



Tipptopp Evaluierungsbericht

Periode 2022/23

Erstellt im Rahmen des Projekts:

„Evaluierung des Mundgesundheitsprogrammes Tipptopp“

Andrea Egger, Michael Flotzinger, Claudia Liebeswar, Gabriele Schmied

Wien, Juni 2024



abif – analyse, beratung, interdisziplinäre forschung

Kontakt: Mag.^a Andrea Egger

Mobil +43 699 11881666

Auftraggeberin:

Wiener Gesundheitsförderung
gemeinnützige GmbH – WiG
Treustraße 35 – 43
1200 Wien

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde von der Sozialversicherung und der Stadt Wien ein Landesgesundheitsförderungsfonds eingerichtet. Dieses Programm wird daraus finanziert.

INHALT

Management Summary	4
Abkürzungsverzeichnis	14
1. Einleitung	15
1.1. <i>Das Programm „Tipptopp – Gesund im Mund und rundherum“.....</i>	<i>15</i>
1.2. <i>Bisherige Evaluation – ein Rückblick auf 2017 bis 2022.....</i>	<i>17</i>
1.3. <i>Aktuelle Evaluation 2023.....</i>	<i>19</i>
2. Rahmenbedingungen und operative Umsetzung des Programms	21
2.1. <i>Rahmenbedingungen: Zahngesundheitliche Versorgung und Prävention</i>	<i>21</i>
2.2. <i>Planung und Zielsetzungen.....</i>	<i>22</i>
2.3. <i>Kommunikation der Stakeholder*innen im Bereich Mundgesundheit.....</i>	<i>22</i>
2.4. <i>Einschätzung des Programms „Tipptopp“ durch die externen Expert*innen.....</i>	<i>23</i>
2.5. <i>Ressourcen des Programms.....</i>	<i>24</i>
2.6. <i>Empfehlungen der Expert*innen für Programme und Maßnahmen.....</i>	<i>24</i>
3. Reichweitenentwicklung und laufende Evaluation bestehender Programmteile	26
3.1. <i>Programmteil MundL</i>	<i>27</i>
3.1.1. <i>Reichweite nach Kindern.....</i>	<i>28</i>
3.1.2. <i>Reichweite nach Standorten</i>	<i>31</i>
3.1.3. <i>Fazit</i>	<i>32</i>
3.2. <i>Programmteil Zahntheater.....</i>	<i>33</i>
3.3. <i>Veranstaltungen für Erwachsene</i>	<i>34</i>
4. Detaillierte Evaluation neuer und erneuerter Programmteile	38
4.1. <i>Pilotprojekt Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen</i>	<i>38</i>
4.1.1. <i>Entwicklung und Durchführung des Pilotprojekts.....</i>	<i>38</i>
4.1.2. <i>Feedback-Erhebung im Rahmen der Evaluation</i>	<i>39</i>
4.1.3. <i>Schlussfolgerungen.....</i>	<i>44</i>
4.2. <i>Neue und erneuerte Materialien</i>	<i>46</i>
4.2.1. <i>Hintergrund und Entwicklung.....</i>	<i>46</i>
4.2.2. <i>Reichweiten im ersten Jahr</i>	<i>47</i>
4.2.3. <i>Pädagog*innenbefragung zum Buch und Lernpaket „Klarissa von und zu Karies“.....</i>	<i>49</i>
4.2.4. <i>Elterninterviews zum Bilderbuch „Mia“ und zum Wickelrucksack</i>	<i>52</i>

4.2.5. Expert*inneneinschätzungen zu „Mia und der Zahnvampir“ und den Beilagen zum Wickelrucksack	57
5. Auswertung der ÖGK-Daten	58
5.1. <i>Stichprobe</i>	59
5.2. <i>Inanspruchnahme zahnmedizinischer Termine</i>	60
5.3. <i>Längsschnittliche Betrachtung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Termine</i>	64
5.4. <i>Auswirkungen der Intervention „Zahnpass“</i>	65
5.5. <i>Prädiktoren der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Termine</i>	66
5.5.1. Methodisches Vorgehen	67
5.5.2. Vorhersagekraft des gesamten Regressionsmodells.....	68
5.5.3. Vorhersagekraft einzelner Variablen.....	69
5.6. <i>Schlussfolgerungen</i>	74
6. Resümee und Ableitung von Empfehlungen.....	75
6.1. <i>Anpassungsbedarf durch sich verändernde Rahmenbedingungen</i>	75
6.2. <i>Empfehlungen auf Basis der Evaluationsergebnisse</i>	78
Literatur.....	82
Anhang	84
<i>Subjektive Einschätzung der Mundgesundheit 2019</i>	84

MANAGEMENT SUMMARY

Das Forschungsinstitut abif begleitete von 2018 bis 2023 das Wiener Mundgesundheitsprogramm „Tipptopp. Gesund im Mund und rundherum“ wissenschaftlich: Das Gesamtprogramm sowie Programmteile wurden evaluiert, Rahmenbedingungen und Bedarfe analysiert und Optionen für die Weiterentwicklung auf Basis internationaler Literatur und Projektrecherchen im In- und Ausland laufend vorgeschlagen. Der vorliegende Endbericht 2022/23 konzentriert sich auf die Reichweitenentwicklung in dem Schuljahr und auf die Evaluation neu hinzugekommener Programmteile und Materialien. Darüber hinaus wird ein Überblick zur Entwicklung der Anzahl jener Kinder gegeben, die mindestens einmal im Jahr einen kassenfinanzierten Termin bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt wahrnehmen. Bei der Beurteilung und Ableitung von Maßnahmen wird die Programmentwicklung der letzten Jahre miteinbezogen und auf bisher entstandene Evaluierungs- und Sonderberichte rekurriert.

Der aktuelle Bericht basiert auf

- 6 qualitativen Einzelinterviews von Eltern zur Evaluierung des neuen Heftchens „MIA und der Zahnvampir“ für Kinder von ca. 3-6 Jahren,
- 7 qualitativen Einzelinterviews von Eltern zur Evaluierung der Beilagen zum Wickelrucksack,
- 61 Online-Rückmeldungen nach teilstandardisierter Befragung von Pädagog*innen zum Smart-Book „Klarissa“,
- 9 telefonischen Interviews mit Pädagog*innen und Tageseltern zur Evaluierung von „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“,
- 7 Expert*inneninterviews mit Stakeholder*innen und Programmverantwortlichen zur Aktualisierung der Evaluierung von Planungs-, Prozess- und Strukturqualität,
- Reichweitenanalysen,
- der Auswertung von ÖGK-Daten und
- der Analyse von relevanten sozioökonomischen Rahmenbedingungen.

Programmentwicklung seit 2017: Bewährtes und Innovatives im Mix zur nachhaltigen Förderung von mundgesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern

Das Wiener Mundgesundheitsprogramm „Tipptopp. Gesund im Mund und rundherum“ ist aus Mitteln des Wiener Landesgesundheitsförderungsfonds finanziert. Es setzt sich aus Maßnahmen für folgende Zielgruppen zusammen:

- Kinder von 0-12 Jahren,
- deren Obsorgeberechtigte,
- Beschäftigte in Wiener Kindergärten und Wiener Öffentlichen Volksschulen und
- Tageseltern und Hortpädagog*innen im Rahmen eines Pilotprojekts 2022/23.

Darüber hinaus werden Informationsmaterialien über verschiedene Multiplikator*innen, die Website und öffentliche Kanäle verbreitet und aktiv Kooperation auf Systemebene mit dem Ziel der Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern bzw. der Prävention vorangetrieben. Dies soll langfristig zu einer hohen Lebensqualität durch gute Mundgesundheit führen und das Erfüllen der Wiener Gesundheitsziele bis 2025 sicherstellen. Als Indikator der Zielerreichung wurde bei den Wiener Gesundheitszielen „50% Kariesfreiheit der Sechsjährigen bis 2025“ festlegt. Außerdem sollen Unterschiede in der Mundgesundheit zwischen benachteiligten und nicht benachteiligten Kindern und Jugendlichen

geringer werden. 2016 waren österreichweit 55% der Sechsjährigen kariesfrei, in Dänemark und Schweden galt dies bereits für deutlich über 80%. Nach Zielsetzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten 80% der Sechsjährigen kariesfrei sein. In Wien war zwar der Anteil der kariesfreien Sechsjährigen von 2006 bis 2016 von 34% auf 45% gestiegen und bereits damals gab es öffentliche Mundgesundheitsmaßnahmen, trotz dieser positiven Entwicklung bestand in Wien im Jahr 2016 noch Aufholbedarf. Die üblicherweise fünfjährig stattfindenden Zahnstatuserhebung zur Messung des Zielindikators war für das Jahr 2021 ausgesetzt und wird 2023/24 nachgeholt. Den möglicherweise positiven Wirkungen des Programms im Hinblick auf den Indikator Kariesfreiheit stehen mögliche negative Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie gegenüber, da Studien zeigen, dass Zahnärzt*innenbesuche pandemiebedingt gehäuft verschoben wurden. Auch Programmteile von Tipptopp mussten pandemiebedingt ausgesetzt werden. Insgesamt besteht das Programm aus folgenden Teilen:

- Die Besuche der **Mundgesundheitsexpert*innen** (MGE) bilden von Anbeginn an das Kernstück von Tipptopp. Dabei handelt es sich um 14 aufeinander aufbauende, semestrale Volks- schul- und Kindergartenbesuche der MGE im Rahmen des möglichst flächendeckenden Programmteils „**Mundgesundheit und Lebensstil**“ (MundL). Die MGE leisten spielerisch Aufklärungsarbeit und üben in Kleinstgruppen gemeinsam das Zähneputzen vor Ort. MGE sind Angestellte des Auftragnehmers PROGES.
- Im Programmteil „**Elterninformation und Multiplikator*innen**“ sollen besonders sozioökonomisch benachteiligte Obsorgeberechtigte von Null- bis Sechsjährigen durch Informations- stände der MGE vor Ort und durch Broschüren erreicht werden. Für Pädagog*innen und Betreuungspersonen gibt es im Rahmen bestehender Aus- und Fortbildungslehrgänge Work- shops, um das Thema Mundgesundheit in den Alltag zu integrieren.
- Das „**Zahntheater**“ ist ein mobiles Theater, das für Kinder der Volks- und Mittelschule bis zur sechsten Schulstufe (ca. zwölftes Lebensjahr) spielerische, ihrer Altersstufe angepasste Im- pulse für einen (mund-) gesunden Lebensstil setzt.
- 2019/20 wurden mit dem „**Wiener Zahnpass**“ ein neues Pilotprojekt gestartet, das 2021 wiederholt wurde. Der Zahnpass ist ein Wettbewerb von Schulen im 5. und 15. Wiener Ge- meindebezirk, bei dem sich die Schulkinder Stempelkarten von Zahnärzt*innen holen. Die Klassen mit den meisten Stempelkarten bekommen einen Preis. Zusätzlich sollten Zahnärzt*innen und Ordinationsfachkräfte durch den persönlichen Kontakt zum Mitmachen, be- ziehungsweise durch Fortbildungen zur zahnärztlichen Behandlung von Kindern motiviert werden.
- 2019 wurde mit dem „**Zähneputzen im Kindergarten**“ ein weiteres Pilotprojekt gestartet, bei dem Zähneputzen in damals sieben Kindergärten verankert wurde und für rund 300 Kinder zur täglichen Routine wurde. In adaptierter Version steht es nun auch Horten, Tageseltern und (auch privaten) Ganztagschulen offen. Unter dem Namen ZIG, „**Zähneputzen in Ge- meinschaftseinrichtungen**“, werden Zahnputzt- und Infomaterialien sowie zeitlich einge- schränkt auch MGE zur Unterstützung bei der Einführung von Zähneputzen bereitgestellt.
- Im Programmteil **Intensivprophylaxe (IP)** untersuchte bis Ende 2019 eine Zahnärztin der WiG die Kinder in 25 Volksschulen jedes Semester und gab gegebenenfalls eine Empfehlung zum Zahnärzt*innenbesuch für die Obsorgeberechtigten mit. Zusätzlich hatten Klassen und Kindergartengruppen die Möglichkeit, das Zahngesundheitszentrum Mariahilf zu besuchen und eine kostenlose Behandlung mit Fluoridlack zu erhalten (Projektteil „**Zahnschutz Plus**“). Wei-

ters konnten auf Nachfrage die semestralen Besuche durch die MGE durch Elternabende mit der MGE ergänzt werden.

- Die **Öffentlichkeitsarbeit** erfolgt über Informationsmaterialien bei den Kinder- und Elternkontakten. Ergänzend werden junge Eltern angesprochen, indem die Materialien in den Wickelrucksack der Stadt Wien gepackt werden und Broschüren bei Gynäkolog*innen, kinderärztlichen Ordinationen, Hebammen- und Eltern-Kind-Zentren aufliegen. Darüber hinaus werden öffentliche Informationskanäle genutzt und via Website Informationen und Materialien zur Verfügung gestellt.

Nachhaltig hohe Planungs-, Struktur- und Prozessqualität

Die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität war bereits in der ersten Evaluationsperiode 2017-2019 durchwegs hoch. Tipptopp deckt mit seinen Zielen und Zielgruppen einen wesentlichen Teil des Bedarfs an öffentlicher Mundgesundheitsförderung ab.¹ Das Programm ist schlüssig aufgebaut und setzt klare und messbare Ziele. Vorerfahrungen und wissenschaftliche Evidenz sowie die laufenden Ergebnisse der Evaluierung werden bei der Planung genutzt. In der COVID-19-Pandemie konnte das WiG-Projektteam gemeinsam mit dem Auftragnehmer PROGES mit viel Flexibilität und Kreativität alternative Produkte und Methoden zum Vor-Ort-Besuch der MGE entwickeln und den Kontakt zur Zielgruppe halten. Der Erfolg des Projekts ist zu einem großen Teil auf die gewissenhafte und überlegte Planung sowie die engagierte Umsetzung durch das WiG-Projektteam zurückzuführen, wie neuerlich die Stakeholder*innen bei den Expert*inneninterviews einbrachten. Die personellen Ressourcen sind mit aktuell 35 Wochenstunden auf Seiten der zuständigen Gesundheitsreferent*innen der WiG allerdings nach wie vor äußerst knapp bemessen, wodurch es gelegentlich zu Verzögerungen kommt. Vor allem die Pilotierung neuer Projekte erfordert Zeit für Planung, Vernetzung und Betreuung. Gerade diese Möglichkeit, das Programm laufend zu adaptieren und Innovation einzubringen, ist vor dem Hintergrund langer Programmperioden nach Einschätzung der Stakeholder*innen besonders wichtig. Auf Seiten von PROGES musste nach der Pandemie wieder Personal aufgebaut werden, was im Umfeld von Arbeitskräftemangel durchaus schwierig war und zu einem Nachhinken von Kontaktzahlen mit der Zielgruppe führte. Nach Auskunft ist dieses Problem aktuell gelöst.

MGE-Besuche (MundL): Hohe Reichweiten kehren nach der Pandemie langsam zurück. 74% der städtischen und 56% der privaten Kindergärten konnten im SS 2023 erreicht werden sowie 85% aller öffentlichen Volksschulen (Ziel 95%).

Ziel des Programmteils ist es, Kinder in öffentlichen Volksschulen und in Kindergärten sowie die Drei- bis Fünfjährigen in Kindergruppen möglichst flächendeckend einmal pro Semester persönlich durch die MGE (ca. einstündiger Termin in der Klasse bzw. Gruppe) zu erreichen. Darüber hinaus sollen auch Klassen inklusiver Schulzentren einbezogen werden. Vor der COVID-19-Pandemie waren in diesem Programmteil über mehrere Jahre hinweg sehr hohe Reichweiten erzielt worden. So waren im Wintersemester 2019/20 86% der Kindergarten- bzw. 91% aller Kinder in öffentlichen Volksschulen erreicht worden. Während der Pandemie waren phasenweise überhaupt keine Kontakte möglich gewesen. Ab 2022 kam es zwar zu einer rasanten Erholung, jedoch konnten die vorpandemischen Werte noch nicht ganz wieder erreicht werden, insbesondere nicht in den Kindergärten. Das lag zumindest teilweise daran, dass PROGES zunächst die pandemiebedingt weggefallenen Stellen erst

¹ Laut WHO sollte sich Präventionsarbeit im Bereich Mundgesundheit vorrangig auf zwei Zielgruppen fokussieren: ältere Personen mit Pflegebedarf sowie Kinder und Jugendliche. Tipptopp fokussiert auf letztere, während die österreichweite Arbeit der Kompetenzstelle Mundgesundheit (Gesundheit Österreich) auch auf erstere abzielt.

nachbesetzen musste. Im Winterhalbjahr 2022/23 wurden nur 55% der Kinder in Kindergärten erreicht, im Sommersemester 2022/23 stieg der Wert wieder auf 70%. In den Schulen wurden zuletzt in beiden Semestern jeweils rund 82% erreicht.² Jüngst kam es – in Zusammenhang mit dem Kriegsausbruch in der Ukraine – zu einem besonders starken Anstieg insbesondere der Schüler*innen an öffentlichen Volksschulen, der im Schuljahr 2022/23 erstmals in der Schulstatistik erfasst wurde. Dieser Umstand erschwert die Erzielung der alten Reichweiten; tatsächlich liegt die absolute Zahl der erreichten Volksschüler*innen in öffentlichen Volksschulen wieder nahe am Wert des Jahres 2019, wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist. Das heißt, trotz beinahe gleicher Kontaktzahl (nur um 971 Kontakte weniger als vorpandemisch), dass die Reichweite um 9% nachhinkt. Bezogen auf die Standorte sollten nach selbstgestecktem Ziel (lt. Programmplanung 2017) 95% aller öffentlichen Volksschulen erreicht werden, was laut PROGES über das Schuljahr hinweg zwar erfüllt wird, semestral lagen die Reichweiten im WS 2022/23 bei 85% und im SS 2022/23 bei 88%.

Anzahl der erreichten Kinder in Kindergärten und Kindergruppen:

WS 2022/23: 31 521 Kinder (55%); -31% im Vergleich zu WS 2019/20: 47 503 Kinder (86%)

SS 2022/23: 39 726 Kinder (70%); -16% im Vergleich zu SS 2018/19: 47 221 Kinder (86%)

Anzahl der erreichten Kinder in öffentlichen Volksschulen (VS):

WS 2022/23: 55 349 Kinder (82%); -9% im Vergleich zu WS 2019/20: 56 926 (91%)

SS 2022/23: 55 525 Kinder (82%); -9% im Vergleich zu SS 2018/19: 56 496 (91%)

Abbildung 1: Reichweiten der persönlichen Vorortbetreuung (Programmteil MundL) 2022 zu 2019

Zahntheater nach Unterbrechung wieder aufgenommen

Das Zahntheater verfügt über wesentlich geringere Reichweiten als MundL, ist aber der einzige Programmteil, welcher auch Schüler*innen in Neuen Mittelschulen (NMS, erste und zweite Klassen) sowie in privaten Volksschulen anspricht. Waren zuletzt ab Frühjahr 2022 wieder Präsenzveranstaltungen möglich gewesen, mussten diese im Sommer 2022 durch den Wegfall des Sponsors erneut ausgesetzt werden. Seit dem Sommersemester 2023 wird das Zahntheater vorläufig aus den Projektmitteln fortgeführt. Die nach PROGES-Aufzeichnungen insgesamt 54 Aufführungen verteilten sich dabei auf 15 öffentliche Volksschulen, fünf private Volksschulen und zwei Inklusive Schulzentren; dabei wurden bis zu 5 753 Kinder erreicht. In Relation zum verkürzten Aufführungszeitraum konnten im Zahntheater damit wieder ähnliche Reichweiten wie in den letzten Vorpandemiejahren erzielt werden, als die Zahl der Aufführungen zwischen 94 und 103 pro Schuljahr lag. Aufführungen an Mittelschulen finden erst im aktuell laufenden Schuljahr 2022/23 wieder statt.

Infostände für Eltern wieder erfolgreich, Multiplikator*innenworkshops kaum mehr nachgefragt

Pandemiebedingt waren phasenweise nur wenige bis gar keine Informationsveranstaltungen für Eltern möglich gewesen, doch konnten auch diese ab 2022 wieder verstärkt aufgenommen werden. Die Zahl von rund 4 800 Kontakten allein im Sommersemester 2023 liegt wieder im oberen Wertebereich des vorpandemischen Zeitraums. Wie schon 2019 wurde die breite Mehrheit der Eltern wieder über Infostände erreicht, fast 95% der Kontakte fanden in diesem Setting statt, der Rest entfiel auf

² Werden bei der Reichweitenberechnung alle Volksschulen miteinbezogen, also auch die privaten, so wurden im SS 2023 knapp 71% aller Volksschulkinder erreicht.

Eltern- und Infoabende. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Option für die Kindergärten und Schulen am wenigsten aufwendig ist und sich das Format besonders in den Kindergärten bewährt hat. Laut Auskünften von PROGES erfolgt die Standortauswahl der Eltern-Infostände bedarfsgerecht, um, entsprechend dem Konzept, besonders soziodemographisch benachteiligte Obsorgeberechtigte zu erreichen. Mit acht Infoständen war Tipptopp dabei erstmals auch an Einrichtungen für geflüchtete Menschen vertreten, wobei neben Erwachsenen auch Kinder erreicht werden konnten. Quantitativ überwiegen die Infostände in Kindergärten gegenüber jenen in Volksschulen deutlich, was auch einer früheren Empfehlung der Evaluation entspricht.

Multiplikator*innenworkshops für Pädagog*innen konnten während der Pandemie online fortgeführt werden; allerdings fanden im vergangenen Schuljahr 2022/23 lediglich drei Veranstaltungen dieses Typs statt.

Pädagogisches Material für Volksschulen (3./4. Klasse) wird durch „Klarissa und Smart-Book“ abgedeckt

Eine Pädagog*innenbefragung im Zuge der früheren Evaluierung ergab den Wunsch nach einem Kinderbuch zur Zahngesundheit, der nunmehr erfüllt wurde. Zusätzlich zu dem Buch wurden Arbeitsmaterialien (Smart-Book) entwickelt, die von den Pädagog*innen der Volksschulen in einer Befragung mehrheitlich für gut und hilfreich eingeschätzt wurden. Im Einzelfall wurde eine einfachere Version der Begleitmaterialien gewünscht. Knapp die Hälfte der Dritt- und Viertklässler*innen dürfte bis Ende 2023 bereits erreicht worden sein, wobei ein Teil der Bücher bei den Kindern und ein Teil in der Schule verblieben sein dürfte. Sinkende Nachfrage beruht daher wahrscheinlich auf einem Sättigungseffekt.

Zielgruppe junge Eltern mit Wickelrucksack (fast) vollständig erreicht

Eine weitere wichtige Zielgruppe, die bisher weniger stark adressiert wurde, sind seit Sommer 2023 Eltern von Babys und Kleinkindern, die nun mit der Wickelrucksack-Aktion gezielt Information und Materialien erhalten. Dabei könnten die Informationen nach Anregung der Eltern noch besser zusammengefasst werden. Das Heft „Mia und der Zahnvampir“ sowie der Milchzahnpass könnten weg gelassen werden, ersteres, weil das Heft bis zum Vorlesealter nach Elternansicht verloren gehen wird, zweiteres, weil einzelne Eltern eine Verwendung für zu mühsam und unnötig halten.

Das Heftchen „Mia und der Zahnvampir“ erreicht die Mehrheit der Kindergartenkinder bzw. deren Eltern und ist sehr beliebt und informativ

Eltern finden das Bilderbuch sehr informativ, ansprechend und lebensnah gestaltet. Ihre Kinder mögen das Heftchen und vor allem die Sticker. Diese werden auch verwendet, indem sie ins Badezimmer geklebt werden, um an die Zahnpflegemethode zu erinnern. Auch für Eltern ist ein Erkenntnisgewinn gegeben, z.B. dass man nach dem Essen ausspülen soll. Aufgrund der Länge des Bilderbuches regen sie an, eher zwei Heftchen daraus zu machen, damit jedes Heftchen in einem Zug vorgelesen werden kann. Die Erklärungen der Zahnpflegemethode eignen sich ihrer Ansicht nach erst für ältere Kinder, weil Buchstaben bei der Erklärung der Zahnpflegemethode verwendet werden (KAI). Insgesamt ist das Bilderbuch sehr beliebt und sollte entsprechend der Verteilmethode bereits alle Kindergartenkinder, die auch MGE-Besuche erhalten, erreicht haben. Darüber hinaus wurde das Heft auch in zahnmedizinischen Ordinationen und von einigen (weiteren) Kindergärten bestellt bzw. liegt es dem Wickelrucksack bei. Das Heftchen kann daher sowohl hinsichtlich der Reichweite, der Beliebtheit und der Art der Informationsvermittlung (leichte Sprache) betrifft als voller Erfolg gewertet werden, zumal es Zahngesundheit auf lustvolle Weise zum Thema in der Familie macht, was bisher als schwierig galt.

Obwohl zweimal im Jahr empfohlen, gehen viele Kinder nicht einmal jährlich zum Zahnarzt/zur Zahnärztin.

Ein wichtiges Präventionsziel neben mundgesunder Ernährung und Zahnpflege ist die regelmäßige zahnmedizinische Kontrolle. Die ÖGK stellte abif anonyme, aggregierte Daten (von 2017 bis 2022) zur Verfügung, anhand derer ersichtlich ist, ob Kinder im Alter von null bis zehn Jahren zumindest einmal im Jahr einen kassenfinanzierten Zahnarztbesuch wahrnehmen. In Wien taten dies mindestens 35% der Kinder unter zehn Jahren im Beobachtungszeitraum 2017 bis 2018.³ Während für sehr junge Kinder nur selten ein Ordinationsbesuch vermerkt ist (z.B. 4% bei <1 Jahr), nimmt die Wahrscheinlichkeit bis zum Alter von sieben Jahren zu und bleibt dann im Volksschulalter annähernd konstant, zwischen 52% und 54% (in Einzeljahren und Kohorten zwischen 47% und 57%). Das lässt sich als Hinweis darauf interpretieren, dass fast die Hälfte der Kinder im Volksschulalter nicht jährlich zum Zahnarzt/zur Zahnärztin geht, zumindest nicht zu einem kassenfinanzierten Termin. Positiv anzumerken ist, dass mit Ausnahme von einem massiven Einbruch im 2. Quartal 2020, in welchem die COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen begannen, der Anteil der Kinder mit Ordinationsbesuch über den Beobachtungszeitraum hinweg zunahm (von 33,0% 2017 auf 36,7% 2021). Insbesondere sehr junge Kinder, die von einem niedrigen Ausgangswert im Jahr 2017 starteten, werden immer besser erreicht. Auch haben zwischen 2017 und 2021 die Unterschiede zwischen den Wohnbezirken abgenommen. Während 2017 der behandlungsintensivste Bezirk einen 1,5-mal so hohen Anteil an Kindern mit zahnmedizinischer Behandlung aufweist wie der behandlungsschwächste Bezirk, trennt 2021 der Faktor 1,2 das Minimum und das Maximum. Ein akademischer Abschluss in der Familie und eine höhere Gehaltsklasse der Person, bei der das Kind mitversichert ist, erhöhen in einem relevanten Ausmaß die Wahrscheinlichkeit zumindest einmal im Jahr einen Kontroll-/Behandlungstermin verzeichnet zu haben.

ÖGK-Daten liefern einen Hinweis auf mögliche Effekte des Projekts „Zahnpass“

Im 5. und 15. Wiener Gemeindebezirk, wo mittels der Aktion „Zahnpass“ von Oktober 2019 bis April 2020 1 499 sowie von Februar bis Mai 2021 1 042 Volksschüler*innen erreicht wurden, liegt der Anteil der 6- bis 10-jährigen Kinder, die einen Ordinationsbesuch realisieren, zu Beginn des ersten Interventionszeitraumes, d.h. im 4. Quartal 2019, um 3,4% über dem entsprechenden Anteil in den anderen Bezirken. Dies entspricht der größten Abweichung zwischen den Gruppen „Zahnpass“ und „kein Zahnpass“ im Beobachtungszeitraum.⁴ Vom COVID-19-bedingten Tief im 2. Quartal 2020 konnten sich die beiden Bezirke jedoch – trotz des zweiten Interventionszeitraumes – schlechter erholen als der Rest von Wien. Mit Ausnahme des zweiten Interventionszeitraumes liegt die Wahrscheinlichkeit eines Ordinationsbesuches im 5. und 15. Bezirk daher seither stets unter jener in den anderen Wiener Gemeindebezirken. Eine Fortsetzung bzw. Intensivierung der Public-Health-Maßnahmen erscheint daher in diesen Bezirken bzw. bei Risikogruppen dringend indiziert.

ZIK/ZIG-Projektpilotierung zeigt, dass regelmäßiges Zähneputenzen in Kindergärten, bei Tageseltern und in der Nachmittagsbetreuung (Hort) möglich ist

³ Die Wahrscheinlichkeit, dass ein*e zwischen 0 und 10 Jahre alte*r Wiener*in in einem gegebenen Jahr einen zahnmedizinischen Termin bei einem*einer Kassen- oder Wahlärzt*in wahrnimmt, liegt, betrachtet man die Jahre 2017 bis 2021, bei mindestens 35%. Da Selbstzahler*innen naheliegenderweise nicht im Datensatz aufscheinen, stellt dies eine Unterschätzung des wahren Anteils dar.

⁴ Bis Ende 2019 war auch noch der Programmteil „Intensivprophylaxe“ aktiv, der verstärkt (aber nicht nur) Schulen im 5. und 15. Bezirk adressierte. Im Fall von Karies oder anderen Problemen wurden Kinder von der WiG-Schulzahnärztin zu einer zahnmedizinischen Kontrolle verwiesen (Elternzettel).

Die Evaluierung des Pilotprojekts Zähneputzen im Kindergarten 2019 ergab, dass es durch die gute inhaltliche Vorbereitung der Pädagog*innen durch die Gesundheitsreferent*innen der WiG bzw. der MGE sowie auch die neugestaltete Gruppenprophylaxe gelungen ist, bei den Kindern einen positiven und freudvollen Zugang zum Thema Zähneputzen zu verfestigen und sie zu einem konzentrierten und aufmerksamen täglichen Zähneputzen anzuleiten. Während der Pandemie wurde auch das Zähneputzen ausgesetzt. Förderlich für die Umsetzung des täglichen Zähneputzens waren eine gute fachliche Vorbereitung der Pädagog*innen, ein vertrauensvoller Umgang mit Sorgen und Bedenken der Pädagog*innen und Obsorgeberechtigten, eine methodisch und inhaltlich gute Einführung des Themas bei den Kindern, eine gute Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Pädagog*innen und Assistent*innen sowie die hohe Qualität und gute Anwendbarkeit der zur Verfügung gestellten Methoden und Materialien. Eine Bedarfsanalyse 2022 ergab, dass auch weitere Einrichtungen Interesse an pädagogischen Materialien und Zahnpfutzutensilien sowie MGE-Besuchen haben. 2023 wurde an 10 Standorten Material getestet (davon 4 bei Tageseltern, 2 Kindergruppen, 2 Hortgruppen und 2 Ganztagsvollschulklassen) mit dem Ergebnis, dass die pädagogischen Materialien eher für etwa Fünf- bis Siebenjährige als passend eingeschätzt werden, für Viertklässler*innen zu kindlich und für unter Vier- oder Fünfjährige zu kompliziert. 8 der 10 Standorte führten zumindest eine Zeit lang Zähneputzen auf freiwilliger Basis durch und einige konnten die Kinder dauerhaft dafür gewinnen, bei den Viertklässler*innen kam es zu Motivationsproblemen. Nachmittagsbetreuung, Tageseltern und vor allem Privatschulen berichten von erheblichen Lerneffekten, was auf ihre bisherige Nichteinbindung in den Programmteil MundL zurückzuführen sein könnte. Insgesamt gab es ähnlich förderliche und hemmende Faktoren wie zuvor in den Kindergärten, wobei bei Freizeitpädagog*innen hinzukommt, dass sie wenig Zeit mit den Kindern haben und in dieser keine schulähnlichen Materialien durchgehen möchten bzw. erst in den Sommermonaten. Insgesamt scheinen sowohl projektartige Themenwochen zur Mundgesundheit als auch dauerhaft regelmäßiges Zähneputzen in den Einrichtungen auf Interesse zu stoßen und umsetzbar zu sein, abhängig vom Engagement der Pädagog*innen für das Thema. „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ als Nachfolgeprojekt zu etablieren, erfordert aus Sicht der Evaluator*innen noch besondere Unterstützung, um Unsicherheiten und Vorbehalte aus dem Weg zu räumen.

Ableitung von Empfehlungen

Die seit 2018 nacheinander erfolgte Evaluierung aller Programmteile, mit Ausnahme von Zahntheater und Teile der Öffentlichkeitsarbeit, kann eine hohe pädagogische Qualität der MGE-Besuche sowie deren Wirksamkeit auf Wissen und Verhalten bzw. Verhaltensintention, die hohe pädagogische Qualität der (neu entwickelten) Materialien, die Umsetzbarkeit von Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen und auch die Attraktivierung von Zahnarztbesuchen feststellen. Insofern kann die Weiterführung der Programms nach bewährter Planungs-, Struktur- und Prozessqualität empfohlen werden. Wesentlich dabei scheinen (weiterhin) die Einbindung von Pädagog*innen und Zielgruppen in die Materialentwicklung sowie die Anbindung an bzw. Zusammenarbeit mit den relevanten Stakeholder*innen. Diese könnte sich noch auf die Zusammenarbeit mit Schulärzt*innen und niedergelassenen (Kinder-)Zahnärzt*innen oder Ambulanzien ausdehnen, damit Kinder vermehrt Kontroll- und (präventive) Behandlungstermine wahrnehmen. Die jüngste Zunahme an berufstätigen (Kinder-)Zahnärzt*innen in Wien könnte eine Chance für Kooperationen bieten. Zahnärzt*innen sind für Eltern eine wichtige und vertrauensvolle Informationsquelle.

Weiterhin Bedarf an öffentlich geförderten Mundgesundheitsmaßnahmen für Wien

Die epidemiologische Reihenuntersuchung 2016 „Zahnstatuserhebung“ ergab einerseits, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen (Eltern mit/ohne Matura, Eltern mit/ohne Migrationshintergrund) groß waren, was durchaus für einen *Risikogruppenansatz*, d.h. die gezielte Förderung von benachteiligten Familien, sprach; andererseits wiesen die Daten für Wien auch bei den nicht-benachteiligten Eltern deutlich schlechtere Indikatorwerte auf. Dies rechtfertigte auch Interventionen mit *Breitenwirkung*. Unabhängig von möglicherweise veränderten Ergebnissen der Zahnstatuserhebung 2023⁵ lässt sich der Bedarf an öffentlichen Präventionsleistungen für Kinder von

- der großen Bedeutung der Mundgesundheit für die aktuelle und spätere Gesamtgesundheit,
- der relativ hohen Krankheitslast von soziökonomisch benachteiligten Kindern,
- dem hohen Leidensdruck bei unzureichender Zahngesundheit und
- den guten Präventionsmöglichkeiten durch mundgesunden Lebensstil wie zuckerreduzierte Ernährung, Zahnpflege, Fluoridkontakt und regelmäßige Kontrolle bzw. frühzeitige Behandlung

ableiten.

Steigende Anzahl von Personen in der Zielgruppe Null- bis Zwölfjährige erfordert Mittelaufstockung bzw. Programmfockussierung

Nach jüngsten Schätzungen der Statistik Austria werden 2048 etwa 2,26 Millionen Menschen in Wien leben. Der relative Anteil der Kinder unter 15 Jahren soll dabei etwa gleich bleiben, deren absolute Anzahl wird entsprechend von rund 288 000 (2023) auf rund 308 000 (2048) steigen. 2016 erzielte Wien mit 20 804 Neugeborenen einen Geburtenhöchststand (seit den 1950er-Jahren), welcher ab Ende der 2020er Jahre noch übertroffen werden dürfte. Damit ergibt sich ein erhöhter Mittelbedarf für das Programm bzw. die Notwendigkeit einer Fokussierung auf die wichtigsten Zielgruppen⁶ sowie die erfolgreichsten Methoden (z.B. MGE-Besuche) und Settings (Kindergarten und öffentliche Volkschulen). Ein Kosten-Nutzen-Vergleich wurde in der vorangegangenen Evaluationsperiode angestellt.⁷

Konzentration auf Kindergarten als wichtigstes Setting und Ort der Kinder- und Elternbildung

Um die Zielerreichung durch die Programmlogik noch besser zu unterstützen, wurde bereits frühzeitig in der Evaluierungsperiode empfohlen, die Mittel stärker in Richtung der Zielgruppe der jüngeren Kinder (unter Sechsjährige) zu lenken, da der erwartete Effekt früher eintritt, längerfristig wirkt und sich bei dem Zielwert „Mehr als 50% der Sechsjährigen sind kariesfrei“ (Wiener Gesundheitsziele 2025) bzw. „Mindestens 80% der Sechsjährigen sind kariesfrei“ (WHO Gesundheitsziele 2020) niederschlagen wird. Zuletzt geschah dies bereits durch Umschichtung der Mittel für mehr Elternarbeit bei Kindergartenkindern. Dies ist jedenfalls zu begrüßen, auch wenn in Brennpunktschulen Elternarbeit ebenso von Vorteil wäre, allerdings noch eine ansprechende Form gefunden werden muss. Die Infostände in den Kindergärten und sonstigen (Freizeit)-Settings haben sich bewährt. Eine Erhöhung der Reichweite von MundL in Kindergärten wäre zielführend.

Elternarbeit

Mit dem Heft „Mia und der Zahnvampir“ wurde neben den Infoständen in Kindergärten ein Meilenstein in der Arbeit mit Eltern gesetzt. Im Zuge der Interviews mit Eltern zeigte sich einerseits erneut

⁵ Bericht für 2024 erwartet.

⁶ Welche dies sind, z.B. Kinder vor und rund um den beginnenden Zahnwechsel oder Risikokinder und deren Eltern, wäre noch mit Expert*innen und Pädagog*innen zu diskutieren.

⁷ Endbericht zur Evaluationsperiode 2018/19 (Egger-Subotitsch et al., 2020), S.112f.

der Bedarf an Tipps, wie Kinder zum Zähneputzen motiviert werden können, und andererseits wurden Unklarheiten in Bezug auf das Zähneputzen nach dem Essen und die Verwendung von Fluorid erkennbar. Hinzu kamen erstmals Wünsche nach (Information über) Apps, die beim Zähneputzen mit den Kindern verwendet werden könnten, sowie der Wunsch, dass im Kindergarten geputzt werden sollte sowie der Wunsch nach Eltern-Kind-Workshops bzw. Infoveranstaltungen, zu denen Kinder mitgebracht werden können.

Besuche der Mundgesundheitsexpert*innen als wichtigste Programmkomponente

Die hohe Bedeutung der semestralen Besuche der MGE für die Präventionsarbeit wurde in der Evaluierung bereits mehrfach herausgestrichen. Das aufeinander aufbauende Programm erfreut sich nicht nur großer Beliebtheit bei den Kindern, auch Pädagog*innen stellen diesem ein gutes Zeugnis aus. Die MGE-Besuche zeigen unmittelbare Wirkung auf die Gesundheitsdeterminanten Wissen, Einstellung, Normen und Verhaltensintentionen. Die Kinder verfügen über gefestigtes Wissen bezüglich der wichtigsten Normen (2-mal tägliches Zähneputzen, 2-mal jährliche Kontrolle bei Zahnärzt*innen, mundgesunde Ernährung). Die Mehrzahl der Eltern beobachten nach dem Besuch der MGE eine positive Wirkung auf das Mundgesundheitsverhalten der Kinder: Nicht benachteiligte Kinder putzen genauer, benachteiligte Kinder putzen sich häufiger die Zähne und die Kinder sprechen häufiger über gesunde Ernährung und gesunde Zähne.⁸ Insofern gilt es, diesen Programmteil lediglich immer wieder an neue Erkenntnisse und Methoden anzupassen, die pädagogische Qualität trotz Personalwechsel zu gewährleisten und den Programmteil möglichst flächendeckend zu erhalten, vor allem bei den jüngeren Kindern im Kindergarten und in den ersten beiden Volksschulklassen.

