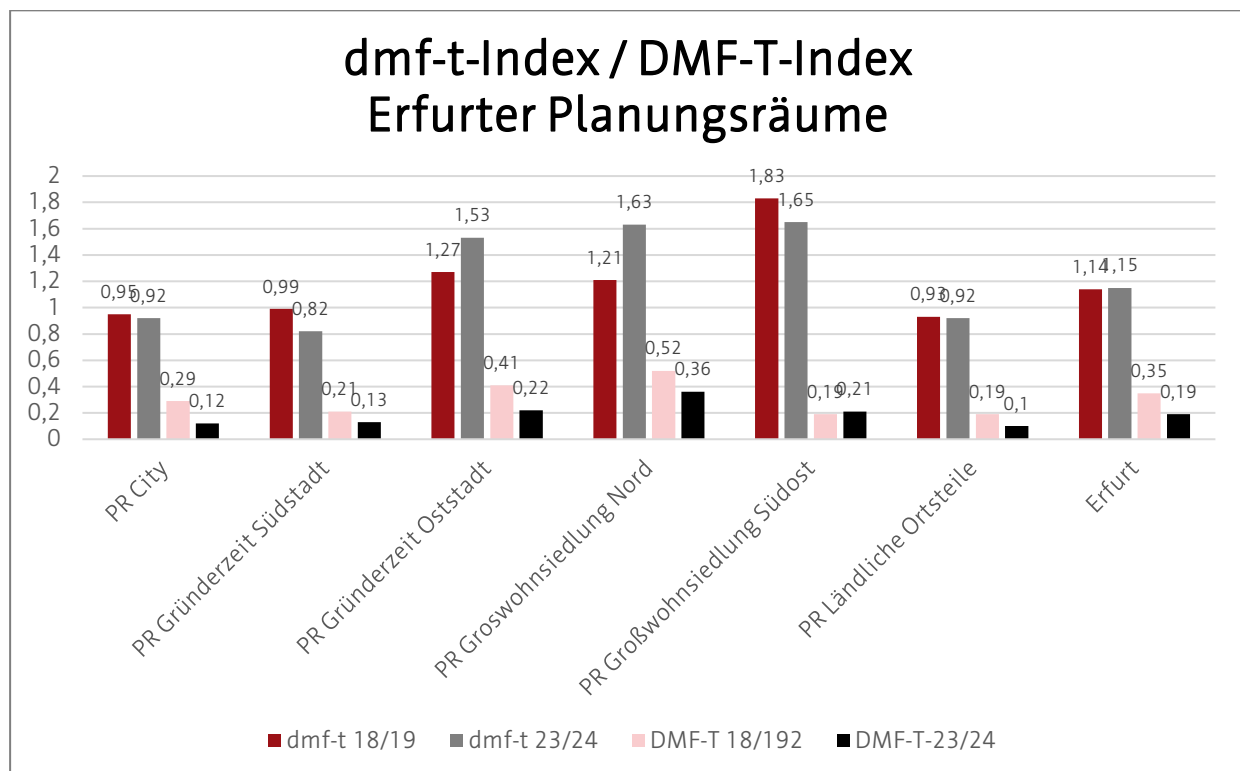


Abb. 20: dmf-t-Index / DMF-T-Index aller sechs Erfurter Planungsräumen im Vergleichszeitraum (Schuljahr 2018/19 und 2023/24)

Vergleicht man die mittleren dmf-t-Werte für Milchgebisse bzw. DMF-T-Werte für bleibende Gebisse aller sechs Erfurter Planungsräume im Vergleichszeitraum vor und nach der COVID-19-Pandemie miteinander (s. Abb. 20), so stellt man fest, dass im Planungsraum Gründerzeit Oststadt (dmf-t-Index von 1,27 auf 1,53) sowie im Planungsraum Großwohnsiedlung Nord (dmf-t-Index von 1,21 auf 1,63) der dmf-t-Wert im Milchgebiss zugenommen hat. In den übrigen Planungsräumen ist er gesunken oder stagniert.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich in den zwei Planungsräumen die Mundgesundheit der Kinder durchschnittlich verschlechtert hat. Vergleicht man die DMF-T-Wert für die bleibenden Zähne aller Erfurter Planungsräume, so kann man sehen, dass in allen Planungsräumen außer im Planungsraum Südost eine Abnahme des DMF-T-Wert im Vergleichszeitraum stattgefunden hat.

Wie in Tabelle 5 veranschaulicht, ist der höchste dmf-t- bzw. DMF-T-Wert im Schuljahr 2018/19 in allen drei Kernzielgruppen im Planungsraum Nord zu finden. Im Schuljahr 2023/24 haben ebenfalls in allen drei Kernzielgruppen im Planungsraum Nord den höchsten dmf-t-Wert. Dort leben aktuell die Kinder mit den höchsten Karieswerten. Im Schuljahr 2023/24 leben die Kinder mit der besten Mundgesundheit in den ländlichen Ortsteilen.

Planungsraum	dmf-t-Index / DMF-T-Index					
	2018/19			2023/24		
	3-Jährige	6-7-Jährige	12-Jährige	3-Jährige	6-7-Jährige	12-Jährige
City	0,50	1,98	0,43	0,44	1,45	0,27
Gründerzeit Südstadt	0,31	1,38	0,32	0,52	1,11	0,54
Gründerzeit Oststadt	0,66	2,28	0,30	0,75	2,49	0,62
Großwohnsiedlung Nord	1,58	3,15	1,01	0,92	3,41	0,74
Großwohnsiedlung Südost	1,06	2,60	0,16	0,88	2,95	0,52
Ländliche Ortsteile	0,33	1,30	0,47	0,19	1,22	0,32

Tab. 5: dmft-Index / DMF-T-Index im Schuljahr 2018/19 und 2023/24 in den unterschiedlichen Planungsräumen

Innerhalb der letzten 5 Jahre ist der dmf-t-Wert der 3-Jährigen in den Planungsräumen Gründerzeit Südstadt (von 0,31 auf 0,52) sowie im Planungsraum Gründerzeit Oststadt (von 0,66 auf 0,75) gestiegen. In den Planungsräumen City, Großwohnsiedlung Nord, Großwohnsiedlung Südost sowie Ländliche Ortsteile sind die Werte gesunken.

In der Altersgruppe der 6- bis 7-Jährigen ist der dmf-t-Wert innerhalb der letzten 5 Jahre in den Planungsräumen Gründerzeit Oststadt (von 2,28 auf 2,49), Großwohnsiedlung Nord (von 3,15 auf 3,41) sowie Großwohnsiedlung Südost (von 2,60 auf 2,95) gestiegen. In den Regionen City, Südstadt sowie ländliche Ortsteile sind die Werte gesunken.

Innerhalb der Tabelle wird ersichtlich, dass die DMF-T-Werte der 12-Jährigen in den Planungsräumen Gründerzeit Südstadt (von 0,32 auf 0,54), Gründerzeit Oststadt (von 0,30 auf 0,62) sowie Großwohnsiedlung Südost (von 0,16 auf 0,52) gestiegen sind. In den Planungsräumen City, Großwohnsiedlung Nord und den ländlichen Ortsteilen sind die Werte gesunken.

Studien zur Mundgesundheit weisen den sozioökonomischen Status als zentralen Einflussfaktor für den Kariesbefall aus [39]. In den Planungsraum Großwohnsiedlung Nord leben zum Zeitpunkt 2018/19 sowie 2023/24 die Kinder mit dem höchsten Kariesstatus und dem höchsten dmf-t-Index. Aufgrund der COVID-19-Pandemie ist die Gruppenprophylaxe mit den Reihenuntersuchungen und den Zahnschmelzhärtungen ausgefallen. Möglicherweise hat der Ausfall dieser sozialkompensatorischen Leistungen dazubeigetragen, dass z.B. im Planungsraum Nord der dmf-t-Wert entgegengesetzt zum allgemeinen sinkenden Trend hier sogar anstieg. Dies zeigt, dass die Gruppenprophylaxe für die gesundheitliche Chancengleichheit unbedingt notwendig ist.

Vergleicht man den Kariesstatus der Kernzielgruppen (3-Jährige, 6-7-Jährige sowie 12-Jährige) in den unterschiedlichen Erfurter Planungsräumen im Vergleichszeitraum miteinander, so stellt man deutliche Unterschiede fest.

Im Planungsraum City (s. Abb. 21) hat in allen drei Kernzielgruppen im Vergleich der Schuljahre 2018/19 zu 2023/24 der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen zugenommen. Gleichzeitig ist in allen Kernzielgruppen die Anzahl an behandlungsbedürftigen Gebissen gesunken. Der Kariesstatus hat sich im Vergleichszeitraum in allen Kernzielgruppen im Planungsraum City verbessert.

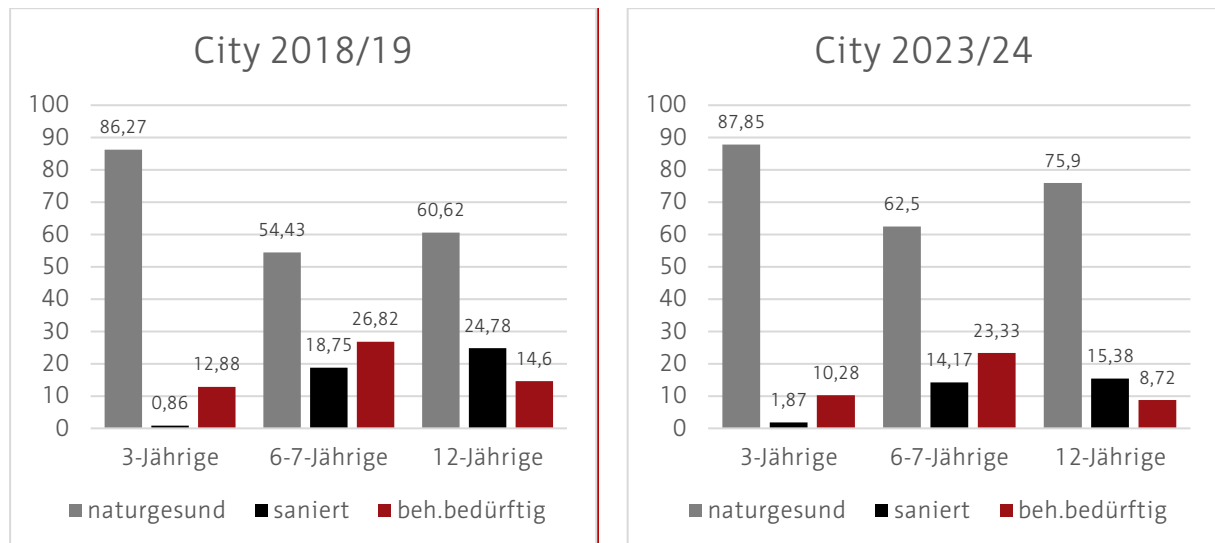


Abb. 21: Kariesstatus Planungsraum *City* Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich

Im Planungsraum Gründerzeit Südstadt (s. Abb. 22) hat der Anteil an naturgesunden Gebissen bei den 6- bis 7-Jährigen zugenommen. Lediglich in der Gruppe der 3-Jährigen ist die Anzahl nahezu gleich geblieben. In der Gruppe der 12-Jährigen ist der Anteil an gesunden Gebissen im Schuljahr 2023/24 gesunken, die Behandlungsbedürftigkeit gestiegen sowie der Sanierungsgrad gesunken.

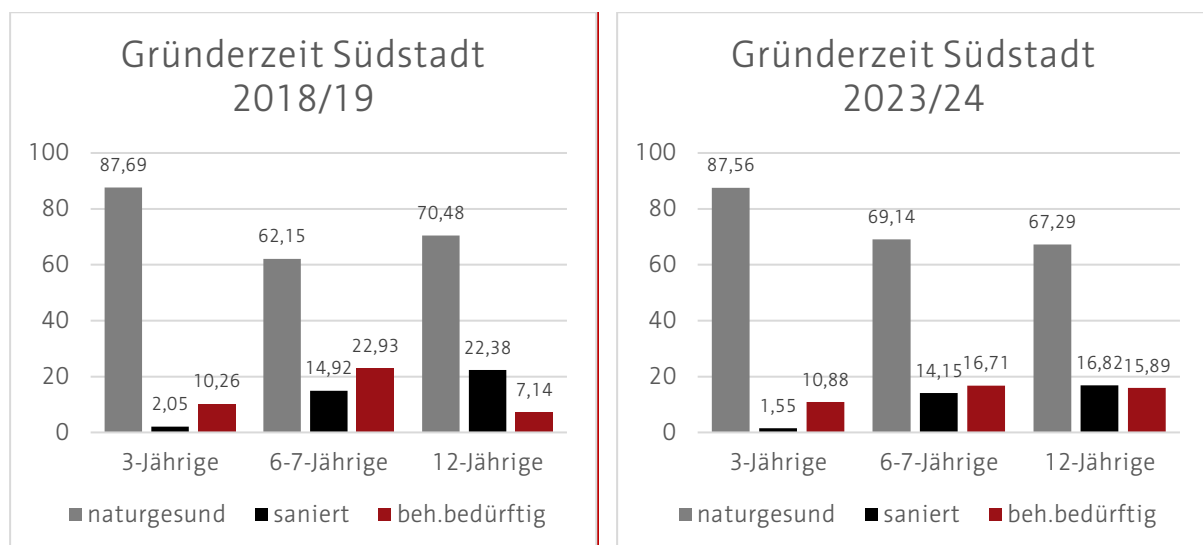


Abb. 22: Kariesstatus Planungsraum *Gründerzeit Südstadt* Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich

Im Planungsraum Gründerzeit Oststadt (s. Abb. 23) ist im Vergleichszeitraum die Anzahl der Kinder mit naturgesunden Gebissen in den Kernzielgruppen ähnlich auf dem gleichen Niveau geblieben.

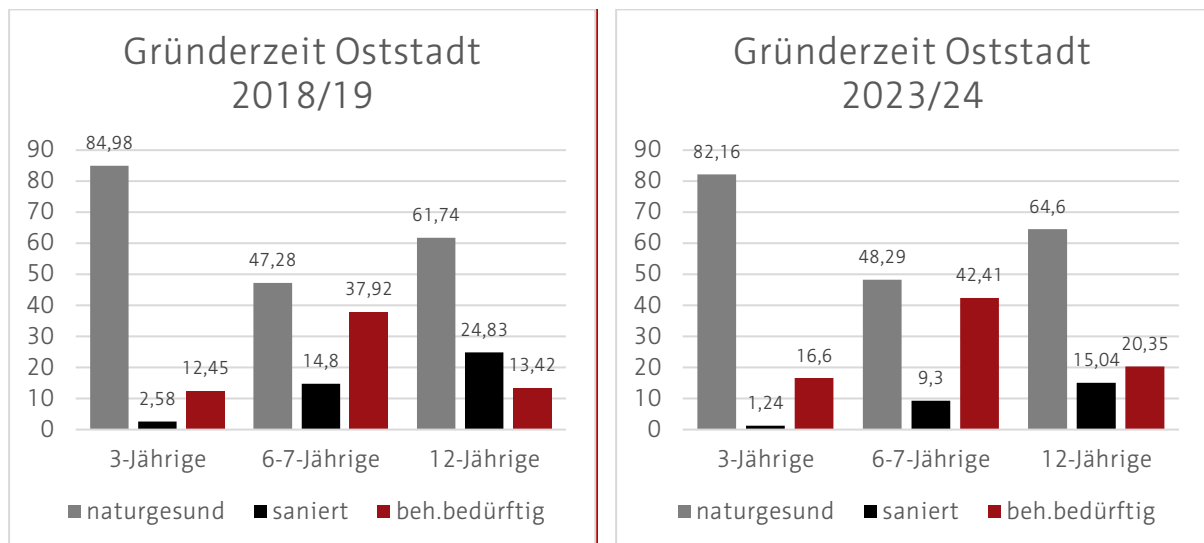


Abb. 23: Kariesstatus Planungsraum *Gründerzeit Oststadt* Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich

Im Planungsraum Großwohnsiedlung Nord (s. Abb. 24) sind vergleichsweise in Erfurt die höchsten Werte für den Kariestatus zu finden. Im Schuljahr 2018/19 waren 65,05% der 3-Jährigen, 33,33% der 6- bis 7-Jährigen und 55,56% der 12-Jährigen naturgesund. Fünf Jahre später im Schuljahr 2023/24 nahm die Anzahl der naturgesunden Kinder in der Gruppe der 3-Jährigen auf 77,84% zu. Die Behandlungsbedürftigkeit sinkt in dieser Altersgruppe. Im Schuljahr 2023/24 ist eine Behandlungsbedürftigkeit von über der Hälfte der Untersuchten 6- bis 7-Jährigen (52,63%) ersichtlich. In der Altersgruppe sind im Schuljahr 2023/24 nur 35,44% naturgesund. Bei den 12-Jährigen erhöhte sich der Anteil der naturgesunden Gebisse leicht im Schuljahr 2023/24 (von 55,56% auf 60,44%).