Verstärkung bzw. Wiedereinführung des Risikogruppenansatzes scheint vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen zielführend

Aufgrund der sozial ungleichen Verteilung von Mundgesundheit in der Bevölkerung erscheint es sinnvoll, flächendeckende Ansätze mit Risikogruppenansätzen zu kombinieren. Letzteres wird seit dem Wegfall der Programmteile Intensivprophylaxe und Wiener Zahnpass kaum mehr verfolgt.⁹ Die Screenings in den 25 Schulen mit vermehrt benachteiligten Kindern zeigten konstant häufigere Kariesbelastung bei den Erstklässler*innen, als der Wiener Durschnitt aus der Zahnstatuserhebung dies erwarten lassen würde (nur 17% bis 21% ohne Kariesbefund in den Intensivprophylaxeschulen vs. 47% kariesfrei laut Durchschnitt der Wiener Zahnstatuserhebung 2016). Das ist ein weiterer Hinweis darauf, wie in der Fachliteratur schon vielfach bestätigt, dass die individuelle Prävention bei soziökonomisch benachteiligten Kindern schlechter ist. Das Evaluationsteam hat in der Vergangenheit mehrere Ansätze zu einer möglichen Neugestaltung des ehemaligen Programmteils Intensivprophylaxe vorgeschlagen, welche im entsprechenden Sonderbericht (abif, März 2021) im Detail nachgelesen werden können. Auf Basis der vorhandenen Forschungsliteratur wurden dabei Fluoridierungsmaßnahmen in Betreuungseinrichtungen als Maßnahme erster Wahl vorgeschlagen. Darunter fallen tägliches beaufsichtigtes Zähneputzen in der Einrichtung, oder wöchentliche Fluoridmundspülung oder 2-4maliges Auftragen von Fluoridlack. Alternativ wären Maßnahmen zur Erhöhung der Kontaktfrequenz mit medizinischen Einrichtungen (durch Schulärzt*innen, via Zahnpass oder Gutscheinaktionen)

⁸ Genannte Ergebnisse beruhen auf einer Pädagog:innenbefragung 2019 (N=325) sowie Elternbefragung Ende 2019 (N=331 Eltern von Kindergarten- und VS-Kinder nach einem MGE-Besuch in der Einrichtung; Befragung in 8 Sprachen) und können im Endbericht zur Evaluationsperiode 2018/19 (Egger-Subotitsch et al., 2020).

⁹ Gleichzeitig stieg die Zahl der armutsgefährdeten Kinder in Wien sowie die Anzahl migrantischer Kinder, beides Faktoren, die negativ mit Mundgesundheit korrelieren. Andererseits verbessert sich das Bildungsniveau der jungen Eltern zunehmend, was positiv mit Mundgesundheit korreliert und letztlich der wichtigste sozidemographische Einflussfaktor ist.

nen) u.a. zur professionellen Fluoridlackapplikation denkbar. Letztere Position konnte durch die Auswertung von Daten der ÖGK weiter untermauert werden, die zeigt, dass der Kontakt von Kindern mit (Kassen-)Zahnärzt*innen ganz erheblich mit dem Einkommen korreliert. Zur besseren Identifikation von Risikoschulen wird eine Kooperation mit der Bildungsdirektion Wien vorgeschlagen, da diese den vom IQS (Institut des Bundes für Qualitätssicherung im österreichischen Schulwesen) erstellten Chancenindex einsehen kann. Der Ausbau von Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen als evidenzbasierter kariespräventiver und verhältnispräventiver Ansatz und/oder ein zusätzlicher Schwerpunkt für Risikogruppen, der zu einer Erhöhung des Fluoridkontakte führt, was kostengünstig bei gleichzeitig hoher Effektivität ist, wäre aktuell (vor Kenntnis der Ergebnisse der Zahnstatuserhebung) jedenfalls empfehlenswert.

Fortsetzung der evidenzbasierten Maßnahmenplanung wünschenswert

Die bisherigen Evaluierungsschritte zeigen die Wirkung des Programms auf die verschiedenen Gesundheitsdeterminanten, die langfristig zu einer Verbesserung der Mundgesundheit führen werden. Bei der Planung von neuen Projektteilen war wissenschaftliche Evidenz, die auch von der Evaluierung eingefordert und durch umfassende Literaturrecherchen eingebracht wurde, für das Projektteam der WiG von hoher Bedeutung. Dementsprechend wird das Programm nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Standards geplant und umgesetzt. Zahlreiche Evaluierungsvorschläge wurden im Verlauf der Programmevaluierung umgesetzt. Die aktuell vorliegenden Empfehlungen müssen jedenfalls an die erwarteten Ergebnisse der Zahnstatuserhebung angepasst werden.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AK Kammer für Arbeiter und Angestellte
ATHIS Österreichische Gesundheitsbefragung,
Österreichische Gesundheitsbefragung
BMSGPK Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DAJ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für
Jugendzahnpflege e.V.
GesWiKi Gesundheitsförderung in Wiener
Kindergärten
GÖG Gesundheit Österreich GmbH
ISZ Inklusives Schulzentrum
KAI(-Methode) Kauflächen, Außenflächen,
Innenflächen
KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Deutschland
MA 10 Magistratsabteilung 10 der Stadt Wien
- Wiener Kindergärten
MA 11 Magistratsabteilung 11 der Stadt Wien
- Amt für Jugend und Familie
MA 56 Magistratsabteilung 56 der Stadt Wien
- Schulen

MGE Mundgesundheitsexpert*innen
MundL Mundgesundheit und Lebensstil
(Tipptopp-Programmteil)
NMS Neue Mittelschule
ÖGK Österreichische Gesundheitskasse
SPZ Sonderpädagogisches Zentrum
SS Sommersemester
SV Sozialversicherungsträger
WHO Weltgesundheitsorganisation
WieNGS Wiener Netzwerk gesundheitsför-
dernder Schulen
WiG Wiener Gesundheitsförderung
WS Wintersemester
ZiG Zähneputzen in
Gemeinschaftseinrichtungen (Tipptopp-
Programmteil)
ZiK Zähneputzen im Kindergarten (ehemaliger
Tipptopp-Programmteil)
ZIS Zentrum Inklusiver Schulen

1. EINLEITUNG

1.1. DAS PROGRAMM „TIPPTOPP – GESUND IM MUND UND RUNDHERUM“

Das auf Vorgängerprogramme aufbauende und mittlerweile seit zehn Jahren etablierte Wiener Mundgesundheitsprogramm „Tipptopp - Gesund im Mund und rundherum“ wird aus Mitteln des Wiener Landesgesundheitsförderungsfonds finanziert. Auftraggeberinnen sind die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) sowie die Wiener Gesundheitsförderung (WiG); letztere leitet das Programm, welches im gegenständlichen Zeitraum zu großen Teilen vom Verein „PROGES – Wir schaffen Gesundheit“ umgesetzt wird. Die verschiedenen Maßnahmen für die Zielgruppen der Kinder von null bis zwölf Jahren, deren Obsorgeberechtigten sowie der Beschäftigten in Wiener Kindergärten und Volksschulen und seit kurzem auch in weiteren Einrichtungen (Horte, Tageseltern) sollen die Zahn- und Mundgesundheit von Kindern allgemein verbessern. Außerdem sollen Unterschiede in der Mundgesundheit zwischen benachteiligten und nicht-benachteiligten Kindern und Jugendlichen geringer werden bzw. sich nicht verstärken, sowie das mundgesundheitsbezogene Verhalten verbessert werden. Als kurzfristiges, realistisches und operativ messbares Ziel wurde im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele 50% Kariesfreiheit der Sechsjährigen bis 2025 festgeschrieben.

Das Programm umfasst folgende Programmteile:

- **Mundgesundheit und Lebensstil (MundL)** ist die Bezeichnung für die Besuche von PROGES-Mundgesundheitsexpert*innen in Wiener Schulen und Kindergärten. Ziel ist die möglichst flächendeckende Erreichung der drei- bis neunjährigen Kinder zwei Mal pro Schuljahr, wobei der Schwerpunkt bei öffentlichen Einrichtungen gesetzt wird. Besucht werden öffentliche und private Kindergärten, öffentliche Volksschulen sowie inklusive Schulzentren; private Volksschulen und Statutschulen werden bis dato nicht einbezogen. Klassenweise bzw. in Kleingruppen im Kindergarten werden dabei den Kindern altersgerecht abgestimmt Wissen und Putztechnik vermittelt („Gruppenprophylaxe“); außerdem werden Zahnbürsten für die Kinder sowie Lernunterlagen für die Pädagog*innen und gelegentlich Broschüren und Info-material für die Eltern zuhause kostenlos verteilt. Während früher eher altershomogene Gruppensettings in den Kindergärten gewählt wurden, ging man in den letzten Jahren vermehrt zu einem altersgemischten Setting über.
- **Elterninformation:** Dieser Programmteil umfasst schriftliche Informationsmaterialien sowie mündliche Beratung im Rahmen von – ebenfalls von PROGES organisierten – Veranstaltungen für Eltern an diversen Einrichtungen, darunter Schulen und Kindergärten. Ziel ist es, Eltern bei der Zahnpflege und Mundgesundheitserziehung ihrer Kinder zu unterstützen. In diesem Fall wird weniger Breitenwirkung als vielmehr die gezielte Ansprache von sozioökonomisch benachteiligten Familien angestrebt. Dies erfolgt zunehmend mittels Infoständen in den pädagogischen Einrichtungen.

- **Multiplikator*innenworkshops:** Hierbei werden Pädagog*innen, welche entweder bereits direkt mit Kindern arbeiten oder sich in Ausbildung für eine solche Tätigkeit befinden, für das Thema Mundgesundheit sensibilisiert.
- **Zahntheater:** Stücke zum Thema Mundgesundheit werden von Schauspieler*innen an Schulen aufgeführt. Hierbei handelt es sich um den einzigen Programmteil, der auch an privaten Volksschulen sowie an den ersten und zweiten Klassen von Mittelschulen (NMS) stattfindet und damit gezielt auch ältere Kinder, bis hin zu Zwölfjährigen, anspricht. Dieser Programmteil war bis Sommer 2022 von externen Sponsor*innen finanziert worden, die allerdings ausstiegen. Aktuell wird das Zahntheater aus den Programmmitteln finanziert und ein*e neue*r Sponsoringpartner*in gesucht.
- Im Rahmen von **Zähneputzen im Kindergarten** wurde 2019 in sieben Wiener Kindergärten tägliches Zähneputzen mit intensiver Begleitung durch die WiG, PROGES und Kindergartenbetreiber als Pilotprojekt eingeführt. Teilnehmenden Einrichtungen wurden die notwendigen Materialien (einschließlich Zahnbürsten für jedes Kind) zur Verfügung gestellt. Auch wurden sie durch PROGES-Expert*innen bei der Umsetzung unterstützt.
- In Abwandlung von „Zähneputzen im Kindergarten“ wurde im Schuljahr 2022/23 das Pilotprojekt **Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen** durchgeführt. Ziel war dabei auch die Ausweitung von „Tipptopp“ auf Betreuungsformen, in welchen das Programm bislang nicht präsent war, konkret in der Nachmittagsbetreuung sowie bei Tageseltern. Die zehn teilnehmenden Einrichtungen erhielten Zahnputztensilien für alle Kinder sowie pädagogische Materialien mit dem Ziel, Zähneputzen ebenso wie Bewusstseinsförderung in den Alltag der Einrichtungen zu integrieren. Dabei wurden diese von PROGES begleitet. Der Programmteil „Zähneputzen im Kindergarten“ geht mit dem Erfolg des Pilotprojekts fließend in den neuen Programmteil **Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen** über.
- **Lernpakete** sind Materialien, welche durch Einrichtungen postalisch kostenfrei zum selbstständigen Einsatz mit den Kindern bestellt werden können. Die ersten Lernpakete waren im Zuge der COVID-19-Pandemie als Ersatzprogramm für die zeitweise ausgesetzten bzw. reduzierten Besuche durch die Mundgesundheitsexpert*innen im Rahmen des Programmteils MundL entwickelt worden. Damals wurden auch Videos zur Mundgesundheit erstellt und MGE schickten digitale Grüße an die Kinder bzw. Familien zuhause. 2022 entstand schließlich das Lernpaket „**Klarissa von und zu Karies**“, welches auf dem gleichnamigen Bilderbuch basiert und sich an ältere Volksschulkinder richtet. Das Lernpaket kann über die WiG-Webseite durch Schulen bestellt werden.
- Ferner erschien Anfang 2023 das eigens gestaltete neue **Bilderbuch** für jüngere Kinder unter dem Titel „Mia und der Zahnvampir“. Dieses liegt unter anderem bei Zahnärzt*innen auf und kann auch online bestellt werden.
- **Beilage zum Wickelrucksack der Stadt Wien:** Jungen und werdenden Eltern wird von der Stadt Wien kostenlos ein Rucksack mit unterschiedlichen Materialien zur Verfügung gestellt. Im Auftrag der WiG werden diesem eine Zahnbürste nebst Infomaterial sowie seit 2023 zusätzlich das bereits beschriebene Bilderbuch „Mia und der Zahnvampir“, ein Milchzahnheft und weitere Materialien beigelegt, um bei jungen Eltern so früh wie möglich das Bewusstsein auf das Thema zu lenken und regelmäßige Mundhygiene ab dem ersten Zahn anzustoßen.

- **Weitere Materialien und Öffentlichkeitsarbeit:** Dazu zählen Folder, Infoblätter, Poster, Website und Medieneinschaltungen.
- **Intensivprophylaxe (aufgelassen):** Im Rahmen dieses Programmteils wurden ausgewählte Wiener Schulen zwei Mal pro Schuljahr von einer Zahnärztin der WiG besucht, welche den Zahnstatus der Schüler*innen erhob und im Bedarfsfall eine Empfehlung zum Besuch eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin an die Eltern richtete; auch in diesem Fall sollten insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Kinder erreicht werden. Dieser Programmteil wurde Ende 2019 aufgelassen; Schulen, welche daran teilgenommen hatten, werden aber noch immer gezielt für den Programmteil „Elterninformation“ herangezogen.¹⁰
- **Zahnpass (ausgesetzt):** Der Wiener Zahnpass ist ein Schulwettbewerb, welcher Kinder zum Besuch eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin motiviert. Kinder gehen zur zahnmedizinischen Kontrolle und bringen gestempelte Karten retour. Klassen, die besonders viele Stempelkarten an die WiG retournieren erhalten eine Geldpreis. Der Wettbewerb fand bislang zweimal statt, namentlich von Oktober 2019 bis April 2020 sowie von Februar bis Mai 2021 (wobei die Abgabefrist pandemiebedingt bis Anfang Juni 2021 verlängert wurde). Am ersten Durchgang nahmen 1 499 Kinder aus 72 Klassen (aus 11 der 13 öffentlichen Volksschulen der beiden Bezirke) teil, am zweiten Durchgang 1 042 Volksschüler*innen.

1.2. BISHERIGE EVALUATION – EIN RÜCKBLICK AUF 2017 BIS 2022

Seit 2018 wird das Programm „Tipptopp – Gesund im Mund und rundherum“ durch den unabhängigen Sozialforschungsverein abif evaluiert, 2017 retrospektiv. Hierfür wurde ein Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz in einem gemeinsamen Workshop mit

und PROGES adaptiert. Demnach wirken Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zunächst auf verhältnis- ebenso wie verhaltensorientierte Gesundheitsdeterminanten, die wiederum, i.d.R. im Zuge eines mehrjährigen Prozesses, die Gesundheit der Zielgruppe beeinflussen. Daher ist das Erreichen der Ziele von „Tipptopp“ zunächst von Umfang und Reichweite sowie der Planungs-, Struktur- und Prozessqualität der umgesetzten Maßnahmen abhängig („operationelle Ziele“).

In der ersten Evaluationsperiode bis Ende des Jahres 2019 waren die genannten Dimensionen durch abif anhand verschiedener Methoden (statistische Auswertungen, umfangreiche Befragungen von Pädagog*innen und Eltern, qualitative Interviews, teilnehmende Beobachtungen bei MGE-Besuchen, Dokumentenanalyse, Literaturrecherche und abschließende Kosten-Nutzen-Analyse) untersucht und beurteilt worden. Im Ergebnis konnte dem Programm ein überwiegend positives Zeugnis hinsichtlich seiner Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgestellt werden. Vorgeschlagen wurden jedoch die Stärkung verhältnisorientierter Ansätze (Schulen und Kindergärten als „mundgesunde Orte“) sowie die Neugestaltung des damaligen Programmteils „Intensivprophylaxe“ (zahnärztliche Kontrollen an ausgewählten Risikoschulen) zur Verbesserung von dessen Kosten-Nutzen-Relation, möglicherweise unter Einbindung der Applikation von Fluoridlack bei Risikogruppen, welche nach existierendem Forschungsstand als wirksam und kosteneffektiv gilt.¹¹ Optionen zur Weiterentwicklung wurden umfassend in einem Sonderbericht zur Intensivprophylaxe (Egger-Subotitsch, 2021)

¹⁰ Vgl. PROGES-Ganzjahresbericht (2022), S.25.

¹¹ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018-2019 (Egger-Subotitsch et al., 2020).

dargestellt, der sowohl rechtliche Rahmenbedingungen als auch aktuelle Evidenz aus Metastudien und Fallbeispiele in Nachbarländern bzw. auch innerhalb Österreichs enthält.

Die Reichweiten hatten sich bis einschließlich 2019 positiv entwickelt und im Bereich des Programmteils MundL sehr hohe, fast flächendeckende Werte an öffentlichen Volksschulen (91%) und Kindergärten (86%) erreicht; Ausnahme blieben die nicht angesprochenen Privatschulen. Die Analysen der Materialien und die teilnehmenden Beobachtungen am Mundgesundheitsunterricht sowie quantitative Befragungen von Eltern und Pädagog*innen bescheinigten diesen durchwegs hohe Qualität und Zielgruppenadäquanz. Nach einem Besuch der Mundgesundheitsexpert*innen im Kindergarten oder in der Schule beobachteten die Eltern ein verbessertes Putzverhalten, vor allem bei eher benachteiligten Kindern.

Im Jahr 2020 war die laufende Evaluation vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ausgesetzt worden. Die 2. Evaluationsperiode umfasst retrospektiv 2020 und begleitend die Jahre 2021 und 2022. Auch während dieses Zeitraums stand „Tipptopp“ vor großen Herausforderungen durch die von der Bundesregierung verordneten Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Dementsprechend bildete der Umgang mit diesen Herausforderungen auch einen wichtigen Teil der Evaluation; diese wurde flexibel angepasst und inkludierte im Pandemieverlauf und darüber hinaus neu hinzugekommene Programmteile.¹²

Der semestrale Besuch von Mundgesundheitsexpert*innen in Kindergärten und öffentlichen Volksschulen mit kindgerechter Aufklärung und gemeinsamem Zähneputzen fiel 2020 und 2021 teilweise aus, teilweise konnten Kindergartenkinder und Kinder in öffentlichen Volksschulen indirekt über Lernpakete erreicht werden. 2022 erholten sich die Reichweiten wieder deutlich, blieben aber sowohl nach Kindern als auch nach Standorten noch hinter den sehr hohen Werten der Jahre vor der Pandemie zurück. Die anstelle der Vorortbetreuung (MundL) versandten Lernpakete wurden auf ihre didaktische Qualität und Eignung sowie quantitativ-statistisch auf ihre Reichweite hin untersucht. Dazu wurde eine Pädagog*innenbefragung durchgeführt, an welcher 192 Pädagog*innen teilnahmen. Das Ergebnis zeigt die hohe Qualität der Materialien auf, wobei sich Pädagog*innen weit überwiegend dennoch eine Rückkehr zu Direktkontakten durch Mundgesundheitsexpert*innen wünschten. Quantitativ zeigte sich eine deutlich reduzierte Reichweite im Vergleich zu den Jahren bis 2019, dennoch konnten 2021 geschätzt auf Basis der versandten Lernpakete im Sommersemester 2021 (zusätzlich zu den phasenweise möglichen persönlichen Kontakten) etwa 35% der Kindergarten-/Kindergruppenkinder und 35% der Kinder in öffentlichen Volksschulen erreicht werden.

Die detaillierte Evaluation des aktuell ausgesetzten Projekts „Wiener Zahnpass“, eines Schulwettbewerbs, welcher Kinder zum Besuch eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin motivieren sollte, umfasste die Analyse von Reichweite, Zufriedenheit, Verbesserungspotenzial und Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Zuletzt (2021) konnten 34% der Schüler*innen an öffentlichen Volksschulen der beiden teilnehmenden Wiener Gemeindebezirke 5 und 15 erreicht werden; von 22% wurden tatsächlich Zahnpässe, abgestempelt in einer Ordination, retourniert. Insgesamt waren die Rückmeldungen der Stakeholder*innen durchwegs positiv. Die Auswertung von ÖGK-Daten im vorliegenden Bericht ist auch als Ergänzung zu diesen Ergebnissen zu sehen.

Die Einführung des Pilotprojektes „Zähneputzen im Kindergarten“ 2018/19 in sieben Einrichtungen (ca. 300 Kinder) wurde von abif mit zielgruppenadäquater Aufbereitung evidenzbasierter Information

¹² Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger & Flotzinger, 2023).

für Stakeholder*innen über die erwartbare Wirkung (Studienlage) und Umsetzbarkeit (Umsetzung in anderen Ländern, Hygienebedenken, Dosierung von Fluorid) unterstützt und in der Folge auch mittels qualitativer Interviews mit Pädagog*innen teilnehmender Standorte begleitet. Zwischenzeitig begannen mehr Kindergartengruppen Zähne zu putzen, im Wintersemester 2022 fand dies noch in sieben Einrichtungen regelmäßig statt. Ausstiege aus dem Projekt standen dabei entweder in Zusammenhang mit der Pandemiesituation oder wurden durch personelle Änderungen begründet. Befragte Kindergartenleiter*innen und -pädagog*innen zeigten sich durchgängig zufrieden bis sehr zufrieden mit der Qualität der erhaltenen Materialien und vor allem sehr zufrieden mit der Qualität der Organisation. Alle Interviewten teilten überdies die Einschätzung, dass das tägliche Zähneputzen dauerhaft in den Kindergartenalltag integrierbar sei.

Das Evaluationsteam erhob 2022 ferner auch den Bedarf an bzw. die potenzielle Akzeptanz von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit in weiteren Einrichtungen in Wien, in welchen Kinder betreut werden, insbesondere auch in Bezug auf Startpakete für tägliches Zähneputzen; Erkenntnisse aus dieser Erhebung sind in das Pilotprojekt „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ eingegangen, welches im vorliegenden Bericht näher behandelt wird.

1.3. AKTUELLE EVALUATION 2023

Im aktuellen Berichtszeitraum konzentrierte sich die Evaluation insbesondere auf die Bereiche

- Auswertung der Reichweitedaten für das Schuljahr 2022/23 nebst Darstellung der Entwicklung seit 2014,
- Evaluation der neu hinzugekommenen Programmteile, namentlich Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen, Lernpaket „Klarissa von und zu Karies“, Bilderbuch „Mia und der Zahnvampir“,
- erstmalig detaillierte Evaluation der Beilagen zum Wickelrucksack, sowie
- deskriptive und regressionsanalytische Auswertung der ÖGK-Daten der Jahre 2017 bis 2022 zu den Ordinationsbesuchen der 0- bis 10-jährigen, in Wien wohnhaften Versicherten.

Die Auswertung der Reichweiten bezieht sich auf den Zeitraum des letzten Schuljahres (September 2022 bis einschließlich Juni 2023), d.h. den jüngsten Zeitraum, für welchen entsprechende Zahlen vorliegen. Zwar enthielt bereits der Endbericht für den Evaluationszeitraum 2021/22 Zahlen zum ersten Halbjahr des besagten Schuljahres (Egger & Flotzinger, 2023), jedoch waren diese notwendigerweise als vorläufig zu betrachten, da zum einen ein Teil der durch PROGES zur Verfügung gestellten Zahlen noch keiner finalen Überprüfung unterzogen worden war, und zum anderen keine aktuellen Vergleichsdaten durch Statistik Austria zur Verfügung standen und daher Vorjahresdaten herangezogen werden mussten. In diesem Sinne enthält der vorliegende Bericht entsprechend aktualisierte Zahlen sowie diejenigen für das zweite Schulhalbjahr. Darüber hinaus wurden die Zahlen – soweit entsprechende Daten zur Verfügung standen – in den Kontext der Entwicklung seit 2014 gestellt.

Ausgewertet wurden sämtliche quantifizierbaren Programmteile von Tiptopp, mit einem Schwerpunkt auf dem Programmteil Mundgesundheit und Lebensstil, welcher als einziger Flächendeckung beansprucht. Entsprechend wurde letzterer, wie schon in der bisherigen Evaluation üblich, umfassend mit den durch Statistik Austria publizierten Bevölkerungsdaten verglichen. Hinzu kommt die Darstellung der Zahlen für das Zahntheater, der Workshops für Erwachsene, des Wickelrucksacks, des Lernpakets „Klarissa von und zu Karies“ sowie des Bilderbuches „Mia und der Zahnvampir“.

Die im Jahr 2022 und 2023 neu hinzugekommenen Programmteile wurden - über die Ermittlung der Reichweiten hinaus – auch erstmals hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung für die Erreichung der Programmziele evaluiert. Zur Beurteilung dieser Aspekte wurde überwiegend die subjektive Einschätzung der jeweiligen Zielgruppen herangezogen. Im Falle des Lernpaketes „Klarissa von und zu Karies“ erfolgte dies über eine Online-Befragung von Pädagog*innen (n=61), welche sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet wurde. Zum Bilderbuch „Mia und der Zahnvampir“ wurden 6 qualitative Interviews mit Eltern kleinerer Kinder durchgeführt. Im Falle des Pilotprojekts „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ fand ebenfalls eine umfassende leitfadengestützte telefonische Befragung teilnehmender zehn Einrichtungen statt (9 Interviews). Zusätzlich wurden der Entwicklungsprozess und die Zielsetzung der neuen Programmteile anhand von Informationen aus den qualitativen Interviews mit Projektverantwortlichen von WiG und PROGES nachvollzogen und mit den Ergebnissen aus den jeweiligen Befragungen abgeglichen.

Erstmals beschäftigte sich die Evaluation auch näher mit den Beilagen zum Wickelrucksack, welche 2023 umfassend ausgebaut wurden. Dafür wurden ebenfalls 7 qualitative Interviews mit Eltern kleinerer Kinder durchgeführt.

Um überdies einen Überblick über die aktuelle Situation in Wien zu erhalten und auch Veränderungen in den letzten Jahren auszuwerten, wurde eine Auszählung der Ordinationskontakte von Kindern anhand der Daten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) durchgeführt. Deskriptiv-statistisch wurde hierbei dargestellt, wie viele in Wien wohnhafte Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren pro Jahr mindestens einen kassenfinanzierten zahnmedizinischen Termin wahrnehmen, ob es hierbei Veränderungen im Zeitverlauf der letzten Jahre (2017 bis 2022) gab und ob sich spezielle Interventionen im Rahmen von „Tipptopp“ (Schulwettbewerbe, die zu einem Ordinationsbesuch aufriefen) auf die Wahrscheinlichkeit eines Ordinationskontakte auswirkten. Zudem wurde mittels einer Regressionsanalyse erfasst, welche soziodemographischen Faktoren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Zahnärzt*innenkontakte nehmen.

Darüber hinaus wurden zur Beurteilung des allgemeinen Projektverlaufs im Dezember 2023 erneut qualitative Interviews mit Mitarbeiter*innen der WiG (Matthias Hümmelink und Maria Wiesinger, Gesundheitsreferent*innen) und von PROGES (Elisabeth Pink, zuständig u.a. für die Entwicklung von Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen, und Anna Eder, interimistische PROGES-Programmleiterin) geführt. Auch wurden interne Dokumente gesichtet.

Im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2023 wurden außerdem externe Expert*innen zur Entwicklung, Zieladäquatheit und Weiterentwicklung des Programms „Tipptopp - Gesund im Mund und rundherum“ befragt. Vertreter*innen der Landeszahnärztekammer Wien (Stephen Weinländer, Präsident), der ÖGK (Barbara Gravogl, Abteilungsleiterin Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health), sowie der GÖG (Gabriele Sax, Senior Health Expert Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem) brachten ihre Einschätzungen und Anregungen in die Evaluierung ein.

Die Befragungen wurden qualitativ durchgeführt, wobei der Leitfaden für jede Organisation entsprechend der Expertise der Interviewpartner*innen angepasst und mit der Auftraggeberin abgestimmt wurde. Die Interviews wurden persönlich, per Videokonferenz oder telefonisch geführt; ein Experte (Landeszahnärztekammer) beantwortete die Fragen schriftlich. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und themenanalytisch ausgewertet.

Im folgenden Kapitel 2 werden zunächst vorangegangene Analysen zur Planungs-, Prozess- und Strukturqualität auf Basis der Expert*inneninterviews aktualisiert. Insbesondere wird dabei auf Neuerungen bei den Rahmenbedingungen eingegangen. Kapitel 3 zeichnet die Reichweitenentwicklung

der etablierten Programmteile MundL und Zahntheater nach und stellt auch die Reichweite der Veranstaltungen für Erwachsene dar. Kapitel 4 gibt die detaillierte Evaluation der neuen Materialien bzw. Kinderbücher, des Pilotprojekts „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ sowie der rundum erneuerten Beilagen zum Wickelrucksack wieder. Kapitel 5 rundet die Ergebnisse mit den Erkenntnissen der ÖGK-Datenanalyse ab. Jedes Kapitel enthält ein kurzes Fazit mit Schlussfolgerungen. Im Abschlusskapitel 6 werden Empfehlungen abgeleitet. Die Kapitel sind in sich geschlossen und eignen sich zum einzeln Lesen.

2. RAHMENBEDINGUNGEN UND OPERATIVE UMSETZUNG DES PROGRAMMS

Bereits in der Evaluierungsperiode 2017 bis 2019 (Egger-Subotitsch et al., 2020) wurde „Tipptopp“ eine hohe Planungs-, Struktur- und Prozessqualität bescheinigt, die maßgeblich für den Erfolg, also die Ergebnisqualität, des Programms ist. Im vorliegenden Kapitel werden die Aussagen der interviewten Expert*innen zur Einschätzung der Rahmenbedingungen, der Versorgung im Bereich der Mundgesundheit in Österreich im Allgemeinen sowie des Programms „Tipptopp“ zusammengefasst.

2.1. RAHMENBEDINGUNGEN: ZAHNGESUNDHEITLICHE VERSORGUNG UND PRÄVENTION

Während im ersten Evaluierungsbericht noch auf die Abnahme der Zahnarzt- bzw. Zahnärztinnen-dichte aufgrund der stark wachsenden Bevölkerung in Wien verwiesen wurde, kam es in den vergangenen Jahren zu einer vermehrten Ansiedlung von Zahnärzt*innen in Wien: 2018 kamen noch 1994 Einwohner*innen auf einen Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin, 2021 verbesserte sich das Verhältnis auf 1:1218.¹³ Eine besonders positive Entwicklung stellen die vermehrt speziell für den Kinder- und Jugendbereich ausgebildeten Zahnärzt*innen dar, wie die Expert*innen betonen. Die zahnärztliche Versorgung in Wien wird von den Expert*innen generell und auch im Bereich der auf Kinder spezialisierten Zahnärzt*innen demnach insgesamt als sehr gut aufgestellt beschrieben. Der Zugang zur zahnmedizinischen Behandlung wird als recht niederschwellig angesehen, obwohl nur die Basisversorgung von den Krankenversicherungen bezahlt werde. In anderen Ländern sei die Zahnmedizin häufig gänzlich aus der Krankenversicherung ausgenommen und privat oder über eine Zusatzversicherung zu finanzieren. Seit 2018 gibt es eine Kostenübernahme für Mundhygienen von Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren von Seiten der Versicherungsträger. Auf Bundesebene ist laut Aussage der Interviewten die kürzlich beschlossene Aufnahme der zahnärztlichen Untersuchung in den Mutter-Kind-Pass ein wichtiger Meilenstein.

Public-Health-Maßnahmen für die Kinder-Mundgesundheit unterscheiden sich laut den Befragten beträchtlich je nach Bundesland. Nur in wenigen Bundesländern oder Städten werden demnach noch nach der Volksschule Kariesprophylaxeaktivitäten gesetzt oder Maßnahmen speziell für Jugendliche angeboten. Aus den Interviews ist zu schließen, dass die Bundesländer auch stark darin variieren, wie flächendeckend Angebote ausgerollt werden und inwieweit ein Fokus auf vulnerable Gruppen gelegt wird. Die Wiener Zahngesundheitsförderung wird jedenfalls neben jener in Tirol zu den besser ausgebauten gezählt. In Bezug auf die Zahngesundheit herrscht, wie in vielen Gesundheitsdimensionen, ein starkes Ost-Westgefälle, d.h. Tirol hat vor dem Hintergrund relativ guter Zahngesundheitswerte ein gut ausbautes System, Wien vor dem Hintergrund deutlich schlechterer subjektiver und objektiver

¹³ Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2019 bzw. 2021.

tiver Zahngesundheitsdaten. Zum Teil werden niedergelassene Zahnärzt*innen als Paten Zahnärzt*innen eingesetzt, wie etwa in Niederösterreich, die regelmäßig in Kindergärten kommen. Vorarlberg ging mit dem Dentomobil einen innovativen Weg, um Kindern auch über diesen Weg eine Fluoridapplikation zu ermöglichen.¹⁴ Die Finanzierungssituation sei historisch gewachsen und unterscheide sich daher zwischen den Bundesländern. Grundsätzlich kämen für die Kariesprophylaxeprogramme aber jeweils zur Hälfte die Krankenversicherungsträger und das jeweilige Bundesland auf.

2.2. PLANUNG UND ZIELSETZUNGEN

Die operativen Ziele der WiG im Bereich der Mund- und Zahngesundheit werden nach Aussage der Gesundheitsreferent*innen in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe und der Geschäftsführung festgelegt. Die Steuerungsgruppe besteht aus der Vertretung der ÖGK (aktuell einer Person aus dem Wiener Büro, die für die Mittel des Landesgesundheitsförderungsfonds für Wien zuständig ist, unter Hinzuziehung einer weiteren Person, die für Mundgesundheitsförderung bzw. Gruppenprophylaxe in Österreich zuständig ist) sowie der Vertretung der WiG für die Stadt Wien. Die übergeordneten Ziele für Wien sind nach wie vor, dass 50% der Sechsjährigen kariesfrei sind, die Gesundheitskompetenz gesteigert wird, die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert wird und gesundheitliche Chancengerechtigkeit geschaffen wird.

Obwohl alle interviewten Expert*innen es grundsätzlich für sinnvoll halten, Ziele für die Mundgesundheit von Kindern zu setzen, wird jedoch auch angemerkt, dass diese Ziele immer wieder angepasst werden müssen. In den Interviews wird in Frage gestellt, ob das Alter von sechs Jahren ein geeigneter Zeitpunkt für die Festlegung eines Ziels im Bereich der Zahngesundheit ist, da die Kinder in diesem Alter die Milchzähne verlieren. Das WHO-Ziel, dass Kinder mit 12 Jahren maximal eineinhalb kariöse, gefüllte oder extrahierte Zähne haben sollen, sei leicht erreichbar, da 12-Jährige erst seit kurzer Zeit bleibende Zähne besitzen. Die 12-Jährigen seien als Vergleichsgruppe ausgewählt worden, weil Kinder in diesem Alter in allen WHO-Ländern noch in der Schule erreichbar sind. Interessanter wäre nach Expert*innenaussage der Zahnstatus von Jugendlichen am Ende der Schulpflicht mit 15 Jahren oder nach Ende der in Österreich geltenden Ausbildungspflicht mit 18 Jahren. Die WHO habe einen neuen Aktionsplan (Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030)¹⁵) erarbeitet, der von den Stakeholder*innen auf die Anwendbarkeit für Österreich überprüft werden soll.

Die Erreichung der für Wien gesetzten Ziele wurde nach der Aussage der Interviewten durch die Corona-Pandemie behindert, da dadurch eine Zeit lang keine Besuche in den Schulen durch Mundgesundheitsexpert*innen möglich waren. Es wird auch ausgesagt, dass die Pandemie sich negativ auf die Zahngesundheit ausgewirkt haben könnte, da Besuche eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin aus Angst vor Infektionen hinausgeschoben wurden.

2.3. KOMMUNIKATION DER STAKEHOLDER*INNEN IM BEREICH MUNDGESUNDHEIT

Die Kommunikation der österreichischen Stakeholder*innen im Bereich Mundgesundheit bewerten sämtliche der Befragten als konstruktiv und produktiv, und es seien auch alle relevanten Organisationen eingebunden (genannt wurden die Länder, die Krankenversicherungen, die Zahnärztekammer

¹⁴ Vgl. hierzu auch den Sonderbericht „Unterlage zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Intensivprophylaxe in Wien“ (Egger-Subotitsch, 2021).

¹⁵ Vgl. auch [www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-\(2023-2030\)](http://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030)) [29.01.2024].

und, über den Dialog Mundgesundheit, auch das Ministerium und die GÖG). Die Stakeholder*innen tauschen sich laut Interviewten auch regelmäßig über die Programme in den Bundesländern aus. Für jene Bundesländer, in denen die Programme von AKS-Vereinen betrieben werden, finde einmal jährlich ein Vernetzungstreffen der aksaustria (Forum österreichischer Gesundheitsarbeitskreise) statt.¹⁶ Auch werde ein- bis zweimal jährlich der „Dialog Mundgesundheit“ veranstaltet, zu dem die GÖG einlädt und bei dem unter anderem über die Programme diskutiert werde.

Nach Meinung der interviewten Expert*innen besteht noch Potenzial zur Ausschöpfung von Synergien, insbesondere in Bezug auf die einheitliche Erhebung von Daten, um die Vergleichbarkeit der Programme zu verbessern, sowie auf die Entwicklung gemeinsamer Qualitätskriterien und Mindeststandards. Diesbezüglich wurde bereits ein erster Entwurf vorgelegt.

Nach Angabe der Interviewten aus der WiG ist die Qualität in der Vernetzung häufig von dem Engagement der zuständigen Personen in den jeweiligen Organisationen abhängig. Die WiG ist mit vielen anderen Stakeholder*innen vernetzt: Als Kooperationspartner*innen werden die Bildungsdirektion, die Kinderfreunde, die GesWiKi (Gesundheitsförderung in Wiener Kindergärten), die ÖGK und die ÖGK-Ambulatorien, die immer wieder Materialien bestellen, die Zahnärztekammer sowie das Wiener Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen genannt. Die jährliche WieNGS-Tagung (Wiener Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen) wird genutzt, um Materialien zu promoten. Auch die Wiener Zahnärztekammer unterstützt bei der Verbreitung von Materialien, wobei konkret das Milchzahnheft genannt wurde.

Laut Aussage der WiG-Mitarbeiter*innen wäre der Austausch mit der Bundesebene der ÖGK phasenweise intensiver wünschenswert, da die Intensität der Kommunikation mit der ÖGK schwankt, unter anderem wegen häufiger personeller Änderungen. Die Mitarbeiter*innen der WiG könnten sich auch eine Intensivierung der Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich, den Ambulatorien sowie Schul- und Kindergartenärzt*innen vorstellen, verweisen aber auf beschränkte Ressourcen. Mit Gesundheitsförderungseinrichtungen außerhalb von Österreich finden nach Angabe der Vertreter*innen der WiG kaum Vernetzungsaktivitäten statt, allerdings werden Fortbildungsangebote aus Deutschland (DAJ¹⁷) in Anspruch genommen.

2.4. EINSCHÄTZUNG DES PROGRAMMS „TIPPTOPP“ DURCH DIE EXTERNEN EXPERT*INNEN

Aus Sicht der befragten Expert*innen handelt es sich bei „Tipptopp“ insgesamt um ein sinnvolles und professionell umgesetztes Programm, das als Vorzeigeprojekt bezeichnet werden kann. Die verantwortlichen Personen werden als sehr engagiert erlebt. Die externen Expert*innen wünschen sich zum Teil noch mehr Informationen über den Projektfortschritt bzw. über die Ergebnisse des Programms „Tipptopp“. Da die Zahnstatuserhebung gerade läuft und Ergebnisse erst im Herbst 2024 zu erwarten sind, sind die Ergebnisse des Programms aus Sicht der Interviewten noch nicht abschließend zu beurteilen. Evaluierungen und Zahnstatuserhebungen stehen allerdings laut Expert*innenaussage immer vor der Schwierigkeit, dass nicht nachzuweisen ist, welche Auswirkungen die Programme selbst haben und welche auf Lebensstiländerungen, wie etwa gesündere Ernährung oder Zähneputzen zuhause, zurückzuführen sind. Letzteres, also die Einflussnahme auf einen mund-

¹⁶ Alle Bundesländer außer dem Burgenland sind in aksaustria vertreten, vgl. www.aksautria.at [29.01.2024].

¹⁷ Vgl. hierzu auch www.daj.de/ [29.01.2024].

gesunden Lebensstil zuhause, gehört allerdings durchaus zu den Zielsetzungen des Programms „Tipptopp“, wie die erste Evaluierungsperiode zeigte, bei der die Interventionen nach dem Schweizer Gesundheitsmodell in Gesundheitsdeterminanten zerlegt wurden und auch die positive Wirkung auf diese z.T. bereits belegt wurde (z.B. Ergebnisse der Elternbefragung im Endbericht von Egger-Subotitsch et al., 2020).