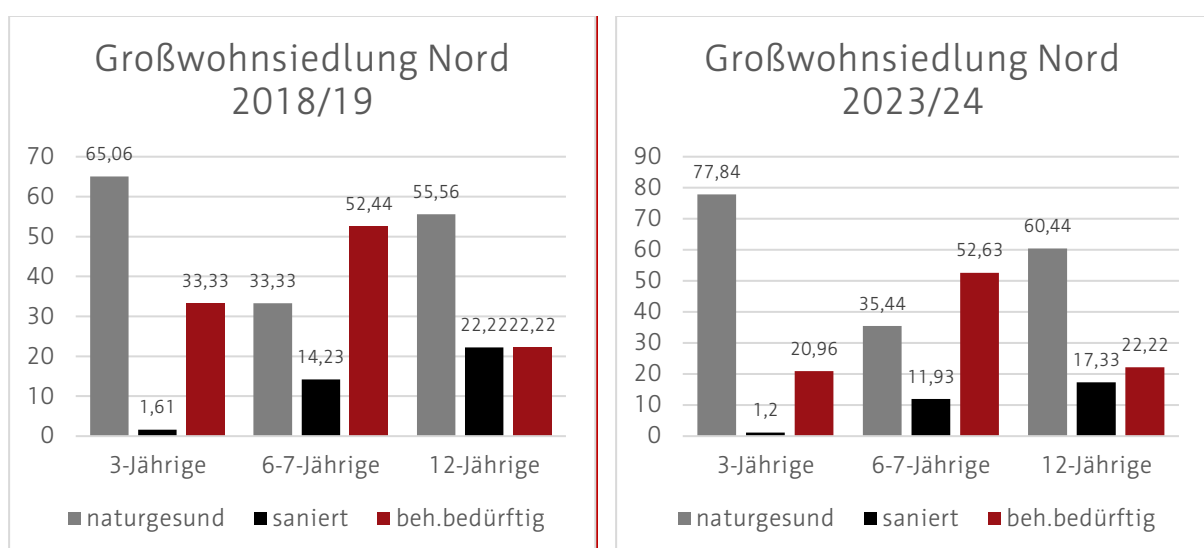


Abb. 24: Kariesstatus Planungsraum *Großwohnsiedlung Nord* Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich

Wie in Abbildung 25 ersichtlich, ist im Planungsraum Großwohnsiedlung Südost im Vergleichszeitraum der Anteil der 12-jährigen Kinder mit naturgesunden Gebiss gesunken (von 81,58% auf 67,07%). Gleichzeitig sind die Werte für die 3-Jährigen und 6-7-Jährigen nahezu gleich geblieben.

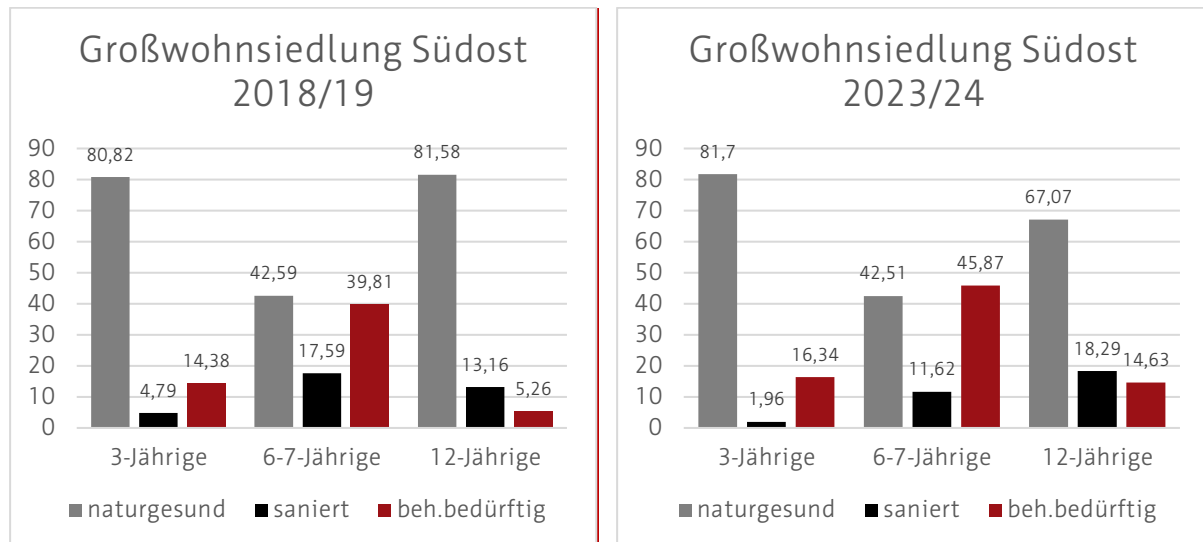


Abb. 25: Kariesstatus Planungsraum *Großwohnsiedlung Südost* Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich

Im Planungsraum ländliche Ortsteile (s. Abb. 26) wohnen im Schuljahr 2023/24 die meisten 3-Jährigen mit naturgesundem Gebiss im Vergleich zum gesamten Erfurter Stadtgebiet. Dieser Wert hat sich innerhalb der letzten 5 Jahre weiterhin verbessert (von 87,72% auf 91,98%). In den übrigen Kernzielgruppen haben sich die Anteile der Kinder mit naturgesunden Gebissen erhöht.

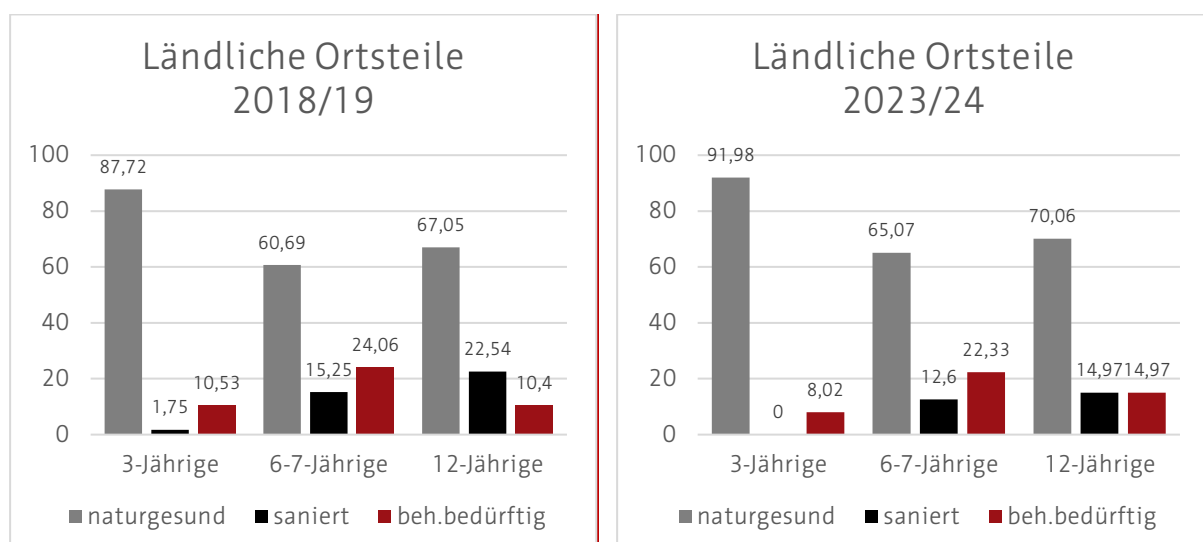


Abb. 26: Kariesstatus Planungsraum *Ländliche Ortsteile* Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich

Die Abbildung 27 veranschaulicht den Anteil an Kariesrisikokindern in den Jahren 2012, 2017 und 2024 im Planungsraum Großwohnsiedlung Nord und im Stadtgebiet Erfurt. Man kann deutlich sehen, dass das Kariesrisiko 2024 generell im Vergleich zu den Vorjahren in allen Kernzielgruppen im Planungsraum Nord sowie im Stadtgebiet Erfurt gesunken ist. Allerdings sind die Werte im Planungsraum Nord im Vergleich zur gesamten Stadt Erfurt doch deutlich höher, v.a. im Alter der 6-Jährigen.

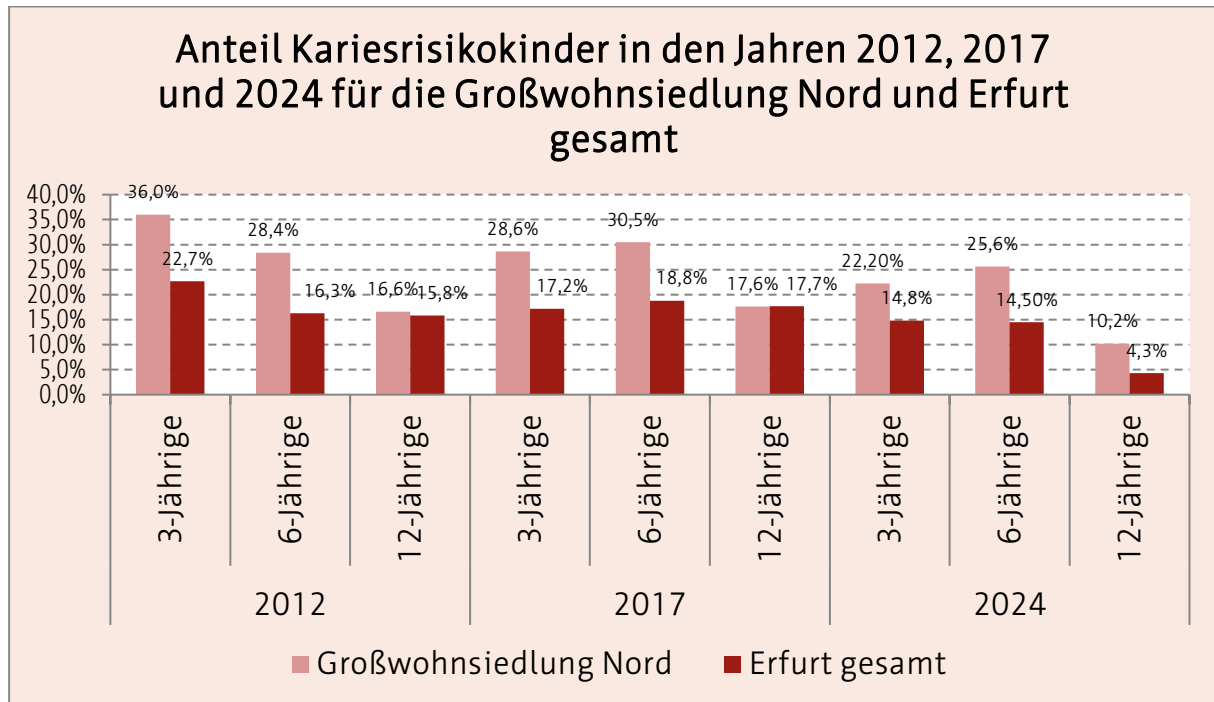


Abb. 27: Anteil der Kariesrisikokinder in Erfurt und in der Großwohnsiedlung Nord im Vergleich zwischen den Jahren 2012, 2017 und 2024

Hier müssen weiterhin gezielte Programme zur Anwendung kommen, um die mundgesundheitsliche Chancengleichheit zu ermöglichen. Die Arbeit der LAGTH e.V. und der Zahnärztlichen Dienste stellt hier einen wichtigen Grundpfeiler zur Prävention dar. Kariesrisikokinder profitieren von Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in den Einrichtungen in Synergie mit den individuellen Prophylaxemaßnahmen durch den behandelnden Hauszahnarzt.

5.3.6.3 Erfurt im Vergleich mit Thüringen und Deutschland

Die Daten für den Vergleich stammen für Thüringen aus den „Epidemiologische[n] Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe“ [41, 42].

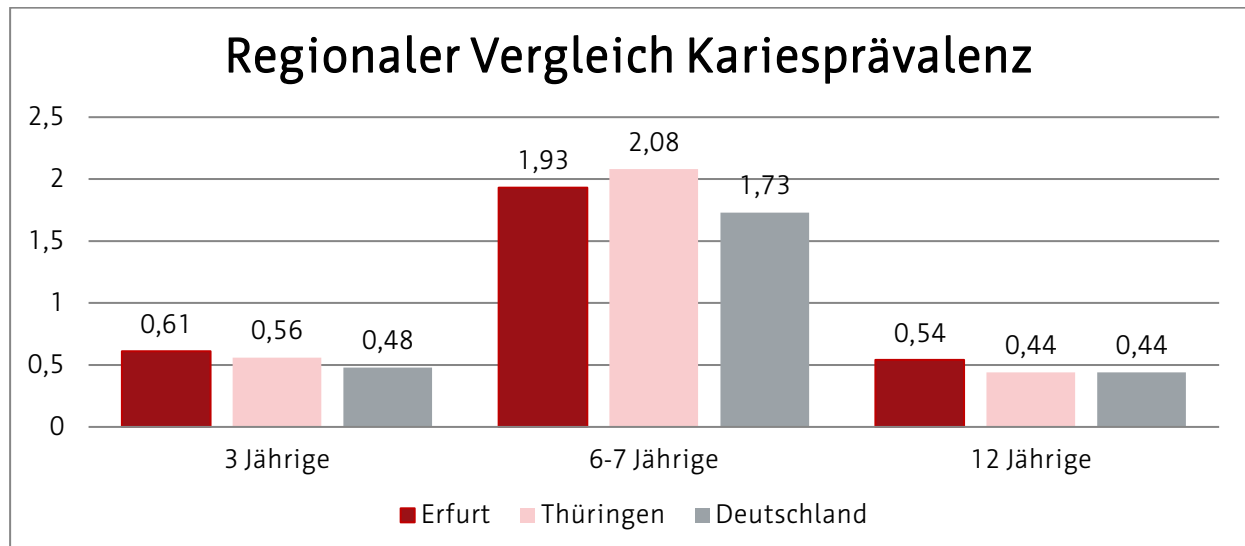


Abb. 28: Regionaler Vergleich Karieserfahrung (dmf-t-Index / DMF-T-Index)

Der Vergleich in Abb. 28 zeigt, dass 3-jährige Kinder in Erfurt eine höhere Kariesprävalenz mit einem dmf-t-Index von 0,61 aufweisen als der thüringenweite (dmf-t-Index: 0,56) oder der bundesweite (dmf-t-Index: 0,48) Durchschnitt.

Die Kariesprävalenz der 6- bzw. 7-jährigen Kinder in Erfurt ist mit einem dmf-t-Wert von 1,93 bzw. 2,08 vergleichbar mit den 6- und 7-jährigen in ganz Thüringen (dmf-t-Index: 2,08). Jedoch liegt dieser über dem bundesweiten Durchschnitt von einem dmf-t-Index von 1,73.

Die Kariesprävalenz der 12-jährigen liegt in Erfurt bei 0,54. Dieser ist nur minimal höher als der thüringenweite (DMF-T-Index: 0,44) und bundesweite (DMF-T-Index: 0,44) Durchschnitt (s. Abb. 16). Seit 1990 konnte Thüringen eine stetige Abnahme des Kariesbefalls bei den 12-jährigen registrieren. Der niedrigste DMF-T-Index von 0,50 wurde im Jahr 2016/2017 registriert. Trotz demografischer Unterschiede (Stadt und Land) wurde das Gesundheitsziel schon vor dem Jahr 2030 erreicht [41].

Im Schuljahr 2023/2024 waren in Erfurt 85,26% der 3-jährigen, 60% der 6-jährigen und 66,92% der 12-jährigen naturgesund. Laut Faktenblatt "Zahngesundheit 1" von 2019 waren in Thüringen durchschnittlich 84% der 3-jährigen, 52% der 6-jährigen und 73% der 12-jährigen naturgesund [44]. Vergleicht man die Kariesfreiheit der Erfurter Kinder mit denen in Thüringen, haben die Erfurter 6-jährigen weniger Karies und die Erfurter 12-jährigen mehr Karies als die Thüringer Altersgruppe. Lediglich die Kariesfreiheit der 3-jährigen ist nahezu gleich. Auch thüringenweit sind die Mundgesundheitsziele von 2030 "90% kariesfreie Gebiss der 3-jährigen", "80% kariesfreie Gebisse der 6 bis 7-jährigen" und "90% der 12-jährigen" bisher nicht erfüllt. Allerdings erhöhte sich der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss in den letzten 15 Jahren kontinuierlich. Dies lässt die positiven Auswirkungen der präventiven Maßnahmen erkennen [44]. Um die von der Bundeszahnärztekammer festgesetzten nationalen Mundgesundheitsziele zu erreichen, wird die Gruppenprophylaxe in Thüringen flächendeckend durchgeführt [43].

5.3.7 Umsetzung der Gruppenprophylaxe in der Stadt Erfurt

Die Umsetzung der Gruppenprophylaxe wird in Thüringen über die „Rahmenvereinbarung zur Durchführung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V im Freistaat Thüringen“ [25]. Im Schuljahr 2023/24 wird die Gruppenprophylaxe in den Erfurter Kindergärten durch zwei Prophylaxefachkräfte der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Thüringen e.V. (LAGJTh e.V.) und von zwölf Patenschaftszahnärzten realisiert. Koordinierend und unterstützend wirken dabei die Vorsitzenden der regionalen Arbeitskreise, die in der Regel Zahnärzte in den Gesundheitsämtern sind. Die Vorsorgeuntersuchungen in Schulen und Kindergärten, sowie alle weitergehenden Gruppenprophylaxemaßnahmen im Schulbereich sind Aufgabe des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZÄD) des Gesundheitsamtes Erfurt. Für die Erfüllung der Pflichtaufgaben im Schuljahr 2023/2024 hat der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst 3,5 Vollbeschäftigteneinheiten für die Zahnärztlichen Untersuchungen sowie 3,5 Vollbeschäftigteneinheiten für die zahnmedizinische Assistenten zur Verfügung.