2.5. RESSOURCEN DES PROGRAMMS

Die zeitlichen Ressourcen des Projekts „Tipptopp“ in der WiG belaufen sich laut Interviews mit den zuständigen Gesundheitsreferent*innen auf etwa 35 Wochenstunden, die auf die beiden Interviewten aufgeteilt sind, sowie eine zusätzliche Wochenstunde einer dritten Person. Die dem Projekt zugeteilten Stunden seien, besonders in arbeitsintensiven Zeiten, recht knapp bemessen. Das „geht ein Stück weit wahrscheinlich zu Lasten der Qualität“ (Hümmelink). Es wird auch berichtet, dass die Umsetzung geplanter (Teil-)Projekte aufgrund zu geringer zeitlicher Ressourcen verschoben werden musste, beispielsweise „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“.

PROGES kann laut Interviews aufgrund der vorgegebenen Projektstruktur kaum weitere Aufgaben außer jenen, die im Auftrag definiert sind, übernehmen; eine gewisse Flexibilität ist zwar dennoch vorhanden, aber eine freie, situationsangepasste Aufteilung ist nicht möglich. Damit bleibt die WiG in vielen Bereichen auf ihren eigenen knappen Personalstand beschränkt. Die personellen Ressourcen von PROGES sind laut Interviewten dieser Organisation derzeit wieder ausreichend: Der Personalstand bei den Mundgesundheitsexpert*innen entspricht aktuell dem Vorkrisenniveau, was auch zur Folge hat, dass wieder ausreichend Ressourcen für Koordinations- und Bürotätigkeiten vorhanden sind (die Höhe der Gesamtvergütung von PROGES basiert auf der Zahl der erreichten Kinder). Die Vertreter*innen der WiG merken hingegen an, dass personelle Veränderungen bei PROGES aufgrund der Corona-Pandemie, die zeitweilige Kurzarbeit sowie der gegenwärtige allgemeine Mangel an verfügbarem Personal zu Engpässen führten. Nach Angabe der Interviewten von PROGES läuft das Programm mittlerweile, nach der Corona-Pandemie, als die Durchführung aus ihrer Sicht vor allem aufgrund der Maßnahmen erschwert war, wieder wie geplant.

2.6. EMPFEHLUNGEN DER EXPERT*INNEN FÜR PROGRAMME UND MAßNAHMEN

Die Expert*innen sind sich darin einig, dass die Mundgesundheit einen hohen Stellenwert im Bereich der Public Health hat. Aus der Sicht der Interviewten sollten im Bereich Mundgesundheit verstärkt präventive Maßnahmen gesetzt werden, womit sie sich dezidiert nicht nur auf „Tipptopp“, sondern auch auf Präventionsleistungen der Kassen beziehen. So wird angeregt, die kostenfreie Mundhygiene auch auf jüngere Kinder (unter 10 Jahren) auszudehnen. Eine weitere Empfehlung aus den Expert*inneninterviews bezieht sich darauf, Menschen mit Migrationshintergrund darüber zu informieren, dass bei einem Besuch eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin mit Kindern nicht grundsätzlich Kosten anfallen, wie es zumeist in ihren Heimatländern der Fall ist, da in Österreich viele Leistungen durch die Krankenversicherung abgedeckt werden. Optionale Zusatzleistungen werden aber auch im Kinderbereich kostenpflichtig angeboten.

Maßnahmen sollten laut Aussage der Befragten so konzipiert werden, dass sie wiederkehrend und regelmäßig stattfinden, wie beispielsweise die Besuche der Mundgesundheitsexpert*innen in Schulen im Rahmen von „Tipptopp“. Aus Expert*innensicht ist hier nicht nur die fachliche, sondern auch die pädagogische Qualifikation der Zahngesundheitserzieher*innen, die die Kindergärten und Schu-

len besuchen, essenziell. Die Evaluator*innen konnten sich in teilnehmenden Beobachtungen ein Bild von der hohen pädagogischen Qualität der MGE-Interventionen vor Ort machen und auch die repräsentative Umfrage unter den Pädagog*innen der Volksschulen und Kindergärten in der vorangegangenen Evaluierungsperiode bestätigt diese (Egger-Subotitsch et al., 2020). Wie sich die Qualität seit der Pandemie und durch Personalwechsel entwickelt hat, kann nicht abschließend beurteilt werden.

Initiativen und Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit werden von den interviewten Expert*innen dann als am sinnvollsten angesehen, wenn sie auf der Basis von Erhebungen wie der Zahnstatuserhebung entwickelt werden und zielgerichtet und zielgruppenorientiert vorgehen. Hervorgehoben wird immer wieder, dass es hinsichtlich des Zahnstatus von Kindern in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen beträchtliche Unterschiede gibt, wobei nach bisher verfügbaren Daten vor allem eine geringere Schulbildung und ein vorliegender Migrationshintergrund der Eltern (wiederum mit Abweichungen je nach Herkunftsland) die Mundgesundheit der Kinder negativ beeinflussen können. Die befragten Expert*innen sehen die Sensibilisierung der Eltern als zentral an. Als besonders effektiv werden Maßnahmen beurteilt, die sowohl die Kinder als auch die Eltern einbinden.

Ausbaubedarf besteht nach Aussage der Interviewpartner*innen bezüglich der Mundgesundheit junger Kinder vor dem Kindergartenalter und bezüglich der Bewusstseinsförderung im Hinblick auf die Wichtigkeit des Milchgebisses. Sowohl Eltern als auch Zahnärzt*innen würden die Milchzähne häufig vernachlässigen, jedoch sei es notwendig, diese ausreichend zu pflegen und beschädigte Milchzähne zu behandeln, da die Milchzähne Einfluss auf die Gesundheit des bleibenden Gebisses haben. Inhaltlich wird das Nachputzen bei kleineren Kindern durch die Eltern als besonders wichtig erachtet sowie die Reduktion von zuckerhaltigen Lebensmitteln und Getränken in der Ernährung. Zähneputzen sollte positiv besetzt und den Kindern durch einen spielerischen Umgang nahegebracht werden.

Bezüglich des kindgerechten Umgangs mit den kleinen Patient*innen bei der Zahnbehandlung sind nach Aussage der Interviewten auch die Zahnärzt*innen in die Pflicht zu nehmen. Obwohl sich nach der Einschätzung der Befragten immer mehr Zahnärzt*innen auf Kinderzahnmedizin spezialisieren, würden viele Zahnmediziner*innen wegen des höheren Zeitaufwands die Behandlung kleiner Kinder scheuen. Schulärzt*innen und Hausärzt*innen könnten nach Aussage der Expert*innen durchaus auch die Mundgesundheit der Schulkinder und Patient*innen begutachten, also etwa den Zustand des Zahnfleischs beurteilen oder einige Fragen zu Beschwerden stellen. Da sie sich als Allgemeinmediziner*innen verstehen, fühlen sie sich jedoch nach Ansicht der Interviewpartner*innen für die Zahn- und Mundgesundheit nicht zuständig. Die Ärztekammer und die Zahnärztekammer bestehen laut Interviews auf der Aufgabentrennung zwischen Allgemein- und Zahnmedizin.

Aus der Sicht der befragten Expert*innen sollte auch die Mundgesundheit älterer Menschen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Daten der ATHIS-Befragungen zeigen, dass die Besuche bei Zahnärzt*innen ab dem Alter von 50 bis 60 Jahren stark abnehmen.

Exkurs ATHIS-Befragung (BMSGPK 2020)¹⁸: Laut Befragungsergebnis suchten 70,4% der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren innerhalb eines Jahres einen Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin auf. Im Erwerbsalter lag dieser Anteil bei 73,9%, im Pensionsalter bei 61,8%. Frauen besuchten etwas häufiger als Männer einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin (Männer:

¹⁸ Bericht und Tabellen abrufbar unter [www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-\(ATHIS\).html](http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-(ATHIS).html) [24.01.2024].

67,8%, Frauen: 72,8%, Bericht S.78). Der subjektiv empfundene Zahngesundheitszustand sinkt mit dem Alter. Vor allem bei Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren vermehrten und intensivierten sich die Probleme. Auf die Frage, ob problemlos in feste Nahrung wie einen Apfel gebissen werden kann, klagte fast ein Viertel von ihnen über einige und 12,0% über große Schwierigkeiten und 10,9% konnten gar nicht mehr in harte Nahrung beißen (Männer: 25,5%, 5,1% bzw. 4,4%). Dass ein Grund für den Geschlechtsunterschied im Erreichen eines höheren Alters bei den Frauen liegen könnte, zeigt ein Blick in die Tabelle: Zwischen 60 und 75 gibt es diesen Unterschied nämlich noch nicht (Annex, Tabelle 21). Östliche Bundesländer zeigen etwas schlechtere Werte als westliche.

Ein wichtiges Thema ist laut Befragten auch die mundgesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen oder in Krankenhäusern. Betont wird, wie schon in Expert*innenbefragungen der Evaluierungsjahre 2018-2019 und auch die einschlägige Fachliteratur widerspiegelt, dass die Mundgesundheit einen großen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand hat.¹⁹ Daher seien neben den Allgemeinmediziner*innen auch Vertreter*innen der Pflegeberufe eine wichtige Zielgruppe für eine diesbezügliche Bewusstseinsbildung. In manchen Bundesländern (Tirol, Steiermark) bestehen laut den Expert*innen bereits Bemühungen in diese Richtung, wie Multiplikator*innenworkshops für Pflegekräfte.

Die Expert*innen sprechen sich dafür aus, Gesundheitsförderungsmaßnahmen der verschiedenen Bereiche stärker miteinander zu verbinden. Offensichtlich ist der Zusammenhang von Ernährung und Zahngesundheit, jedoch sollte aus Expert*innensicht generell ein besseres Verständnis für die wechselnde Beeinflussung von Zahngesundheit und allgemeiner Gesundheit gefördert werden.

Als europäische Länder mit besonders effektiver Kariesprophylaxe werden in den Interviews die Schweiz, Schottland und Dänemark genannt. Betont wird, dass diese Länder ein nationales Gesundheitsversorgungssystem anstelle eines Sozialversicherungssystems besitzen. Für Österreich wird Tirol als Vorzeigebundesland genannt, da die Ergebnisse der Zahnstatuserhebung von 2016 zeigten, dass im Österreichvergleich die Zahngesundheit von Kindern in diesem Bundesland besonders gut war.

Die Befragten halten es zwar für sinnvoll, dass sich das Programm „Tipptopp“ besonders mit Risikogruppen beschäftigt. Gleichzeitig erachten sie flächendeckende Betreuung als wünschenswert. Laut den Gesundheitsreferent*innen der WiG kam der Risikogruppenansatz seit der Corona-Pandemie zu kurz, soll aber in Zukunft wieder und sogar noch stärker berücksichtigt werden. Nach Angabe der Befragten von PROGES wird ein Risikogruppenansatz ebenfalls für sinnvoll erachtet und findet derzeit noch im Bereich der Elternveranstaltungen Berücksichtigung.

3. REICHWEITENENTWICKLUNG UND LAUFENDE EVALUATION BESTEHENDER PROGRAMMTEILE

Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf die Entwicklung bereits etablierter Programmteile im Schuljahr 2022/23 und stellt diese in den Kontext der bisherigen Entwicklung seit 2014. Die angeführten Zahlen ersetzen dabei gegebenenfalls diejenigen aus dem Abschlussbericht zur Evaluationsperio-

¹⁹ Zur Diskussion des Bedarfs siehe den Evaluierungsbericht von Egger-Subotitsch et al. (2020).

de 2021-22, da damals nur vorläufige Zahlen vorlagen.²⁰ Reichweiten zu den neuen Programmteilen sowie zur stark überarbeiteten Beilage zum Wickelrucksack werden im folgenden Kapitel 4 dargestellt.

3.1. Programmteil MundL

Im Rahmen des Programmteils MundL (Mundgesundheit und Lebensstil) wird angestrebt, Kinder in öffentlichen Volksschulen und Kindergärten sowie Drei- bis Fünfjährige in Kindergruppen möglichst flächendeckend durch persönlichen Kontakt mit Mundgesundheitsexpert*innen zu erreichen. Darüber hinaus werden auch Klassen Inklusiver Schulzentren frequentiert, sofern diese von Kindern unter 10 Jahren besucht werden.

Vor der COVID-19-Pandemie waren in diesem Programmteil zuletzt über mehrere Jahre hinweg sehr hohe Reichweiten erzielt worden. So waren im Wintersemester 2019/20 85,7% der Kindergarten- bzw. 90,5% der Kinder in öffentlichen Volksschulen erreicht worden (in absoluten Zahlen 47 503 Kindergartenkinder und 56 926 Schüler*innen). 2020 gingen die Reichweiten pandemiebedingt dramatisch zurück. Der Tiefststand wurde in den Schulen im ersten Halbjahr mit 25,2%, in den Kindergärten im darauffolgenden Winterhalbjahr mit nur 14,9% erreicht. Als Ersatz wurden in der Folge Lernpakte eingeführt, die im Sommersemester 2021 jeweils rund 35% beider Zielgruppen erreichten.²¹

Ab dem Winterhalbjahr wurden die Lernpakte wieder zunehmend durch persönliche Kontakte abgelöst. Doch erst ab dem Frühjahr 2022 war vor dem Hintergrund gelockerter Pandemiemaßnahmen der Zugang zur Zielgruppe wieder weitgehend normal möglich. Damit näherten sich die Reichweiten wieder an die hohen Werte der letzten Vorpandemiejahre an, konnten diese aber noch nicht ganz wieder erreichen.²² Dieser Befund gilt auch weiterhin, wie im Folgenden sowohl anhand der Reichweiten nach Kindern als auch anhand derjenigen nach Standorten im Detail dargelegt wird.

Abgedeckt wird dabei der Zeitraum von September 2022 bis einschließlich Juni 2023, welcher dem Schuljahr 2022/23 entspricht. Vorläufige Reichweiten zum ersten Halbjahr waren bereits im Endbericht zur Evaluationsperiode 2021-22 enthalten (Egger & Flotzinger, 2023) und werden aufgrund der aktualisierten Datengrundlage durch endgültige Werte ersetzt. Herangezogen wurden für die Ermittlung der Reichweiten erneut von PROGES übermittelte Aufzeichnungen zu den erreichten Kindern. Diese wurden mit der Kindertagesheimstatistik und der Schüler*innenstatistik der Statistik Austria für das Schul- und Kindergartenjahr 2022/23 verglichen, sowie für die Reichweiten nach Standorten mit Zahlen der Stadt Wien.²³

Abgesehen von der rein quantitativen Reichweite ist festzuhalten, dass sich der Mundgesundheitsunterricht für die Expert*innen teils auch schwieriger gestaltete. Durch die pandemiebedingt ausgefährten Besuche wiesen viele Kinder Wissenslücken auf, deshalb konnte nur begrenzt planmäßig mit

²⁰ Insbesondere lagen keine aktuellen Vergleichswerte vor, da diese von Statistik Austria noch nicht publiziert worden waren, weshalb auf Zahlen aus dem Vorjahr zurückgegriffen werden musste. Außerdem lagen seitens PROGES für den Anfang des Jahres 2023 damals ebenfalls nur vorläufige Zahlen vor, da diese nur quartalsweise überprüft werden.

²¹ Hinzu kommen in diesem Zeitraum noch einige persönliche Kontakte in den Schulen, durch welche ebenfalls 22,8% der Schüler*innen erreicht werden konnten.

²² Vgl. hierzu auch den Endbericht zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger & Flotzinger, 2023).

²³ Wie aus der bisherigen Evaluation bekannt, unterscheidet sich deren Zählweise teils erheblich von derjenigen, welche von Statistik Austria verwendet wird.

den für die jeweilige Altersstufe vorgesehenen, aufbauenden Modulen fortgefahren werden. Eine stärkere Fokussierung auf Grundlagen war die Folge.²⁴

3.1.1. REICHWEITE NACH KINDERN

Im Wintersemester 2022 wurden in öffentlichen und privaten Kindergärten und Kindergruppen 31 521 Kinder direkt durch die Mundgesundheitsexpert*innen erreicht; Lernpakete wurden nicht mehr nachgefragt. Insgesamt besuchten aber im Kindergartenjahr 2022/23 laut Statistik Austria 34 975 Kinder einen Wiener Kindergarten und 22 173 Drei- bis Fünfjährige eine altersgemischte Betreuungsgruppe.²⁵ Gemessen an diesen beiden Vergleichsgruppen ergibt sich eine Gesamtreichweite von 55,2% – ein deutlich höherer Wert als während der Krisenjahre 2020 und 2021, aber dennoch ein Rückgang gegenüber dem dazwischenliegenden Sommersemester 2022, als bereits wieder 66,2% direkt erreicht werden konnten. Dieser muss etwas einschränkend zwar vor dem Hintergrund ungewöhnlich stark gestiegener Besuchszahlen der Kindergärten insgesamt gesehen werden, entspricht aber auch einem deutlichen Rückgang in der absoluten Anzahl der erreichten Kinder.²⁶

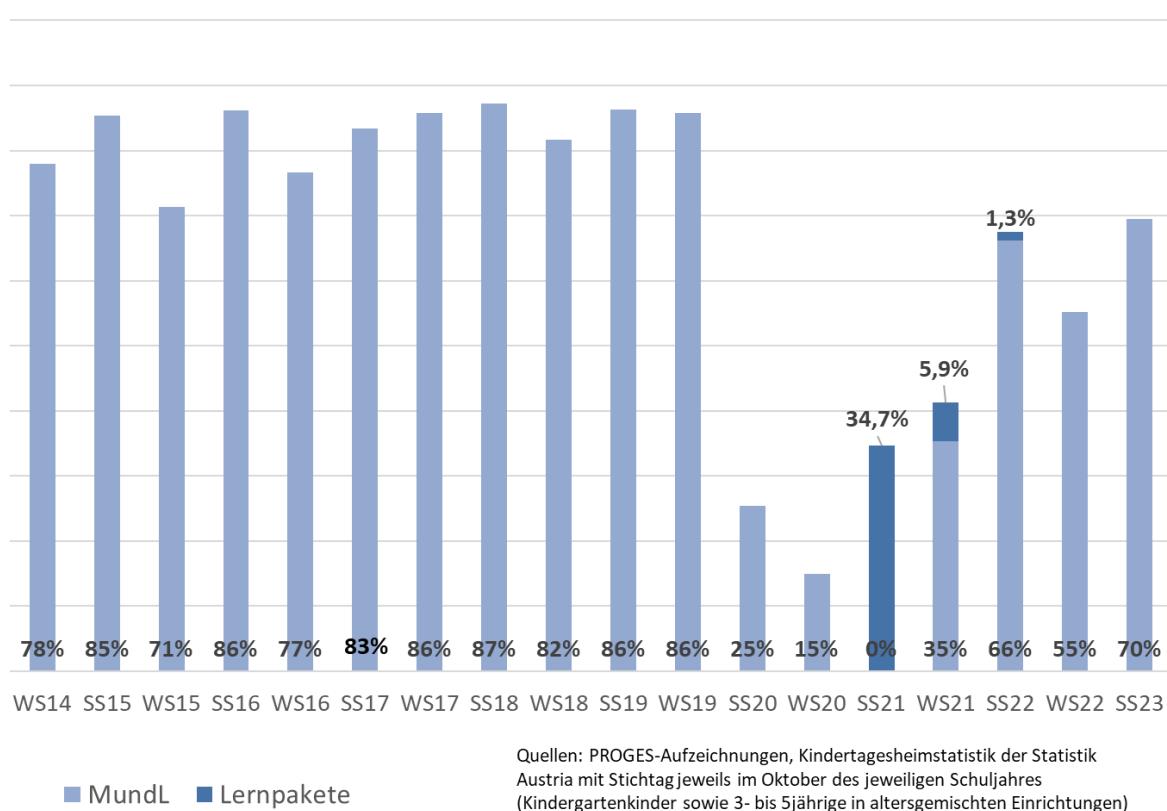
Hingegen konnte im Sommersemester 2023 an den Trend zur Erholung angeknüpft werden, die Zahlen stiegen auf 39 726 Kinder an; dies entspricht einer Reichweite von 69,5%. Damit näherte sich die Reichweite wieder dem Vorpandemieniveau an, konnte dieses aber noch nicht ganz wieder erreichen (siehe hierzu auch Abbildung 2).

²⁴ Interview mit PROGES-Programmleiterin Anna Eder vom 15.02.2023. Vgl. ferner PROGES-Halbjahresbericht (2023), S.32.

²⁵ Statistik Austria, Tabelle „Kinder in Kindertagesheimen 2022/23“, aufgerufen am 19.10.2023 unter: www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/kindertagesheime-kinderbetreuung; zu bedenken ist hierbei, dass Statistik Austria diese Zahlen einmal pro Kindergartenjahr jeweils zum Stichtag im Oktober erhebt, Schwankungen während des Kindergartenjahres werden also nicht erfasst; dies gilt ebenso für Schüler*innenzahlen.

²⁶ Anstieg der statistisch erfassten Kinder zwischen den beiden Stichtagen um 2 334; Zusammenhänge bestehen möglicherweise mit vorherigen pandemiebedingten Rückgängen sowie mit Fluchtmigration aus der Ukraine.

Abbildung 2: Reichweitenentwicklung in Kindergärten und Kindergruppen in Prozent der Kinder



In den öffentlichen Volksschulen waren es im Wintersemester 2022 81,6% bzw. 55 349 von 67 819 Schüler*innen²⁷, welche direkt von den Mundgesundheitsexpert*innen besucht wurden²⁸; ein prozentuell gesehen nur leichter Anstieg gegenüber dem vorangegangenen Sommerhalbjahr, als bereits wieder 79,0% erreicht worden waren, der allerdings trotz der Tatsache gelang, dass die Gesamtzahl der von Statistik Austria erfassten Schüler*innen an Wiener öffentlichen Volksschulen zwischen den beiden Schuljahren stärker als üblich gestiegen war.²⁹

In den öffentlichen Schulen lagen zwar auch die vorpandemischen Reichweiten höher als in den Kindergärten, dennoch konnte man sich bereits wieder beträchtlich an dieselben annähern; im Sommersemester 2023 konnte die Zahl der erreichten Kinder allerdings nicht mehr wesentlich gesteigert werden (55 525 Kontakte). Entsprechend stagnierte auch die Reichweite bei 81,9%.

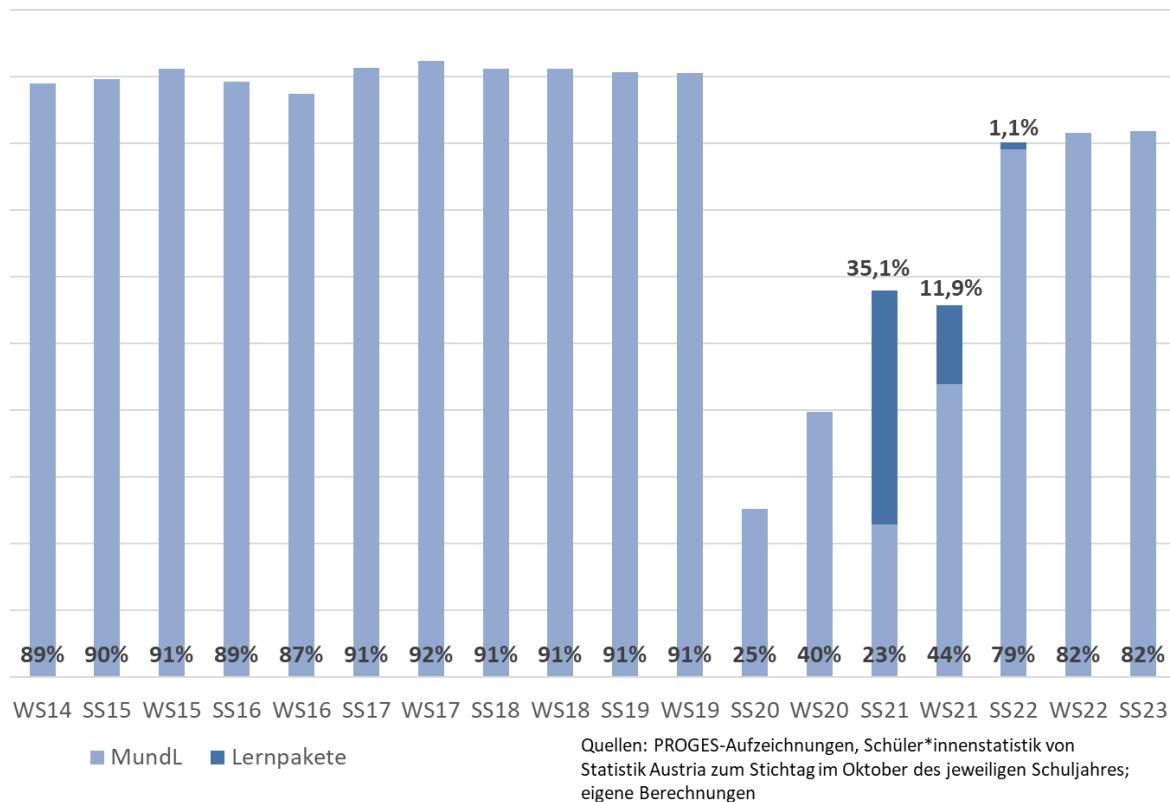
²⁷ Statistik Austria, Tabelle „Schüler*innen im Schuljahr 2022/23 nach Geschlecht und Erhalter“, aufgerufen am 20.12.2023 unter: www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/schulbesuch/schuelerinnen; Schüler*innen, welche in Volksschulen nach dem Sonderschullehrplan unterrichtet werden, werden von Statistik Austria nicht den Volksschüler*innen zugerechnet, weshalb die tatsächliche Schüler*innenzahl in Volksschulen etwas höher liegt.

²⁸ Als „erreicht“ gilt ein Kind im PROGES-Monitoring der Vorortbesuche dann, wenn es Teil der Klasse ist, die von der MGE besucht wird, unabhängig davon, ob das Kind tatsächlich anwesend ist oder nicht. Abwesenden Kindern werden die Mundgesundheitsunterlagen bzw. die Zahnbürsten hinterlassen und über die Lehrperson ausgehändigt.

²⁹ Anstieg um 3 412 Kinder zwischen den beiden Stichtagen 2021 und 2022 der Statistik Austria; da dieser Anstieg auf Schüler*innen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit zurückgeführt werden kann (Quellen: Tabelle „Schüler*innen im Schuljahr 2022/23 nach Staatsangehörigkeit bzw. Alltagssprache“, aufgerufen am 20.12.2023 unter: www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/schulbesuch/schuelerinnen; STATcube-Auswertung für die vergangenen Jahre), scheint ein Zusammenhang mit dem Krieg in der Ukraine wahrscheinlich. Demnach dürften die Reichweiten für das Sommersemester 2022 etwas zu hoch angesetzt sein, da sich vermutlich bereits viele geflüchtete Kinder an Wiener Schulen befanden, welche aufgrund des Stichtags im Oktober aber nicht in der Schulstatistik erfasst wurden. Ähnliches kann für die Kindergärten vermutet werden. Hier fiel der Anstieg allerdings schwächer aus, außerdem scheint die Entwicklung der Besuchszahlen von Kindergärten – auch vor dem Hintergrund der erst kürzlich beendeten Pandemie – generell weniger vorhersagbar.

Die während der Pandemie als Ersatzprogramm eingeführten Lernpakete wurden, wie auch in Abbildung 3 zu sehen, auch von den Schulen nicht mehr nachgefragt, während die Reichweite der neuen Lernpakete „Klarissa von und zu Karies“ (welche sich an dritte und vierte Volksschulklassen richten) in einem eigenen Kapitel behandelt werden wird.

Abbildung 3: Reichweitenentwicklung in öffentlichen Volksschulen nach Prozent der Kinder



Nach wie vor richtet sich MundL nicht an Privatschulen. Entsprechend niedrig fällt erneut die Reichweite in Bezug auf die Gesamtheit aller Volksschüler*innen aus: Berücksichtigt man die rund 10 600 Schüler*innen an privaten Volksschulen, ergibt sich eine Gesamtreichweite von 70,6% im Winter- bzw. 70,8% im Sommersemester, womit sich die Reichweiten an die zuletzt in den Kindergärten erreichten angleichen. Vor Pandemiebeginn lag die Reichweite in Bezug auf alle Volksschüler*innen allerdings ebenfalls lediglich bei 77,3%; man konnte also wieder relativ nah an dieses Niveau herankommen.³⁰ Damit bleibt der Eindruck erhalten, dass sich die Reichweiten in den Volksschulen im Vergleich zum jeweiligen Vorkrisenniveau etwas besser und vor allem schneller erholt haben können als in den Kindergärten und Kindergruppen.

REICHWEITE IM SONDERPÄDAGOGISCHEN BEREICH (INKLUSIVE SCHULZENTREN)

Wie schon in den bisherigen Berichten beschrieben, lassen sich die Reichweiten an den Inklusiven Schulzentren (vormals SPZ/ZIS; mitunter als FIDS-Schulen bezeichnet, von FIDS= Fachbereich Inklusion, Diversität und Sonderpädagogik) nur über eine grobe Näherung einschätzen. Das liegt daran, dass auch Sonderschüler*innen im Alter von über zehn Jahren am Mundgesundheitsunterricht teilnehmen können, solange ein Kind in der Gruppe höchstens zehn Jahre alt ist. Durch diese Regelung kön-

³⁰ Die Differenz ist geringer als bei Ausschluss von Privatschulen, weil die Zahl der Privatschüler*innen langfristig stagniert, während diejenige der Schüler*innen in öffentlichen Volksschulen in Wien stetig ansteigt.

nen mehr Kinder, welche in integrativen Schulzentren unterrichtet werden, erreicht werden, was im Sinne der Kariesprävention positiv zu bewerten ist. Jedoch scheint das Alter der Kinder in den Aufzeichnungen von PROGES nicht auf, wodurch die Reichweite innerhalb der eigentlichen Zielgruppe der höchstens Zehnjährigen nicht beurteilt werden kann.

In absoluten Zahlen waren im Wintersemester 2022 1 213 Schüler*innen an Inklusiven Schulzentren erreicht worden, im Sommersemester 2022 sank dieser Wert wieder auf 1 061 – etwas niedrigere Zahlen als beispielsweise noch im Sommersemester 2019, als 1 538 Kinder erreicht worden waren. Eine Vergleichszahl hierzu liegt insofern nicht vor, als Statistik Austria die nach Sonderschullehrplan unterrichteten Schüler*innen über alle Schulformen hinweg erfasst. Diese Zahl ist im selben Zeitraum ebenfalls gewachsen, insgesamt (bis zum Alter von 17 Jahren) von 3 512 auf 3 537 und bei den bis zu 10-Jährigen von 1 193 auf 1 345. Damit lag die Zahl der Kinder unter 10 Jahren in dieser Gruppe im Jahr 2019 sogar unter derjenigen der durch MGE an ISZ erreichten Kinder. Man kann schon daran – ganz abgesehen von der ohnehin anders gelagerten statistischen Erfassung – leicht erkennen, dass diese Zahlen nicht zur Einschätzung der Reichweiten bezüglich der Unter-10-Jährigen herangezogen werden können. Es dürfte mitunter auch eine substantielle Anzahl älterer Kinder erreicht werden, was aber gerade bei dieser besonderen Risikogruppe positiv zu sehen ist.

3.1.2. REICHWEITE NACH STANDORTEN

Ähnlich wie die Reichweiten nach Kindern, waren diejenigen nach Standorten vor 2020 größtenteils hoch, besonders zuletzt, im Wintersemester 2019. In diesem wurden 95% der öffentlichen Volksschulen, 93% der öffentlichen Kindergärten, 77% der privaten Kindergärten sowie 67% der öffentlichen ZIS, aber nur rund 22% der Kindergruppen erreicht.³¹ Während der Pandemie wurden hierzu keine detaillierten Auswertungen vorgenommen.

Im Wintersemester 2022/23 wurden laut Aufzeichnungen von PROGES 535 unterschiedliche Standorte von Kindergärten sowie 98 Kindergruppen erreicht. Damit wurden 51,4% aller am 31.12.2022 in Wien existierenden Kindergärten (ohne Kindergruppen) erreicht.³² Wie aus der bisherigen Evaluation bekannt, waren die Reichweiten in den Kindergruppen mit 17,9% deutlich niedriger und sind letztlich als wenig aussagekräftig zu sehen, da in den Aufzeichnungen durch PROGES-Expert*innen teils mehrere, durch die MA 11 separat gezählte Kindergruppen als ein Standort gewertet werden.³³ Am besten waren die Reichweiten erneut bezüglich der städtischen Kindergärten, wo sie bei 63,7% lagen; für die privaten Kindergärten lagen sie bei 45,2%. Im Sommersemester stieg die Zahl der erreichten Kindergartenstandorte auf 648, dazu kamen 90 Kindergruppen. Erstere Zahl entspricht einer Reichweite von 62,2%. Differenziert man erneut nach Trägereinrichtungen, so wurden 74,3% der städtischen und 56,2% der privaten Kindergärten erreicht. Nach wie vor werden also öffentliche Standorte stärker besucht als solche anderer Trägereinrichtungen.

Im Wintersemester wurden 193 unterschiedliche Standorte von Volksschulen durch Expert*innen besucht, ein weiterer Standort wurde nur durch Lernpakete erreicht; dies entspricht 85% aller öffent-

³¹ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018-2019 (Egger-Subotitsch et al., 2020).

³² Zu diesem Datum existierten laut Auskunft der MA 11 350 öffentliche und 691 private Kindergärten sowie 547 Kindergruppen.

³³ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018-2019 (Egger-Subotitsch et al., 2020); im PROGES-Jahresbericht 2022 wird auch eine Gesamtzahl der erreichten tatsächlichen Kindergruppen ausgewiesen, welche mit 184 deutlich höher liegt, sich aber auf das gesamte Kalenderjahr 2022 bezieht. Die Reichweite läge damit immer noch deutlich unter jener der Kindergärten.

lichen Volksschulen, aber nur 63,9% aller (öffentlichen und privaten) Wiener Volksschulen insgesamt. Im Sommersemester wurden 200 Volksschulen erreicht; dies entspricht einem Anstieg auf 88,1% aller öffentlichen und 66,2% aller Volksschulen in Wien.³⁴ PROGES gibt im Halbjahresbericht 2023 an, über das ganze Schuljahr hinweg 95% der in ihrer Datenbank erfassten Volksschulen zu erreichen.³⁵ Dieser relativ große Unterschied lässt entweder auf eine vergleichsweise hohe Anzahl nicht erfasster Schulen oder auf Einmalbetreuungen (nur in einem Semester des Schuljahres statt, wie angestrebt, in beiden) schließen.

Von etwas größerer Bedeutung ist die Zahl der erreichten Standorte für die Inklusiven Schulzentren, da dort die Reichweiten nach Kindern aus den geschilderten Gründen wenig aussagekräftig sind; allerdings ist hierbei zu bedenken, dass nicht alle Standorte dieses Schultyps über Primarschulklassen verfügen. Da nur Klassen mit (zumindest auch) Kindern bis 10 Jahren teilnehmen dürfen, ist damit von vornherein mit niedrigeren Reichweiten zu rechnen. Mit 15 von 48 (öffentlichen und privaten) Standorten in Wien konnten im Wintersemester 31,3% aller ISZ abgedeckt werden; im Sommersemester waren es nur 12 Standorte oder 25%. Bezieht man nur öffentliche Standorte mit ein, betragen diese Anteile 30,8% für das Sommer- und 38,5% für das Wintersemester und liegen damit ebenfalls hinter den vorpandemischen Reichweiten.³⁶

3.1.3. FAZIT

Insgesamt ist die Erholung der Reichweitenzahlen sowie die Rückkehr zum persönlichen Kontakt nach der Pandemie positiv zu werten; die sehr hohen Werte der Jahre vor 2020 konnten aber noch nicht ganz wieder erreicht werden. Hierzu ist einzuräumen, dass auch die Gesamtzahl der Volksschüler*innen und Kindergartenkinder in Wien insgesamt deutlich angestiegen ist. Abgesehen von vorübergehenden pandemiebedingten Schwankungen in den Kindergärten stieg diese seit 2014 von Jahr zu Jahr an, in den Kindergärten insgesamt um 6 539, in den öffentlichen Volksschulen um 11 662 statistisch erfasste Kinder. Besonders stark fiel der Anstieg im Jahr 2022 aus. Obwohl auch die absoluten Zahlen erreichter Kinder noch nicht ganz wieder an die hohen Werte von 2019 herankommen, wären auch diese zur Erreichung derselben Reichweite in Prozent nicht ausreichend.³⁷ Das für Wien – im Gegensatz zu anderen Bundesländern – ungebrochene Wachstum der Zielgruppe sollte also in der Planung von MundL mitbedacht werden.

³⁴ Berechnungen basierend auf Auskünften der MA 56 (Wiener Schulen) für öffentliche sowie der Bildungsdirektion für Wien für private Standorte; im Schuljahr 2022/23 existierten 227 öffentliche sowie 75 private Schulstandorte.

³⁵ Vgl. PROGES-Halbjahresbericht (2023), S.18.

³⁶ Basierend auf Auskünften der MA 56 für öffentliche (39) sowie der Bildungsdirektion für Wien für private Standorte (9).

³⁷ Im Vergleich zu 2014 werden sogar wieder mehr Kinder erreicht, was aber dennoch einer deutlich niedrigeren prozentuellen Reichweite entspricht.

Anzahl der erreichten Kinder in Kindergärten und Kindergruppen:

WS 2022/23: 31 521 Kinder (55%); -31% im Vergleich zu WS 2019/20: 47 503 Kinder (86%)

SS 2022/23: 39 726 Kinder (70%); -16% im Vergleich zu SS 2018/19: 47 221 Kinder (86%)

Anzahl der erreichten Kinder in öffentlichen Volksschulen (VS):

WS 2022/23: 55 349 Kinder (82%); -9% im Vergleich zu WS 2019/20: 56 926 (91%)

SS 2022/23: 55 525 Kinder (82%); -9% im Vergleich zu SS 2018/19: 56 496 (91%)

Abbildung 4: Reichweiten der persönlichen Vorortbetreuung (Programmteil MundL) im Vergleich 2022 zu 2019

PROGES führt im Jahresbericht 2022 Personalmangel als Begründung an, die Zielzahlen für das Kalenderjahr nicht erreicht zu haben. Pandemiebedingt frei gewordene Stellen sollten ursprünglich bis September nachbesetzt werden, was jedoch erst mit Jahresende gelang. Aus diesem Grund seien insbesondere die Planzahlen für die Monate September bis Dezember nicht erreicht worden, was den vorübergehenden neuerlichen Rückgang in den Kindergärten im Wintersemester erklären könnte. Zusätzlich kam es zu vermehrten Ausfällen durch Erkrankungen.³⁸ Aus Sicht des Evaluationsteams sprechen diese Umstände dafür, dass die zwischenzeitlich wieder rückläufigen Zahlen in den Kindergärten eine spezifische Entwicklung des Jahres 2022 waren. Allgemein dürfte aber der pandemiebedingt reduzierte Personalstand zumindest teilweise erklären, warum die Erholung der Reichweite – trotz der positiven Entwicklung – insgesamt etwas Zeit benötigt. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die MGE zu einem großen Teil selbst den Kontakt zu den Schulen organisieren, wofür Erfahrung mutmaßlich eine Rolle spielt. Inzwischen sind bei PROGES wieder 43 Mundgesundheitsexpert*innen angestellt, was rund 20 Vollzeitäquivalenten entspricht. Damit ist der Personalstand des Jahres 2019 wieder erreicht, was zur weiteren Entwicklung der Reichweiten beitragen sollte. Zu bedenken ist aber, dass sich auch die Zielgruppe seitdem nicht unwesentlich vergrößert hat, weshalb vermutlich ein noch höherer Personalstand anzustreben wäre. Das Modell, die durchführende Organisation ausschließlich pro erreichtem Kind zu vergüten, dürfte dazu beigetragen haben, dass sich die vollständige Erholung nach den krisenbedingten Rückgängen derzeit verzögert.

Die Entwicklung verläuft aber aktuell positiv. Ausbaupotenzial besteht insgesamt vor allem noch bei privaten Einrichtungen, insbesondere Privatschulen, an welchen der flächendeckende Programmteil MundL nach wie vor gar nicht zur Verfügung steht. Vor dem Hintergrund beschränkter Mittel ist der verstärkte Einsatz derselben in öffentlichen Schulen aber insofern gerechtfertigt, als Kinder aus schlechterer ökonomischer Lage ein höheres Kariesrisiko aufweisen.

3.2. PROGRAMMTEIL ZAHNTHEATER

Auch das Zahntheater konnte in den letzten Jahren phasenweise nicht oder nur eingeschränkt stattfinden. Dies lag zunächst, wie in den anderen Bereichen, am pandemischen Geschehen, was aber teilweise durch Ersatzangebote wie Online-Workshops kompensiert werden konnte. Gegen Ende des Schuljahres 2021/22 konnte dann innerhalb des kurzen Zeitraums von zwei Monaten die vergleichsweise hohe Anzahl von 36 Aufführungen stattfinden, weshalb es zunächst schien, als würde sich der Programmteil rasch erholen können. Im Sommer 2022 beendete dann allerdings der bisherige Sponsor Colgate-Palmolive sein Engagement für das Zahntheater, weshalb die Aufführungen zu-

³⁸ Vgl. PROGES-Ganzjahresbericht (2022); Interviews PROGES-Leitung.

nächst ausgesetzt werden mussten. Derzeit werden die Kosten des Programmteils aus den regulären Programmmitteln bestritten, was nach Auskunft des WiG-Projektteams aufgrund der pandemiebedingt aus den letzten Jahren verbliebenen Restmittel möglich wurde. Derzeit wird ein neuer Sponsor gesucht, nach Einschätzung des Teams scheint es derzeit aber höchst ungewiss, ob wieder eine externe Vollfinanzierung möglich sein wird.