Die Gruppenprophylaxe in Erfurt besteht aus folgenden Bausteinen:

- Vorsorgeuntersuchungen
- Mundhygienetraining
- Fluoridierung
- Gesundheitsunterricht
- Elternarbeit
- Multiplikatorenschulungen
- Projekttag und Zahnputzfeste

Für eine ressourcenorientierte, zielgerichtete Umsetzung der Gruppenprophylaxe wird anhand der Untersuchungsdaten vom Vorjahr einrichtungsbezogen eine Risikoanalyse nach DAJ-Kriterien durchgeführt. Es wird einrichtungsbezogen zwischen einer Basis- oder Intensivprophylaxe unterschieden. Unter Berücksichtigung der personellen und zeitlichen Ressourcen wird der Maßnahmenkatalog für jede Einrichtung festgelegt.

In die Risikoanalyse fließen folgende Parameter ein:

1. Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen
2. Kariesprävalenz (dmf-t-Index / DMF-T-Index)
3. Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ-Kriterien (Risiko %)

In Tabelle 6 werden die durchgeführten Maßnahmen der Gruppenprophylaxe und die Anzahl der in den Zielgruppen erreichten Personen durch den KJZÄD im Schuljahr 2023/2024 aufgezeigt. Der größte Anteil fällt auf die Vorsorgeuntersuchungen. Insgesamt wurden 16.712 von 29.639 Erfurter Kinder untersucht. Bei 4.695 Kindern fanden Mundhygienetraining sowie bei 3.981 Fluoridierungen statt. Neben Beratungen auf Kindergartenfesten und Elternabenden fanden Gesundheitstage in den Einrichtungen statt.

Umsetzung der Gruppenprophylaxe durch den KJZÄD im Schuljahr 2023 / 2024			
Maßnahme	Anzahl	erreichte Eltern / Multiplikatoren	erreichte Kinder
Vorsorgeuntersuchung			16.712
Mundhygienetraining Schule			4.695
Fluoridierung Schule (halbj.)			3.981
Elternabende	2	30	
Einzelberatungen	40	40	40
Gruppenberatungen			
Fortbildungen für Lehrende, Erzieher:Innen			
Gesundheitstage/ Infostände	5	200	400

Tab. 6: Umsetzung Gruppenprophylaxe in Erfurter Schulen

5.4 Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse

Im Schuljahr 2023/2024 wurden die Untersuchungen im KJZÄD mit Fokus auf die Altersgruppen 0-12 Jahre sowie auf Risikoeinrichtungen durchgeführt. Innerhalb des Untersuchungszeitraumes wurden Kinder in 104 Erfurter Kindergärten und 26 Grundschulen untersucht. In den 11 Gemeinschaftsschulen, 19 weiterführende Schulen und 8 Förderschulen wurden vorwiegend Schülerinnen und Schüler der Klasse 5 und 6 untersucht. Dies führte möglicherweise zu schlechteren Ergebnissen auf kommunaler Ebene, da Einrichtungen, wie weiterführende Schulen mit vielen mundgesunden Kindern ab der Altersgruppe 13 Jahre nicht oder nur stichprobenartig im Bereich der Kernzielgruppen untersucht werden konnten. Im Altersbereich ab 13 Jahren wurden fast ausschließlich Schülerinnen und Schüler an Förderschulen untersucht. Dies erklärt die erhöhten DMF-T Werte im Bereich der Jugendlichen bis 18 Jahre.

Darüber hinaus kann es zu Erhebungs-, Eingabe- und Rundungsfehlern bei den Reihenuntersuchungen und Auswertungen kommen. Durch gleiche Untersuchungsbedingungen wie Material und Untersuchungslampe, eine mögliche Kalibrierung der Untersucher und die softwareunterstützte Auswertung der Daten werden diese Fehler minimiert. Weiterbildungen durch Hospitationen der Untersucher in anderen Bereichen wie z.B. der Kieferorthopädie oder der Kinderzahnheilkunde im Rahmen einer möglichen Fachzahnarztausbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter minimieren ebenfalls Fehler bei der Untersuchung und führen zu besseren Ergebnissen.

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht stellt Daten zur Mundgesundheit der Erfurter Kinder und Jugendlichen im Schuljahr 2023/2024 vor und vergleicht diese im zeitlichen Verlauf sowie regional. Die Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes haben im Schuljahr 2023/2024 über 16.000 Kinder untersucht.

Von dem von der Bundeszahnärztekammer für 2030 formulierten Mundgesundheitsziel, nach dem der Anteil der kariesfreien Milchgebisse der 6- bis 7-Jährigen bei 80% liegen soll, ist Erfurt mit einem Anteil von 60,03% bei den 6-Jährigen und 52,18% für die 7-Jährigen kariesfreien Milchgebissen noch weit entfernt.

Für die Altersgruppe der 12-Jährigen wird als Mundgesundheitsziel für 2030 eine Kariesfreiheit für 90% der bleibende Gebisse angestrebt. Auch dieses Ziel ist in Erfurt noch nicht erreicht.

Umfangreiche Prophylaxemaßnahmen sollen die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen fördern und verbessern. Im Schuljahr 2023/2024 wurden vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst über 4.600 Kinder und Jugendliche mit theoretischen und praktischen Prophylaxemaßnahmen in Erfurt erreicht.

Der vorliegende Bericht zeigt sehr gegenläufige Entwicklungen für die Kariesprävalenz im Milch- und im bleibenden Gebiss auf. Während die Kariesprävalenz im Milchgebiss weiterhin sehr hoch ist, ist sie im bleibenden Gebiss rückläufig.

Die frühzeitige Information von Eltern, bereits ab der Schwangerschaft, über die Entstehung frühkindlicher Karies muss hier zukünftig noch stärker in den Fokus gerückt werden. Familien aus problembelasteten und bildungsferneren Schichten werden allerdings nicht ausreichend erreicht. Hier greift die aufsuchende, flächendeckende Arbeit der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste und der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., wie zum Beispiel die Gruppenprophylaxe mit Reihenunteruntersuchungen und zahnschmelzhärtenden Maßnahmen. Aufklärung, Übermittlung in adäquate hauszahnärztliche Behandlung, aber auch Elternarbeit durch Informationsveranstaltungen und Beratungssprechstunden sind hier wichtige Instrumente sozialkompensatorischer Tätigkeit.

Immer schwieriger wird eine Vermittlung der Kinder mit besorgniserregenden Zahnbefunden ohne Hauszahnarzt aus den Beratungssprechstunden des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes an niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte zur zahnärztlichen Behandlung. Aufgrund der möglichen sinkenden zahnmedizinischen Versorgungsdichte im Stadtgebiet Erfurt und den angrenzenden Landkreisen könnte sich die Mundgesundheit der Erfurter Kinder verschlechtern.

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst hat ein System der "Nachgehenden Fürsorge" entwickelt und möchte Familien mit besorgniserregenden Zahnbefunden unterstützen, eine Zahnsanierung bei den Kindern durchzuführen.

Um Risikogruppen nachhaltig betreuen zu können und Eltern in der Wahrnehmung ihrer Gesundheitsfürsorge zu unterstützen, hat sich ein ebenso System der „Nachgehenden Fürsorge“ im Erfurter Gesundheitsamt etabliert. In dieser speziellen Arbeitsgruppe Kinderschutz wirken Zahnärztinnen, Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde, eine Mitarbeiterin für Kinderschutz in der Medizin, eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Sozialarbeiterin sowie eine Fachberaterin für Kinder- und Jugendschutz des Jugendamtes stetig eng zusammen, um Familien zu unterstützen die Gesundheitsfürsorge ihrer Kinder besser wahrzunehmen. Die Mitarbeit in Netzwerken wie beispielsweise den „Frühen Hilfen“ ist ebenfalls notwendig, um gemeinsame Strukturen zu nutzen.

In Erfurt konnte im Schuljahr 2023/2024 flächendeckend eine Gruppenprophylaxe bis zur 6. Klasse in nahezu allen Schulen umgesetzt werden. Die Intensivprophylaxe in den Risikoeinrichtungen erfolgt anhand einer befundorientierten Einschätzung des konkreten Bedarfs, sowie anhand einer Orientierung an der Umsetzbarkeit in den Einrichtungen (u.a. Interesse, Kooperation, Räumlichkeiten).

Als Verhältnisprävention gelten Präventionsmaßnahmen, die darauf abzielen, die äußeren Bedingungen so zu gestalten, dass die Gesundheit gefördert und Krankheitsrisiken vermindert werden. Die Verhaltensprävention hingegen bezeichnet präventive Maßnahmen und Strategien, die auf eine Änderung des Verhaltens zur Gesundheitsförderung abzielen. Verhältnis- und Verhaltensprävention sollen im Alltag ansetzen. Mundgesundheit erfordert gesunde Ernährung in Kindergärten und Schulen, zuckerfreie Getränke und das tägliche Zähneputzen in der Einrichtung. Dies ist nach der Corona-Pandemie nicht in allen Einrichtungen wieder selbstverständlich.

Hier bedarf es konstruktiver enger Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, den Schul- und Kindergartenleitungen, Trägern der Einrichtungen, Fachberatern sowie Trägern der Einrichtungen. Diese müssen entsprechend geschult und sensibilisiert werden, um in den Einrichtungen und ihren fachspezifischen Gremien als Multiplikatoren wirken zu können. Die Anpassung gruppenprophylaktischer Maßnahmen an pädagogische Konzepte, wie z.B. der offenen Arbeit, bedarf der Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen, um die tägliche Zahnpflege vor allem für Kindergartenpersonal und in der Ganztagsbetreuung in Schulen leistbar zu machen. Auch hier spielt der Personalschlüssel eine tragende Rolle. Die räumlichen Voraussetzungen in den Einrichtungen müssen bedarfsgerecht angepasst werden. Abstimmungen bei der Sanierung von Schulen und Kindertageseinrichtungen über die Gestaltung von Sanitärräumen (z.B. bedarfsgerecht angeordnete Waschbecken) sind anzustreben.

Darüber hinaus ist ein räumlicher Zusammenhang zwischen Armutsbelastung und Mundgesundheit abzuleiten. Die Untersuchungen des KJZÄD verweisen auf ein soziales Gefälle in der Zahngesundheit. Eine höhere Kariesprävalenz ist bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Planungsräumen festzustellen. Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, sind sozialraumbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Erfurt notwendig. Dieser Handlungsbedarf wurde bereits in mehreren Planungsdokumenten festgeschrieben.

„Health in All Policies“ ist Ziel, Leitmotiv und Gegenstand des aktuellen Verständnisses von Gesundheitsförderung. Gesundheit wird in allen Lebensbereichen beeinflusst. Um Gesundheit nachhaltig und sozial gerecht zu fördern, braucht es eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik. Es bedeutet aufeinander abgestimmte Ziele, Konzepte und Maßnahmen auf allen Handlungsebenen, in allen Gestaltungsbereichen und durch alle Akteure zu realisieren.

Ein erwähnenswertes Beispiel dafür ist das sanierten Objekt Am Drosselberg 24-26. Hier arbeiten seit Mitte des Jahres 2025 verschiedenste Akteure zusammen, um Chancengleichheit zu verbessern. Das Amt für Soziales, das Jugendamt sowie der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst, die Mütterberatung und der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes bieten Beratungssprechstunden an, um einen Teil der Risikogruppen zu erreichen und die (Mund)Gesundheit zu verbessern.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat als Kernaufgaben den Gesundheitsschutz, die Gesundheitsförderung, die Beratung und Information sowie die Steuerung und Koordination. Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Zusammenspiel der Akteure im Gesundheitswesen muss entlang der genannten Kernaufgaben profiliert werden, insbesondere mit Blick auf die Stärkung der koordinierenden Tätigkeit im

Gesundheitssystem vor Ort. Es gilt, verschiedenste Akteure mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen und unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, aber ähnlicher Intention zu koordinieren. Klare Verantwortlichkeiten und ein koordiniertes Vorgehen ist unabdingbar, um einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten, nachhaltigen und wirkungsorientierten Gesundheitsförderung gerecht zu werden. Ein unkoordiniertes Vorgehen durch externe Projektanbieter durch unklare Verantwortlichkeiten in den Settings Kindergarten und Schule ist dabei unbedingt zu vermeiden. Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst hat hier eine Steuerungsfunktion.

Die Verbesserung der Mundgesundheit, insbesondere im Kindesalter, lässt sich nicht isoliert nachhaltig umsetzen. Die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes muss ergänzt werden durch verhältnispräventive Maßnahmen (z.B. flächendeckendes Zähneputzen in den Einrichtungen, Gestaltung der Sanitäranlagen in den Einrichtungen, Einführung kostenloser gesundheitsfördernder Vollverpflegung in den Einrichtungen sowie vernetztes Handeln.

7 Handlungsempfehlungen

Für den Bereich Mundgesundheit bei Kindern zeigt die Datenlage ausreichenden Handlungsbedarf. Dies gilt im Besonderen für Kinder und Jugendliche mit sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung. Die ungleichen Bildungschancen der Kinder und Jugendlichen in Erfurt stellen eine zentrale Handlungsnotwendigkeit dar.

Folgende Handlungsempfehlungen ergeben sich, um die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Erfurt zu verbessern:

1. Weiterentwicklung der zahnärztlichen kommunalen Gesundheitsberichterstattung zur Verbesserung der Datenlage zur Mundgesundheit
2. Vorhandene Netzwerkstrukturen sind zu nutzen und auszubauen
3. Wissenschaftliches Zusammenarbeiten mit den Thüringer Universitäten mit dem Ziel der Grundlagenforschung bestimmter Zahnerkrankungen (z.B. MIH)
4. Verstärkte ämterübergreifende Abstimmung und Zusammenarbeit, um verhältnispräventive Maßnahmen für den Bereich der Mundgesundheit umzusetzen
5. Flächendeckendes Zähneputzen in den Kindertageseinrichtungen, Ganztagschulen und Risikoschulen in Erfurt
6. Gesunde Ernährung in Kindergärten und Schulen verbessern
7. Etablierung Schulfach "Gesundheit" an Thüringer Schulen
8. Verpflichtende zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in den Thüringer Kindergärten
9. Ausbau der Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von Zahn- und Mundkrankheiten

8 Maßnahmeplan

Handlungsfeld	Maßnahmen
Weiterentwicklung der zahnärztlichen kommunalen Gesundheitsberichterstattung zur Verbesserung Datenlage zur Mundgesundheit	Verfügbarkeit der Daten des KJZÄD auf kleinräumiger bzw. sozialräumlicher Ebene (sowohl einrichtungs- als auch personenbezogen).
	Die Daten werden nach Migrationshintergrund bereitgestellt.
Vorhandene Netzwerkstrukturen sind zu nutzen und auszubauen	Ausbau der Arbeitsgruppe Kinderschutz des Gesundheitsamtes als Instrument der "Nachgehenden Fürsorge"
	Ausbau der Zusammenarbeit mit den „Frühe Hilfen“ (Familien mit Belastungen werden direkt nach Geburt über Willkommensbesuche bzw. Lotsendienst erreicht)
	Der KJZÄD wird festes Mitglied in der Steuerungsgruppe "Gesundheit" des Netzwerkes "Gesunde Kommune"
	Teilnahme der Abteilung Gesundheit bzw. eines Vertreters in den vorhandenen Netzwerken und Arbeitsgruppen in der Stadt Erfurt mit Bezug auf Mundgesundheit (z.B. Arbeitsgruppe Bildung, Steuerungsgremium BIO Stadt Erfurt)
	Zugang zu mehr Sportangeboten im Quartier
	Einbindung der Mundgesundheit in die Erfurter Präventionskette bzw. Kampagne „Puffbohngesund“
Wissenschaftliches Zusammenarbeiten mit den Thüringer Universitäten mit dem Ziel der Grundlagenforschung bestimmter Zahnerkrankungen (z.B. MIH)	Wissenschaftliches Arbeiten anhand der Erhebungsdaten der Kommune Erfurt zur Bereitstellung z.B. für Dissertationen zur Grundlagenforschung bestimmter Zahnerkrankungen (z.B. MIH) durch Studierende der Thüringer Universitäten
Verstärkte ämterübergreifende Abstimmung und Zusammenarbeit, um verhältnispräventive Maßnahmen für Bereich der Mundgesundheit umzusetzen	Nutzung der vorhandenen städtischen Gremien und Arbeitsstrukturen innerhalb der Stadtverwaltung, um für das Thema zu sensibilisieren
	ämterübergreifende Abstimmungen bei der Gestaltung von Kindertageseinrichtungen und Schulen unter dem Aspekt Gesundheit z.B. zur Gestaltung von Sanitärräumen bei Sanierungen oder Neubau (z.B. Zahnputzräume für Schulen)
Flächendeckendes Zähneputzen in den Kindertageseinrichtungen, Ganztagschulen und Risikoschulen in Erfurt	Kontinuierliche Zusammenarbeit mit Jugendamt, den Schul- und Kindergartenleitungen, Trägern der Einrichtungen, Fachberatern, Trägern der Einrichtungen
	Ist-Analyse zum Zahnputzverhalten sowie

	Ernährungsverhalten in den Erfurter Kindertageseinrichtungen und Ganztagschulen
	Sensibilisierung der Akteure vor Ort für das Thema "tägliches Zähneputzen in der Einrichtung und Schule" sowie "gesunde Ernährung" (z.B. Eltern, Fachberater, Jugendamt, Kindergarteneiter, Quartiersakteure, Schulleitungen, Hortkoordinatoren) durch z.B. Fachtage
	Etablierung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zum Thema Mundgesundheit für Akteure aus den Lebenswelten Kindergarten, Schule und Pflege
Gesunde Ernährung in Kindergärten und Schulen verbessern	Kostenlose, gesundheitsfördernde Mittagsmahlzeit/ Vollverpflegung
	Etablierung eines zuckerfreien Vormittags in den Kindergärten und Schulen
	Gezielter Verzicht auf zuckergesüßte Getränke in Settings wie Kindergarten und Schule.
Etablierung Schulfach "Gesundheit" an Thüringer Schulen	Ein thüringenweites Schulfach „Gesundheit“ soll Grundkenntnisse in den Bereichen Hygiene, Prävention, Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit sowie mentale Gesundheit vermitteln.
Verpflichtende Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in den Thüringer Kindergärten	Mithilfe der verpflichtenden Zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in den Thüringer Kindergärten könnte eine Untersuchungsquote von nahezu 100% erreicht werden.
	Aufgrund der sinkenden zahnmedizinischen Versorgungsdichte in der Kommune Erfurt kommt dem Zahnärztlichen Dienst eine elementare Rolle zu.
	Im Sinne der „nachgehenden Fürsorge“ bzw. des Kinderschutzes können die Eltern zur zahnmedizinischen Behandlung beraten werden.