Seit Februar 2023 finden wieder Aufführungen statt, wobei die notwendigen Proben eine gewisse Vorlaufzeit nötig machten. Aus demselben Grund werden die beiden Theaterstücke - „Im Mund geht's rund!“ für Kinder im Volksschulalter sowie „Im Mund geht's rund – Supergesund!“ für erste und zweite Mittelschulklassen - auch nicht im selben Zeitraum aufgeführt. Dementsprechend fanden im verkürzten Aufführungszeitraum des vergangenen Schuljahres nur Aufführungen des Programms für jüngere Kinder statt. Die nach PROGES-Aufzeichnungen insgesamt 54 Aufführungen verteilten sich dabei auf 15 öffentliche Volksschulen, 5 private Volksschulen und zwei Inklusive Schulzentren³⁹; dabei wurden bis zu 5 753 Kinder erreicht.⁴⁰ In Relation zum verkürzten Aufführungszeitraum konnten im Zahntheater damit wieder ähnliche Reichweiten realisiert werden wie in den letzten Vorpandemiejahren, als die Zahl der Aufführungen zwischen 94 und 103 pro Schuljahr lag. Auch die Zahl der erreichten Schüler*innen war im ersten Halbjahr 2019/20 (5 330) mit der aktuellen vergleichbar.⁴¹

Aufführungen an Mittelschulen finden erst im derzeit laufenden Schuljahr wieder statt, weshalb zur aktuellen Reichweite in diesem Bereich noch keine Zahlen vorliegen. Generell beansprucht das Zahntheater keine Flächendeckung; die vorhandenen Ressourcen erlauben erneute Aufführungen an denselben Standorten nur in mehrjährigen Abständen.

Im Zuge der Evaluation befragte Expert*innen heben zum Teil das Zahntheater aufgrund des Innovationsgrades positiv hervor und erhoffen einen entsprechend starken Effekt bei den Schüler*innen. Andere kritisieren hingegen die mangelnde Nachhaltigkeit einer (aus Schüler*innensicht) nur einmalig stattfindenden Maßnahme. Außerdem ist das Zahntheater der einzige Programmteil von „Tipptopp“, mit dem Schüler*innen an NMS im Alter zwischen etwa 10 und 12 Jahren angesprochen werden, was ihm einen besonderen Stellenwert im Programm verleiht, der auch von der Bildungsdirektion in der ersten durch abif durchgeführten Evaluierungsperiode betont wurde. Andere Präventionsprojekte der WiG wenden sich auch an NMS. Inwiefern über diese auch das Thema der Mundgesundheit punktuell eingebracht werden könnte, wäre eventuell zu überlegen.

3.3. VERANSTALTUNGEN FÜR ERWACHSENE

„Tipptopp“ richtet sich auch an Eltern und Erziehungsberechtigte sowie an Pädagog*innen. Neben der Verteilung von Materialien (z.B. als Bestandteil des Wickelrucksacks der Stadt Wien) führt PROGES regelmäßig auch Elternveranstaltungen durch, darunter Infoabende und Infostände an Kindergärten und Volksschulen. Der Umfang war hierbei auch vor der Pandemie deutlich kleiner als bei den Kinderkontakte: Ziel war in diesem Fall nicht Flächendeckung, sondern gezielte Ansprache von Risikogruppen, insbesondere sozioökonomisch benachteiligten Familien. Die Auswahl der Schulen, Kindergärten und weiterer Einrichtungen blieb dabei der Trägerorganisation PROGES überlassen bzw.

³⁹ Es finden üblicherweise mehrere Aufführungen pro Standort statt, um alle Schüler*innen der infrage kommenden Klassen abzudecken.

⁴⁰ Die Aufzeichnungen von PROGES beziehen sich auf die Schüler*innenzahl der jeweiligen Klassen, durch Absenzen kommen in der Praxis vermutlich entsprechend niedrigere Anwesenheitszahlen zustande.

⁴¹ Vgl. den Endbericht zur Evaluationsperiode 2018-2019 (Egger-Subotitsch et al., 2020).

war sie im Falle der Schulen ident mit dem Programmteil „Intensivprophylaxe“, bis dieser eingestellt wurde.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie schwand allerdings das Interesse an Veranstaltungen stark. Das maximal für den Programmteil zur Verfügung stehende Budget wird derzeit nach wie vor nicht ausgeschöpft, was durch PROGES auf das anhaltend geringere Buchungsinteresse zurückgeführt wird.⁴² Dadurch kam es zu einer gewissen Flexibilisierung der Veranstaltungen, indem diese für weitere Schulen, welche nicht an der Intensivprophylaxe teilnahmen, geöffnet wurden. Die Risikoorientierung der Einrichtungsakquise wird derzeit nicht durch die WiG überprüft. Eine Post-hoc-Analyse ist für die Evaluator*innen nicht möglich, weil der AK-Chancenindex, der eine gute Datengrundlage für diese böte, nicht zur Verfügung gestellt wird und sich Annäherungsverfahren nach Überprüfung durch abif als zu ungenau erwiesen.⁴³ Standorte können sich auch von sich aus bewerben. PROGES gibt sowohl im Halbjahresbericht 2023 als auch im Interview an, sich weiterhin am durch die Mundgesundheitsexpert*innen wahrgenommenen, besonderen Bedarf zu orientieren. Dies geschieht durch verstärkte Bewerbung der Veranstaltungen an solchen Schulen, an welchen die Mundgesundheitsexpert*innen prekäre soziale Situationen oder mangelndes Wissen bei Eltern und Pädagog*innen wahrnehmen.⁴⁴ Teilweise werden nach Auskunft der PROGES-Programmleitung auch mehrsprachige Infostände angeboten.

Diese informelle Herangehensweise an die Identifizierung von Risikostandorten erscheint vor dem Hintergrund mangelnder Datenweitergabe an den Auftragnehmer PROGES, an welchen Schulen benachteiligte Familien anzutreffen sind, durchaus sinnvoll, zumal die MGE durch den persönlichen Kontakt mit den Kindern und das gemeinsame Zähneputzen einen Einblick in die Zahngesundheit bzw. das Zahngesundheitsverhalten und den Wissensstand der Kinder haben. Durch den derzeitigen Wegfall der Intensivprophylaxe verbleiben die Elternkontakte als einziger risikogruppenorientierter Programmteil von „Tipptopp“; vor dem Hintergrund der ungleichen sozialen Verteilung von Mundgesundheit kommt ihnen daher besondere Bedeutung zu.

Der Schwerpunkt wird quantitativ auf Kindergärten gelegt: An Volksschulen fanden Elternveranstaltungen ursprünglich nur in den 26 Intensivprophylaxeschulen (zusätzlich zum semestralen, groben Zahnscreening mit Aufforderung zur Zahnsanierung bei Bedarf durch einen Elternbrief) statt. Mit dem Entfall des Programmteils wurde das Angebot für alle öffentlichen Volksschulen in Wien geöffnet; im vergangenen Schuljahr 2022/23 fanden aber auch in 12 ehemaligen Intensivprophylaxeschulen noch Veranstaltungen statt. Außerdem wurden im Wintersemester 2022 als Reaktion auf die gestiegene Fluchtmigration insbesondere aus der Ukraine erstmals auch Veranstaltungen in Flüchtlingseinrichtungen abgehalten. Diese stellten PROGES vor besondere Herausforderungen, da im Unterschied zu Kindergärten und Schulen noch keine Kontakte durch MGE bestanden hatten. Entsprechend schwieriger gestaltete sich die Akquise und teilweise musste Überzeugungsarbeit geleistet werden, um den ohnehin stark ausgelasteten Einrichtungen in diesem Bereich die Dringlichkeit des Themas näherzubringen. Darüber hinaus war der Personenandrang zum Teil erheblich größer als in den gewohnten Settings, weshalb nur erfahrenere MGE dorthin entsandt wurden, welche ihre Inhalte flexibel anpassten. Eine Besonderheit stellt im Falle der Einrichtungen für Geflüchtete dar, dass neben Erwachsenen auch eine etwas kleinere Anzahl Kinder direkt erreicht werden konnte.

⁴² Vgl. PROGES-Halbjahresbericht (2023), S.19.

⁴³ Siehe hierzu auch www.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeitundsoziales/bildung/AK-INFO_Chancen-Index_2021_Online.pdf [24.01.2024].

⁴⁴ Vgl. PROGES-Halbjahresbericht (2023), S.22f.

Seltener finden Veranstaltungen außerdem in durch PROGES sogenannten „kommunalen Settings“ statt, was beispielsweise Kulturvereine, polytechnische Lehrgänge oder überbetriebliche Ausbildungsanstalten sowie in der Vergangenheit auch Kurse wie „Mama lernt Deutsch“ umfassen kann und auch das Ziel verfolgt, künftige Eltern anzusprechen.

An derzeitige und angehende Pädagog*innen und Mitarbeiter*innen von Betreuungseinrichtungen richten sich die ebenfalls von PROGES durchgeführten Multiplikator*innenworkshops. Diese wurden pandemiebedingt auch online durchgeführt und erreichen teils auch Mitarbeiter*innen von Einrichtungen, in welchen „Tipptopp“ sonst nicht vertreten ist, wie beispielsweise Wohneinrichtungen. Hatten noch im Herbst 2021 immerhin 11 solcher Workshops stattgefunden, waren es in diesem Berichtszeitraum lediglich drei, mit zusammengenommen 35 Teilnehmer*innen. Diese Veranstaltungsform leidet nach Aussage der PROGES-Programmleiterin an den begrenzten zeitlichen Ressourcen der Pädagog*innen, das Interesse würde derzeit aber wieder ansteigen.

Quantitativ hatten auch die Elternkontakte massiv unter der Pandemie gelitten. Zeitweise waren keine Veranstaltungen möglich oder das Angebot wurde nicht angenommen. So durften beispielsweise von Dezember 2021 bis März 2022 keine Präsenzveranstaltungen in den Einrichtungen abgehalten werden, weshalb etwa im Wintersemester 2021/22 nur 51 Veranstaltungen für Eltern stattfinden konnten, darunter lediglich 3 in Volksschulen, die restlichen in Kindergärten. Entsprechend groß war auch in diesem Bereich der Aufholbedarf.

Im Schuljahr 2022/23 fanden – Multiplikator*innenworkshops nicht eingerechnet – bereits wieder 315 Veranstaltungen statt, davon allein 239 in Kindergärten. Einer bereits in vorhergehenden Berichten von den Evaluator*innen empfohlenen Konzentration auf Eltern von jungen Kindern, um das quantifizierte Wiener Gesundheitsziel bei den 6-Jährigen zu erreichen, kommt diese Verteilung entgegen. 66 der Veranstaltungen fanden in Schulen statt, weit überwiegend in Volksschulen, vereinzelt aber auch in Mittelschulen, womit die Elternveranstaltungen neben dem Zahntheater einen Programmteil darstellen, durch welchen gezielt auch Kinder über 10 Jahren (in diesem Fall indirekt) angesprochen werden, wenn auch nur im Einzelfall. Hinzu kommen nur 2 Veranstaltungen in sogenannten kommunalen Settings (siehe oben) und 8 in Flüchtlingseinrichtungen, letztere aber mit teilweise sehr hohen Teilnehmer*innenzahlen pro Veranstaltung (in einem Fall 299 bei einer Veranstaltung). Alle Veranstaltungen in Flüchtlingsheimen im vergangenen Schuljahr fanden im ersten Halbjahr statt, nach Auskunft der PROGES-Programmleitung werden diese aber grundsätzlich auch weiterhin fortgeführt. Ansonsten stieg die Zahl der Veranstaltungen vom Winter- auf das Sommerhalbjahr weiter an, von 125 auf 193 Veranstaltungen, was auf einen weiteren Zuwachs der Veranstaltungen in Kindergärten zurückzuführen ist – von 79 auf 160 Veranstaltungen. Damit entfallen inzwischen über 80 Prozent der Veranstaltungen auf dieses Setting, was als eine sehr zielführende Konzentration der Ressourcen auf frühe Intervention bzw. Intervention bei Eltern von noch jungen Kindern gewertet werden kann, und in vorangegangenen Evaluationsberichten bereits mehrfach empfohlen wurde, sowohl von Expert*innen wie Dr. Bekes (Universitätszahnklinik) als auch in der einschlägigen Fachliteratur.

Dabei fanden im Wintersemester 2022 insgesamt 3 293 Kontakte im Rahmen von Erwachsenenveranstaltungen⁴⁵ statt; diese Zahl stieg im Sommersemester auf 4 810. Auch die Anzahl der erreichten Personen steigt also stetig. Obwohl das maximal zur Verfügung stehende Budget für diesen Programmteil nach Angaben von PROGES nach wie vor nicht ausgeschöpft werden kann, befindet sich

⁴⁵ Ausgenommen Multiplikator*innenworkshops.

die Zahl der Erwachsenenkontakte wieder in einem ähnlichen Bereich wie in den Jahren vor der Pandemie, als sie zwischen 3 186 (Wintersemester 2018) und 4 505 (Wintersemester 2019) schwankte. Nach wie vor ist damit die Flächendeckung deutlich geringer ausgeprägt als bezüglich der Kinderkontakte im Rahmen von MundL, was aber vor dem Hintergrund eines Risikogruppenansatzes gerechtfertigt werden kann. Auch bezüglich der Teilnehmer*innenanzahl dominieren die Kindergärten, mit 1 565 Teilnehmer*innen im Winter und nicht weniger als 3 427 und damit 71,2% der Gesamtzahl im Sommersemester; erneut ist damit der Anstieg der Gesamtzahl auf das steigende Interesse in Kindergärten zurückzuführen.

Die Form der Veranstaltungen lässt sich -abgesehen von den beiden Veranstaltungen in kommunalen Settings - in Infostände einerseits und eigene Abendveranstaltungen (Eltern- bzw. Infoabende) andererseits unterteilen. Das Gros machten 2022/23, wie schon vor 2020, bei weitem die Infostände aus, welche bei Elternsprechtagen oder auch zu den Hol- und Bringzeiten in Kindergärten aufgestellt werden. Dieser Zugang wurde auch für die Flüchtlingseinrichtungen gewählt, wobei hier in der Praxis flexibler vorgegangen wurde. Über das gesamte Schuljahr und alle Settings hinweg wurden 94,7% der Erwachsenen über dieses Format erreicht, in den Kindergärten sogar 98%. An den Schulen liegt der Anteil der Abendveranstaltungen aber immerhin bei 13,3%. Nach Auskunft der PROGES-Programmleitung sind die Infostände unter den Einrichtungen beliebter, da sie für diese einen geringeren Planungsaufwand bedeuten. Sie werden daher häufiger gebucht.

Eine Überprüfung der Zielgenauigkeit des Risikogruppenansatzes ist aus den oben genannten Gründen der unzureichenden Datenlage nur erschwert möglich. Da auch kein Monitoring desselben stattfindet, ist damit zu rechnen, dass nur teilweise besonders gefährdete Schulen angesprochen werden. Ein Indiz, dass dies zumindest ein Stück weit gelingt, ist jedoch die auffällige Konzentration von Elternveranstaltungen im einkommensschwachen 10. Wiener Gemeindebezirk⁴⁶, in welchem allein in den Kindergärten im vergangenen Schuljahr 1 297 Eltern erreicht werden konnten. Im Gegensatz dazu weist zum Beispiel der ebenfalls eher einkommensschwache 16. Bezirk⁴⁷ mit 91 Elternkontakten in Kindergärten unterdurchschnittliche Werte auf. Diese Beispiele veranschaulichen exemplarisch, dass sich die Verteilung der Veranstaltungen wie erwartet teilweise, aber nicht in homogener Weise auf einkommensschwache Bezirke konzentriert. Zu bedenken ist auch, dass das Medianeinkommen nach Bezirken im besten Fall nur eine sehr grobe Annäherung an den möglichen Risikogruppenstatus der Schüler*innen an einzelnen Standorten darstellen kann. Eine Fortführung der bisherigen Vorgehensweise, nach subjektiver Einschätzung der Expert*innen besonders gefährdete Schulen verstärkt auf das Angebot anzusprechen, erscheint in Kombination mit den vorhandenen, sicher noch ausbaufähigen Angeboten für besondere Gruppen als Übergangslösung durchaus sinnvoll. Ein systematisches Targeting (z.B. unter Einbeziehung der Bildungsdirektion, die über genaue Daten zu benachteiligten Schüler*innen verfügt) von Risikogruppen im Rahmen von „Tipptopp“ erscheint wünschenswert und ist nach Angaben der WiG derzeit auch in Planung begriffen.

⁴⁶ Drittniedrigstes Medianeinkommen im Jahr 2021, vgl. www.data.gv.at/katalog/dataset/d76c0e8b-c599-4700-8a88-29d0d87e563d [30.01.2024].

⁴⁷ Viertniedrigstes Medianeinkommen im Jahr 2021, vgl. ebd.

4. DETAILLIERTE EVALUATION NEUER UND ERNEUERTER PROGRAMMTEILE

4.1. PILOTPROJEKT ZÄHNEPUTZEN IN GEMEINSCHAFTSEINRICHTUNGEN

4.1.1. ENTWICKLUNG UND DURCHFÜHRUNG DES PILOTPROJEKTS

„Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“, kurz „ZiG“, wurde auf Basis und als Nachfolger des erfolgreichen Pilotprojekts „Zähneputzen im Kindergarten“ („ZiK“) entwickelt. Letzteres konnte tägliche Zahnputztourinen in den teilnehmenden Kindergärten etablieren, wofür Zahnputztensilien, hygienische Aufbewahrungshilfen und pädagogisches Material kostenfrei geliefert und zusätzliche Betreuung durch die PROGES-Mundgesundheitsexpert*innen zur Verfügung gestellt wurde. Nach den Erkenntnissen der Evaluation wurde Zähneputzen von den Pädagog*innen vor Ort – nach einer arbeitsintensiveren Einstiegsphase – als bewältigbarer Teil des Betreuungsalltags erlebt.⁴⁸ Zähneputzen im Kindergarten sollte die bis dahin im Programm fehlende Verhältnisprävention einführen, wurde aber nur an zuletzt 7 Standorten durchgeführt, da eine Ausrollung mit dem intensiven Betreuungsaufwand seitens der WiG, der sicherlich ein Erfolgsfaktor des Pilotprojekts war, nicht umsetzbar war. Daher lief „ZiK“ mit Sommer 2023 nach vier Jahren aus, während parallel zum letzten Jahr das Anschlussprojekt „ZiG“ entwickelt wurde. Dadurch sollte ein weniger betreuungsintensiver Nachfolger entstehen, um größere Breitenwirkung bei gegebenen Ressourcen zu ermöglichen. Außerdem waren im Zuge der COVID-19-Pandemie Erfahrungen mit Lernpaketen gesammelt worden, welche sehr gut angenommen wurden. Deshalb bot es sich an, diesen Ansatz entsprechend fortzuführen und Materialpakete zu entwickeln, welche Betreuungseinrichtungen bei nur begrenzter Begleitung durch Mundgesundheitsexpert*innen zum regelmäßigen Zähneputzen animieren sollten.

Darüber hinaus sollte der neue Ansatz auch dazu genutzt werden, die Reichweite von „Tipptopp“ auch auf Betreuungsformate auszudehnen, die bisher nicht erreicht wurden. Insbesondere Nachmittagsbetreuung (Horte, Ganztagschulen) und Tageseltern wurden als Zielgruppen identifiziert, auch um jene Einrichtungen zu erreichen, in welchen mit den Kindern gegessen wird.

Aufbauend auf diesen grundlegenden Überlegungen wurde abif mit einer Bedarfserhebung beauftragt, welche im Frühjahr und Sommer 2022 durchgeführt wurde, wobei noch weitere Betreuungsformen berücksichtigt wurden. Dabei bestätigten sich Bedarf und voraussichtliche Akzeptanz entsprechender Maßnahmen in Einrichtungen, insbesondere betreffend Horte und Tageseltern. Die Notwendigkeit von zusätzlicher Betreuung für die Durchführung von täglichem Zähneputzen wurde dabei von interessierten Standorten höchst unterschiedlich beurteilt.⁴⁹

Entsprechend wurde PROGES mit der Entwicklung und Testung eines Prototyps beauftragt. Nach Einschätzung des WiG-Projektteams erwiesen sich dabei zunächst die personellen Diskontinuitäten, zu denen es bei PROGES während der letzten Jahre gekommen war, als hinderlich, da Ansätze aus Zähneputzen im Kindergarten zunächst nicht weiterverfolgt bzw. Materialien nicht weiterverwendet wurden. Nach Auskunft der Projektverantwortlichen bei PROGES - welche selbst nicht an ZiK beteiligt gewesen war - konnte aber dennoch auf die im Team vorhandenen Erfahrungen mit dem älteren Projekt aufgebaut werden.

⁴⁸ Vgl. Zwischenbericht II zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger-Subotitsch & Kranner, 2022), S.4-5 und 13-16.

⁴⁹ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger & Flotzinger, 2023), S.7 und S.25-33.

Durchgeführt wurde das Pilotprojekt an 10 verschiedenen Standorten, davon 4 Tageseltern, 2 Kindergruppen, 2 Hortgruppen und 2 Ganztagsvolksschulklassen. Die Entwicklung erfolgte von Anfang an in enger Abstimmung mit den Testeinrichtungen, um die Praxistauglichkeit der Materialpakete zu gewährleisten. Die Akquise der Einrichtungen gestaltete sich etwas aufwendiger als angenommen, da etwa zu Tageseltern bis dahin bei PROGES keine Zusammenarbeit bestand und nicht, wie bei Zahneputzen im Kindergarten, auf bestehende, teils jahrelange Kontakte durch die Mundgesundheitsexpert*innen aufgebaut werden konnte.⁵⁰ Es wurden zunächst sehr umfangreiche Materialpakete geschnürt, welche neben Zahnpflegesilien für jedes Kind und Hilfen zur hygienischen Aufbewahrung auch eine Reihe von Spiel- und pädagogischen Angeboten enthielten, mit dem Ziel, möglichst viele Materialien zu testen. Nach zeitlich stark begrenzten einführenden Anleitungen durch eine*n Mundgesundheitsexpert*in (ca. 1,5 Stunden pro Betreuungsperson, im Unterschied zu ZiK keine direkte Arbeit mit den Kindern) sollten die Einrichtungen dann selbstständig mit den Materialien arbeiten. Die Pakete waren dabei von Anfang an in Schnupper- und Erweiterungspakete aufgeteilt worden, mit der Absicht, zunächst nur Zahnpflegesilien für einen Monat zum Testen zur Verfügung zu stellen, und den Zeitraum dann durch das Erweiterungspaket auf ein Jahr auszudehnen.

Nach Auslieferung der Schnupperpakte wurde im Februar und März 2023 durch PROGES eine erste telefonische Feedback-Erhebung durchgeführt. Dabei zeigte sich allgemein hohe Zufriedenheit mit Qualität und Umfang der Materialien. Es zeigte sich aber auch bereits, dass nicht in allen Einrichtungen tägliches Zahneputzen mit den Kindern durchgeführt bzw. für möglich erachtet wurde; die Einstellung der Einrichtungen hierzu gestaltete sich auch innerhalb derselben Einrichtungsform nach Standorten höchst unterschiedlich. Trotzdem waren alle am Erhalt weiterer (ggf. v.a. pädagogischer) Materialien interessiert. Entsprechend wurde der Schluss gezogen, dass auch den übrigen Einrichtungen Erweiterungspakete angeboten werden sollten. Ferner wurde erhoben, welche Materialien sich als besonders beliebt erwiesen hatten. Dies waren für die kleineren Kinder besonders haptische und bildhafte Materialien, für Kinder im Kindergartenalter bestimmte Spiele und für Kinder im Schulalter (Nachmittagsbetreuung) das Zahnfärbeexperiment „Lerneffektspülung“.⁵¹

Aus den Erfahrungen mit dem Pilotprojekt wurde abgeleitet, dass eine ganze Reihe verschiedener Pakete angeboten werden sollte, darunter Schnupper- und Erweiterungspakete für unterschiedliche Altersgruppen. Nach jüngstem Kenntnisstand des Evaluationsteams stehen die Finalisierung und breitere Ausrollung der ZiG-Pakete weiterhin aus, sind aber nach wie vor geplant. Die derzeitige Verzögerung dieser Prozesse ergibt sich nach Einschätzung des WiG-Projektteams u.a. aus dessen eigener schlanker Personalstruktur; aufgrund anderer dringender Tätigkeiten und insbesondere aufgrund der verzögerten Ausschreibung der weiteren Programmdurchführung blieb demnach Zahneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen etwas auf der Strecke. Darüber hinaus waren noch gestalterische Maßnahmen in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit der WiG notwendig.

4.1.2. FEEDBACK-ERHEBUNG IM RAHMEN DER EVALUATION

KONZEPTION UND DURCHFÜHRUNG

Zum Abschluss des Pilotprojekts wurde durch das Evaluierungsteam eine weitere Feedback-Erhebung bei den teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt. Vorrangiges Ziel war es dabei, festzustellen, ob

⁵⁰ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018-2019 (Egger-Subotitsch et al., 2020), S.117.

⁵¹ Vgl. ZiG-Feedbackbericht PROGES; PROGES-Halbjahresbericht (2023), S.28-30.

regelmäßiges Zähneputzen (an denjenigen Standorten, wo dieses überhaupt durchgeführt worden war) von den Einrichtungen selbstständig weitergeführt und so das primäre Projektziel erreicht wird. In engem Zusammenhang damit ist auch die Frage zu sehen, ob dieses Ziel trotz der Abwesenheit ständiger Betreuung dauerhaft gewährleistet ist. Außerdem sollten vor diesem Hintergrund die praktische Anpassung der Einrichtungen an die Herausforderungen des täglichen Zähneputzens festgestellt und die Sinnhaftigkeit der gefundenen Durchführungsweisen beurteilt werden. Darüber hinaus interessierten auch die weitere Verwendung der pädagogischen Materialien, die Adäquanz der Materialausstattung und die allgemeine Zufriedenheit der teilnehmenden Einrichtungen.

Um diese Fragen zu beantworten, wurden leitfadengestützte qualitative Kurzinterviews mit allen teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt. Da die beiden Kindergruppen zur selben Einrichtung gehören, in engem Austausch miteinander standen und angaben, dieselben Erfahrungen gemacht und dieselben Strategien angewandt zu haben, wurde in diesem Fall nur ein Interview stellvertretend für beide Gruppen gehalten; daher fanden insgesamt 9 Interviews statt. Diese wurden im Zeitraum November bis Dezember 2023 durchgeführt und erfolgten damit jeweils mindestens acht Monate nach dem letzten direkten Kontakt der Einrichtungen mit PROGES (in Form der ersten Feedback-Erhebung). Damit lagen alle Gespräche aber noch deutlich innerhalb des Zeitraums, für den die Materialausstattung der Erweiterungspakete vorgesehen war. Die Interviews wurden in allen Fällen direkt mit den das Projekt durchführenden Betreuer*innen am Telefon gehalten.

ERGEBNISSE

Zufriedenheit mit Durchführung und Materialien

Die meisten Pädagog*innen zeigten sich sehr zufrieden mit dem Pilotprojekt. Dies betrifft insbesondere die Durchführung des Projekts, die Kommunikation mit und die Beratung durch PROGES sowie auch die Lieferung der Materialien.

Auch den Materialien selbst wurde durchweg hohe Qualität bescheinigt. Überwiegend gaben Pädagog*innen auch an, dass die Kinder Spaß mit den Lernmaterialien hatten, und dass auch die Eltern sehr positiv auf das Projekt reagiert hätten. Die Rückmeldung eines Standorts, mit negativen Elternreaktionen zu kämpfen zu haben, welche PROGES im Projektverlauf erhalten hatte, scheint ein Einzelfall geblieben zu sein und kam in der abschließenden Feedback-Erhebung nicht mehr vor. Dies entspricht auch den Erfahrungen aus „Zähneputzen im Kindergarten“, wo das Feedback der Eltern überwiegend positiv ausfiel.⁵²

Probleme verursachte vor allem die Abstimmung der Materialien auf spezifische Altersgruppen und Settings. Dies war insbesondere an den beiden Enden des Altersspektrums der Fall. Besonders eine Tagesmutter, welche sehr junge Kinder betreut, gab an, etwa zur Hälfte für ihre Altersgruppe ungeeignete Materialien erhalten zu haben. Insbesondere ein Spiel mit verschluckbaren Kleinteilen (Magneten) stufte sie sogar als gefährlich für ihre Kinder ein und zeigte sich entsprechend weniger zufrieden. Die Freizeitpädagogin einer vierten Volksschulklasse erlebte hingegen einen gewissen Unwillen der Kinder, welchen sie auf deren vergleichsweise hohes Alter zurückführte. Dennoch wären die Spiele gut angekommen, während die Lieder als zu kindisch empfunden wurden. Ein Hortbetreuer gab zudem an, die Materialien seien teils zu schulisch, womit er sich beispielsweise auf die Arbeitsblätter

⁵² Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018/19 (Egger-Subotitsch et al., 2020).

bezieht. Entsprechend haben diese weniger gut in die Arbeit mit den Kindern integriert werden können, da diese schon sehr durch Schule und Hausübung ausgelastet seien.

Diese kritischen Rückmeldungen erklären sich vermutlich aus der Herangehensweise an das Pilotprojekt. Nach der Projektverantwortlichen bestand diese nämlich darin, die Pakete möglichst umfangreich auszustatten, um möglichst viele verschiedene Materialien zu testen. Entsprechend scheint es wenig verwunderlich, dass Standorte, welche versuchten, möglichst alle Materialien in ihre Arbeit zu integrieren, nicht mit allen gleichermaßen zufrieden waren.

Herangehensweisen an das Zähneputzen in den Einrichtungen

An 8 von 10 Pilotstandorten wurden zumindest zeitweise in einiger Regelmäßigkeit Zähne geputzt. Nur zwei Tagesmütter putzten nie die Zähne, eine davon explizit aus hygienischen Gründen. Das bedeutet allerdings nicht, dass die übrigen unbedingt täglich mit allen Kindern putzten. Eine Tagesmutter schaffte es aufgrund täglich unterschiedlicher Zeitpläne nicht, jeden Tag zu putzen, während in der Nachmittagsbetreuung mitunter nur ein größerer oder kleinerer Teil der Kinder freiwillig putzte. Dies führte in einem Hort auch dazu, dass das Putzen mit der Zeit eher eingeschlafen sei, was dort aber auch mit einem starken Wechsel der Kinder begründet wird – in der neuen Gruppe wäre das Interesse weniger vorhanden. Die bereits erwähnte vierte Ganztagsvolksschulklasse wiederum hat die Schule natürlich zwischenzeitlich verlassen, und die Pädagog*innen wollten das Projekt nicht direkt mit der 1. Klasse, die sie anschließend übernahmen, fortführen, da man sich mit dieser zuerst allgemein in die Schulroutine einfinden habe müssen. Außerdem wurden die übriggebliebenen Zahnbürsten den Kindern der ausscheidenden 4. Klasse mitgegeben. Dennoch kann man sich auch an diesem Standort vorstellen, künftig wieder Zähne zu putzen, und würde sogar 1. oder 2. Klassen tendenziell für besser geeignet halten, nachdem es, wie erwähnt, in der 4. Klasse zu Motivationsproblemen gekommen war. Nur an einem Schulstandort wurde die Einstellung des Putzens mit zu knappen Zeitplänen in der Freizeitbetreuung und darin begründeter übermäßiger Anstrengung begründet. Dort war allerdings generell nur mit einem kleineren Teil der Kinder freiwillig geputzt worden, und der Zeitplan erscheint dort tatsächlich denkbar knapp, da ein Teil der Kinder schon um 14 Uhr nach Hause geht. Da man an diesem Standort Putzen direkt nach dem Essen aus gesundheitlichen Gründen vermeiden wollte, blieb tatsächlich kaum Zeit für gemeinsames Putzen. Zur Unterbrechung einer einmal gestarteten Zahnpflichtroutine kam es demnach in jenen Fällen, in welchen sich die Zusammensetzung der Gruppe stark oder völlig veränderte, beziehungsweise bei besonders knappen Zeitverhältnissen, wie sie in den Ganztagschulen vorliegen.

Eine Tagesmutter mit vergleichsweise eher älteren Kindern (3 bis 6 Jahre) hatte überdies schon vor ihrer Teilnahme am Pilotprojekt täglich die Zähne der Kinder geputzt. Für sie waren vor allem die sonstigen Materialien hilfreich sowie die Tatsache, dass nunmehr die Eltern keine Zahnpflichtutensilien mehr beitragen mussten. Damit bleiben vier Standorte, an welchen Zahnpflichten in der Einrichtung erfolgreich eingeführt und nach rund neun Monaten noch immer weitergeführt wurde und auch künftig werden soll. Dies betrifft eine weitere Tagesmutter, die beiden (zusammengehörigen) Kindergartengruppen und eine Hortgruppe. Diese haben auch, wie geplant, für die nächste Zeit noch genügend Material zur Verfügung. Manche Einrichtungen verbrauchten allerdings mehr Material als vorgesehen, weil sie entweder die Bürsten in Reaktion auf diverse Infektionskrankheiten öfter wechselten oder den Kindern Bürsten mit nach Hause gaben. Das Auskommen über ein ganzes Jahr, wie vorgesehen, ist damit nicht in allen Fällen gewährleistet. Dennoch hatte zum Erhebungszeitraum noch keine Einrichtung, welche das Putzen fortsetzt, wieder unmittelbaren Bedarf an neuen Zahnpflichtutensilien, was für einen allenfalls unwesentlich erhöhten Materialaufwand spricht. Lediglich die

erwähnte Schule, bei der die Bürsten den Kindern der ausscheidenden vierten Klasse mitgegeben wurden, hätte auch aus diesem Grund derzeit keine Bürsten mehr zur Verfügung, um mit einer anderen Klasse weiter zu putzen.

Die tatsächliche Durchführung des Zähneputzens wurde in den Standorten allerdings sehr individuell gehandhabt. Dies betrifft nicht nur die Frequenz und die Anzahl der teilnehmenden Kinder, sondern auch den Zeitpunkt. In einigen Fällen wurde eher morgens geputzt, was zu positiven Rückmeldungen der Eltern führte, da es für sie eine Erleichterung ihrer hektischen Morgenroutine bedeute. Offenbar sehen diese Eltern also das Putzen in der Einrichtung als Ersatz für Putzen zuhause.

Analog äußerte sich auch die erwähnte, eher kritische Tagesmutter von Kleinstkindern. Ihrer Meinung nach wäre es in der jüngsten Altersgruppe wichtiger, zuhause Zahnputzroutinen aufzubauen, was sie durch Putzen in der Einrichtung gefährdet sieht. Generell solle man ihr zufolge in dieser Altersgruppe vor allem bei den Eltern stärker ansetzen, wofür sie auch ihre Räumlichkeiten für Informationsveranstaltungen zur Verfügung stellen würde.

Bedarf an Begleitung

Die Einrichtungen, welche am Pilotprojekt teilnahmen, zeigten sich sehr zufrieden mit der gebotenen Begleitung durch PROGES. Stärkere Betreuung wird nach Einschätzung der Pädagog*innen nicht unbedingt benötigt. Nur in den beiden Horten wünscht man sich Besuche durch Mundgesundheitsexpert*innen, was aber durch deren Beliebtheit bei den Kindern im am selben Standort ebenfalls betriebenen Kindergarten begründet wird. Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus der Bedarfserhebung, in welcher befragte Horte denselben Wunsch äußerten.⁵³ Vermutlich spiegelt dieser – unabhängig vom Zähneputzen in der Einrichtung - eher den generell guten Ruf der Expert*innenbesuche wider, insbesondere in Einrichtungen, in welchen mit diesen bereits Erfahrungen gemacht wurden. Gleichzeitig begründet eine Hortpädagogin ihr Anliegen aber auch damit, dass gerade im Hort Mundgesundheitserziehung wichtig wäre, weil hier mit den Kindern auch gegessen werde.

Bedacht werden sollte allerdings, dass im Rahmen des Pilotprojekts im Vorfeld ein vergleichsweise reger Austausch zwischen den Pädagog*innen und PROGES stattfand und erstere dabei sogar auf die Zusammensetzung der Pakete einwirken konnten. Obwohl später nur sehr begrenzte Kommunikationskanäle zur Verfügung standen (vorgesehen waren 1,5 Stunden Einführung nebst der Möglichkeit späterer Rückfragen, für welche seitens PROGES nur eine halbe Stunde Arbeitszeit eingeplant wurde), war damit die Betreuung insgesamt doch etwas intensiver.

Auswirkungen auf die Fortsetzung des Zähneputzens scheint der weitgehende Abbruch der Betreuung nach kurzer Zeit allerdings kaum gehabt zu haben. Regelmäßiges, teilweise tägliches Zähneputzen wurde auch rund 9 Monate später von den Einrichtungen fortgeführt (sofern sich die Zusammensetzung der Gruppen nicht erheblich änderte), und hierbei wurde offenbar auch nur begrenzt mehr Material verbraucht als vorgesehen (siehe oben). Die durch die Projektverantwortliche bei PROGES geäußerten Befürchtungen, dass das Projekt ohne weitere Begleitung in Vergessenheit geraten könnte oder der Verbrauch an Zahnpasta erheblich steigen könnte, scheinen sich demnach nicht bewahrheitet zu haben.

Einzuräumen wäre ferner, dass die mangelnde Begleitung sich auch auf die Gestaltung des täglichen Zähneputzens ausgewirkt haben könnte. Es ist etwa denkbar, dass eine vielleicht etwas zu freie In-

⁵³ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger & Flotzinger, 2023), S.29.

terpretation der Projektziele durch die Einrichtungen dazu beigetragen haben könnte, dass an manchen Standorten, wie erwähnt, das Zähneputzen in der Einrichtung als Ersatz für das Putzen zuhause interpretiert wurde.

Einsatz pädagogischer Materialien

Das Ausmaß der Verwendung pädagogischer Materialien unterscheidet sich nach Standorten. In manchen dieser kam es zu einem sehr intensiven, regelmäßigen Einsatz des umfangreichen Pakets. Offenbar fühlten diese zum Teil einen gewissen Druck, ausgiebig mit den Kindern zu arbeiten und viel Zeit zu investieren; die Teilnahme an der Pilotierung wurde von diesen eher als eine intensive „Projektzeit“ wahrgenommen, während derer mitunter große Teile der insgesamt zur Verfügung stehenden Betreuungszeit aufgewendet wurden. Dies war insbesondere in den Ganztagsvolksschulen der Fall, da hier die Freizeitpädagog*innen zum Teil nur sehr begrenzt Zeit mit den Kindern haben. Unter diesem Aspekt ist zum Teil vermutlich auch die Kritik an bestimmten, für die jeweilige Altersgruppe als weniger passend empfundenen Materialien zu sehen.

Eine so intensive Nutzung der Materialien war entsprechend fordernd für die Pädagog*innen, ein Effekt, der durch den absichtlich größeren Umfang der Testpakete vermutlich verstärkt wurde. Entsprechend konnte sie nur begrenzt aufrechterhalten werden; auch das Interesse der Kinder schwand mit der Zeit. Daher verwendeten diese Standorte die Materialien zum Zeitpunkt der Befragung nur mehr wenig bis gar nicht. Die Produkte befinden sich aber überwiegend noch an den Standorten und wurden dort eingelagert, um sie gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt erneut einsetzen zu können. Vereinzelt wurde aber auch angedacht, Materialien informell an andere Einrichtungen, für die sie besser geeignet sind, weiterzugeben (zum Beispiel an den mit dem Hort verbundenen Kindergarten oder an eine Mutter, die Volksschullehrerin ist). An einem Schulstandort hat man die Erfahrung gemacht, dass die Kinder inzwischen schon sehr vertraut wären mit den Materialien und Inhalten, und sich nunmehr weniger dafür interessierten. Man würde hier die verbliebenen Produkte eher später mit anderen Kindern wieder einsetzen, zum Beispiel in der Sommerbetreuung, in welcher die Zusammensetzung der Gruppe eine andere ist.

Ein eher dauerhafter Einsatz des Materials scheint an jenen Standorten stattzufinden, in welchen die Lernmittel eher locker in den Alltag eingebunden werden. Diese haben zum Teil Kisten oder Regale eingerichtet, aus welchen sich die Kinder nach individuellem Interesse jederzeit Spielsachen aussuchen können.

Eine Tagesmutter setzte zusätzlich eigene Materialien ein, darunter einen eigens besorgten „Arztkoffer“. Ansonsten hatten aber schon Erkenntnisse aus der ersten Feedback-Erhebung durch PROGES gezeigt, dass der Umfang der Materialien schon im Falle der Schnupperpakte als groß und positiv erlebt wurde, und auch im Rahmen der späteren zweiten Feedback-Erhebung gab es noch keinen Mangel an Material. Einzige Ausnahme stellen Elterninformationen dar, da bei Neuzugängen in der Gruppe neue benötigt werden.

Beobachtete positive Effekte

Wie bereits angedeutet, orten die Pädagog*innen teils Lerneffekte bei den Kindern. So wurde an einem Schulstandort, an welchem derzeit nicht mehr mit den Kindern geputzt wird, festgestellt, dass die Kinder nun aber zuhause mehr putzen würden als zuvor. Auch die zuvor unbekannte KAI-Methode wäre nun allgemein geläufig. Darüber hinaus würden Kinder, die zuvor nie beim Zahnarzt bzw. bei der Zahnärztin waren, jetzt Untersuchungen in Anspruch nehmen. Alle diese Rückmeldun-

gen kamen aus einer privaten Ganztagschule – ein möglicher Hinweis darauf, dass in diesen mitunter Aufholbedarf bestehen könnte, da sie nicht Teil der Zielgruppe von MundL sind und daher nicht regelmäßig von Mundgesundheitsexpert*innen besucht werden.

4.1.3. SCHLUSSFOLGERUNGEN

„Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ baut auf dem erfolgreichen Projekt „Zähneputzen im Kindergarten“ auf. Wie dieses verfolgt es das Ziel, den Verhältnisansatz im Rahmen des Projektes „Tipptopp“ zu stärken und tägliches Zähneputzen in den Einrichtungen zu etablieren, was von interviewten Expert*innen als sinnvoller Beitrag zur Mundgesundheit gesehen wird. Im Rahmen von „Zähneputzen im Kindergarten“ war dies an den teilnehmenden Standorten gut gelungen, allerdings kam es nie zu einer Ausweitung dieses Projekts über eine kleine Anzahl von Pilotgruppen hinaus. Letzteres scheint aufgrund begrenzter Programmressourcen nach Aussagen der WiG-Projektverantwortlichen auch weiterhin nicht möglich, weshalb „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ als weniger betreuungsintensive Alternative konzipiert wurde. Hierfür war es hilfreich, dass während der COVID-19-Pandemie bereits Erfahrungen mit Lernpaketen gemacht wurden. Die Bewältigung der außergewöhnlichen Herausforderungen in einer Ausnahmesituation konnte damit zur Entwicklung neuer Ideen für den Normalbetrieb beitragen.

Zusätzlich soll „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ die Reichweite von „Tipptopp“ auf bislang nicht eingebundene Betreuungsformate ausweiten. Die zumindest vorläufige Konzentration auf Nachmittagsbetreuung sowie Tageseltern entspricht dabei den Ergebnissen der Bedarfserhebung, welche diese als besonders geeignete Zielgruppen ausmachte.⁵⁴

Grundsätzlich ergibt sich aus den Erfahrungen der Pilotierung von „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“, dass entsprechende Pakete dazu geeignet sind, Zähneputzen in Einrichtungen zu implementieren. Dies gelang in verschiedenen Betreuungsformaten, von Tageseltern über Kindergarten bis hin zur Nachmittagsbetreuung, obwohl besonders die Ganztagschulen aufgrund stark begrenzter Zeitressourcen vor besonderen Herausforderungen standen. Die Einstellung einer einmal begonnenen Putzroutine stand aber in zwei von drei Fällen zumindest auch in Zusammenhang mit einem vollständigen oder zumindest erheblichen Wechsel der Kinder in der Gruppe.

Damit zeigt sich, dass die Fortführung von Zähneputzen in unterschiedlichen Betreuungssettings nicht zwingend an eine durchgängige Betreuung durch Mundgesundheitsexpert*innen gebunden ist. Auch zum Zeitpunkt der letzten Feedback-Erhebung rund neun Monate nach Abbruch der aktiven Begleitung fand dieses in jenen Einrichtungen, welche sich zu Beginn überhaupt darauf eingelassen hatten und in welchen es zu keinem weitgehenden Wechsel der Gruppenzusammensetzung gekommen war, überwiegend weiterhin statt. Dabei erwies sich auch – trotz teilweise erhöhtem Materialverbrauch – die Materialausstattung durchweg als ausreichend, um den geplanten Zeithorizont von rund einem Jahr abzudecken. Zu bedenken ist aber die im Pilot relativ intensive Betreuung zu Beginn, die zur ursprünglichen Implementierung beigetragen haben könnte. Darauf deuten Erfahrungen aus der Evaluation von „Zähneputzen im Kindergarten“ hin, nach welchen der Anschluss an die gemeinsame Gruppenprophylaxe von manchen Kindergarten als überaus hilfreich für den Einstieg ins tägliche Zähneputzen beschrieben wurde.⁵⁵

⁵⁴ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger & Flotzinger, 2023), S.7 und S.25-33.

⁵⁵ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018/19 (Egger-Subotitsch et al., 2020), S.112-132.

Ferner kam es vor dem Hintergrund der weitgehend freien Implementierung im Rahmen von ZiG zu unterschiedlichen Herangehensweisen an das Zähneputzen. Die Bandbreite reicht von freiwilligem Putzen mit einem kleineren Teil der Kinder über Putzen nur an jenen Tagen, an welchen es die Zeitplanung erlaubt, bis hin zur täglichen Routine mit der ganzen Gruppe. Dies ist nicht unbedingt als Nachteil zu sehen, sondern spiegelt die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Einrichtungen wider, wobei es weniger auf den Einrichtungstyp, sondern auf die individuellen Gegebenheiten an einzelnen Standorten anzukommen scheint. Eine gewisse Flexibilität könnte zu einer breiteren Implementierung von zumindest teilweisem Zähneputzen in Einrichtungen beitragen; schon bei „Zähneputzen im Kindergarten“ galt den Einrichtungen die freiwillige Teilnahme der Kinder als wichtiger Erfolgsfaktor zur Etablierung des Projekts.⁵⁶ Allenfalls wäre für Einrichtungen, in welchen nur mit einem geringen Teil der Kinder geputzt wird, der Umfang der Materialausstattung zu hinterfragen.

Fragwürdiger scheint der Umstand, dass in manchen Einrichtungen das Putzen in der Einrichtung durch die Eltern eher als Ersatz für die morgendliche Putzroutine zuhause gesehen wird. Dies könnte zum Abbau der täglichen Putzgewohnheiten im Elternhaus führen und sich bei Ausscheiden der Kinder aus der Einrichtung als problematisch erweisen. Andererseits ist aus der durch abif im Vorfeld der Implementierung von „Zähneputzen in Kindergärten“ durchgeführten Elternbefragung bekannt, dass bei der benachteiligten Gruppe der Eltern mit Migrationshintergrund – deren Kinder häufiger als andere alleine oder seltener als zwei Mal täglich putzen – Zähneputzen in Betreuungseinrichtungen besonders erwünscht ist.⁵⁷ Aus diesem Grund kann ersatzweises Putzen insofern auch als zielführend gesehen werden, als dadurch besonders Risikogruppen erreicht werden und mangelndes Putzen zuhause ausgeglichen werden könnte. Gleichzeitig zeigen Erfahrungen sowohl aus der abschließenden Feedback-Erhebung als auch aus „Zähneputzen im Kindergarten“⁵⁸, dass die Kinder durch das Putzen in der Einrichtung auch für das Putzen zuhause motiviert werden, was auch den in Expert*inneninterviews geäußerten Erwartungen entspricht.

Darüber hinaus scheint auch das Angebot von Paketen, welche nur pädagogische Materialien enthalten, für Einrichtungen, welche sich nicht am regelmäßigen Putzen beteiligen wollen, zielführend. Schon die 2022 durchgeführte Bedarfserhebung zeigte, dass gezielte Arbeit am Mundgesundheitsbewusstsein in jenen Einrichtungsformen, in welchen „Tipptopp“ bis dahin nicht vertreten war, nicht üblich ist und gleichzeitig Interesse vorhanden wäre, dies zu ändern.⁵⁹ Die hohe Akzeptanz der pädagogischen Materialien im Rahmen des Pilotprojekts konnte diese Einschätzung bestätigen. Die Einrichtungen implementierten die vorhandenen Materialien zum Teil intensiv über einen begrenzten Zeitraum hinweg, wobei sie dennoch in den Gruppen verbleiben und für den späteren Einsatz bereitstehen. Andere integrierten sie flexibler, dafür dauerhafter in ihren Alltag. Die teils starke zeitliche Forderung des Betreuungspersonals im ersten Fall war dabei auch durch den absichtlich besonders großen Umfang der Pakete zu Testzwecken bedingt.

Der Entwicklungsprozess der Materialpakete für „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ erscheint zielführend, da er – zusätzlich zu dem Umstand, dass man auf Erfahrungen aus „Zähneputzen im Kindergarten“ zurückgreifen konnte – in enger Abstimmung mit den Einrichtungen erfolgte, um Praxistauglichkeit zu gewährleisten. Zu diesem Zweck wurden zu mehreren Zeitpunkten Rückmeldungen von Pädagog*innen eingeholt, konkret zu Beginn durch die Bedarfserhebung, im Rahmen der

⁵⁶ Vgl. Zwischenbericht II zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger-Subotitsch & Kraner, 2022), S.4.

⁵⁷ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018/19 (Egger-Subotitsch et al., 2020), S.112f.

⁵⁸ Vgl. Zwischenbericht II zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger-Subotitsch & Kraner, 2022), S.4.

⁵⁹ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2021/22 (Egger & Flotzinger, 2023), S.7 und S.25-33.

Entwicklung der Prototypen, in der ersten telefonischen Feedback-Erhebung durch PROGES, und schließlich in der zweiten Feedback-Erhebung durch das Evaluationsteam. Entsprechend hoch war die Zufriedenheit der teilnehmenden Einrichtungen. Ausnahmen gab es vor allem an den beiden Enden des Altersspektrums, an welchen die Passung mancher Materialien teilweise kritisiert wurde. An den beiden betreffenden Standorten (4. Ganztagsvolksschulklasse und Tagesmutter mit sehr kleinen Kindern) hielt man die eigene Altersgruppe für eventuell weniger ideal für die Teilnahme an dem Projekt. In jedem Fall sollte die (durch begrenzte Zeitressourcen bedingt) derzeit ausständige Finalisierung der Lernpakete unterschiedliche Bedürfnisse (nach Altersgruppen und eventuell auch nach Einrichtungstyp) berücksichtigen, um so die Teilnahmebereitschaft der Einrichtungen zu erhöhen.

4.2. NEUE UND ERNEUERTE MATERIALIEN

4.2.1. HINTERGRUND UND ENTWICKLUNG

BILDERBÜCHER „KLARISSA VON UND ZU KARIES“ UND „MIA UND DER ZAHNVAMPIR“

Immer wieder wurde in der Vergangenheit von verschiedenen Seiten der Wunsch nach einem geeigneten Bilderbuch zur Mundgesundheitserziehung an die WiG herangetragen. Auch bei der im Rahmen der Evaluation 2019 durchgeföhrten Pädagog*innenbefragung wurde dieses Anliegen geäußert.⁶⁰ Da überdies andere Einrichtungen der Stadt Wien eigene, gebrandete Bilderbüchlein herausgegeben, bestand beim Projektteam der WiG schon seit längerem die Absicht, diesem Wunsch nachzukommen. Die Realisierung wurde dann durch die COVID-19-Pandemie möglich. Da die Vergütung von PROGES von der Zahl der erreichten Kinder abhängt und diese während der Pandemie stark einbrach, blieben entsprechende Restmittel übrig. Diese und die vor demselben Hintergrund freigewordenen Zeitressourcen innerhalb des WiG-Projektteams konnten unter anderem in die Entwicklung eines Kinderbuches und den Ankauf eines weiteren (nebst Lernmaterial) investiert werden.

Für Kindergartenkinder stand kein existierendes Buch zur Verfügung, das den Ansprüchen des Projektteams genügte. Dieses sollte unter anderem Zähneputzen in der Einrichtung inkludieren und auch sonst in jeder Hinsicht modern gestaltet sein. Daher wurde das kleinformatige Büchlein „Mia und der Zahnvampir“ gemeinsam mit der Agentur Monopol GmbH entwickelt. Durch die Notwendigkeit mehrerer Entwicklungsschleifen zwischen dieser und der WiG verzögerte sich die Finalisierung des Buches um einige Monate, bis es im Februar 2023 schließlich erschien.

Hingegen war der Tyrolia Verlag schon mehrere Jahre zuvor von sich aus an die WiG herangetreten, um Expertise für die Entwicklung seines im Jahr 2019 erschienenen, illustrierten Buchs „Klarissa von und zu Karies“ einzuholen. Die Zusammenarbeit blieb in guter Erinnerung und das Buch erfüllte die Erwartungen. Daher schien es naheliegend, auf den bereits bestehenden Kontakt zurückzugreifen und so die kostenlose Verteilung von Büchern auf die ältere Zielgruppe der dritten und vierten Schulstufen, für die „Klarissa“ ausgelegt war, auszudehnen. Auch existierten zu diesem Buch bereits Lernmaterialien in Form von beschreibbaren Folien (Lückentexte u.Ä.), welche vom Lipura-Verlag vertrieben und ebenfalls durch die WiG angekauft wurden. Das Buch selbst wurde in einer Sonderauflage in kleinerem, günstigerem Paperback-Format mit WiG-Branding und Projektinfos neu aufgelegt. Ab November 2022 waren das Buch und die Materialien bei der WiG verfügbar.

⁶⁰ Vgl. Endbericht zur Evaluationsperiode 2018/19 (Egger-Subotitsch et al., 2020), S.29f.

Sowohl „Klarissa“ als auch „Mia“ können kostenlos beim WiG-Broschürenservice bestellt werden, die Lieferung erfolgt in Kooperation mit dem Sozialbetrieb Fix & Fertig. Darüber hinaus finden Auslieferungen an Ordinationen in einer erneuerten Kooperation mit der Zahnärztekammer durch diese statt. „Mia“ wird ferner durch die PROGES-Mundgesundheitsexpert*innen verteilt und kann von der WiG-Homepage heruntergeladen werden.⁶¹ Von „Klarissa“ sind eine Leseprobe und Quizfragen online zu finden; eine Online-Nutzung der sonstigen Arbeitsmaterialien ist über den Lipura-Verlag möglich.⁶²

BEILAGEN ZUM WICKELRUCKSACK

Ferner wurden die Beilagen zum Wickelrucksack ausgebaut. Bestanden diese vormals lediglich aus einer Zahnbürste nebst Infolder, liegt seit dem Frühjahr 2023 eine deutlich größere Anzahl von Materialien bei. Dazu gehören eine Kosmetiktasche, ein Exemplar des neuen Buchs „Mia und der Zahnvampir“ sowie ein Milchzahnheft. Letzteres verfolgt den Zweck, Kontinuität bis zum 6. Lebensjahr zu schaffen und Anreize zu setzen, zahnmedizinische Kontrolluntersuchungen regelmäßig wahrzunehmen. Darüber hinaus ist „Tipptopp“ erstmals auch in der im Wickelrucksack inkludierten Dokumentenmappe vertreten; auch wurde die bislang beiliegende Zahnbürste durch eine altersentsprechende Bambus-Babyzahnbürste ersetzt.

4.2.2. REICHWEITEN IM ERSTEN JAHR

Mehr als die Hälfte der im Evaluationszeitraum insgesamt ausgelieferten Bilderbücher machen allein jene 50 000 Mia-Büchlein aus, welche durch die PROGES-Mundgesundheitsexpert*innen verteilt werden. Die Zahl der bereits an Kinder verteilten Exemplare wird durch PROGES nicht erfasst, sollte aber im Sommerhalbjahr der Zahl der erreichten Kindergartenkinder (39 726) entsprechen. Während also im Sommerhalbjahr alle besuchten Kindergartenkinder ein Heft erhielten, sank seitdem die Geschwindigkeit der Verteilung, da seit dem laufenden Wintersemester 2023 nur mehr Kinder im ersten Jahr eines bekommen. Damit sollte ein Großteil der ersten 50 000 an PROGES ergangenen Hefte bereits die Endzielgruppe erreicht haben.

Den zweitgrößten Posten unter den Mia-Heften machen die Beilagen zum Wickelrucksack aus. Die aktuelle Auflage von 17 000 Stück startete mit Frühjahr 2023 und wurde ebenfalls noch nicht vollständig an Eltern verteilt. Üblicherweise wird mit einer Laufzeit von etwas über einem Jahr gerechnet, bis alle Exemplare einer Auflage verteilt sind.

Während damit „Mia“ durch PROGES sowie als Bestandteil des Wickelrucksacks direkt an die Zielgruppe verteilt wurde, sind beide Bilderbücher auch über den Bestellservice der WiG kostenfrei erhältlich; letzteres stellt im Fall von „Klarissa“ den wichtigsten Verteilungsweg dar. In Tabelle 1 werden Bestellungen und Auslieferungen einiger „Tipptopp“-Materialien aufgelistet, welche seit Beginn der Lieferbarkeit der WiG-Version von „Klarissa“ im November 2022 erfasst wurden (wobei „Mia“ erst ab Februar verfügbar war). Dabei wurde aufgrund der Datenverfügbarkeit auch die Broschüre „Gesunde Zähne leicht gemacht“ mit in die Auswertung aufgenommen. Die Zahl der tatsächlich bei dem oder der Empfänger*in eingetroffenen Materialien kann nicht überprüft werden, aufgrund der

⁶¹ Siehe hierzu auch www.wig.or.at/service/broschueren-bestellen-herunterladen#c2243 [21.12.2023].

⁶² Siehe hierzu auch www.wig.or.at/programme/gesunde-kinder/tipptopp-gesund-im-mund-und-rundherum/mundgesundheit-lernpaketefuer-paedagoginnen [21.12.2023].

hohen Gesamtzahl ist mit gelegentlichen Schwankungen zu rechnen. Zu bedenken ist ferner, dass Empfängerorganisationen häufig nicht Endnutzerinnen sind, sondern die Materialien weiterverteilen.

Tabelle 1: Bestellte „Tipptopp“-Materialien nach Empfänger*innen 08.11.2022 - 28.11.2023

Empfänger*in	Büchlein „Mia“	Büchlein „Klarissa“	Smartbooks „Klarissa“	Broschüre „Gesunde Zähne leicht gemacht“
Schule	61	19 444	747	10
Zahnärztekammer	1 928	1 878	0	
Klinik oder Gesundheitszentrum	1 236	1 241	20	75
Ordination	1 195	1 185		100
Kindergarten	234			
Soziale Einrichtung	37	37		37
ÖGK	75	30		
Sonstige SV	20	20		20
Beratungsstelle	5	10		
Sonstige	106			
Ohne Angabe einer Organisation/Firma	739	225	1	124
Unbekannt	3 880	3 600	0	
Gesamt	9516	27670	768	366

Quellen: Aufzeichnungen WiG-Broschürenservice & Versanddienstleister Fix&Fertig, E-Mail-Verkehr WiG-Projektteam. „Mia“ war erst ab Februar 2023 verfügbar.

Rund zwei Drittel der „Klarissa“-Bestellungen machen Schulen aus, welche ja auch als Hauptzielgruppe intendiert waren. Dabei handelt es sich weit überwiegend um Volksschulen, daneben um ISZ, aber auch um mindestens eine Mittelschule. Auffällig ist in diesem Fall die Entwicklung der Bestellungen im Zeitverlauf: Von den 19 444 eingegangenen Bestellungen von Büchern durch Schulen wurden 12 074 oder rund 62% allein im Zeitraum November und Dezember 2022 erfasst.⁶³ Mutmaßlich liegt diese rasche Annahme des Materials an der intensiven Bewerbung durch PROGES, in deren Rahmen

⁶³ Da das letzte erfasste Datum im fraglichen Zeitraum der 21. Dezember ist, ist davon auszugehen, dass außerdem noch einige nach diesem Datum eingegangene Bestellungen erst im Jänner aufgezeichnet wurden. Die ersten Bestellungen durch Schulen müssen im Zeitraum zwischen dem 8.11. (Erfassung von Bestellungen durch PROGES) und dem 15.11. (erste Erfassung von Bestellungen durch Schulen) eingegangen sein. Im selben Zeitraum ging nur eine einzige Kleinbestellung durch einen projektexternalen Empfänger ein.

die Bücher auch vorab durch die Mundgesundheitsexpert*innen an Lehrkräfte verteilt wurden.⁶⁴ Vergleicht man diese Zahlen mit der Hauptzielgruppe von „Klarissa“, den Schüler*innen der dritten und vierten Schulstufen, wurde in den ersten beiden Monaten bereits rund ein Drittel (32%) derselben erreicht.⁶⁵ Insofern könnte der folgende Rückgang mit einer gewissen Sättigung der Zielgruppe (Lehrkräfte heben Bücher eventuell für spätere Schüler*innengenerationen auf) oder aber mit geringerer Bewerbung zu tun haben. Da sich die übrigen Bestellungen jedoch eher gleichmäßig über das Jahr 2023 verteilen, reißt die Nachfrage aber grundsätzlich nicht ab, sondern besteht auf etwas niedrigerem Niveau fort. **Im gesamten Schuljahr 2022/23 entspricht die Zahl der verteilten Bücher 44% aller Schüler*innen in dritten und vierten Schulstufen.** Obwohl einige der bestellten Materialien in der Praxis in anderen Schulstufen eingesetzt wurden, dürfte somit bereits ein erheblicher Anteil der intendierten Hauptzielgruppe erreicht worden sein.

Nach den Bildungseinrichtungen stellen Zahnärzt*innen und andere medizinische Einrichtungen die größten Direktabnehmer*innen beider Bücher dar, weiters werden diese auch indirekt über die Zahnärztekammer beliefert. Die relativ geringe Zahl von direkt durch die Kindergärten bestellten Mia-Exemplaren dürfte auf die hohe Abdeckung durch PROGES zurückzuführen sein: Jene Einrichtungen, welche durch MundL erreicht werden, verfügen bereits über ausreichend Bücher, während bei aktuell nicht erreichten Kindergärten der Bekanntheitsgrad der Materialien auch entsprechend niedriger sein dürfte. Alle weiteren Einrichtungsarten, wie Beratungsstellen oder soziale Einrichtungen, bestellten ebenfalls eher geringe Stückzahlen.

Direktbestellungen durch private Haushalte sind vermutlich in der Gruppe derjenigen Empfänger*innen zu finden, welche keine Organisation oder Firma angegeben haben.⁶⁶ Diese machen zusammengekommen nur rund 1 000 Exemplare beider Titel aus und inkludieren wahrscheinlich auch eine unbekannte Zahl institutioneller Empfänger*innen, welche lediglich keine diesbezüglichen Angaben machten oder deren Angaben nicht aufgezeichnet wurden.⁶⁷ Demnach wird die Zielgruppe der Eltern vor allem indirekt (durch Kindergärten, Schulen und Ordinationen) sowie über den Wickelrucksack erreicht, wobei letzteres durchaus der Kritik unterliegt, dass die Verteilung an Eltern mit Kleinstkindern nicht zielführend ist, wie einzelne Eltern meinen (vgl. Kapitel 4.2.4).

4.2.3. PÄDAGOG*INNENBEFRAGUNG ZUM BUCH UND LERNPAKET „KLARISSA VON UND ZU KARIES“

Um einen Einblick in die Erfahrungen in der Unterrichtspraxis mit dem Buch und Lernpaket „Klarissa von und zu Karies“ zu erhalten, wurden die Direktor*innen sämtlicher öffentlichen Volksschulen Wiens dazu eingeladen, an einer kurzen, retrospektiven Online-Befragung teilzunehmen und/oder das Lehrpersonal ihrer Schule hierum zu bitten. Auch auf der Tagung Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (WieNGS) 2023 wurde ein QR-Code an Pädagog*innen verteilt, über welchen sie

⁶⁴ Insgesamt ergingen zusätzliche 1874 Exemplare an PROGES-Mitarbeiter*innen, weit überwiegend gleich im November.

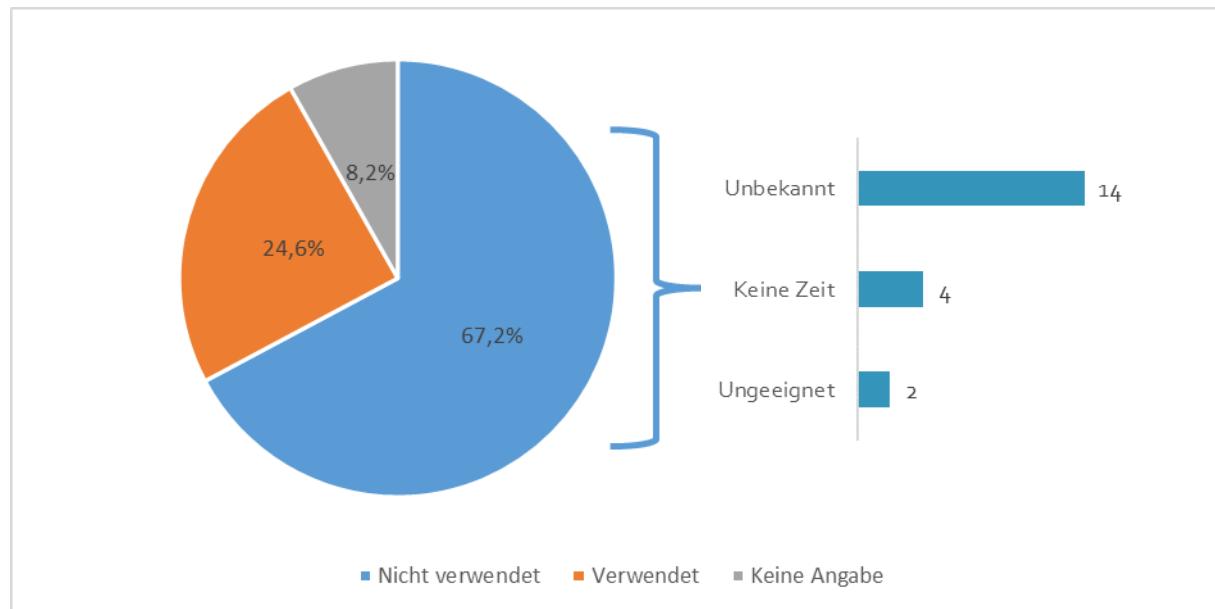
⁶⁵ Gemessen an allen Schüler*innen, welche im Schuljahr 2022/23 in der dritten oder vierten Schulstufe erfasst wurden, inklusive Privat- und Statuschulen und Sonderschüler*innen. Quelle: Statistik Austria, Tabelle „Schüler*innen im Schuljahr 2022/23 nach Schulstufen und Alter“, aufgerufen am 20.12.2023 unter: www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/schulbesuch/schuelerinnen.

⁶⁶ Unbekannt bzw. in den vorliegenden Daten nicht erfasst sind die Empfänger*innen im Gegensatz dazu nur im Falle einer kleinen Anzahl von Einzelleferungen mit hohen Stückzahlen durch Boten anstelle von postalischem Versand, weshalb in dieser Gruppe keine privaten Haushalte zu erwarten sind, jedenfalls nicht als direkte Empfänger*innen.

⁶⁷ Darauf deutet auch das Vorhandensein, neben sehr kleinen, einiger etwas größerer Bestellmengen innerhalb dieser Gruppe hin, welche eher nicht für den Privatgebrauch intendiert sein dürften.

an der Befragung partizipieren konnten. Jedoch haben nur 15 der 61 Pädagog*innen, welche für die Befragung gewonnen werden konnten und den Online-Fragebogen komplett ausfüllten, das Buch und/oder die Folien aus dem Smart Book bereits im Unterricht verwendet, während 20 weitere der Personen zumindest vorhaben, sie künftig zum Einsatz zu bringen (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Nutzung der Materialien „Klarissa von und zu Karies“ durch Pädagog*innen



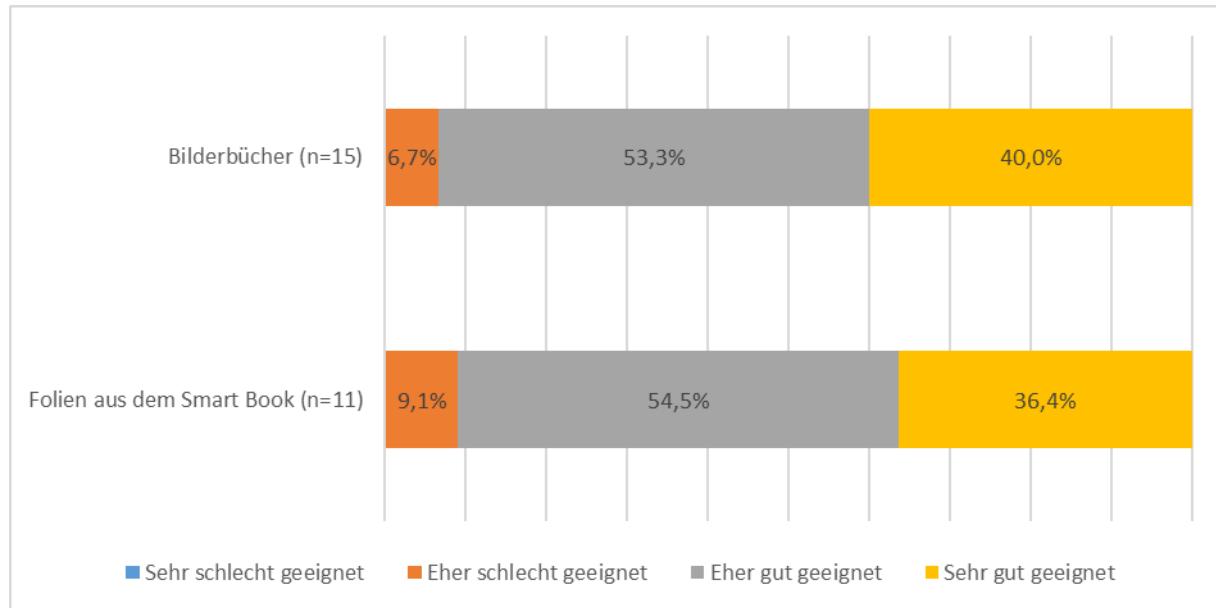
Quelle: Online-Befragung, abif. Angaben im Kreisdiagramm in Prozent der befragten Pädagog*innen (n=61), Angaben im Balkendiagramm in absoluten Zahlen.

Die Lehrkräfte nahmen die Materialien vorwiegend in jenen Altersgruppen in Gebrauch, für welche sie vorgesehen sind. So erläutern jeweils 8 der befragten Personen, dass sie das Buch und/oder die Folien zumindest auch in der 3. sowie der 4. Volksschulklasse einsetzen, während 4 sie (auch) in der 2. und 3 sie (auch) in der 1. Klasse Volksschule nutzten.

Die Respondent*innen, welche „Klarissa von und zu Karies“ bislang noch nicht im Unterricht nutzten, begründen dies überwiegend damit, dass ihnen die Materialien noch nicht bekannt waren (oder zeigen sich überzeugt, dass es diese an ihrer Schule nicht gibt), seltener damit, dass es ihnen an der erforderlichen Zeit mangelte. Zwei der betreffenden Pädagog*innen fanden das Buch und/oder die Folien nicht geeignet für ihre Zwecke, wobei eine*r dieser erläutert, dass er*sie eine Deutschförderklasse unterrichtet und die Produkte lediglich für diesen Einsatzbereich zu hochschwellig seien, während die andere Lehrkraft plant, das Thema Mundgesundheit erst in höheren Klassen zu behandeln, als sie derzeit unterrichtet.

Jene Personen, die bereits Erfahrung mit den Materialien gesammelt haben, befinden diese, wie auch in Abbildung 6 zu sehen, überwiegend für eher oder sehr gut geeignet für die Unterrichtspraxis. Sie beschreiben, dass sie das Buch und/oder die Folien vorwiegend im Rahmen von Projektarbeiten oder im Stationenbetrieb einsetzen: Die Kinder beschäftigen sich dabei zunächst in Einzel- oder in Paararbeit mit den Inhalten, bevor sie gemeinsam Fragen dazu beantworten oder das Gelernte mit ihren Klassenkamerad*innen teilen. Gerade die Folien aus dem Smart Book seien zudem in der Freiarbeit dienlich gewesen.

Abbildung 6: Eignung der Materialien für den Einsatz im Unterricht

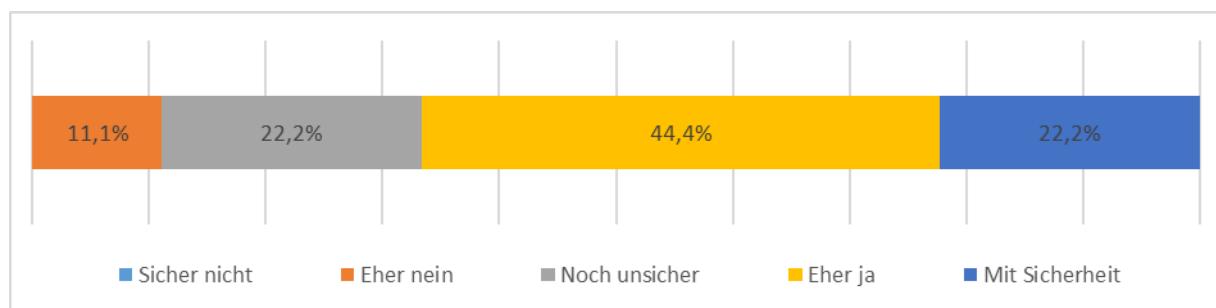


Quelle: Online-Befragung, abif. Angaben in Prozent jener Personen, die bereits Erfahrung mit den Materialien haben (oder die diesbezügliche, in Abbildung 5 dargestellte, Eingangsfrage nicht beantworten wollten) und die eine Angabe machen.

Lediglich ein*e Befragte*r konstatiert, dass die Folien sowie das Buch eher weniger geeignet seien, während keine Lehrkraft, die die Produkte bereits nutzte, diese für gar nicht geeignet hält. Auch den Umfang der Arbeitsmaterialien aus dem Smart Book empfinden 14 von 17 der Respondent*innen als genau passend; nur 2 Personen finden die Unterlagen zu umfangreich, eine hätte sich gar noch umfassendere Inhalte gewünscht.

Das positive Resümee der Pädagog*innen schlägt sich auch darin nieder, dass zwei Drittel dieser vorhaben, die Materialien auch in Zukunft weiterhin zu verwenden (siehe Abbildung 7). Nur zwei der 18 Personen, welche sich hierzu deklarierten, denken, dass dies eher nicht der Fall sein wird.

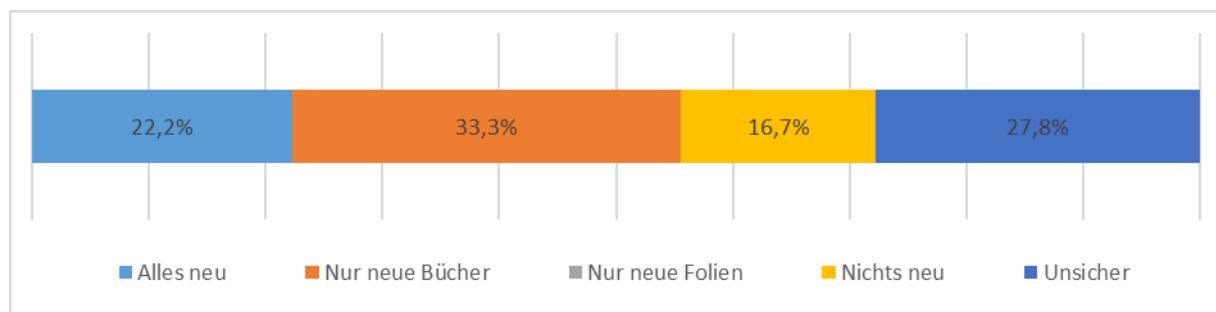
Abbildung 7: "Werden Sie die Lernpakete künftig weiterhin im Unterricht einsetzen?" (n=18)



Quelle: Online-Befragung, abif. Angaben in Prozent jener Personen, die bereits Erfahrung mit den Materialien haben (oder die diesbezügliche, in Abbildung 5 dargestellte, Eingangsfrage nicht beantworten wollten) und die eine Angabe machen (n=18).

Wie in Abbildung 8 zu sehen, bräuchte mehr als die Hälfte der Befragten, welche die Materialien auch weiterhin nutzen möchten, zu diesem Zweck neue Unterlagen. Vorwiegend gilt dies nur für die Bilderbücher (33,3%), seltener für sämtliche der Materialien (22,2%).

Abbildung 8: "Würden Sie neue Materialien bestellen oder eher diejenigen weiterverwenden, die Sie bereits haben?" (n=18)



Quelle: Online-Befragung, abif. Angaben in Prozent jener Personen, die bereits Erfahrung mit den Materialien haben (oder die diesbezügliche, in Abbildung 5 dargestellte, Eingangsfrage nicht beantworten wollten) und die eine Angabe machen (n=18).

Die bestehenden Materialien sind in 8 von 19 Fällen bei den Kindern verblieben, in 7 Fällen sind sie den Kindern im Klassenzimmer und in 2 Fällen in der Schulbibliothek frei zugänglich. Nur 2 der Respondent*innen meinen, dass sie die Unterlagen im Lehrer*innen- bzw. im Lehrmittelzimmer aufbewahren; eine Person hat sich ein zusätzliches Exemplar selbst behalten.

Alles in allem konstatieren die Lehrkräfte, dass sowohl die Bilderbücher als auch die Smart Books nicht nur inhaltlich ansprechend, sondern auch hochwertig verarbeitet und liebevoll gestaltet sind. Im Falle dessen, dass die Produkte neu aufgelegt werden, hätten sie demnach nur wenige Ergänzungswünsche:

- **Niederschwellige Variante:** Obwohl die Respondent*innen erzählen, dass die Kinder die Materialien überwiegend sogar in Einzelarbeit problemlos verstanden, gibt es den Wunsch nach einer zusätzlichen, besonders niederschwelligen Variante, welche etwa in Klassen eingesetzt werden könnte, in denen die Deutschkenntnisse noch sehr mangelhaft sind. Unter Umständen könnte sogar eine sprachfreie Version angedacht werden.
- **Zusätzliche Materialien für die praktische Arbeit:** Um den Einsatz im Unterricht noch friktionsfreier zu gestalten, wünschen sich manche der Befragten zusätzliche Arbeitsblätter und ausgearbeitete Übungsfragen, welche auf einen Stationenbetrieb zugeschnitten sind.

4.2.4. ELTERNINTERVIEWS ZUM BILDERBUCH „MIA“ UND ZUM WICKELRUCKSACK

BILDERBUCH „MIA UND DER ZAHNVAMPIR“

Zum Bilderbuch „Mia und der Zahnvampir“ wurden sechs Mütter per Telefon oder persönlich qualitativ nach Leitfaden befragt. Die Interviewpartnerinnen waren 32 bis 41 Jahre alt. Zwei haben drei Kinder, eine zwei Kinder und zwei ein Kind, wobei eine von ihnen allein mit dem Kind lebt, während die anderen mit ihren Partnern und den Kindern zusammenleben. Fünf der Befragten haben eine akademische Ausbildung, eine der Frauen eine Fachausbildung. Trotz umfangreicher Bemühungen konnten nicht mehr Elternteile mit einer nicht-akademischen Ausbildung für ein Interview gewonnen werden. Die Interviews waren auf 15 bis 20 Minuten ausgelegt und wurden aufgezeichnet, anschließend transkribiert und themenanalytisch ausgewertet.

Die Befragten beziehen ihre Informationen über die Zahngesundheit von Kindern überwiegend von ihren Zahnärzt*innen, aus dem Internet und aus Büchern, sowie aus Broschüren, die bei Ärzt*innen aufliegen. Auch Freund*innen mit gleichaltrigen oder älteren Kindern dienen als Informationsquelle. Insbesondere, wenn die Kinder zu zähnen beginnen, sind die Eltern nach eigener Angabe auf der

Suche nach Informationen. Auch Produkte, die beispielsweise in Drogerieketten angeboten werden und als „für Kinder bestimmt“ gekennzeichnet sind, werden als Anregung betrachtet und ausprobiert.

Das Programm „Tipptopp“ ist den befragten Eltern mehrheitlich namentlich nicht präsent. Die Eltern wissen zwar von den Besuchen der Mundgesundheitsexpert*innen in Kindergärten und Schulen, bringen diese jedoch nicht mit dem Namen des Programms in Verbindung. Eine Befragte erinnert sich an den Zahnpass.