Ausbau der Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von Zahn- und Mundkrankheiten	Frühzeitige Information von Eltern
	Im Rahmen der Stadtteilanalyse Nord werden konkrete Maßnahmen für den Planungsraum abgeleitet
	Einführung einer gemeinsamen Sprechstunde von Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst und Mütterberatung z.B. im Stadtteilzentrum Drosselberg 26, um vulnerable Zielgruppen zu erreichen
	Akquise von Fördermitteln zur Umsetzung zielgruppenspezifischer Interventionen in sozial belasteten Planungsräumen
	sozialraumbezogene Gesundheitsförderung in Erfurt
	Aufnahme des Handlungsfeldes "Gesunde Ernährung" in Gemeinschaftseinrichtungen in die städtischen Planungen

Für eine bedarfsgerechte Förderung von Zielgruppen ist eine gemeinsame Zielvorstellung der Entscheidungsträger notwendig. Nur so können bedarfsgerechte Angebote entstehen. Die Perspektiven der Adressaten müssen miteingebunden werden. Hier sollte ein direkter Kontakt zu Adressaten entstehen, mit dem Ziel der Erfassung von individuellen Bedarfen sowie authentische Rückmeldungen der Zielgruppen. So entsteht Nachhaltigkeit, weil Verstehen und Handeln möglich wird [33].

Chancengleichheit entsteht durch gleiche Bedingungen für den Kompetenzerwerb bereits im Kleinkindalter. Außerfamiliäre Bildungsinstitutionen wie z.B. Kindergarten und Schule v.a. in Verbindung mit den Zahnärztlichen Diensten haben dabei eine große Bedeutung

9 Forderungen auf höherer Ebenen

9.1 Landesebene

Auf Landesebene wäre eine Änderung des Thüringer Kindergartengesetzes (ThürKigaG) vom 18. Dezember 2017, zuletzt geändert am 28.04.2023 zielführend, um eine gesetzliche Verankerung über das verpflichtende Zähneputzen der Kinder in der Einrichtung sicherzustellen. So wäre ein flächendeckendes Zähneputzen in jeder Thüringer Einrichtung sichergestellt und jedem Kind würde die Möglichkeit gegeben 1x täglich die Zähne zu putzen.

Aufgrund der sinkenden zahnmedizinischen Versorgungsdichte zeichnet sich in Thüringen bis 2030 eine deutliche Verschlechterung der Versorgungslage ab. Die Anzahl der zu versorgenden Patienten steigt pro niedergelassene Praxis stetig an. Dies wird im Laufe der Zeit zum Anstieg unversorgter Zahnerkrankungen wie Karies und Parodontitis führen. Darunter werden nicht nur Erwachsene sondern auch Kinder leiden, denn die Zahnbehandlungen von Kindern sind aufwendiger und benötigen mehr Zeit. Aus diesem Grund sollten zukünftig die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Kindergärten verpflichtend sein. Gleichzeitig ist eine Förderung der flächendeckenden Versorgung mit niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten auf Landesebene notwendig. Niederlassungen in Thüringen und speziell Erfurt müssen attraktiver gestaltet werden, denn der Rückgang der zahnärztlichen Versorgung kann erhebliche gesundheitliche Folgen nach sich ziehen.

Bildung ist die beste Armutsprävention, sowie die beste Prävention für die Allgemein- und Mundgesundheit. Aus diesem Grund sollte ein neues Schulfach "Gesundheit" an Thüringer Schulen eingeführt werden. Es sollen die Themen wie z.B. Ernährung, Hygiene, Sexualerziehung, Zahngesundheit, psychosoziale Kompetenz, Gefühle, Achtsamkeit/Resilienz-Förderung sowie der Umgang mit risikoreichen Aktivitäten und suchtfördernde Verhaltensweisen gelehrt werden [33]. So können die Kinder Gesundheitskompetenzen selbst erlernen und im besten Fall selbstständig umsetzen. Schulische Gesundheitsförderung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz kann bei allen Kindern im schulfähigen Alter durch bildungsbezogene Maßnahmen und die Einbettung in die Lehrpläne so früh wie möglich in den Lebenslauf integriert werden [38].

9.2 Bundesebene

Auf Bundesebene wäre eine Möglichkeit mit der Einführung einer "Zuckersteuer bzw. Softdrinksteuer" den Zuckerkonsum der Bevölkerung zu lenken. Ebenfalls wäre ein Verkaufsverbot von süßen Energydrinks an Jugendlichen unter 18 Jahren denkenswert. Die Bevölkerung könnte so zu einer gesünderen Ernährung bewegt und damit ein übermäßiger Konsum süßer Lebensmittel v.a. Softdrinks vermieden werden. Die WHO rät Regierungen, zuckerhaltige Getränke mit einer Sondersteuer zu belegen. Die Abgabe könnte zu einem spürbaren Rückgang des Zuckerkonsums führen. Im Ergebnis würden weniger Menschen an z.B. Übergewicht, Adipositas, Diabetes mellitus oder Karies leiden. Die Einnahmen könnten zweckgebunden verwendet werden, beispielsweise zur Reduzierung der Preise gesünderer Lebensmittel. Alternativ wäre eine Steuersenkung für Lebensmittel unterhalb eines Zuckergrenzwertes möglich und eine Nationale Reduktionsstrategie denkbar.

Selbstverpflichtungen von Lebensmittelherstellern bzw. freiwillige Kennzeichnungen werden nur zum Teil von der Industrie umgesetzt. Hier sollte eine verpflichtende Reformulierung von v.a. süßen Fertigprodukten bis hin zu Abgabeverbot/ Beschränkung der Verfügbarkeit von zuckergesüßten Lebensmitteln überdacht werden. Die Einführung eines nationalen DGE-Standards für Lebensmittel könnte als Orientierung helfen [44].

Es sollte generell auf eine kindsbezogene Werbung für süße Lebensmittel und Getränke verzichtet werden. Der Referentenentwurf vom Februar 2023 für das "Kinder-Lebensmittel-Werbe-gesetz" sollte bestärkt werden. Mit Hilfe dieses Gesetzes zum Schutz von Kindern vor Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- oder Salzgehalt könnte das Ernährungsverhalten von Kindern positiv beeinflusst werden [38].

9.3 International

Grundlagenforschungen zu Zahnerkrankungen wie z.B. MIH (Molaren-Incivien-Hypomineralisation) wären voranzutreiben, um nach Erkennung der Ursache ggf. spezielle Prophylaxeprogramme abzuleiten.

9 Anhang

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Übersicht Planungsräume Jugendamt der Landeshauptstadt Erfurt [35]	17
Abb. 2: Anteil der Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung Erfurts [35]	18
Abb. 3: Betreuungsquote im Juni 2019-2023 [37]	19
Abb. 4: Prozentuale Verteilung: Kariesstatus der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24	20
Abb. 5: Kariesprävalenz (dmf-t-Index) im Milchgebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24	22
Abb. 6: Sanierungsgrad im Milchgebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24	22
Abb. 7: Kariesprävalenz (DMF-T-Index) im bleibenden Gebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24	23
Abb. 8: Sanierungsgrad im bleibenden Gebiss der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24	23
Abb. 9: Anteil der Kariesrisikokinder in Erfurt und in der Großwohnsiedlung Nord im Vergleich zwischen den Jahren 2012 und 2017 [33]	26
Abb. 10: Anteil der Alleinerziehenden mit Kindern bis unter 18 Jahren [35]	26
Abb. 11: Anteil der Kinder bis unter 18 Jahre in SGB-II Bedarfsgemeinschaften [35]	27
Abb. 12: Anteil der betreuten Kinder mit Rechtsanspruch an allen Kindern mit Rechtsanspruch auf Betreuung [35]	27
Abb. 13: Kariesstatus im Vergleich aller sechs Erfurter Planungsräumen im Schuljahr 2023/24	28
Abb. 14: dmf-t-Index / DMF-T-Index im Vergleich aller sechs Erfurter Planungsräumen im Schuljahr 2023/24	29
Abb. 15: Prozentualer Anteil der Kariesrisikokinder aller sechs Erfurter Planungsräumen im Schuljahr 2023/24	30