Als besonders vertrauenswürdig sehen die Befragten die Informationen an, die sie von Ärzt*innen erhalten. Dennoch bestehen Unsicherheiten, da die Interviewten von den Zahnärzt*innen divergierende Informationen erhalten haben, ab wann der erste Besuch eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin nötig ist und wann mit dem Putzen begonnen werden soll: „Wie der Kleinere zwei war, haben wir gesucht, wo gibt's Kinderzahnärzte (...), und einige haben gesagt, das macht überhaupt keinen Sinn, mit den Milchzähnen zu kommen, die anderen haben gesagt, man soll kommen.“

Das Bilderbuch „Mia und der Zahnvampir“ findet großen Anklang bei den interviewten Eltern. Es wurde den Kindern zumeist bereits vorgelesen, teilweise sogar mehrmals: „Das haben wir eine Zeitlang sehr oft gelesen“. Auch den Kindern gefällt das Buch nach Aussage der Befragten gut: „Wir haben jetzt vor einem Monat eine Phase gehabt, da wollte er es jeden Tag immer wieder lesen, und wir haben es ihm vorgelesen. Er wird in zwei Wochen drei“, erzählt eine der Mütter, während eine andere berichtet: „Also, das bleibt quasi bei den Kinderbüchern und wird alle paar Wochen oder je nachdem (vorgelesen).“ Eine weitere Befragte pflichtet bei: „Normalerweise interessiert es sie dann nicht, auch wenn es ein neues Buch ist. (...) das ist das erste Buch seit langem, wo ich mich erinnern kann, dass sie wirklich aufmerksam zugehört hat und dass sie es sofort noch einmal hören wollte.“ Es wird allerdings auch die Meinung geäußert, dass „Mia“ für die Kinder nicht so unterhaltsam sei wie andere Kinderbücher, was jedoch am Thema liege: „Es geht halt wirklich um die Zähne, was kann ich tun, was ist gut, was ist schlecht, so sind die Kinder von der Geschichte nicht so mitgerissen, würde ich mal sagen.“ Einige Eltern meinen, dass das Buch für kleine Kinder etwas zu schwierig sei und dass sie beim Vorlesen viel erklären mussten. Aus ihrer Sicht ist das Buch für etwa vier- bis fünfjährige Kinder geeignet, für jüngere Kinder sei es zu schwierig zu verstehen, für ältere Kinder sei es zu kindlich gestaltet. „Also wenn ich jetzt einfach nur das durchlesen würde, wäre sie jetzt (...) noch nicht (soweit), dass sie es jetzt total verstehen würde, sondern ich habe (...) die wichtigsten Passagen nochmal wiederholt“, erzählt eine Interviewpartnerin. Eine andere meint: „Mir ist schon aufgefallen, dass das Buch sehr viele Wendungen hat, und ob das für so ein kleines Kind nicht vielleicht too much ist?“ Kritisiert wird auch, dass das Fremdwort „Pädagoge“ verwendet wird, das Kinder nicht kennen.

Die Befragten halten den Inhalt für nützlich, um den Kindern spielerisch die Wichtigkeit der Zahnpflege beizubringen, aber auch für die Eltern enthalte es wertvolle Informationen: „Also ich glaube tatsächlich, dass das Buch das Potenzial hat, dass es die Erwachsenen, und darum geht es ja im Endeffekt, bildet über Zähneputzen“, wird ebenso rückgemeldet wie: „Sehr nützlich! Also tatsächlich hatte ich dieses KAI-Akronym so nicht im Kopf, ja, also, beziehungsweise das war dann nett, dass ich das meiner Tochter auch so weitergeben habe können.“ Als hilfreich werden die Tipps hervorgehoben, dass nach dem Konsum von Süßigkeiten mit Wasser gespült werden soll und dass die Eltern nach dem Zähneputzen der Kinder nachputzen sollen. Dass ein Zahnunfall geschildert wird, wird ebenfalls positiv vermerkt. Für die Kinder sei es wichtig, dass im Buch erklärt wird, dass die Milchzähne wichtig für das weitere Leben sind. Die Abkürzung „KAI“ für „Kauflächen, Innenflächen, Außenflächen“ wird als gute Methode gesehen, um sich die Putztechnik zu merken: „Beim ersten Mal (Vorlesen) hat es

den Kindern sehr gut gefallen, da haben sie auch gleich Lust bekommen, nochmal Zähne zu putzen und eben dieses KAI auszuprobieren.“ Einige Eltern erzählen, dass ihre Kinder beim Putzen bereits „KAI“ nachsprechen. Es wird aber auch angemerkt, dass das KAI-Prinzip für kleine Kinder zu schwierig sei: „Meine Tochter ist viereinhalb, und die ist eigentlich super-wissbegierig, was Buchstaben und so anbelangt, aber das hätte die niemals verstanden, dass KAI für >Kauflächen, Außenflächen, Innenflächen< steht.“

Die Darstellung des Besuches eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin wird als gute Vorbereitung für einen solchen Besuch mit Kindern gesehen: „Wir waren noch nicht beim Zahnarzt, und ja, sie weigert sich natürlich strikt, zum Zahnarzt zu gehen.“ Begrüßt wird einerseits, dass das Buch keine Angst vorm Zahnarzt bzw. der Zahnärztin weckt, andererseits wird erwähnt, dass der Vater im Behandlungsstuhl ein ängstliches Gesicht macht und dass das für die Kinder abschreckend wirken könnte: „Ich weiß, wie es gemeint ist. Die Kinder sind tapferer als der Papa. Aber das hätte ich vielleicht ein bisschen anders gemacht.“ Die Erklärung der Zahnärztin im Buch, wie viele Zähne „Mia“ im Oberkiefer und Unterkiefer hat, wird für kleine Kinder als zu schwierig eingeschätzt. „Da hat meine Tochter gesagt, hab ich auch 20 Zähne? Nein, hat sie noch nicht, weil sie hat noch nicht ihr volles Milchgebiss. Außerdem kann sie noch nicht so zählen. Das war für sie schwierig nachzuvollziehen, weil das so viel mit Rechnen zu tun hat“, erläutert eine der befragten Mütter.

Die befragten Eltern haben den Eindruck, dass sich die Kinder mit der Hauptfigur Mia identifizieren können, und dass das Bilderbuch den Alltag in einer Familie realistisch abbildet: „(Das) ist ja aus dem Leben gegriffen, also kommt mir bekannt vor“, meinen sie hierzu beispielsweise, und: „(Es ist) nah an der Lebensrealität und an den Prioritäten von Kindern dran.“ Durch die Figur des kleinen Bruders, der gerade seinen ersten Zahn bekommt, werde auch das Thema Zahngesundheit bei Babys abgedeckt. Eine Mutter, die zwei Kinder in ähnlichem Alter wie die im Buch dargestellten Kinder hat, ersetzt beim Vorlesen die Namen der Kinder aus dem Buch durch die Namen ihrer eigenen Kinder: „Er kann eh noch nicht lesen, da ist es super, wenn die ganze Familie vorkommt.“

Die Interviewpartnerinnen heben auch positiv hervor, dass die Handlung teilweise im Kindergarten spielt und dass dadurch ein sozialer Aspekt des Zähneputzens hinzugefügt wird. Sie begrüßen überwiegend, dass konventionelle Rollenvorstellungen konterkariert werden, beispielsweise, dass eine Zahnärztin und ein Pädagoge im Buch vorkommen und der Vater sich um die Kinder kümmert. Auch dass Kinder unterschiedlicher Hautfarben bzw. Kulturen vorkommen und dass Mia wie ein gewöhnliches kleines Mädchen dargestellt ist, wird positiv aufgenommen. Nur eine Befragte meint, das Buch sei ein wenig zu bemüht, „politisch korrekt“ zu sein.

Es wird vermutet, dass für die Eltern wertvolle Anregungen enthalten sind, die über die Zahnpflege hinausgehen: „Ja, also viele Dinge irgendwie nebenbei, so: Hey, eine gesunde Jause, auch nicht schlecht. Oh, eine Gute-Nacht-Geschichte! (...) Ja, also, ich glaube, vielleicht Eltern, denen das noch nicht von selbst eingefallen ist, denen fällt es dann vielleicht ein.“ Man habe „das Gefühl, dass das Leute geschrieben haben, die wirklich sich mit Kindern beschäftigen.“

Positiv wird beurteilt, dass das Bilderbuch nicht belehrend oder angsterzeugend wirkt, sondern eher lustig sei. Assoziiert wird die Geschichte mit Halloween. Ein Vampir sei zwar eine Angstfigur, werde in diesem Buch jedoch nicht beängstigend dargestellt. Kritisiert wird jedoch, dass im Buch kein Vampir und keine Figur namens „KAI“ vorkommen, wie der Titel „Mia und der Zahnvampir – Mia und KAI entdecken das Geheimnis gesunder Zähne“ suggeriert. „Ich hab nur gedacht, wo ist denn der Vampir, weil da sind ja eigentlich nur die Zähne von ihm da“, erklärt eine der Befragten, „Ich finde, es sollte

einfach heißen >Mia und Layla<, weil das ist doch die Spielfreundin, oder >Mia entdeckt das Geheimnis gesunder Zähne.<“

Vereinzelt finden die befragten Mütter das Buch etwas zu lang, um es kleinen Kindern am Stück vorzulesen. Daher wird die Anregung ausgesprochen, Überschriften einzufügen, um die Handlung zu unterteilen, oder das Buch auf zwei Hefte aufzuteilen: „Ich höre in der Mitte auf, es ist halt schade, weil die Geschichte weitergeht.“ Es wird vorgeschlagen, eine Geschichte zum Zähneputzen und eine zum Zahnunfall zu erzählen. Eine Mutter kritisiert, dass eine Seite leer gelassen wurde. Die Sticker in der Mitte des Buches werden als nett empfunden, es wird aber angemerkt, dass sie sich nur schwer ablösen lassen. Bei den Kindern seien die Sticker sehr gut angekommen: „Ihr hat's extrem gut gefallen, (...) also die Sticker in der Mitte waren der Hit.“ Die Aufkleber werden als geeignet erachtet, sie im Badezimmer als Erinnerung an die KAI-Putzmethode anzubringen: „Das mit dem KAI, das werde ich wahrscheinlich im Badespiegel hinhängen auf ihrer Höhe.“ Eine Interviewte wunderte sich, dass einer der Sticker ein Schwein darstellt.

Die Gestaltung als klassisches Kinderbuch gefällt den Eltern gut. Die Strategie, es dem Wickelrucksack beizulegen, wird jedoch nicht als idealer Zeitpunkt zur Verteilung angesehen, da das Buch erst später vorgelesen werden kann: „Das könnte schon sein, dass das Buch weg ist, bevor es überhaupt jemals dem Kind vorgelesen wird.“ Aus Sicht der Eltern wäre eine gute Idee, „Mia und der Zahnvampir“ in Kindergärten zu verteilen oder bei Zahnärzt*innen auszulegen. Darüber, dass beides bereits geschieht, waren die Interviewpartnerinnen zu diesem Zeitpunkt nicht informiert. Darüber hinaus wird in den Interviews die Anregung geäußert, das Bilderbuch im Kindergarten und/oder der Volksschule gemeinsam mit den Kindern zu besprechen.

BEILAGEN ZUM WICKELRUCKSACK

Zum Wickelrucksack wurden sieben junge Elternteile im Alter von 27 bis 49 Jahren per Leitfaden befragt, davon zwei Väter. Eine Befragte hat Migrationshintergrund (geboren in Polen). Die Befragten haben ein bis drei Kinder im Alter von vier Monaten bis 12 Jahren. Konkret haben vier der Interviewten zwei Kinder, während zwei ein Kind haben und eine Person drei Kinder hat. Alle leben mit ihrem Kind und ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen. Vier Befragte haben eine akademische Ausbildung. Trotz umfangreicher Bemühungen gelang es nicht, mehr Interviewpartner*innen mit einem geringeren formalen Ausbildungsniveau zu finden. Die Interviews waren auf 15 bis 20 Minuten ausgelegt und wurden aufgezeichnet, anschließend transkribiert und themenanalytisch ausgewertet.

Das Angebot, als junge Eltern einen Wickelrucksack der Stadt Wien zu erhalten, kommt bei den Befragten durchwegs gut an. Alle sehen den Wickelrucksack als eine gute Möglichkeit an, junge Eltern zu erreichen und ihnen Broschüren und Informationsblätter zur Verfügung zu stellen. Der Rucksack selbst wird als praktisch empfunden und wird auch verwendet. Auch die darin enthaltenen Produktproben halten die Eltern für nützlich und verwenden sie zum Großteil.

Sämtliche Interviewpartner*innen nutzen darüber hinaus die Informationen in der Dokumentenmappe. Die Mappe ist aus ihrer Sicht übersichtlich nach Themengebieten geordnet, sodass es möglich ist, die jeweils benötigten Informationen rasch zu finden: „Wenn eine Veränderung ansteht, dann nehme ich es halt her und schau, ob in dieser Dokumentenmappe was Passendes steht.“

In der Dokumentenmappe des Wickelrucksacks sind mehrere Beilagen von „Tipptopp“ enthalten, namentlich das Infoblatt „Ab dem ersten Zahn“, die „Elterninformation Zahnpflege“, die „Elterninformation Zahnarztbesuch“, der Folder „Gesunde Zähne leicht gemacht“ und das „Infoblatt Zahnotfall“. Außerdem sind das Milchzahnheft und eine Tasche mit Zahnpfutzutensilien beigelegt sowie das

Bilderbuch „Mia und der Zahnvampir“. Die in der Dokumentenmappe enthaltenen Informationsmaterialien von „Tipptopp“ beschreiben die befragten Eltern überwiegend als nützlich, ansprechend gestaltet, übersichtlich und auf den Punkt gebracht: „Es sind die wichtigsten Informationen kompakt zusammengefasst, gerade mit einem kleinen Kind hat man nicht die Zeit, dass man ewig im Internet surft und sich das alles zusammenschreibt.“ Die Befragten halten es für sinnvoll, gleich nach der Geburt das Bewusstsein für die Zahngesundheit der Eltern zu wecken. Sowohl die Informationen zur Zahnpflege auf den verschiedenen Infoblättern als auch die Adressenliste von Zahnambulatorien und Behandlungsmöglichkeiten werden explizit begrüßt. Es wird ausgesagt, dass die Beilagen zum Wickelrucksack eine Anregung darstellen, sich näher mit dem Thema zu beschäftigen: „Dann hab ich den Wickelrucksack geholt und bin tatsächlich durch die Broschüren über die Zahngesundheit in der Dokumentenmappe auf das Thema gekommen und hab mir da die ersten Informationen daraus geholt.“ Neu war für die befragten Eltern vor allem die Information, dass spätestens mit dem ersten Geburtstag des Kindes ein Besuch eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin ansteht und dass bereits der erste Zahn geputzt werden soll, insbesondere wenn das Kind noch Muttermilch trinkt. Auch dass ein ausgeschlagener Zahn zum Zahnarzt bzw. zur Zahnärztin mitgenommen werden soll und dass nach dem Konsum von Süßigkeiten der Mund mit Wasser ausgespült werden soll, war einigen Eltern vorher unbekannt.

Den Befragten fällt auf, dass einige Informationen sich auf den verschiedenen Informationsblättern wiederholen. Das könnte nach Aussage der Interviewpartner*innen dazu führen, dass nicht weitergelesen wird, weil angenommen wird, dass das betreffende Informationsblatt keine neuen Inhalte mehr enthält: „Ja, da denke ich mir, wenn es sich jetzt halt wiederholt, (...) dann denkt man sich, das habe ich eh schon gelesen und legt es dann vielleicht weg.“ Die einzelnen Blätter laufen zudem laut Interviewten Gefahr, verloren zu gehen. „Die Sachen, irgendwann verschwinden die mal, die ganzen Broschüren“, meint eines der Elternteile. Es wird vorgeschlagen, alle Informationen zur Zahngesundheit auf einer Seite oder in einer einzigen Broschüre zusammenzufassen: „Vielleicht, wenn man da irgendetwas hat, was doch ein bisschen stabiler ist, eventuell überdauert das ein bisschen länger.“

Grundsätzlich finden die Befragten die Empfehlungen gut und hilfreich und bemühen sich auch, sie zu befolgen. Es wird jedoch in Zweifel gezogen, dass ein Besuch eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin bereits ab dem ersten Zahn sinnvoll ist. Kleinere Kinder sollen aus Sicht der Eltern nur zum Zahnarzt bzw. zur Zahnärztin mitgenommen werden, um die Praxis kennenzulernen und eventuell auch, damit der*die Zahnärzt*in einen Blick in den Mund des Kindes wirft. Eine Behandlung wäre bei kleinen Kindern nach Aussage der Eltern nur unter Narkose möglich.

Die Umsetzbarkeit der Empfehlungen gestalte sich teilweise schwierig. Manchmal sei es eine Herausforderung, die Kinder zum Zähneputzen zu bewegen bzw. dazu, das Nachputzen zuzulassen, insbesondere dann, wenn das Kind krank oder müde sei. „Beim 2-Jährigen gibt es Tage, da ist er ganz willig, und dann sagt er >Passt<, und dann gibt es Tage, da macht er den Mund nicht auf, da muss man ihn überreden und sich Blödsinn ausdenken, damit er das lustig findet.“ Gerade Kinder im Trotzalter weigern sich manchmal strikt, wie die Interviewpartner*innen berichten. Zahnpasta wird von einigen Kindern abgelehnt, da sie den Geschmack nicht mögen. Eine Mutter meint, dass es nicht realistisch sei, morgens nach dem Frühstück eine halbe Stunde mit dem Zähneputzen zu warten, weshalb sie mit den Kindern direkt nach dem Aufstehen die Zähne putze. Eine andere Befragte berichtet, dass morgens wegen des Zeitdrucks manchmal das Zähneputzen ausfällt. Einige Eltern drohen mit dem Erkranken der Zähne, sollte nicht genügend geputzt werden: „Er putzt schon freiwillig, weil er weiß, die Zähne werden sonst kaputt.“ Die Interviewpartner*innen bemühen sich, als Vorbild für die Kinder zu fungieren, indem sie selbst ihre Zähne sorgfältig pflegen.

Das Milchzahnheft finden die Befragten zwar nett gestaltet und es wird auch begrüßt, dass die wichtigsten Ereignisse bezüglich Zahngesundheit bei kleinen Kindern darin aufgelistet sind, dennoch geben sie überwiegend an, es nicht verwenden zu wollen. Als Grund dafür wird genannt, dass diese Termine lieber in die eigenen Systeme (Kalender, Handy) eingetragen werden, „weil sonst ist es halt wieder ein Heft mehr“. „(Einzutragen), wann der erste Zahn gekommen ist, ich weiß nicht, ob man da direkt einen Vorteil für sich selber sieht, außer dass man halt Arbeit hat, es einzutragen“, überlegt ein Elternteil hiermit in Zusammenhang stehend. Außerdem wird bezweifelt, dass das Heft über die sechs Jahre hinweg, die es abdeckt, aufbewahrt wird. Eine Mutter plant jedoch, es über den gesamten Zeitraum hinweg zu verwenden: „Jahr für Jahr kann einen das begleiten, und man kann immer nachlesen, z.B. >drittes Lebensjahr<, da kann man sich laufend Infos holen.“

Die Tasche mit den Zahnpflegematerialien kommt bei den Eltern ebenfalls gut an. Sie sei nett gestaltet und der Inhalt wird benutzt. Es wird auch angegeben, die gleiche Zahnbürste nachkaufen zu wollen. Die Tasche helfe dabei, die richtigen Zahnpflegematerialien für das Kind auszuwählen: „(Da) gehe ich jetzt einmal davon aus, wenn das so ausgeteilt wird, dass man sich da mit Ärzten wahrscheinlich ausgetauscht hat, was jetzt wirklich am besten ist.“

4.2.5. EXPERT*INNENEINSCHÄTZUNGEN ZU „MIA UND DER ZAHNVAMPIR“ UND DEN BEILAGEN ZUM WICKELRUCKSACK

Die Expert*innen beurteilen die Qualität dieser Programmteile als ausgesprochen hoch. Das Bilderbuch sei kindgerecht gestaltet und trage dazu bei, Besuche eines Zahnarztes bzw. einer Zahnärztin und Zahngesundheit positiv zu besetzen. Auch den Informationsmaterialien im Wickelrucksack für Eltern wird ein gutes Zeugnis ausgestellt, sie seien übersichtlich und niederschwellig gestaltet. Es wird allerdings befürchtet, dass die dem Wickelrucksack beigegebenen Materialien vermutlich hauptsächlich jene Eltern lesen, die sich bereits für das Thema interessieren.

ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die interviewten Eltern finden die Besuche in Schulen und Kindergärten durch Mundgesundheitsexpert*innen sehr sinnvoll. Es wird aber angeregt, dass diese Besuche bereits früher stattfinden sollen: „Da finde ich schade, dass es eigentlich nur für Dreijährige ist, oder ab drei Jahren, weil ich sage, im Kindergarten sind schon Zweijährige, und die haben auch schon Zähne, und da kann man die Jüngeren auch schon mit einbinden, auch wenn sie sich wahrscheinlich noch nicht selber die Zähne putzen.“ Eine Initiative mit Aufklebern oder Ähnlichem, um die Kinder zum Zahnpflegen zu motivieren (ähnlich wie im eingestellten Programmteil „Zahnpass“), ist ein weiterer Vorschlag. Außerdem wünschten sich Eltern ein Feedback der Mundgesundheitsexpert*innen, die den Kindergarten besuchen, um zu erfahren, wie gut die Kinder das Zahnpflegen bereits beherrschen. In den Interviews wird zudem der Wunsch geäußert, dass in den Kindergärten nach dem Mittagessen die Zähne geputzt werden. Ein weiteres Anliegen war, dass Kautabletten, die den Zahnbefall sichtbarmachen, an Eltern verteilt oder im Kindergarten und in der Schule eingesetzt werden. Eine befragte Mutter, die als Lehrerin arbeitet, berichtet, dass Zahnbürsten mit Naturborsten von den Kindern wegen des weniger ansprechenden Äußen und des Geschmacks nicht gut angenommen wurden. Wenn Zahnbürsten verteilt werden, sollten diese aus ihrer Sicht bunt sein, da die Akzeptanz bei den Kindern dann höher sei.

Als Verbesserungswunsch für die Beilagen zum Wickelrucksack wird genannt, dass die Materialien mehrsprachig zur Verfügung stehen sollten, eventuell abrufbar durch einen QR-Code, was auch die

Expert*innen befürworten. Ein weiterer Appell ist, die Informationen auch bei Kinderärzt*innen aufzulegen, da nicht alle Eltern den Wickelrucksack abholen würden. Ferner wird das Anliegen einer zusätzlichen Beilage in Form eines Mundpflege-Fingerlings für Babys geäußert.

Die zum Wickelrucksack befragten Eltern regen an, Zahngesundheit als Thema in den Mutter-Kind-Pass aufzunehmen, was laut Expert*innen bereits angestoßen wurde. Eine weitere sinnvolle Maßnahme aus Sicht der Befragten wären Reminder, wann Zahnuntersuchungen anstehen: „Vielleicht könnte man das alles rund um Kindergesundheit in ein Gesamtpaket hineinverpacken.“ Die Interviewten wünschen sich auch eine App, die beim Zähneputzen anleitet und Kinder spielerisch in der richtigen Technik unterrichtet: „Da könnte man zeigen, die Zähne putzen, okay, der Zahn ist fertig, mit einem Lied, und okay, den nächsten putzen.“ Um das Thema Zahngesundheit bei Eltern noch bekannter zu machen, wird vorgeschlagen, Werbespots im Fernsehen zu schalten und Gesundheitstage zu veranstalten, bei denen sich Eltern oder werdende Eltern über das Thema informieren können.

Die Eltern zeigen sich auf Nachfrage an einem Workshop zur Zahngesundheit von Kindern interessiert, wenn sich die Termine mit der Kinderbetreuung vereinbaren lassen. Die Workshops sollten untertags stattfinden und leicht erreichbar sein, und die Kinder sollen mitgebracht werden können. Idealerweise sollte vor Ort eine Betreuung oder zumindest eine Spielmöglichkeit angeboten werden. Auch an einer Online-Veranstaltung würden die Eltern gerne teilnehmen. Im Rahmen eines solchen Workshops wünschen sich die Befragten Anregungen, wie Kinder zum Zähneputzen zu bewegen sind. Auch über den maximalen Einsatz des Schnullers im Hinblick auf die Zahngesundheit, die Verwendung von Zahnseide und die richtige Zahnpasta für kleine Kinder (mit oder ohne Fluorid) erhoffen sich die Befragten genauere Informationen.

5. AUSWERTUNG DER ÖGK DATEN

Die Auszählung der Daten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) diente der Darstellung der aktuellen Situation in Wien und der Identifikation von Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit eines Ordinationsbesuches (z.B. Soziodemographie, zeitlicher Verlauf, spezielle Interventionen), um hierdurch die Programmsteuerung anzuleiten und etwa Teilbereiche neu auszurichten (z.B. Schulwettbewerbe, Schwerpunktsetzung in bestimmten Bezirken). Handlungsleitend waren hierbei folgende Fragen:

- Wie viele Kinder in Wien im Alter von 0 bis 10 nehmen pro Jahr keinen kassenfinanzierten zahnmedizinischen Termin wahr, wie viele nehmen mindestens einen wahr?
- Welche soziodemographischen Einflussfaktoren (Einkommensklasse/Akademischer Grad, Staatsbürger*innenschaft, Selbstversichert, Geschlecht des*der Hauptversicherten, Geschlecht des Kindes) können identifiziert werden, die einen Zahnärzt*innenkontakt (un-)wahrscheinlich machen?
- Gab es Veränderungen im Zeitverlauf der letzten Jahre (2017 bis 2022) hinsichtlich des relativen Anteils der Kinder, die keinen Zahnarzt bzw. keine Zahnärztin aufsuchen (COVID-19-Pandemie)?
- Hat sich die Anzahl der zahnmedizinischen Kontrollen in Bezirken mit speziellen Interventionen (Schulwettbewerbe, die zu einem Ordinationsbesuch aufriefen) im Interventionszeitraum im Vergleich zu anderen Bezirken verändert?

Auftraggeberin und Evaluationsteam ist bewusst, dass die ÖGK-Daten keine Information über privat finanzierte zahnmedizinische Leistungen beinhalten und weitere Limitationen bezüglich der Wahlpartnerabrechnung existieren. Diese Limitation betreffend die Beantwortung der Fragen wird in Kauf genommen. Mit dem Programm sollen ohnehin vor allem benachteiligte Personen, die eher auf Kassenleistungen zurückgreifen, erreicht werden.

5.1. STICHPROBE

Im Fokus der Auswertung liegen Kinder der Jahrgänge 1.1.2007-31.12.2021, die in einem gegebenen Jahr oder einem gegebenen Quartal eines Jahres zwischen 0 und 10 Jahre alt, wohnhaft in Wien und bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) versichert sind. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich dabei grundsätzlich vom 1. Quartal 2017 bis zum (letztverfügbaren) 2. Quartal 2022.

Die Grundgesamtheit divergiert demnach von Jahr zu Jahr bzw. von Quartal zu Quartal, da jeweils nur Eintragungen erfolgten, wenn ein betreffendes Kind in Wien wohnhaft und zu Beginn des jeweiligen Jahres bzw. des jeweiligen Quartals noch in der Altersgruppe der 0- bis 10-Jährigen war. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die jeweiligen Grundgesamtheiten.

Tabelle 2: Grundgesamtheit pro Jahr bzw. pro Quartal (2017-2022)

2017	213 693	2020	220 937
2017-Q1	193 649	2020-Q1	201 610
2017-Q2	199 281	2020-Q2	201 304
2017-Q3	205 944	2020-Q3	201 398
2017-Q4	210 880	2020-Q4	200 497
2018	235 045	2021	218 179
2018-Q1	216 088	2021-Q1	199 989
2018-Q2	216 536	2021-Q2	199 909
2018-Q3	217 505	2021-Q3	200 420
2018-Q4	217 221	2021-Q4	197 175
2019	221 960	2022	/
2019-Q1	182 082	2022-Q1	194 262
2019-Q2	168 369	2022-Q2	191 169
2019-Q3	198 960		
2019-Q4	202 469		

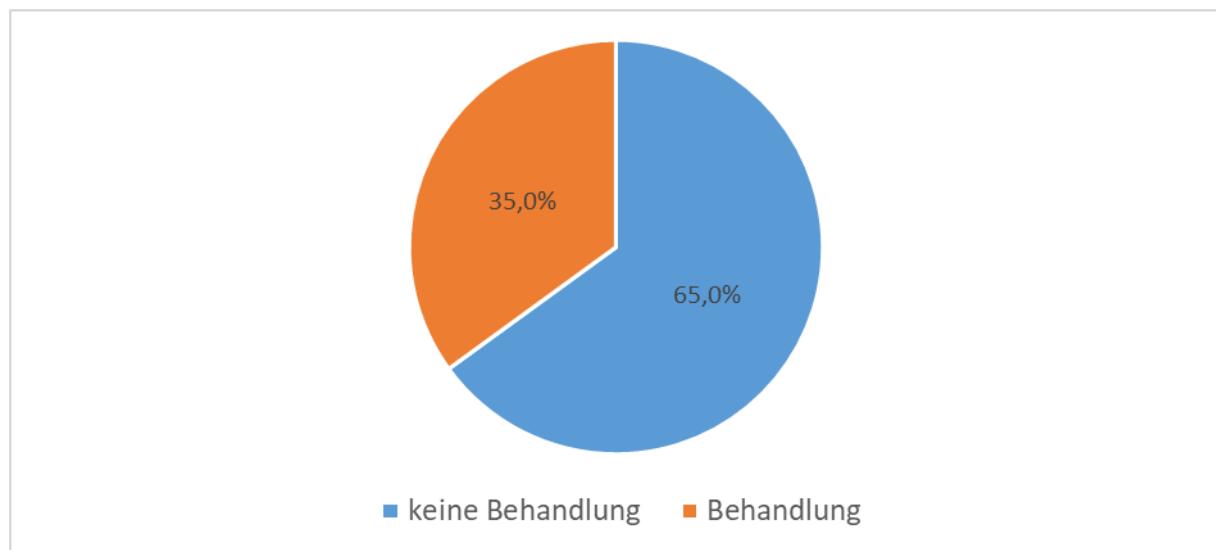
Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung.

Insgesamt ergeben sich hierbei 4 416 717 Fälle⁶⁸ bei Berechnungen auf Quartalsbasis (1. Quartal 2017 – 2. Quartal 2022) bzw. 1 109 814 Fälle bei Berechnungen auf Jahresbasis (2017-2021), für welche die Eintragungen für Q1-Q4 eines Jahres pro Person aufsummiert wurden. Sofern nicht anders deklariert, beziehen sich nachfolgende Berechnungen auf die Jahresgrundgesamtheiten und lassen daher die ersten beiden Quartale des unvollständigen Jahres 2022 außer Acht.

5.2. INANSPRUCHNAHME ZAHNMEDIZINISCHER TERMINE

In 35% aller Fälle auf Jahresbasis wurde mindestens ein Ordinationsbesuch vermerkt (siehe Abbildung 9). Dies kann näherungsweise als die Wahrscheinlichkeit interpretiert werden, dass ein der Zielgruppe entsprechendes Kind in einem gegebenen Jahr (mindestens) einen zahnmedizinischen Termin in Anspruch nimmt. In der gesamten folgenden Auswertung inkludiert der Begriff „Behandlung“ auch zahnmedizinische Kontrolltermine.

Abbildung 9 : Anteil der Fälle auf Jahresbasis (Person x Jahr) mit zahnmedizinischer Behandlung (2017-2021)



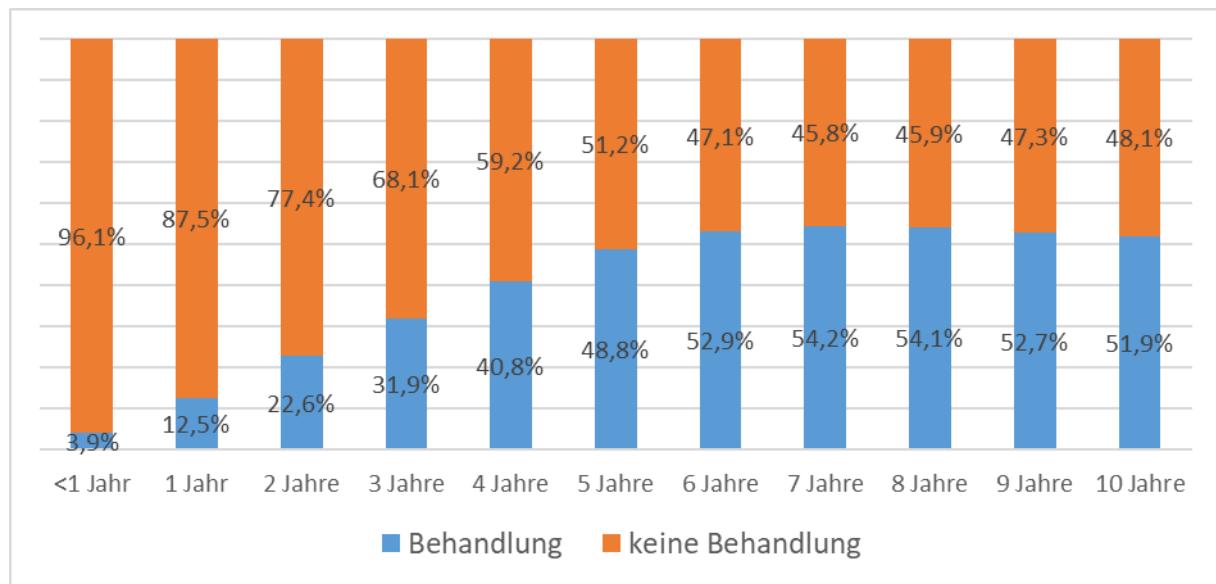
Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil der Ausgänge (Behandlung / keine Behandlung) an allen Fällen der Grundgesamtheit auf Jahresbasis (n=1 109 814).

Die betreffenden Personen (n=388 286) nahmen hierbei einen bis 76 Behandlungstermine im Jahr wahr, im Durchschnitt 2,49 Termine. Überwiegend handelte es sich um Besuche bei einem Kassenarzt oder einer Kassenärztin: Die insgesamt 965 209 realisierten Termine entfallen zu 2,37% auf Wahl-, zu 97,63% auf Kassenärzt*innen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind mindestens eine zahnmedizinische Behandlung in einem gegebenen Kalenderjahr (2017-2021) in Anspruch nimmt, nimmt dabei bis zum Alter von 7 Jahren zu und bleibt dann im Volksschulalter annähernd konstant (siehe Abbildung 10). Das Minimum zeigt sich unter den 0-Jährigen, für welche in 3,9% der Fälle ein Ordinationsbesuch dokumentiert ist, das Maximum unter den 7-Jährigen, für welche dies in 54,2% der Fälle gilt.

⁶⁸ Als Fall wird hierbei ein Ereignisraum mit den Ausgängen „Keine Behandlung im gegebenen Zeitraum“ oder „Mindestens eine Behandlung im gegebenen Zeitraum“ bezeichnet. Bei Berechnungen auf Jahresbasis (2017-2021) entspricht jedes Kind daher bis zu 5 Fällen; bei Berechnungen auf Quartalsbasis (1. Quartal 2017 – 2. Quartal 2022) entspricht jedes Kind bis zu 22 Fällen.

Abbildung 10: Anteil der Fälle (Person x Jahr) mit mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung nach Altersgruppen



Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil der Ausgänge (Behandlung / keine Behandlung) an den Fällen der Grundgesamtheit auf Jahresbasis, welche zu Beginn des betreffenden Jahres einer bestimmten Altersgruppe (0-10 Jahre) angehören.

Die Verteilung innerhalb eines Kalenderjahrs erweist sich über die Zeit hinweg als einigermaßen konstant, wie in Tabelle 3 zu sehen. Kinder möglichst vor oder zumindest beim Schuleintritt einer zahnmedizinischen Kontrolle bzw. Behandlung zuzuführen, gelang am ehesten im Jahr vor der Pandemie. Mit Abklingen der Pandemie 2021 stieg der Prozentsatz der Kinder, die mindestens einen Termin pro Kalenderjahr wahrnahmen, wieder, wobei 2021 immer noch knapp die Hälfte aller Kinder im Vorschul- und Volksschulalter keinen kassenfinanzierten Kontroll- bzw. Behandlungstermin absolvierten.

Tabelle 3: Anteil der Kinder mit mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung nach Altersgruppen (2017-2021)

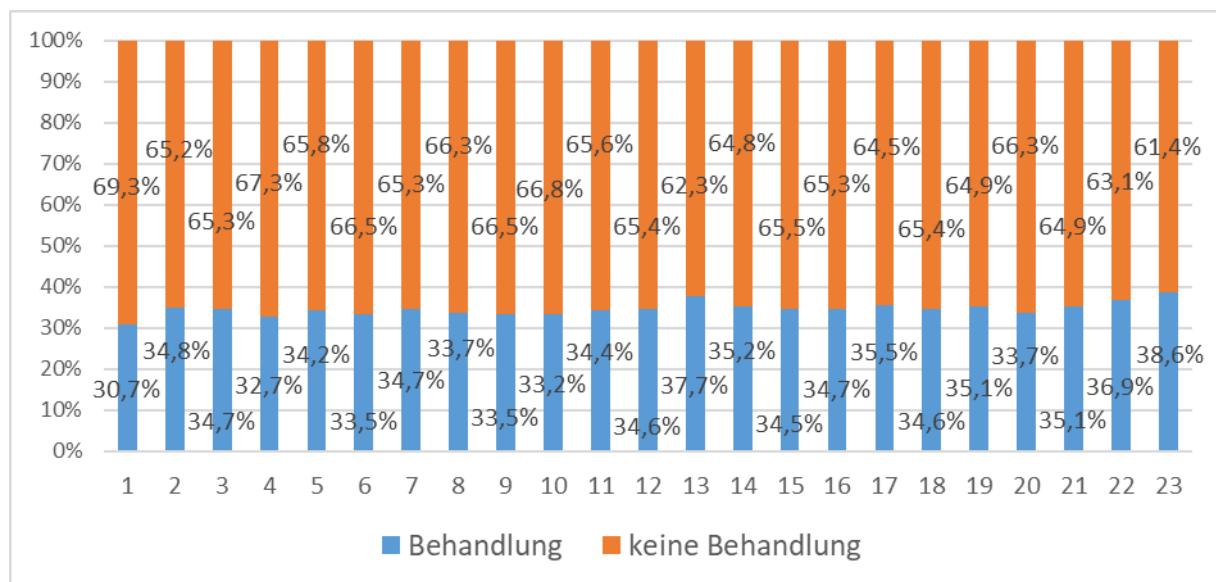
	2017	2018	2019	2020	2021	Gesamt
<1 Jahr	2,8%	3,5%	4,1%	4,1%	4,9%	3,9%
1 Jahr	12,4%	12,1%	13,1%	12,1%	13,1%	12,5%
2 Jahre	22,6%	22,4%	23,6%	20,7%	23,4%	22,6%
3 Jahre	31,4%	32,1%	33,2%	30,7%	32,3%	31,9%
4 Jahre	40,0%	40,2%	42,6%	39,5%	41,9%	40,8%
5 Jahre	47,5%	47,8%	51,9%	47,5%	49,8%	48,8%
6 Jahre	51,3%	51,2%	56,2%	52,6%	53,5%	52,9%
7 Jahre	52,8%	52,6%	56,7%	53,5%	55,8%	54,2%
8 Jahre	53,0%	52,1%	56,7%	53,6%	55,3%	54,1%
9 Jahre	50,8%	50,9%	55,2%	52,2%	54,6%	52,7%
10 Jahre	47,1%	49,3%	54,3%	51,4%	52,8%	51,9%
Gesamt	33,0%	34,6%	36,3%	34,3%	36,7%	35,0%

Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil der Kinder, die mindestens eine zahnmedizinische Behandlung wahrnehmen, an allen Kindern, die zu Beginn eines gegebenen Jahres (2017 – 2021) einer bestimmten Altersgruppe (0-10 Jahre) angehören.

Exkludiert man das Jahr 2020, welches spätestens ab dem Beginn der Ausgangsbeschränkungen im März des Jahres unter dem Vorzeichen der COVID-19-Pandemie stand, nimmt die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme einer zahnmedizinischen Behandlung über die Zeit hinweg zu, wie im nachfolgenden Kapitel 5.3 näher zu beleuchten sein wird. Besonders scheinen sehr junge Kinder immer besser erreicht zu werden: Der Anteil der 0-Jährigen, die einen solchen Termin wahrnehmen, steigt bis 2021 auf das 1,75-fache des Wertes aus dem Jahr 2017.

Am wahrscheinlichsten ist ein Ordinationsbesuch, wie in Abbildung 11 illustriert, unter im 23. Wiener Gemeindebezirk wohnhaften Kindern (38,6% aller entsprechenden Fälle zwischen 2017 und 2021), am unwahrscheinlichsten unter solchen, die im 1. Wiener Gemeindebezirk gemeldet sind (30,7% aller entsprechenden Fälle zwischen 2017 und 2021).

Abbildung 11: Anteil der Fälle (Person x Jahr) mit mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung nach Wohnbezirk



Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil der Ausgänge (Behandlung / keine Behandlung) an den Fällen der Grundgesamtheit auf Jahresbasis, welche in einem bestimmten Wiener Gemeindebezirk gemeldet sind.

Über die Zeit hinweg nehmen die Unterschiede zwischen den Bezirken, wie in Tabelle 4 zu sehen, jedoch tendenziell ab: Während der behandlungsintensivste Bezirk 2017 (Liesing: 38,1%) noch einen 1,5-mal so hohen Anteil an Kindern mit Behandlung aufweist wie der behandlungsschwächste Bezirk (Innere Stadt: 26,2%), trennt 2021 der Faktor 1,2 den behandlungsintensivsten (Hietzing: 40,8%) vom behandlungsschwächsten Bezirk (Innere Stadt: 34,0%).

Tabelle 4: Anteil der Kinder mit mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung nach Wohnbezirk (2017-2021)

Wohnort	2017	2018	2019	2020	2021	Gesamt	
901	26,2%	27,2%	33,8%	34,5%	34,0%	30,7%	+29,8%
902	32,1%	33,8%	36,9%	34,3%	37,2%	34,8%	+15,9%
903	31,9%	33,7%	36,8%	35,0%	36,1%	34,7%	+13,2%
904	27,4%	30,0%	35,3%	34,3%	37,9%	32,7%	+38,3%

Wohnort	2017	2018	2019	2020	2021	Gesamt	
905	32,4%	34,4%	37,3%	32,4%	34,5%	34,2%	+6,5%
906	31,6%	32,4%	36,6%	32,2%	35,3%	33,5%	+11,7%
907	31,4%	32,8%	37,0%	35,4%	37,3%	34,7%	+18,8%
908	29,2%	30,8%	36,2%	35,3%	39,0%	33,7%	+33,6%
909	28,2%	32,8%	36,0%	34,4%	37,7%	33,5%	+33,7%
910	32,7%	33,5%	33,9%	31,9%	34,2%	33,2%	+4,6%
911	33,3%	34,7%	35,0%	33,5%	35,4%	34,4%	+6,3%
912	33,3%	35,6%	35,9%	33,1%	35,1%	34,6%	+5,4%
913	33,0%	35,7%	38,9%	40,1%	40,8%	37,7%	+23,6%
914	32,6%	34,6%	36,2%	34,8%	38,2%	35,2%	+17,2%
915	33,0%	34,0%	36,4%	33,9%	35,2%	34,5%	+6,7%
916	33,0%	34,7%	35,8%	33,8%	36,2%	34,7%	+9,7%
917	33,5%	34,9%	37,6%	34,4%	37,3%	35,5%	+11,3%
918	30,8%	33,0%	36,5%	35,4%	37,8%	34,6%	+22,7%
919	32,1%	32,8%	37,5%	36,2%	37,5%	35,1%	+16,8%
920	32,5%	33,9%	34,4%	32,4%	35,1%	33,7%	+8,0%
921	33,5%	35,5%	36,4%	33,7%	36,2%	35,1%	+8,1%
922	35,3%	36,6%	37,9%	35,8%	38,9%	36,9%	+10,2%
923	38,1%	38,8%	39,3%	37,4%	39,3%	38,6%	+3,1%
Gesamt	33,0%	34,6%	36,3%	34,3%	36,7%	35,0%	+11,2%

Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil der Kinder, die mindestens eine zahnmedizinische Behandlung wahrnehmen, an allen Kindern, die in einem bestimmten Wiener Gemeindebezirk gemeldet sind. Die letzte Spalte beschreibt die relative Zu- oder Abnahme des Anteils der Kinder mit zahnmedizinischem Termin zwischen 2017 und 2021 in Prozent der Differenz 2021-2017 von 2017.

Diesbezüglich ist jedoch zu beachten, dass der 1. Wiener Gemeindebezirk aufgrund der überdurchschnittlichen Haushaltseinkommen eine Sonderrolle innerhalb Wiens einnimmt: So liegt der durchschnittliche Jahresnettobezug der Einwohner*innen des 1. Bezirks im letztverfügbaren Jahr 2020 16,2% (913) bzw. 25,2% (919) über jenem der zweit- und drittbestverdienenden Bezirke, sowie 76,9% (920) bzw. 82,4% (915) über jenem der am schlechtesten verdienenden Bezirke.⁶⁹ Es ist daher als wahrscheinlich anzusehen, dass der Anteil der Selbstzahler*innen in der Inneren Stadt besonders hoch ist, welche jedoch im ÖGK-Datensatz selbstredend nicht abgebildet werden.

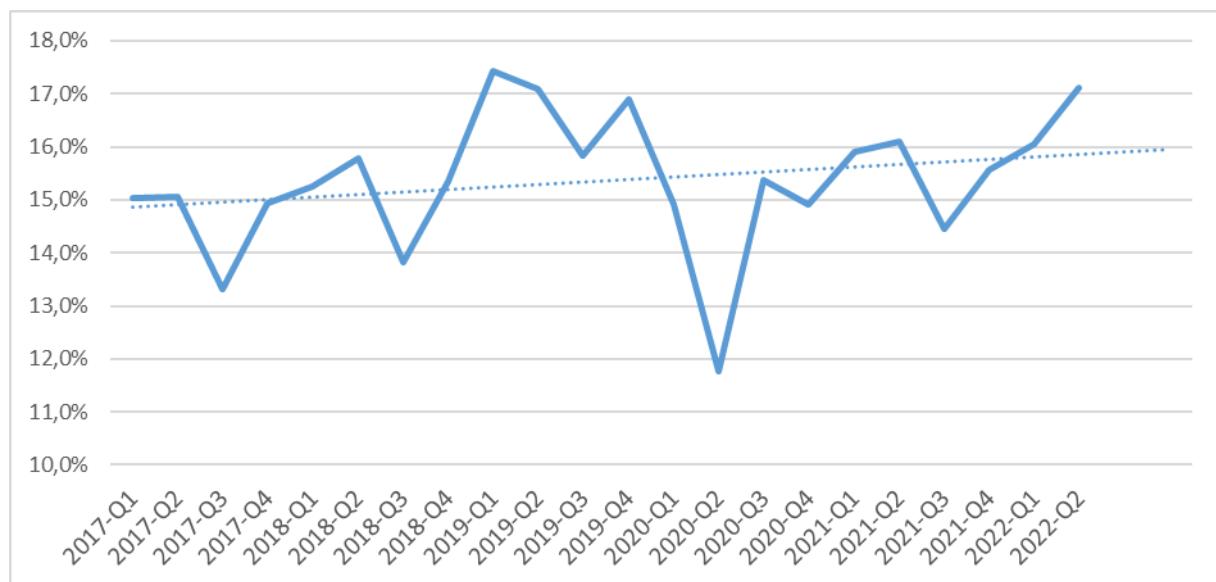
⁶⁹ Stadt Wien (2021): Unselbstständiges Einkommen nach Geschlecht, vgl. www.data.gv.at/katalog/de/dataset/stadt-wien_viewirtschaftwienergemeindebezirke1 [30.07.2023]. Angaben in Prozent der Differenz zwischen dem durchschnittlichen Jahresnettobezug im 1. Wiener Gemeindebezirk und jenem im 13./19./20./15. Wiener Gemeindebezirk vom durchschnittlichen Jahresnettobezug im 13./19./20./15. Wiener Gemeindebezirk.

Insgesamt stieg der Anteil der Wiener Kinder, die mindestens einen Ordinationsbesuch im Jahr verbuchten, von 33,0% im Jahr 2017 auf 36,7% im Jahr 2021. Dies entspricht einer relativen Zunahme von 11,2%. Besonders hohe relative Zunahmen von mindestens 25% zwischen 2017 und 2021 erlebten der 1., der 4., der 8. und der 9. Wiener Gemeindebezirk, besonders geringe Zunahmen von weniger als 5% der 10. und 23. Bezirk. Die beiden Zahnpass-Bezirke, auf welche in Kapitel 5.4 eingegangen werden wird, realisierten eine vergleichsweise geringe Zunahme von 6,5% (905) bzw. 6,7% (915).

5.3. LÄNGSSCHNITTLICHE BETRACHTUNG DER INANSPRUCHNAHME ZAHNMEDIZINSCHER TERMINE

Zwischen dem 1. Quartal 2017 und dem letztverfügbaren 2. Quartal 2022 nimmt der Anteil der Kinder, die mindestens eine zahnmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen, tendenziell zu (siehe Abbildung 12). Dies lässt sich insbesondere auch an der punktierten Trendlinie ablesen.

Abbildung 12: Anteil der Kinder mit mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung im Quartal (1. Quartal 2017 - 2. Quartal 2022)



Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Die durchgezogene Linie stellt den Anteil der Kinder, die mindestens eine zahnmedizinische Behandlung wahrnehmen, an allen Kindern dar, die in einem gegebenen Quartal der Zielgruppe angehören. Die punktierte Linie illustriert die weitere anzunehmende Entwicklung anhand einer linearen Trendlinie.

Vom Einbruch im 2. Quartal 2020 (11,8% gegenüber 16,9% bzw. 14,9% in den beiden Quartalen zuvor), welches innerhalb des ersten Lockdowns aufgrund der COVID-19-Pandemie begann, erholte sich die Situation relativ rasch, sodass das Jahr 2020 insgesamt, wie bereits im vorangegangenen Kapitel 5.2 ersichtlich, nur eine kurze Unterbrechung des Aufwärtstrends darstellt (2019: 36,3%; 2020: 34,2%; 2021: 36,7%). Im 2. Quartal 2022 erscheint mit 17,1% das bisherige Maximum von 17,4% im 1. Quartal 2019 beinahe wieder erreicht.

Innerhalb eines Jahresverlaufs lässt sich das Muster erkennen, dass im jeweils 3. Quartal weniger Ordinationsbesuche stattfinden. Eine Ausnahme stellt auch hier 2020 dar, als im 3. Quartal wohl unter anderem auch jene nicht unbedingt notwendigen Arztbesuche nachgeholt wurden, auf die im 2. Quartal verzichtet wurde.

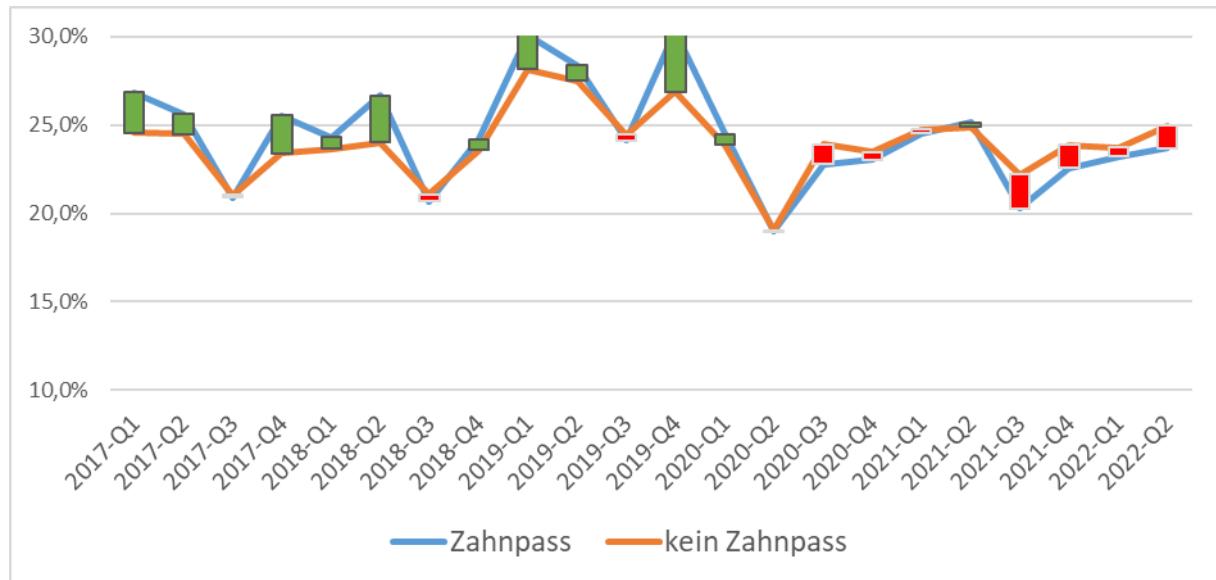
5.4. AUSWIRKUNGEN DER INTERVENTION „ZAHNPASS“

Die im Rahmen des Programms getroffenen Maßnahmen umfassten u.a. die Aktion „Wiener Zahnpass“. Diese inkludierte einen Wettbewerb von Schulen im 5. und 15. Wiener Gemeindebezirk, bei dem Kinder (und deren Erziehungsberechtigte) durch Stempelkarten zum Besuch von Zahnärzt*innen motiviert werden sollten. Zusätzlich sollten Zahnärzt*innen und Ordinationsfachkräfte durch den persönlichen Kontakt zum Mitmachen, beziehungsweise durch Fortbildungen zur zahnärztlichen Behandlung von Kindern motiviert werden. Die Auswahl der Bezirke folgte dabei dem Risikogruppenansatz, wofür Daten aus der Zahnstatuserhebung herangezogen wurden.

Der Wettbewerb fand bislang zweimal statt, namentlich von Oktober 2019 bis April 2020 sowie von Februar bis Mai 2021 (wobei die Abgabefrist pandemiebedingt bis Anfang Juni 2021 verlängert wurde). Am ersten Durchgang nahmen 1 499 Kinder aus 72 Klassen (aus 11 der 13 öffentlichen Volkschulen der beiden Bezirke) teil, am zweiten Durchgang 1 042 Volksschüler*innen.

Tatsächlich liegt, wie in Abbildung 13 zu sehen, der Anteil der 6- bis 10-jährigen Kinder, die einen Ordinationsbesuch realisieren, in den Interventionsbezirken in der ersten Hälfte des ersten Interventionszeitraumes, d.h. im 4. Quartal 2019, um 3,4% über dem entsprechenden Anteil in den anderen Bezirken. Dies entspricht der größten Abweichung zwischen den Gruppen „Zahnpass“ und „kein Zahnpass“ im Beobachtungszeitraum.

Abbildung 13: Anteil der 6- bis 10-jährigen Kinder mit mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung im Quartal (1. Quartal 2017 - 2. Quartal 2022), Vergleich der Bezirke 905 und 915 mit sämtlichen anderen Bezirken



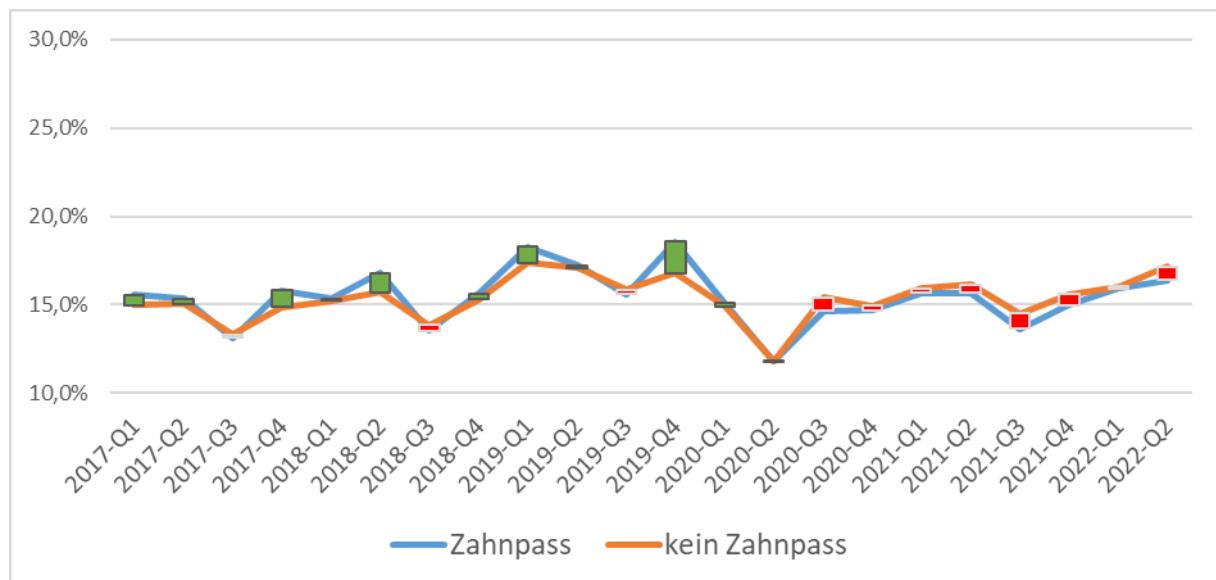
Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil der 6- bis 10-jährigen Kinder aus dem 5. und 15. Wiener Gemeindebezirk (blau) sowie aus allen anderen Wiener Gemeindebezirken (orange), die mindestens eine zahnmedizinische Behandlung wahrnehmen, an allen Kindern aus den betreffenden Bezirken, die in einem gegebenen Quartal der Zielgruppe angehören. Die grünen und roten Balken heben die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hervor: Grüne Balken markieren hierbei Quartale, in welchen die Gruppe „Zahnpass“ mehr Ordinationsbesuche als die Gruppe „kein Zahnpass“ realisierte; rote Balken jene Quartale, in welchen seltener entsprechende Termine für die Gruppe „Zahnpass“ als die Gruppe „kein Zahnpass“ dokumentiert sind.

Bereits in der zweiten Hälfte des ersten Interventionszeitraumes, d.h. im 1. Quartal 2020, verringert sich die positive Abweichung jedoch auf 0,6%. Zudem liegt der Anteil der Kinder aus den Interventionsbezirken, die im zweiten Interventionszeitraum eine Behandlung in Anspruch nahmen, unter jenem der Kinder aus anderen Wiener Gemeindebezirken.

Stark scheint der Einfluss der COVID-19-Pandemie bzw. der mit dieser verbundenen Ausgangsbeschränkungen zu sein: Während die Kinder aus dem 5. und 15. Wiener Gemeindebezirk bis zur Pandemie typischerweise mehr Ordinationsbesuche aufweisen als andere Kinder, konnten sich die beiden Bezirke offenbar schlechter von dem starken Einbruch im 2. Quartal 2020 erholen, seit welchem sie beinahe durchgehend seltener einen zahnmedizinischen Termin wahrnahmen als Kinder aus dem Rest Wiens. Abgeschwächt wurde dieser Effekt lediglich während des zweiten Interventionszeitraumes, was für die positive und protektive Wirkung des „Wiener Zahnpasses“ spricht.

Werden nicht nur Kinder im Volksschulalter von 6 bis 10 Jahren, sondern sämtliche Zugehörige zur in Kapitel 5.1 beschriebenen Stichprobe betrachtet, werden auch Effekte abgebildet, die die Aktion „Wiener Zahnpass“ über die Teilnehmenden hinaus hatte (z.B. auf jüngere Geschwister). Auch hier zeigt sich, auf insgesamt niedrigerem Niveau, ein auffälliges Hoch in der ersten Hälfte des ersten Interventionszeitraumes, ein die Bezirke gleichermaßen treffendes Tief durch den Beginn der Ausgangsbeschränkungen und eine schwächere Erholung von diesem Einbruch im 5. und 15. Wiener Gemeindebezirk (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Anteil der Kinder mit mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung im Quartal (1. Quartal 2017 - 2. Quartal 2022), Vergleich der Bezirke 905 und 915 mit sämtlichen anderen Bezirken



Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil der Kinder aus dem 5. und 15. Wiener Gemeindebezirk (blau) sowie aus allen anderen Wiener Gemeindebezirken (orange), die mindestens eine zahnmedizinische Behandlung wahrnehmen, an allen Kindern aus den betreffenden Bezirken, die in einem gegebenen Quartal der Zielgruppe angehören. Die grünen und roten Balken heben die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hervor: Grüne Balken markieren hierbei Quartale, in welchen die Gruppe „Zahnpass“ mehr Ordinationsbesuche als die Gruppe „kein Zahnpass“ realisierte; rote Balken jene Quartale, in welchen seltener entsprechende Termine für die Gruppe „Zahnpass“ als die Gruppe „kein Zahnpass“ dokumentiert sind.

5.5. PRÄDIKTOREN DER INANSPRUCHNAHME ZAHNMEDIZINISCHER TERMINE

Der nachfolgende Abschnitt beschreibt eine Regressionsanalyse, welche Aufschluss darüber gibt, welche soziodemographischen Merkmale des Kindes bzw. der Person, bei welcher dieses mitversichert ist, Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit haben, dass das Kind einen zahnmedizinischen Termin realisiert. Die 0/1-kodierte abhängige Variable ist demnach die Inanspruchnahme mindestens eines solchen Termins im Jahr 2020; nicht in das Modell fließt ein, wie viele solcher Ordinationsbesuche umgesetzt wurden. Ziel der Modellschätzung ist es, mit einem möglichst einfachen und aussagekräftigen Modell die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme eines zahnmedizinischen Termins zu bestimmen.

tigen Erklärungsmodell einzelne Einflussfaktoren sowie deren Wechselwirkungen isoliert sichtbar zu machen.

5.5.1. METHODISCHES VORGEHEN

Betrachtet wurden die im Jahr 2020 realisierten kassen- oder wahlärztlichen zahnmedizinischen Termine, welche von ÖGK-versicherten, in Wien wohnhaften, 0- bis 10-jährigen Kindern der Jahrgänge 1.1.2007-31.12.2021 in Anspruch genommen wurden. Die Information dazu, ob eine der Kasse verrechnete Leistung stattfand oder nicht, wurde mit soziodemographischen Daten aus dem 1. Quartal 2020 verknüpft. Hierbei handelt es sich um Merkmale des Kindes sowie – insofern dieses nicht selbstversichert ist – um solche jener Person, bei welcher das Kind mitversichert ist. In Tabelle 5 finden sich die Informationen, die – mit Ausnahme des Alters in dichotomisierter Form – in das Regressionsmodell eingespeist wurden.

Tabelle 5: Verwendete Variablen und deren Eigenschaften

Variablenname	Messniveau (Anzahl der Ausprägungen)	Ausprägungen
Versicherungsart	Nominal (2)	Selbstversichert, Mitversichert
Geschlecht des*der Versicherten	Nominal (2)	Weiblich, Männlich
Staatsbürger*innenschaft des*der Versicherten	Nominal (3)	Österreich, EU-27 (exkl. Österreich), Drittstaaten
Gehaltsklasse des*der Versicherten⁷⁰ anhand der monatlichen Beitragsgrundlage	Ordinal (9)	Klasse 1: 0€ < Klasse 2: 1-730€ < Klasse 3: 731-1 276€ < Klasse 4: 1 277-1 700€ < Klasse 5: 1 701-2 145€ < Klasse 6: 2 146-2 652€ < Klasse 7: 2 653-3 409€ < Klasse 8: 3 410-4 960€ < Klasse 9: ab 4 961€
Wohnort des*der Versicherten	Nominal (2)	Wien, Nicht-Wien
Bildungsniveau des*der Versicherten	Nominal (2)	Akademiker*in ⁷¹ , Nicht-Akademiker*in
Geschlecht des*der Patient*in⁷²	Nominal (2)	Weiblich, Männlich
Staatsbürger*innenschaft	Nominal (3)	Österreich, EU-27 (exkl. Österreich)

⁷⁰ Die Gehaltsklassen entsprechen grundsätzlich den Gehaltsdezilen, d.h. den Gehaltszehnteln der Versicherten innerhalb der Stichprobe. Die unterste Gehaltsklasse jedoch fasst aufgrund der hohen Anzahl an Versicherten mit einer Beitragsgrundlage von 0€ eine größere Menge an Personen zusammen, weshalb insgesamt nur 9 Gehaltsklassen resultieren.

⁷¹ Dies inkludiert sämtliche Absolvent*innen einer Fachhochschule, Universität oder vergleichbaren Einrichtung auf Bacheloratebniveau oder darüber.

⁷² 4 der Patient*innen, die der Stichprobe entsprachen, gaben ein unspezifisches Geschlecht an. Da die Variablenausprägung damit deutlich zu gering besetzt wäre, mussten die entsprechenden Daten als „fehlend“ angenommen werden.

des*der Patient*in		reich), Drittstaaten
Alter des*der Patient*in zum Jahresbeginn 2020	Metrisch	/

Die Regressionsanalyse erfolgte hierarchisch mittels schrittweiser (konditionaler) Rückwärtselimination. Dies bedeutet, dass verschiedene Variablengruppen nacheinander in das Modell aufgenommen wurden, um – nach dem Einspeisen der Versicherungsart (Block 1) – den Einfluss der versichertenbezogenen (d.h. auf den*die Erziehungsberechtigte*n bezogenen) Merkmale (Block 2)⁷³ von jenem der patient*innenbezogenen Merkmale (Block 3) abzugrenzen. In einem letzten Block 4 wurden ferner mögliche Interaktionen zwischen den Variablen in das Modell eingespeist. Hierfür wurden solche Interaktionen gebildet, welche methodisch⁷⁴ sowie inhaltlich⁷⁵ indiziert erschienen:

- Versicherungsart x Staatsbürger*innenschaft des*der Patient*in
- Gehaltsklasse x Geschlecht des*der Versicherten
- Gehaltsklasse x Staatsbürger*innenschaft des*der Versicherten
- Gehaltsklasse x Staatsbürger*innenschaft des*der Patient*in
- Gehaltsklasse x Bildungsniveau des*der Versicherten
- Gehaltsklasse x Alter des*der Patient*in
- Bildungsniveau x Staatsbürger*innenschaft des*der Versicherten
- Bildungsniveau x Staatsbürger*innenschaft des*der Patient*in
- Staatsbürger*innenschaft des*der Patient*in x Staatsbürger*innenschaft des*der Versicherten
- Alter des*der Patient*in x Wohnort des*der Versicherten
- Geschlecht des*der Versicherten x Staatsbürger*innenschaft des*der Patient*in

Innerhalb jedes Blockes wurden zunächst sämtliche Variablen eingespeist, woraufhin schrittweise jeweils dasjenige Merkmal entfernt wurde, welches die kleinste partielle Korrelation mit der abhängigen Variable, d.h. der Inanspruchnahme einer zahnmedizinischen Behandlung, aufwies. Dabei wurden so lange Variablen aus dem Modell genommen, bis kein weiteres Merkmal mehr entfernt werden konnte, ohne die Vorhersagekraft des Modells zu mindern. (Im Extremfall hätte dies bedeuten können, dass sämtliche Variablen aus dem Modell genommen werden, da kein Merkmal als Prädiktor der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen geeignet ist.)

5.5.2. VORHERSAGEKRAFT DES GESAMTEN REGRESSIONSMODELLS

Wie in Tabelle 6 zu sehen, gewinnt das Modell dabei vor allem durch das Hinzufügen des dritten Blocks, welcher die patient*innenbezogenen Daten enthält, an Vorhersagekraft.

⁷³ Im Falle einer Selbstversicherung des Kindes wurden die Versichertenmerkmale als fehlend angenommen.

⁷⁴ Die metrischen sowie binarisierten Variablen wurden mittels Pearson-Korrelationsanalysen gegenüber einem Signifikanzniveau von 0,05 auf einen Zusammenhang überprüft. Dies ist möglich, weil dichotome Variablen in den meisten Auswertungsverfahren als metrische Variablen behandelt werden dürfen.

⁷⁵ So etwa bestanden naheliegenderweise Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen binarierter Variablen, welche nicht in das Modell eingespeist wurden.

Tabelle 6: Veränderung der statistischen Signifikanz und praktischen Relevanz des Modells durch das hierarchische Hinzufügen von Variablenblöcken

	Signifikanz	Nagelkerkes R ²	Korrekte Vorhersagen
Block 1	0,750	0,000	/
Block 2	0,000	0,028	63,3%
Block 3	0,000	0,180	65,9%
Block 4	0,000	0,182	65,9%

Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist das Signifikanzniveau, Nagelkerkes R² (ein Bestimmtheitsmaß, welches darlegt, wie gut die abhängige Variable erklärt wird), sowie der Anteil der korrekt vorhergesagten Ausgänge der abhängigen Variable („Behandlung“/ „keine Behandlung“).

Konkret hat die Information über Selbst- oder Mitversicherung keinen statistisch signifikanten und demnach auch keinen praktisch relevanten Einfluss darauf, ob eine zahnmedizinische Leistung in Anspruch genommen wurde. Die versichertenbezogenen Informationen erklären, wie an Nagelkerkes R² ersichtlich, etwa 3% der Varianz der abhängigen Variable. Unter Zuhilfenahme dieser Merkmale können 63,3% der Ausgänge (Behandlung / keine Behandlung) richtig vorhergesagt werden. Werden auch patient*innenbezogene Informationen berücksichtigt, können bereits 18% der Varianz erklärt und 65,9% der Ausgänge korrekt vorhergesagt werden. Das Einspeisen möglicher Interaktionseffekte bietet nur eine geringfügige weitere Verbesserung.

Das finale Modell kann dabei, wie in Tabelle 7 zu sehen, besonders zuverlässig prädizieren, wann Kinder keine Behandlung in Anspruch nahmen: Während dies in 80,3% der Fälle gelingt, können nur 41,4% der erfolgten Behandlungen korrekt vorhergesagt werden.

Tabelle 7: Anteil der richtig vorhergesagten Ausgänge

	Vorhergesagt: „Keine Behandlung“	Vorhergesagt: „Behandlung“	Anteil der Richtigen
Keine Behandlung	98 277	24 073	80,3%
Behandlung	42 318	29 844	41,4%

Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist die absolute Anzahl jener Personen, für welche das Regressionsmodell vorhersagt, dass diese (k)eine Behandlung in Anspruch nehmen, und welche tatsächlich (k)eine Behandlung in Anspruch nehmen, sowie der Anteil der korrekten Vorhersagen an sämtlichen Personen, die (k)eine Behandlung in Anspruch nehmen.

5.5.3. VORHERSAGEKRAFT EINZELNER VARIABLEN

Das sparsamste Modell, das geeignet ist, die abhängige Variable vorherzusagen, inkludiert die in Tabelle 8 dargestellten Merkmale. Wie stark die Vorhersagekraft ist und ob der Einfluss ein positiver oder negativer ist, kann hierbei in der letzten Spalte am Wert Exp(B) abgelesen werden. Bei diesem handelt es sich um die Odds Ratio, d.h. das Chancenverhältnis, der Variablen. Die Odds Ratio einer unabhängigen Variable gibt die Veränderung der relativen Wahrscheinlichkeit von y=1 an, wenn diese unabhängige Variable um eine Einheit steigt, gegeben alle anderen Variablen im Modell werden konstant gehalten. Diese Effektstärke stellt demnach sehr anschaulich dar, wie sich die relative Wahrscheinlichkeit einer Variablenausprägung der abhängigen Variable durch das Einnehmen einer Variablenausprägung der unabhängigen Variable verändert, wobei eine Exp(B) von 1 bedeuten wür-

de, dass überhaupt kein Einfluss besteht. Liegt die Odds Ratio über 1, ist der Zusammenhang positiv, während ein Wert unter 1 einen negativen Zusammenhang impliziert.

Tabelle 8: Prädiktoren im Regressionsmodell

	Signifikanz	Exp(B)
Versicherte*r: Weiblich	0,000	1,197
Versicherte*r: Österreich	0,282	1,049
Versicherte*r: EU	0,002	0,947
Versicherte*r: Gehaltsklasse 1	0,000	0,552
Versicherte*r: Gehaltsklasse 2	0,000	0,617
Versicherte*r: Gehaltsklasse 3	0,000	0,626
Versicherte*r: Gehaltsklasse 4	0,000	0,710
Versicherte*r: Gehaltsklasse 5	0,000	0,751
Versicherte*r: Gehaltsklasse 6	0,000	0,763
Versicherte*r: Gehaltsklasse 7	0,000	0,831
Versicherte*r: Gehaltsklasse 8	0,000	0,918
Versicherte*r: Wohnort Wien	0,007	0,814
Versicherte*r: Akademischer Abschluss	0,000	1,361
Patient*in: Weiblich	0,000	1,054
Patient*in: Alter	0,000	1,198
Versicherte*r: Gehaltsklasse 1 x Weiblich	0,000	0,831
Versicherte*r: Akad. Abschluss x Österreich	0,000	0,919
Patient*in: Österreich x Versicherte*r: Österreich	0,000	1,191
Versicherte*r: Gehaltsklasse 9 x Drittstaat	0,003	0,834
Patient*in: Alter x Versicherte*r: Gehaltsklasse 1	0,000	1,024
Patient*in: Alter x Versicherte*r: Wohnort Wien	0,000	1,058
Versicherte*r: Akad. Abschluss x Patient*in: Drittstaat	0,022	0,780

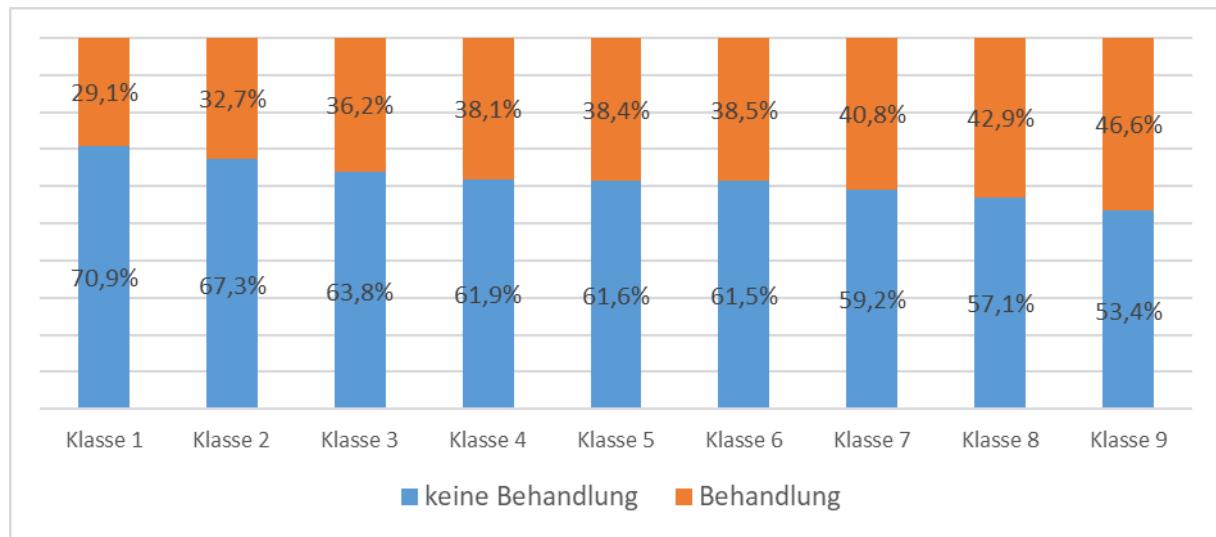
Patient*in: Österreich x Versicherte*r: Weiblich	0,000	1,133
--	-------	-------

Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist das Signifikanzniveau sowie die Exp(B), d.h. die Odds Ratio, pro in das Modell aufgenommenem Haupt- bzw. Interaktionseffekt. Die Odds Ratio einer unabhängigen Variable ist der Faktor, um den sich die Odds verändern, wenn diese Variable um eine Einheit ansteigt.

Ein Lesebeispiel: Die ersten drei Zeilen der Tabelle lassen sich demnach derart interpretieren, dass die Inanspruchnahme mindestens einer zahnmedizinischen Behandlung im Jahr 2020 durch den*die Patient*in um 19,7% wahrscheinlicher war, wenn der*die Versicherte*r weiblich (und nicht männlich) war. Dadurch, dass er*sie eine österreichische Staatsbürger*innenschaft besaß, stieg die relative Wahrscheinlichkeit einer Behandlung des Kindes um 4,9% an, wohingegen die Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen der Staatsbürger*innenschaft eines EU-27-Landes (exklusive Österreich) um 5,3% sank. Der Einfluss der österreichischen Staatsbürger*innenschaft ist jedoch, wie an der mittleren Spalte zu sehen, nicht signifikant gegenüber einem Signifikanzniveau von $p=0,01$, weshalb auch die praktische Relevanz in Frage zu stellen ist.

Auf Seiten des bzw. der Versicherten wirkt sich insbesondere die Gehaltsklasse deutlich aus: Je niedriger die Gehaltsklasse, desto unwahrscheinlicher ist ein Ordinationsbesuch gegenüber den Höchstverdienenden. Dies zeigt sich auch deutlich in Abbildung 15, welche illustriert, dass der Anteil der Patient*innen mit erfolgter zahnmedizinischer Behandlung kontinuierlich mit den Gehaltsklassen der Personen, bei welchen sie mitversichert sind, steigt. Zu beachten ist allerdings, dass lediglich Informationen zum Gehalt eines der Elternteile vorliegen, nicht aber solche zum gesamten verfügbaren Haushaltseinkommen.

Abbildung 15: Zahnmedizinische Behandlungen nach Gehaltsklasse



Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil jener Patient*innen, die (k)eine Behandlung in Anspruch nehmen, an allen Patient*innen, die bei Zugehörigen zu einer bestimmten Gehaltsklasse mitversichert sind.

Dies allerdings gilt nicht unabhängig von anderen soziodemographischen Faktoren. So etwa wird der gegenüber anderen Gehaltsdezilen positive Einfluss der obersten Gehaltsklasse durch das Vorliegen einer Staatsbürger*innenschaft aus einem Drittland annihiliert.

Wenn der bzw. die Versicherte einen akademischen Abschluss, d.h. vorrangig einen solchen einer Universität oder einer Fachhochschule, aufweist, ist die Wahrscheinlichkeit einer zahnmedizinischen Behandlung der mitversicherten Kinder erhöht. So ist im Jahr 2020 für 45,9% der Kinder, die bei Akademiker*innen mitversichert sind, aber nur für 32,7% der Kinder, für die dies nicht gilt, ein Ordinationsbesuch vermerkt. Der positive Effekt eines höheren formalen Bildungsabschlusses gilt insbesondere, wenn Versicherte und/oder Patient*innen eine Staatsbürger*innenschaft aus einem EU-27-Land (exkl. Österreich) aufweisen.

Ebenso gilt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine zahnmedizinische Behandlung, wenn es sich um eine weibliche Versicherte handelt. Tatsächlich gilt bei weiblichen Versicherten auch der negative Effekt eines niedrigen Gehalts nur deutlich abgeschwächt, was sich u.a. an den Interaktionseffekten im Modell ablesen lässt. Dass es vorteilhaft ist, wenn der bzw. die Patient*in bei einer weiblichen Person mitversichert ist, gilt insbesondere beim Vorliegen einer nicht-österreichischen Staatsbürger*innenschaft.

Das Vorliegen einer Staatsbürger*innenschaft aus einem EU-27-Land (exkl. Österreich) wirkt sich leicht negativ aus; der positive Effekt einer österreichischen Staatsbürger*innenschaft des bzw. der Versicherten gilt vor allem dann, wenn auch die Patient*innen eine solche innehaben, und ist insofern zu relativieren, als der Effekt gegenüber einem Signifikanzniveau von $p=0,01$ kein statistisch signifikanter ist.

Über alle Altersgruppen der Kinder hinweg, ist es sogar leicht nachteilig, wenn der bzw. die Versicherte ebenfalls in Wien wohnt. Je älter die Kinder werden, desto mehr wird es jedoch zu einem Faktor, der sich positiv auf die Wahrscheinlichkeit auswirkt, dass die (potenziellen) Patient*innen einen zahnmedizinischen Termin wahrnehmen.

Auch auf Patient*innenseite zeigt sich das Geschlecht einflussreich, nehmen weibliche Kinder doch öfter eine zahnmedizinische Behandlung in Anspruch als männliche. Wie in Tabelle 9 zu sehen, nehmen weibliche Kinder, die bei weiblichen Personen mitversichert sind, in 39,2% der Fälle, männliche Kinder, die bei männlichen Personen mitversichert sind, in 34,9% der Fälle einen zahnmedizinischen Termin wahr.