Abb. 16: Anzahl der kieferorthopädischen Anomalien der Erfurter Kinder im Schuljahr 2023/24	33
Abb. 17: Zeitlicher Vergleich Kariesprävalenz (dmf-t-Index) der 5- und 6-Jährigen in Erfurt	35
Abb. 18: Zeitlicher Vergleich naturgesunder Gebisse vor und nach der COVID-19-Pandemie in Erfurt	36
Abb. 19: Zeitlicher Vergleich dmf-t-Index / DMF-T-Index vor und nach der COVID-19-Pandemie in Erfurt	37
Abb. 20: dmf-t-Index / DMF-T-Index aller sechs Erfurter Planungsräumen im Vergleichszeitraum (Schuljahr 2018/19 und 2023/24)	38
Abb. 21: Kariesstatus Planungsraum <i>City</i> Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich	40
Abb. 22: Kariesstatus Planungsraum <i>Gründerzeit Südstadt</i> Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich	40
Abb. 23: Kariesstatus Planungsraum <i>Gründerzeit Oststadt</i> Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich	41
Abb. 24: Kariesstatus Planungsraum <i>Großwohnsiedlung Nord</i> Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich	41
Abb. 25: Kariesstatus Planungsraum <i>Großwohnsiedlung Südost</i> Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich	42
Abb. 26: Kariesstatus Planungsraum <i>Ländliche Ortsteile</i> Schuljahr 2018/19 und Schuljahr 2023/24 im Vergleich	42
Abb. 27: Anteil der Kariesrisikokinder in Erfurt und in der Großwohnsiedlung Nord im Vergleich zwischen den Jahren 2012, 2017 und 2024	43
Abb. 28: Regionaler Vergleich Karieserfahrung (dmf-t-Index / DMF-T-Index)	44

9.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anteil der Kinder mit naturgesundem, saniertem, und behandlungsbedürftigem Gebiss in Prozent nach Alter in Jahren	20
Tab. 2: DAJ-Kriterien für Kariesrisiko [27]	25
Tab. 3: Anzahl der kieferorthopädischen Anomalien im Schuljahr 2023/24	33
Tab. 4: Zeitlicher Vergleich des Kariesstatus der 5- und 6-Jährigen in Erfurt	36
Tab. 5: dmf-t-Index/ DMF-T-Index im Schuljahr 2018/19 und 2023/24 in den Erfurter Planungsräumen	39
Tab. 6: Umsetzung Gruppenprophylaxe in Erfurter Schulen	46

10 Quellenverzeichnis

- 1 Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa
- 2 Melzer W (2020): GBE-Themenheft: Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Stadt Erfurt, Ein Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung im Rahmen des kommunalen Gesundheitsförderungsprozesses, Landeshauptstadt Erfurt, Amt für Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit
- 3 Murza G, Hurrelmann K (1996): Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik, regionale Gesundheitsberichterstattung Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Weinheim und München. Juventa, 8-31
- 4 Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2019. Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. und Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
- 5 Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen, 2. Auflage, Juli 2020
- 6 Einleger in den "Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen" (zweite Auflage) zur Aktualisierung, Oktober 2023
- 7 Micheelis W, Jordan R (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln
- 8 Krause L, Kuntz 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
- 9 Sozialgesetzbuch (SGB V), Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 17.8.2017 I 3214. § 21 SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)
- 10 Jordan AR, Kuhr K, Ohm C, Frenzel Baudisch N, Kirschneck C (2021): Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (dms 6). Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern. Institut der Deutschen Zahnärzte (idz)
- 11 Petrou MA, Giraki M, Bissar A-R, Wempe C, Schäfer M, Schiffner U, Beikler T, Schulte AG, Splieth C H (2014): Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH): Prävalenz und Therapiebedarf in Deutschland. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 69 (11)

- 12 Dietrich G, Sperling S, Hetzer G (2003): Molar incisor hypomineralisation in a group of children and adolescents living in Dresden (Germany). Eur J Paediatr Dent. 4(3):133-7
- 13 Bekes, K.: Molaren Inzisiven Hypomineralisation, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin, 2021
- 14 Faktenblatt "Körpergewicht 2018": Beurteilung des Körpergewichts von Kindern und Jugendlichen. Hrsg.: Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Thüringer Landesverwaltungsamt, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst
- 15 Wagner, M., Schüler, E.: Der Gesundheitsstatus der Erfurter Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung, Vergleichende Betrachtungen über zwei Berichtszeiträume, Auswertungen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen sowie der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Untersuchungen der Stadt, Landeshauptstadt Erfurt, Amt für Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit, 2010
- 16 Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, Journal of Health Monitoring 3(1)
- 17 Deschner J, Haak T, Jepsen S, Kocher T, Mehnert H (2011): Diabetes mellitus und Parodontitis: Wechselbeziehung und klinische Implikationen, Ein Konsensuspapier . Der Internist
- 18 Detert J, Dommisch H (2016): Zusammenhänge zwischen Parodontitis und rheumatischen Erkrankungen am Beispiel der rheumatoiden Arthritis. Wissen Kompakt 10, 121–128
- 19 WHO (1986): Fourth International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion
- 20 Ziller S, Oestereich D, Jordan A R (2021): Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030, Zahnmedizin, Forschung und Versorgung, Das Online-Journal des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
- 21 Zielesystematik der Strategiearbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz für die Lebensphasen „Gesundheit rund um die Geburt“, „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund alt werden“, https://lgk-thueringen.de/media/599/Zielesystematik_2024_01_19.pdf
- 22 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) vom 17. Juli 2015

- 23 GKV-Spitzenverband, Referat Prävention, Dr. Volker Wanek, Karin Schreiner-Kürten „Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018“
- 24 Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“ 20.02.2018 „Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst“. <https://www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegd.html>
- 25 Landesgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V. (2016): Rahmenvereinbarung zur Durchführung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V im Freistaat Thüringen
- 26 Richtlinie zur Umsetzung der Basis- und Intensivprophylaxe in Thüringen, nach dem erweiterten § 21 SGB V und dem "Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe der Spitzenverbände der Krankenkassen", Landesgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V., 2018
- 27 Stutz AD, Grothe D (2023): Gelungene Zusammenarbeit zwischen Zahnärztlichem Dienst und Jugendamt. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.. 1.23: 6-7
- 28 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22.12.2011, zuletzt geändert am 03.06.2021
- 29 Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S. 1068) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998
- 30 Thüringer Kindergartengesetz (ThürKigaG) vom 18.12.2017
- 31 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 05.05.2021
- 32 Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespflVO) Vom 26. September 2002
- 33 Fischer J, Huth C (2016): Bedarfsgerechte Bildungs- und Sozialsteuerung in der Stadt Erfurt des Institutes für kommunale Planung und Entwicklung (IKPE). Studie im Rahmen der Armutspräventionsrichtlinie
- 34 Landeshauptstadt Erfurt (2018): Integriertes Stadtentwicklungskonzept, Teil 1 und Teil 2
- 35 Dräger S, Freier O, Hopfgarten O (2020): Sozialstrukturatlas 2020: zur Beschreibung der Lebenslagen der Erfurter Bevölkerung, Stadtverwaltung Landeshauptstadt Erfurt

- 36 Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen (2025): tzb: Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Ausgabe April 2025, S. 8
- 37 Jugendhilfeplanung (2024): Bedarfsplanung Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflege für den Zeitraum vom 01. August 2024 bis 31. Juli 2025
- 38 Koletzko B (2023): Kindergesundheitsbericht, Fokus Jugendliche in Deutschland, Stiftung Kindergesundheit
- 39 Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015): Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Robert-Koch-Institut, Berlin
- 40 Hillmer E, Weller S, Limberger K, Möller M, Rudisch M, Wagner y; Heinrich-Weltzin R: Zahngesundheit von 2- bis 6-jährigen Vorschulkindern aus Erfurt und Jena. Poster präsentiert bei Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin am 11.09.2017
- 41 Krause L, Kuntz 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
- 42 Team DAI (2017) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016, 1. Aufl. Deutsche Arb.-Gemeinsch. f. Jugendzahnpflege, Bonn
- 43 Schmoeckel J, Santamaría RM, Basner R, Schankath E, Splieth CH (2021): Mundgesundheitstrends im Kindesalter: Ergebnisse aus den epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. Jul;64(7):772-781
- 44 Faktenblatt "Zahngesundheit 2 2019": Kariesbefall bei 12-jährigen Kindern in Thüringen. Hrsg.: Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Thüringer Landesverwaltungsamt, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst
- 45 Faktenblatt "Zahngesundheit 1 2019": Zahngesundheit bei Thüringer Kindern und Jugendlichen. Hrsg.: Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Thüringer Landesverwaltungsamt, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst
- 46 <https://www.bzoeg.de/aktuelles-leser/Neu-Fluoridempfehlung-Kinderzahnpaste.html>