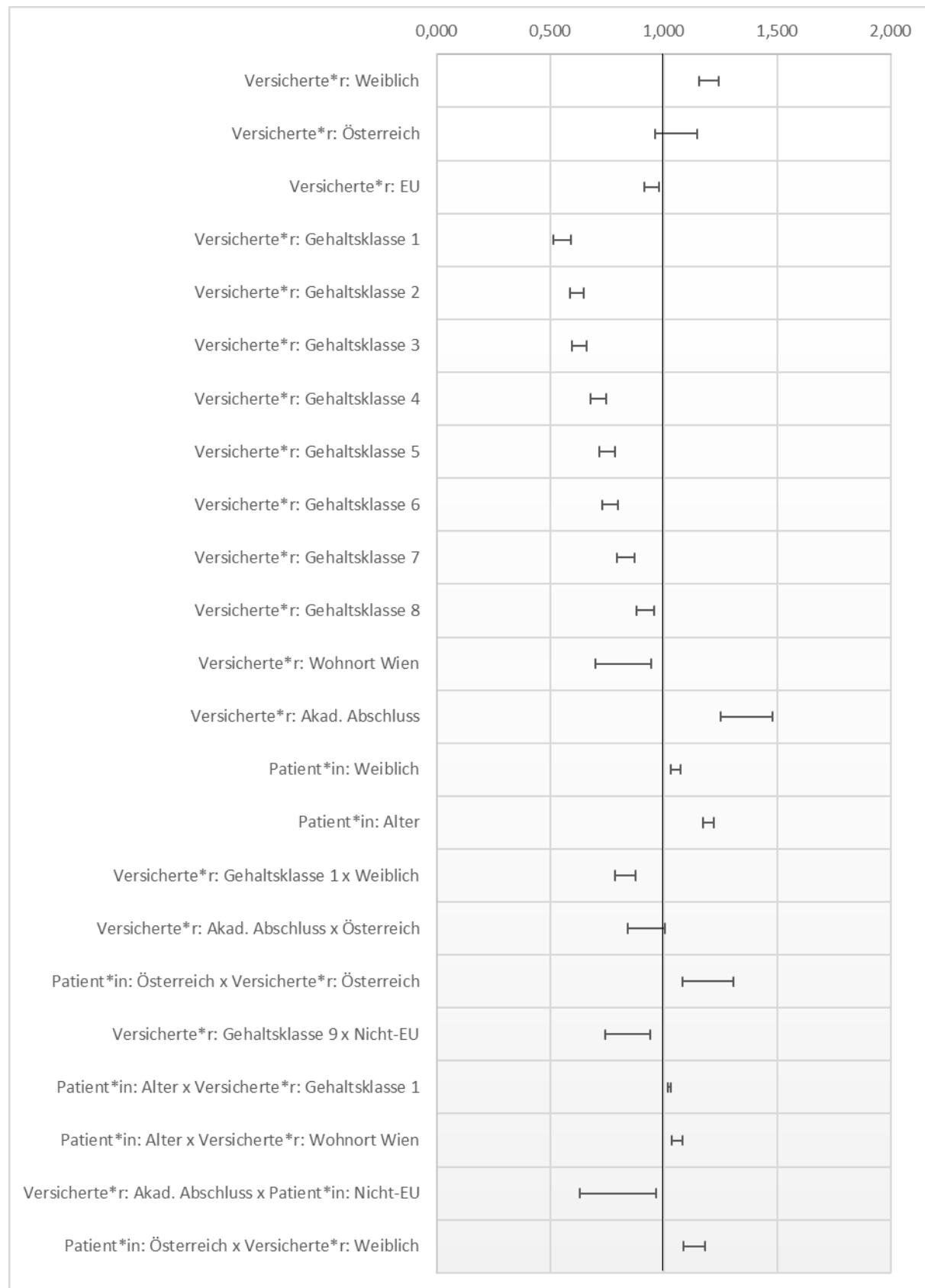
Tabelle 9: Zahnmedizinische Behandlungen nach Geschlecht

	Patient*in: Weiblich	Patient*in: Männlich
Versicherte*r: Weiblich	39,2%	38,2%
Versicherte*r: Männlich	35,9%	34,9%

*Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt ist der Anteil jener Patient*innen, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, an allen weiblichen bzw. männlichen Patient*innen, die bei weiblichen bzw. männlichen Personen mitversichert sind.*

Einen stärkeren Effekt hat jedoch das Alter. Wie auch in Kapitel 5.2 ersichtlich war, nimmt die Wahrscheinlichkeit, dass für Kinder mindestens eine Behandlung im Jahr dokumentiert ist, mit dem Alter tendenziell zu, wobei etwa ab 6 Jahren ein Plateau erreicht wird.

Die in Tabelle 8 beobachteten Werte unterliegen alles in allem, wie sämtliche statistische Berechnungen, gewissen Unsicherheiten, weshalb sie nur als Punktschätzer für die wahren Populationsparameter angenommen werden können. Abbildung 16 stellt daher abschließend für jeden der Haupt- und Interaktionseffekte das Konfidenzintervall dar, in welchem die wahren Werte, welche für die gesamte Population gelten, mit einer 95%-igen Wahrscheinlichkeit liegen.

Abbildung 16: 95%-Konfidenzintervalle der $\text{Exp}(B)$ des Regressionsmodells

Quelle: ÖGK-Datensatz, eigene Berechnung. Dargestellt sind die 95%-igen Konfidenzintervalle der $\text{Exp}(B)$, d.h. der Odds Ratio, pro in das Modell aufgenommenem Haupt- bzw. Interaktionseffekt.

5.6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein*e zwischen 0 und 10 Jahre alte*r Wiener*in in einem gegebenen Jahr einen zahnmedizinischen Termin bei einem*einer Kassen- oder Wahlärzt*in wahrnimmt, liegt, betrachtet man die Jahre 2017 bis 2021, bei mindestens 35%. Da Selbstzahler*innen naheliegenderweise nicht im Datensatz aufscheinen, stellt dies eine Unterschätzung des wahren Anteils dar.

Während für sehr junge Kinder nur selten ein Ordinationsbesuch vermerkt ist (z.B. 3,9% bei <1 Jahr), nimmt die Wahrscheinlichkeit bis zum Alter von 7 Jahren zu und bleibt dann im Volksschulalter annähernd konstant.

Neben dem Alter hat auch das Gehalt jener Person, bei welcher das Kind mitversichert ist, Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines zahnmedizinischen Termins im Jahr. Grundsätzlich wird diese mit jeder Gehaltsklasse höher. Die Betrachtung der Ordinationsbesuche nach Wohnorten - welche offenbart, dass der 1. Wiener Gemeindebezirk nur einen geringen Anteil an Kindern aufweist, für die ein zahnmedizinischer Termin dokumentiert ist – deutet jedoch darauf hin, dass dieser Zusammenhang für Familien mit besonders hoher Kaufkraft, welche häufiger Selbstzahler*innen sind, nicht mehr gilt.

Nicht zuletzt wirkt sich auch das Vorhandensein eines akademischen Abschlusses aufseiten jener Person, bei welcher das Kind mitversichert ist, positiv auf die Wahrscheinlichkeit eines Ordinationsbesuchs aus.

Nicht unabhängig hiervon divergiert der Anteil der Kinder mit mindestens einem zahnmedizinischen Termin aufgrund des Wohnbezirks. Im letztverfügbaren Jahr 2021 waren im 13. (40,8%), im 23. (39,3%) und im 8. Wiener Gemeindebezirk (39,0%) wohnhafte Kinder am häufigsten, im 1. (34,0%), 10. (34,2%) und 5. Wiener Gemeindebezirk (34,5%) wohnhafte Kinder am seltensten zumindest einmal im Jahr bei einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin. Zwischen 2017 und 2021 haben die Unterschiede zwischen den Wohnbezirken jedoch abgenommen: Während 2017 der behandlungsintensivste Bezirk einen 1,5-mal so hohen Anteil an Kindern mit zahnmedizinischer Behandlung aufweist wie der behandlungsschwächste Bezirk, trennt 2021 der Faktor 1,2 das Minimum und das Maximum.

Mit Ausnahme von einem massiven Einbruch im 2. Quartal 2020, in welchem die COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen begannen, nimmt der Anteil der Kinder mit Ordinationsbesuch über den Beobachtungszeitraum hinweg zu. Insbesondere sehr junge Kinder, die von einem niedrigen Ausgangswert im Jahr 2017 starteten, werden hierbei immer besser erreicht.

Im 5. und 15. Wiener Gemeindebezirk, wo mittels der Aktion „Zahnpass“ von Oktober 2019 bis April 2020 1 499 sowie von Februar bis Mai 2021 1 042 Volksschüler*innen erreicht wurden, liegt der Anteil der 6- bis 10-jährigen Kinder, die einen Ordinationsbesuch realisieren, zu Beginn des ersten Interventionszeitraumes, d.h. im 4. Quartal 2019, um 3,4% über dem entsprechenden Anteil in den anderen Bezirken. Dies entspricht der größten Abweichung zwischen den Gruppen „Zahnpass“ und „kein Zahnpass“ im Beobachtungszeitraum. Vom COVID-19-bedingten Tief im 2. Quartal 2020 konnten sich die beiden Bezirke jedoch schlechter erholen als der Rest Wiens. Mit Ausnahme des 2. Interventionszeitraumes liegt die Wahrscheinlichkeit eines Ordinationsbesuches im 5. und 15. Bezirk daher seither stets unter jener in den anderen Wiener Gemeindebezirken. Eine Fortsetzung bzw. Intensivierung der Public-Health-Maßnahmen erscheint daher in diesen Bezirken bzw. bei Risikogruppen dringend indiziert.

6. RESÜMEE UND ABLEITUNG VON EMPFEHLUNGEN

Zur Ableitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Programms werden aktuelle gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die Mundgesundheit bzw. den potenziellen Bedarf an Oral-Public-Health-Maßnahmen haben, und die bisherigen Befragungs-, Recherche- und Analyseergebnisse herangezogen und miteinander in Verbindung gesetzt.

6.1. ANPASSUNGSBEDARF DURCH SICH VERÄNDERNDE RAHMENBEDINGUNGEN

Steigende Anzahl der Personen in der Zielgruppe der 0- bis 12-Jährigen erfordert Mittelaufstockung bzw. Fokussierung

Wien wächst, der relative Anteil der Kinder bleibt dabei stabil und die Bevölkerung wird insgesamt älter. So lässt sich Wiens Bevölkerungsprognose zusammenfassen.

Der zuletzt sprunghafte Anstieg der Zahl an Kindern und Jugendlichen in Wien ist in erster Linie auf den kriegsbedingten Zuzug aus der Ukraine zurückzuführen (+3% unter den Unter-15-Jährigen im Jahr 2022, Statistik Austria Statcube⁷⁶). Dies erklärt auch, warum bei nur geringfügig weniger Kontaktzahlen zwischen Mundgesundheitsexpert*innen und Schüler*innen die Reichweiten in Prozent im Vergleich zu 2019 noch immer zurückliegen. Bei den Reichweiten in den Kindergärten fällt die steigende Zahl der Kinder ebenfalls ins Gewicht, wobei hier der absolute Rückgang an MGE-Kontakten im Vergleich zu 2019 die maßgeblichere Rolle spielt.

Nach jüngsten Schätzungen der Statistik Austria werden 2048 etwa 2,26 Millionen Menschen in Wien leben. Der relative Anteil der Kinder unter 15 Jahren soll dabei etwa gleichbleiben, deren absolute Anzahl wird entsprechend von rund 288 000 (2023) auf rund 308 000 (2048) steigen. 2016 erzielte Wien mit 20 804 Neugeborenen einen Geburtenhöchststand (seit den 1950er-Jahren), welcher ab Ende der 2020er Jahre noch übertroffen werden dürfte. Daraus ergibt sich ein erhöhter Mittelbedarf für das Programm bzw. die Notwendigkeit einer Fokussierung auf die wichtigsten Zielgruppen (jüngere Kinder bis mind. zweite/dritte Schulstufe, Risikokinder bzw. deren Eltern), die erfolgreichsten Methoden (MGE-Besuche) und die aussichtsreichsten Settings. Ein Kosten-Nutzen-Vergleich wurde in der vorangegangenen Evaluationsperiode angestellt (Egger-Subotitsch et al., 2020).

Der Anteil der Menschen ab 75 Jahren wird im selben Zeitraum von 8% auf 12% steigen. Damit wird die Relevanz der Zielgruppe älterer Menschen auch in Wien anwachsen⁷⁷, womit einhergehend die wiederholte Empfehlung der Expert*innen und der WHO an Bedeutung gewinnt, auch die Mundgesundheit der älteren Personen im Auge zu behalten, die vor allem im sehr hohen Alter vermehrt zu Problemen führt. Die Gruppe der hochbetagten und pflegebedürftigen Personen war bisher nicht Zielgruppe in „Tipptopp“. Inwiefern diese von anderen Stakeholder*innen (GÖG, Fonds Soziales Wien etc.) erreicht wird, war nicht Gegenstand der Evaluation.

⁷⁶ Ein Plus von 8 338 Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren im Jahr 2022 entspricht einem Plus von 2,99% zum Vorjahr. Davor lag das jährliche Plus jeweils unter 1% seit 2018.

⁷⁷ Statistik Austria, Tabelle „Bevölkerungsprognose 2023–2100 für Wien (Hauptvariante)“, aufgerufen am 26.01.2024 unter: www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender; Magistrat der Stadt Wien (2023).

Potenziellen Effekten steigender Armutgefährdung durch öffentliche Mundgesundheitsprävention entgegenwirken

Der Anteil armutsgefährdeter Wiener Kinder bis 19 Jahre ist zwischen 2016 (Zeitpunkt der letzten Zahnstatuserhebung) und 2022 von 26% auf 30% gestiegen.⁷⁸ Kinder aus einkommensschwachen Haushalten sind bezüglich der Inanspruchnahme von mit Kosten verbundenen Gesundheitsleistungen benachteiligt.⁷⁹ Dies wiegt schwer, da der sozioökonomische Status der Eltern lebenslang auf den Gesundheitszustand ihrer Kinder Einfluss hat.⁸⁰ Da die zahnmedizinischen Kontrolluntersuchungen und die krankheitsbedingten Kosten in Österreich kassenfinanziert sind, fallen hier zwar keine Kosten an, wie auch die Expert*innen betonen; allerdings sind die Ergebnisse der aktuellen Auswertung der ÖGK-Daten ein Hinweis darauf, dass sozioökonomisch benachteiligte Kinder häufiger den jährlichen zahnmedizinischen Kontrollterminen fernbleiben. Auch die Screenings in den Schulen der aufgelassenen Intensivprophylaxe, die vermehrt an Brennpunktschulen stattfand, zeigten über die Jahre hinweg konstant eine vielfach häufigere Kariesbelastung unter Erstklässler*innen, als der Wiener Durchschnitt aufgrund der Zahnstatuserhebung erwarten lassen würde (nur 17% bis 21% ohne Kariesbefund in den Intensivprophylaxeschulen vs. 47% kariesfrei laut Durchschnitt der Wiener Zahnstatuserhebung 2016). Das ist ein weiterer Hinweis darauf, wie in der Fachliteratur schon vielfach bestätigt, dass die individuelle Prävention bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern schlechter ist. Diese Zahlen unterstreichen die Empfehlung der Expert*innen, dass neben dem flächendeckenden Ansatz auch Risikogruppen besonders vom Programm adressiert werden sollten (vgl. Kapitel 2.6).

Darüber hinaus geben 10% der in Wien lebenden erwachsenen Menschen an, „schwere finanzielle Belastung durch Ausgaben für zahnmedizinische Leistungen“ zu erleben.⁸¹ Prävention macht aber nicht nur aus individueller Sicht, sondern auch aus gesundheitsökonomischer Sicht durchaus Sinn, weil die Zahnmedizin als eine relativ teure gilt (Expert*innenbefragung; Egger-Subotitsch et al., 2020).

Verbesserte Versorgungsquote durch niedergelassene Zahnärzt*innen nutzen

Während im ersten Evaluierungsbericht (Egger-Subotitsch et al., 2020) noch auf die Abnahme der Zahnarzt- bzw. Zahnärztinnendichte aufgrund der stark wachsenden Bevölkerung in Wien verwiesen wurde, kam es in den vergangenen Jahren zu einer vermehrten Ansiedlung von Zahnärzt*innen in Wien. Kamen 2018 noch 1 994 Einwohner*innen auf einen Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin, so änderte sich das Verhältnis 2021 bereits auf eine*n berufstätige*n Zahnmediziner*in zu 1 218 Einwohner*innen.⁸² Eine besonders positive Entwicklung stellen die vermehrt speziell für den Kinder- und Jugendbereich ausgebildeten Zahnmediziner*innen dar, wie die Expert*innen betonen. Insgesamt verfügt Österreich über eine gute zahnmedizinische Versorgung, vor allem, was das kurative Angebot betrifft. Expert*innen kritisieren zuweilen, dass zu wenig Präventionsleistung erbracht wird bzw. kurative Maßnahmen erst zu spät einzusetzen. Studien zeigen zwar, dass Zahnärzt*innenbesuche pandemiebedingt gehäuft verschoben wurden.⁸³ ÖGK-Daten, welche im Rahmen der Evaluation ausgewertet wurden, deuten aber für Wien darauf hin, dass es sich dabei um einen temporären Effekt handelte, der rasch wieder ausgeglichen werden konnte, wenn auch nicht in allen Bezirken gleich-

⁷⁸ Statistik Austria (2017 & 2023a).

⁷⁹ Lamei et al. (2015), S.41f.

⁸⁰ Lamei et al. (2019), S.194.

⁸¹ Statistik Austria (2023a).

⁸² Statistik Austria (2023b).

⁸³ Schwarz & Schulze (2022); Hajek et al. (2021); Lyu & Wehby (2022).

mäßig. Inwieweit die Qualität und Quantität der lokalen Versorgung mit Zahnärzt*innen einen Unterschied hinsichtlich des Fernbleibens von zahnmedizinischen Kontrollen der Kinder macht, bleibt im Rahmen der vorliegenden Evaluierung offen, der Effekt von sozioökonomischen Bevölkerungsdaten ist hingegen evident (vgl. Kapitel 5.5). Wie aus einer Analyse der KiGGS-Daten aus Deutschland hervorgeht, gehen Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status und/oder Migrationshintergrund seltener zu zahnmedizinischen Kontrollen⁸⁴, was im Übrigen auch für Erwachsene gilt⁸⁵. Der Vergleich der guten zahnmedizinischen Versorgung mit den (zumindest 2016 noch) hohen Karieszahlen lässt den Schluss zu, dass Erziehungsverantwortliche möglicherweise nicht die Notwendigkeit der Behandlung von Milchzahnkaries sehen (wie die Expert*innen auch für die Zahnärzt*innen festhalten) und diesbezüglich massiv bewusstseinsbildende Arbeit erforderlich ist. Für Eltern sind Mediziner*innen die vertrauenswürdigste Informationsquelle, wie die Interviews mit Eltern neuerlich zeigten: Umso wichtiger ist, dass diese korrekte Informationen zu Zahnpflege und Ernährung an die Eltern weitergeben. Eine verstärkte Einbindung der (Kinder-)Zahnärzt*innen in das „Tipptopp“-Programm, z.B. in Anlehnung an das Projekt Zahnpass, ist mit steigenden Zahnmediziner*innenzahlen eventuell leichter verwirklichbar.

Erwachsene Wiener*innen berichten häufiger über einen schlechten Mundgesundheitszustand

Im Durchschnitt beschrieben 2019 (noch) 70,4% der österreichischen Wohnbevölkerung den Zustand ihres Zahnfleisches und ihrer Zähne als sehr gut oder zumindest gut. Wien liegt mit nur 65,9% etwas unter dem genannten Durchschnittswert. Dies muss in Zusammenhang mit den ebenfalls überdurchschnittlichen Migrationszahlen und den typisch städtischen Milieus interpretiert werden. Migrant*innen berichten etwas häufiger von einem mittelmäßigen bis sehr schlechten Mundgesundheitszustand (vgl. Anhang). Weiters wird mit zunehmendem Alter die Mundgesundheit vermehrt zum Problem.⁸⁶

Ableitung des Bedarfs an öffentlich geförderten Mundgesundheitsmaßnahmen für Wien

Die Ergebnisse der Zahnstatuserhebung 2023, einer epidemiologischen Reihenuntersuchung bei Kindern, werden eine gute Datenbasis für die Planung öffentlicher Mundgesundheitsmaßnahmen liefern und die mögliche Annäherung an das Zahngesundheitsziel der Stadt Wien zeigen. Leider liegen zum Zeitpunkt der Berichtlegung die Ergebnisse noch nicht vor. Bei der letzten österreichweiten Erhebung 2016 zeichnete sich ein deutlicher Bedarf öffentlicher Gesundheitsförderung im Bereich der Mundgesundheit speziell in Wien ab: Einerseits sind die Unterschiede zwischen den Gruppen (Eltern mit/ohne Matura, Eltern mit/ohne Migrationshintergrund) groß, was durchaus für einen Risikogruppenansatz, d.h. die gezielte Förderung von benachteiligten Familien, sprach; andererseits weisen die Daten für Wien auch bei den nicht-benachteiligten Eltern deutlich schlechtere Indikatorwerte auf. Dies rechtfertigt auch Interventionen mit Breitenwirkung.⁸⁷ Unabhängig von möglicherweise veränderten Ergebnissen lässt sich der Bedarf an öffentlichen Präventionsleistungen für Kinder aus

- der großen Bedeutung der Mundgesundheit für die aktuelle und spätere Gesamtgesundheit,
- der relativ hohen Krankheitslast von sozioökonomisch benachteiligten Kindern,
- dem hohen Leidensdruck bei unzureichender Zahngesundheit und

⁸⁴ Knopf, Rieck & Schenk (2008).

⁸⁵ Erdsiek, Waury & Brzoska (2017).

⁸⁶ Statistik Austria (2020).

⁸⁷ Bodenwinkler, Sax & Kerschbaum (2017).

- den guten Präventionsmöglichkeiten durch mundgesunden Lebensstil wie zuckerreduzierte Ernährung, Zahnpflege, Fluoridkontakt und regelmäßige Kontrolle bzw. frühzeitige Behandlung)

ableiten (siehe hierzu den Endbericht zur Evaluierungsperiode 2017-2019, Egger-Subotitsch et al., 2020).

Die häufigsten Erkrankungen im Mundbereich sind Karies und Zahnfleischentzündungen (Gingivitis bis hin zu Parodontitis); beides kann zum Zahnausfall führen. Sowohl Karies als auch Erkrankungen des Zahnfleisches bzw. Zahnbettes wären in vielen Fällen vermeidbar oder durch sehr frühe Behandlung heil- oder zumindest eindämmbar. Mit Prävention und Early Intervention lässt sich dementsprechend eine große Krankheitslast verhindern.

6.2. EMPFEHLUNGEN AUF BASIS DER EVALUATIONSERGEBNISSE

Die hohe Planungs-, Struktur- und Prozessqualität durch ausreichende Personalressourcen beibehalten

Die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität war bereits in der ersten Evaluierungsperiode 2017-2019 sehr hoch. In der COVID-19-Pandemie bewährte sich die hohe Flexibilität und Kreativität. Der Erfolg des Projekts ist zu einem großen Teil auf die gewissenhafte und überlegte Planung sowie die engagierte Umsetzung durch das WiG-Projektteam zurückzuführen, wie die Stakeholder*innen im Zuge der Expert*inneninterviews neuerlich betonten. Gelegentliche Verzögerungen werden auf die knappen Personalressourcen aufseiten des WiG-Projektteams zurückgeführt. Der wesentliche Erfolgsfaktor bei der Implementierung neuer Pilotprojekte - wie „Zahnpass“, „Mia“ und vor allem das durch die Evaluierung begleitete Projekt „Zähneputzen im Kindergarten“ - war die intensive Vorbereitung und Betreuung durch das WiG-Projektteam. Gerade durch die sachkundige Betreuung durch die WiG-Referent*innen und die Organisation der Steuerungsgruppe mit Vertreter*innen der MA10, PROGES und Pädagog*innen wurde der Arbeit der Pädagog*innen Wertschätzung verliehen: Ihre Bedenken wurden von „oberster Stelle“ ernstgenommen und es fanden regelmäßige Termine zum Austausch bzw. zur Berichterstattung statt. Insofern könnte angedacht werden, ob für „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ zumindest zu Beginn ein ähnlicher „Motivator“ initiiert werden soll bzw. kann, was entsprechender Personalressourcen bedarf. Insgesamt scheinen die Personalressourcen für das Projektmanagement äußerst knapp bemessen, um neben der Betreuung und Qualitätssicherung von Standardprogrammteilen die Weiterentwicklung dieser und die Planung sowie Umsetzungsbegleitung neuer Pilotprojekte zu gewährleisten. Auch die notwendige Vernetzungsarbeit mit ÖGK, Zahnärztekammer, Bildungsdirektion, Magistraten, Bezirksvorstehungen und anderen Präventionsprojekten ist zeitintensiv und an ausreichende Zeitressourcen der Gesundheitsreferent*innen gebunden, zumal diese Tätigkeiten nicht an den Umsetzungspartner PROGES ausgelagert werden können und die Vernetzungsarbeit für den Erfolg der Präventionsarbeit von großer Bedeutung ist. Bezuglich möglicher anderer Tätigkeiten im Zuge von Pilotprojekten oder eventuell in einer neuen Programmperiode anfallender Aufgaben könnte durch eine entsprechende Vertragsgestaltung mit Umsetzungspartnern flexiblere Arbeitsteilung bzw. Auslagerung zugelassen werden.

Konzentration auf den Kindergarten als wichtigstes Setting und als Ort der Kinder- und Elternbildung

Um die Zielerreichung durch die Programmlogik noch besser zu unterstützen, wurde bereits frühzeitig in der Evaluierungsperiode empfohlen, die Mittel stärker in Richtung der Zielgruppe der jüngeren

Kinder (Sechsjährige und jünger) zu lenken, da der erwartete Effekt dann natürlich früher eintritt, längerfristig wirkt und sich bezüglich der Zielwerte „Mehr als 50% der Sechsjährigen sind kariesfrei“ (Wiener Gesundheitsziele 2025) bzw. „Mindestens 80% der 6-Jährigen sind kariesfrei“ (WHO-Gesundheitsziele 2020) niederschlagen wird. Aktuell geschieht dies bereits durch Umschichtung der Mittel für mehr Elternarbeit bei Kindergartenkindern. Dies ist jedenfalls zu begrüßen, auch wenn in Brennpunktschulen Elternarbeit ebenso von Vorteil wäre, allerdings noch eine ansprechende Form gefunden werden muss. Die Infostände in den Kindergärten und sonstigen (Freizeit-)Settings haben sich bewährt. In den Kindergärten kam es allerdings pandemiebedingt zu einem massiven Rückgang der MGE-Besuche sowie nach einer durchaus starken Erholung zu einem neuerlichen leichten, personalbedingten Rückgang im WS 2021/22 (55%). Die zuletzt im Sommersemester 2022/23 erzielte Reichweite von 70% bei den MGE-Besuchen ist noch ausbaufähig, wie vorpandemische Reichweiten von bis zu 87% pro Semester zeigen. Allerdings wird das aufgrund des Zuwachses an Kindern in Kindergärten nur mit einem höheren Personaleinsatz möglich sein.

Das Heft „Mia und der Zahnvampir“ dürfte bereits die Mehrheit der Eltern von Kindergartenkindern erreicht haben und erfreut sich hoher Beliebtheit. Es enthält auch für Eltern neue Erkenntnisse, wie etwa die Bedeutung des Ausspülens nach dem Essen. Eine weitere Verteilung in Wartezimmern von Kinder- und Zahnärztinnen und -ärzten sowie an neu hinzukommende Kindergartenkinder und -gruppen ist definitiv empfehlenswert und auch geplant. Bei Neuauflage könnten die Adaptierungsvorschläge der Eltern aus Kapitel 4.2.4 (z.B. Aufteilung der Information auf zwei Heftchen) berücksichtigt werden. Im Zuge der Interviews mit Eltern zeigte sich einerseits erneut der Bedarf an Tipps, wie Kinder zum Zähneputzen motiviert werden können, andererseits wurden auch Unklarheiten in Bezug auf das Zähneputzen nach dem Essen und die Verwendung von Fluorid offenbar. Hinzu kamen erstmals Wünsche nach (Informationen über) Apps, die beim Zähneputzen mit den Kindern verwendet werden könnten, danach, dass im Kindergarten geputzt werden sollte, und nach Eltern-Kind-Workshops bzw. Infoveranstaltungen, zu denen Kinder mitgebracht werden können.

Ausbau verhältnispräventiver Maßnahmen wie „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“

Die Etablierung von Betreuungseinrichtungen als „mundgesunde Orte“ mittels förderlicher Routinen wie Wassertrinken, Gesunde Jause (Schulfruchtaktion) und Wiener Netzwerk Gesunder Schulen ist Bestandteil verschiedener Gesundheitsprojekte der WiG, Bildungsdirektion und ÖGK. Daneben verfolgen aber auch Programmteile von „Tipptopp“ verhältnisorientierte Ansätze, darunter die Sensibilisierung von Pädagog*innen im Rahmen von Multiplikator*innenworkshops, welche zuletzt allerdings wenig nachgefragt wurden. Mit bisher geringer Reichweite (bis zu 300 Kinder im Jahr 2019) wurde der verhältnisorientierte Ansatz im Rahmen von „Zähneputzen im Kindergarten“ verfolgt. Die Pilotierung in Kindergärten war trotz der bekannten Personalmängel in diesen höchst erfolgreich, obwohl, auch bedingt durch die Pandemiezeit, Standorte wieder wegfielen. „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ als Nachfolgeprojekt zu etablieren erfordert aus Sicht der Evaluator*innen noch besondere Unterstützung, um Unsicherheiten und Vorbehalte aus dem Weg zu räumen. Auch die Alternative (nämlich für Einrichtungen, welche nicht regelmäßig mit den Kindern Zähne putzen wollen, Pakete mit ausschließlich pädagogischem Material anzubieten) wurde bisher gut angenommen. Dabei ist auf eine passende Abstimmung mit der jeweiligen Altersgruppe zu achten; zu große Pakete sind eher zu vermeiden, weil sie Pädagog*innen überfordern können. Nachmittagsbetreuung, Tageseltern und vor allem Privatschulen berichten von erheblichen Lerneffekten, was auf ihre bisherige weitestgehende Nichteinbindung in das Programm zurückzuführen sein dürfte.

Besuche der Mundgesundheitsexpert*innen als wichtigste Programmkomponente

Die hohe Bedeutung der semestralen Besuche der MGE für die Präventionsarbeit wurde in der Evaluierung bereits mehrfach herausgestrichen. Das aufeinander aufbauende Programm erfreut sich nicht nur großer Beliebtheit bei den Kindern, auch die Pädagog*innen stellen ein gutes Zeugnis aus. Die interaktive Mundgesundheitserziehung zeigt unmittelbare Wirkung auf die Gesundheitsdeterminanten Wissen, Einstellung, Normen und Verhaltensintentionen. Die Kinder verfügen im Anschluss über gefestigtes Wissen bezüglich der wichtigsten Normen (2-mal täglich Zähneputzen, 2-mal jährlich Kontrolle bei Zahnärzt*innen, mundgesunde Ernährung). Die Mehrzahl der Eltern beobachten nach dem Besuch der MGE eine positive Wirkung auf das Mundgesundheitsverhalten der Kinder: Nicht-benachteiligte Kinder putzen genauer, benachteiligte Kinder putzen häufiger die Zähne und beide Gruppen sprechen häufiger über gesunde Ernährung und gesunde Zähne (siehe hierzu z.B. den Kosten-Nutzen-Vergleich im Endbericht zur Evaluierungsperiode 2017-2019, Egger-Subotitsch et al., 2020, Kap. 10.4). Insofern gilt es, diesen Programmteil lediglich immer wieder an neue Erkenntnisse und Methoden anzupassen, die pädagogische Qualität trotz Personalwechsel zu gewährleisten und den Programmteil möglichst flächendeckend zu erhalten, vor allem bei den jüngeren Kindern im Kindergarten und in den ersten beiden Volksschulklassen.

Pädagogisches Material für Volksschulen durch Klarissa abgedeckt

Eine Pädagog*innenbefragung im Zuge der Evaluierung ergab den Wunsch nach einem Buch, der hiermit erfüllt wurde. Dazu wurden Arbeitsmaterialien entwickelt, die von den Pädagog*innen der Volksschulen in einer ersten kleinen Erhebung für gut und hilfreich befunden wurden. Im Einzelfall würde eine einfachere Version der Begleitmaterialien gewünscht. Knapp die Hälfte der Zielgruppe der Dritt- und Viertklässler*innen dürfte bisher erreicht worden sein, wobei ein Teil der Bücher bei den Kindern und ein Teil in der Schule verblieben sein dürfte.

Wiederaufnahme des Risikogruppenansatzes empfehlenswert

Aufgrund der sozial ungleichen Verteilung von Mundgesundheit in der Bevölkerung erscheint es sinnvoll, möglichst flächendeckende mit Risikogruppenansätzen zu kombinieren. Letzteres wird seit dem Wegfall der Programmteile „Intensivprophylaxe“ und „Wiener Zahnpass“ kaum mehr verfolgt. Als einziger Programmteil, welcher gezielt Risikogruppen anspricht, verbleiben damit die Elternkontakte (Infostände in Kindergärten und, seltener, Schulen). Das Evaluationsteam hat in der Vergangenheit mehrere Ansätze zu einer möglichen Neugestaltung des ehemaligen Programmteils „Intensivprophylaxe“ vorgeschlagen, welche im entsprechenden Sonderbericht (Egger-Subotitsch, 2021) im Detail nachgelesen werden können. Auf Basis der vorhandenen Forschungsliteratur wurden dabei Fluoridierungsmaßnahmen in Betreuungseinrichtungen als Maßnahme erster Wahl vorgeschlagen (etwa tägliches beaufsichtigtes Zähneputzen in der Einrichtung, wöchentliche Fluoridmundspülung oder 2-bis 4-maliges Auftragen von Fluoridlack) bzw. alternativ Maßnahmen zur Erhöhung der Kontaktfrequenz mit medizinischen Einrichtungen (durch Schulärzt*innen, via Zahnpass und Gutscheinaktionen) zur Erhöhung des Fluoridkontakte. Diese Position konnte durch die Auswertung von Daten der ÖGK weiter untermauert werden, die zeigt, dass der Kontakt von Kindern mit (Kassen-)Zahnärzt*innen ganz erheblich mit dem Einkommen der Eltern korreliert. Zur besseren Identifikation von Risikoschulen wird eine Kooperation mit der Bildungsdirektion Wien vorgeschlagen, da diese den vom IQS (Institut des Bundes für Qualitätssicherung im österreichischen Schulwesen) erstellten Chancenindex einsehen kann.

Fortsetzung der evidenzbasierten Maßnahmenplanung wünschenswert

Die bisherigen Evaluierungsschritte zeigen die Wirkung des Programms auf die verschiedenen Gesundheitsdeterminanten, die langfristig zu einer Verbesserung der Mundgesundheit führen werden.

Bei der Planung von neuen Projektteilen war wissenschaftliche Evidenz, die auch von der Evaluierung eingefordert und durch umfassende Literaturrecherchen eingebracht wurde, für das Projektteam der WiG von hoher Bedeutung. Dementsprechend wird das Programm nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Standards geplant und umgesetzt. Zahlreiche Evaluierungsvorschläge wurden im Verlauf der Programmevaluierung umgesetzt. Der Ausbau von „Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen“ als evidenzbasiert kariespräventiver, verhältnispräventiver Ansatz und ein zusätzlicher Schwerpunkt auf Risikogruppen, der zu einer Erhöhung des Fluoridkontakte führt, was kostengünstig bei gleichzeitig hoher Effektivität ist, wären aktuell (vor Kenntnis der Ergebnisse der Zahnstatuserhebung) empfehlenswert.

LITERATUR

Bodenwinkler, A., Sax, G., & Kerschbaum, H. (2017): Länder-Zahnstatuserhebung 2016 - Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Egger, A., & Flotzinger, M. (2023): Endbericht, Evaluierungsperiode 2021-2022. Unveröffentlichter Evaluierungsbericht im Rahmen des Projekts „Evaluierung des Mundgesundheitsprogrammes Tipptopp“. Wien.

Egger-Subotitsch, A. (2021): Unterlage zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Intensivprophylaxe in Wien. Unveröffentlichter Evaluierungsbericht im Rahmen des Projekts „Evaluierung des Mundgesundheitsprogrammes Tipptopp“. Wien.

Egger-Subotitsch, A., & Kranner, F. (2022): Zwischenbericht II. Evaluierungsperiode 2021-2022. Unveröffentlichter Evaluierungsbericht im Rahmen des Projekts „Evaluierung des Mundgesundheitsprogrammes Tipptopp“. Wien.

Egger-Subotitsch, A., Taschwer, M., Liebeswar, C., Stark, M., & Schmied, G. (2020): Endbericht. 8 Programmteile, 4 Qualitätsdimensionen. Unveröffentlichter Evaluierungsbericht im Rahmen des Projekts „Evaluierung des Mundgesundheitsprogrammes Tipptopp“. Wien.

Erdsiek, F., Waury, D., & Brzoska, P. (2017): Oral health behaviour in migrant and non-migrant adults in Germany: the utilization of regular dental check-ups. *BMC oral health*, 17(1), 84.

Hajek, A., De Bock, F., Huebl, L., Kretzler, B., & König, H. (2021): Postponed Dental Visits during the COVID-19 Pandemic and their Correlates - Evidence from the Nationally Representative COVID-19 Snapshot Monitoring in Germany (COSMO). *Healthcare* 2021, 9, 50.

Knopf, H., Rieck, A., & Schenk, L. (2008): Oral hygiene. KIGGS data on caries preventive behaviour. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 18(51), 1314–1320.

Lamei, N., Glaser, Th., Göttlinger, S., Heuberger, R., Oismüller, A., Riegler, R., & Greußenig, E. (2015): Lebensbedingungen in Österreich – Ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-) Ausgrenzungsgefährdete. Wien: Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Lamei, N., Psihoda, S., & Skina-Tabue, M. (2019): Gesundheit und Einkommen - Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit. Wien: Statistik Austria Statistische Nachrichten 3/2019.

Lyu, W., & Wehby, G. (2022): Effects of the COVID-19 pandemic on children's oral health and oral health care use. *The Journal of the American Dental Association* 153 (8), S.787-796.

Magistrat der Stadt Wien (2023): Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2023 – Wien in Zahlen. Wien.

Schwarz, T., & Schulze, E. (2022): Mundgesundheit und mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in Österreich - Erwachsene (35- bis 44-Jährige), Seniorinnen und Senioren (65- bis 74-Jährige und über 75-Jährige). Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Statistik Austria (2017): Tabellenband EU-SILC 2016 - Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2018): Tabellenband EU-SILC 2017 - Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hrsg. BMSGPK. Wien.

Statistik Austria (2023a): Tabellenband EU-SILC 2022 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2020 bis 2022 - Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2023b): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2021. Wien: Statistik Austria.

ANHANG

SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER MUNDGESUNDHEIT 2019

Merkmale	Insgesamt	"Wie würden Sie den Zustand Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleischs beschreiben?"				
		Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr Schlecht
	in 1.000	in %				
Insgesamt	7 417,9	27,4	43,0	22,3	6,0	1,3
Alter in vollendeten Jahren						
Männer und Frauen						
15 bis unter 60	5 240,3	32,4	42,2	19,9	4,4	1,0
15 bis unter 30	1 493,7	46,3	38,4	12,9	2,1	0,2
30 bis unter 45	1 726,4	33,1	42,0	19,4	4,4	1,1
45 bis unter 60	2 020,2	21,5	45,2	25,5	6,2	1,6
60 und mehr	2 177,6	15,5	44,7	28,1	9,7	2,0
60 bis unter 75	1 372,8	17,1	45,6	27,0	8,7	1,6
75 und mehr	804,7	12,8	43,3	29,8	11,3	2,8
Männer	3 623,9	25,0	44,0	23,8	6,1	1,2
15 bis unter 60	2 641,0	28,8	43,8	21,8	4,6	1,0
15 bis unter 30	764,5	42,6	41,0	14,1	2,1	0,1
30 bis unter 45	871,0	29,3	43,1	21,9	4,7	1,1
45 bis unter 60	1 005,5	17,8	46,4	27,7	6,6	1,6
60 und mehr	983,0	14,9	44,4	28,9	9,9	1,9
60 bis unter 75	652,8	16,0	44,5	27,5	10,2	1,9
75 und mehr	330,2	12,7	44,3	31,8	9,4	1,9
Frauen	3 793,9	29,8	42,0	20,9	5,9	1,4
15 bis unter 60	2 599,3	36,1	40,7	17,9	4,2	1,1
15 bis unter 30	729,2	50,3	35,7	11,6	2,1	0,3
30 bis unter 45	855,4	37,0	40,9	16,8	4,2	1,1
45 bis unter 60	1 014,7	25,2	44,1	23,3	5,8	1,6
60 und mehr	1 194,6	16,1	45,0	27,3	9,5	2,2
60 bis unter 75	720,0	18,1	46,6	26,7	7,4	1,3
75 und mehr	474,6	12,9	42,5	28,4	12,6	3,5
Staatsangehörigkeit						
Österreich	6 326,5	27,8	43,5	21,9	5,6	1,2
Ausland	1 091,4	25,2	39,9	24,5	8,2	2,2
Migrationshintergrund¹⁾						
Ohne Migrationshintergrund	5 781,1	28,2	43,7	21,7	5,3	1,1
Mit Migrationshintergrund	1 636,8	24,8	40,4	24,5	8,2	2,1
Bundesland						
Burgenland	250,7	26,5	44,5	22,6	5,2	1,2
Kärnten	477,5	28,2	46,0	19,6	5,4	0,9
Niederösterreich	1 416,4	26,0	42,0	24,4	6,4	1,3
Oberösterreich	1 233,2	27,6	43,9	21,7	5,8	1,0
Salzburg	462,6	31,8	42,4	22,2	2,7	0,9
Steiermark	1 053,7	29,3	43,3	21,0	5,6	0,7
Tirol	627,9	29,5	44,0	20,9	4,6	1,0
Vorarlberg	324,9	28,6	45,4	20,4	5,4	0,3
Wien	1 571,0	24,9	41,0	23,5	8,0	2,6

Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. - Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. - Hochgerechnete Zahlen.

1) Personen mit Migrationshintergrund: Beide Elternteile wurden im Ausland geboren.