

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 1. Lernort Herkunftsfamilie

### 1.1. Sensibilität, Kompetenz für Gesundheitsverhalten

(Sinusstudie 2010, Liebenwein 2008)

Berlin, 23. März 2018

Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018:6)

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 1.2. Schichtspezifik der Kindergesundheit in Deutschland

### Kindergesundheit korreliert mit sozio-ökonomischem Status der Eltern

Besonderes Risikopotential besteht bei armen Kinder aus bildungsfernen Schichten, von Alleinerziehenden und/oder mit Migrationshintergrund (KIGGS; BMFFSJ 2009; BMAS 2013; BMFSFJ 2013; RKI/DESTATIS 2015, 2018, Gesundheitsbericht 2016)

### Soziale Folgen

#### Stigmatisierung von Kindern und ihren Familien in Kita und Schule

„Mattheus-Effekt“ (Vodafone-Studie, IGLU, PISA, OECD, BMFFSJ 2009; BMFSFJ 2013 etc.)  
der sozio-ökonomische Status der Herkunftsfamilie und deren kultureller Habitus beeinflussen entscheidend die Bildungskarriere von Kindern in Dt.:

- Schullaufbahn
- Mobbingrisiko
- Berufskarriere
- Peerkontakte
- Ausbildung
- Partnerschaft

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 2. Lebenswelt Kita

### 2.1. Bildungsinstitutionen als Lebenswelten im Fokus

#### Frühere Institutionalisierung der Kindheit

- Steigende Betreuungsquoten, längere Verweildauer (Jahre, täglich)
- Anspruch an früher beginnende, „gute“ Bildungsförderung
- Rechtlicher Anspruch an Partizipation, Inklusion für Kinder und Eltern
- Kitabetreuung fördert Chancengleichheit, insb. profitieren Risikokinder (vgl. Kd.- und Jd.-berichte, Armutsberichte des Bundes)

#### Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018, S. 28ff.):

- Gesundheitskompetenz fest in den Bildungs- und Lehrplänen von Kitas, GS, Sek.1&2, HS, Jugendbildung, beruflicher Ausbildung, Erwachsenenbildung verankern
- Projektwochen zur Gesundheitskompetenz in Kitas und allen Schulformen, Gesundheit langfristig als Schulfach etablieren oder als fächerübergreifenden Querschnittsaspekt verbindlich integrieren
- Mitarbeiter von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen durch Weiterbildungen in die Lage versetzen, gezielt zur Förderung der Gesundheitskompetenz beizutragen

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 2.2. Betreuungsangebote und Nutzungsquoten

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Kindertagesbetreuung/Kindertagesbetreuung.html>

Betreuungsquoten<sup>1</sup> der Kinder unter 6 Jahren in Kindertagesbetreuung<sup>2</sup> am 01.03.2017 nach Ländern

Bundesländer	Kinder im Alter von	
	0 bis 2 Jahren	3 bis 5 Jahren
Baden-Württemberg	28,6	95,0
Bayern	27,4	92,7
Berlin	44,4	93,6
Brandenburg	55,8	94,9
Bremen	28,4	87,5
Hamburg	44,7	90,5
Hessen	30,2	92,5
Mecklenburg-Vorpommern	56,0	95,2
Niedersachsen	29,6	93,2
Nordrhein-Westfalen	26,3	92,1
Rheinland-Pfalz	30,7	96,4
Saarland	28,3	93,1
Sachsen	50,5	95,6
Sachsen-Anhalt	56,9	93,4
Schleswig-Holstein	31,9	91,5
Thüringen	53,2	96,5
Deutschland	33,1	93,4
Früheres Bundesgebiet	28,8	93,0
Neue Länder einschließlich Berlin	51,3	94,8

<sup>1</sup> Anteil der betreuten Kinder an allen Kindern derselben Altersgruppe

<sup>2</sup> Kinder in Kindertageseinrichtungen zuzüglich der Kinder in öffentlich getragener Kindertagespflege, die nicht zusätzlich eine Kindertageseinrichtung oder eine Ganztagschule besuchen.

Tageseinrichtungen für Kinder am 1. März 2017 nach Art und Trägern

Art der Tageseinrichtung	Insgesamt	nach Trägern	
		Öffentliche Träger	Freie Träger
Tageseinrichtungen mit Kindern im Alter von ... bis unter ... Jahren			
0 bis 3	1 992	451	1 541
2 bis 8 (ohne Schulkinder)	17 188	5 534	11 654
5 bis 14 (nur Schulkinder)	3 635	1 838	1 797
mit Kindern aller Altersgruppen	32 276	10 405	21 873
davon			
mit alters einheitlichen Gruppen	11 852	4 207	7 645
mit alters gemischten Gruppen	6 442	2 000	4 442
mit alters einheitlichen und alters gemischten Gruppen	13 984	4 198	9 786
Insgesamt	65 293	18 228	37 065
und zwar			
Tageseinrichtungen mit integrativer Betreuung	19 657	6 203	13 374
Tageseinrichtungen für behinderte Kinder	251	27	224
Tageseinrichtungen für Kinder von Betriebsangehörigen	726	84	642
Tageseinrichtungen von Elterninitiativen	4 351	-	4 351

Betreuung von Kindern von 0-3 Jahren durch Tagespflegepersonen:  
aktuelle Quote = 15,4%, politisches Ziel = 30%

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 2.3. Kitas sind familienergänzende, freiwillige Betreuungsangebote

### ➔ Kitas und Tagespflege sind freiwillige soziale Dienstleistungen

Frühpädagogik ist in Dt. der sozialpolitischen Gesetzgebung (SGB VIII) zugeordnet.

**Kitaträger:** hochgradig ausdifferenziert (vgl. BMBF 14. Kd. & Jd.-bericht, 2013, S. 284/285):

- „Öffentliche Träger“ (kommunale, Landesjugendämter) 30%
- „Private Träger“ (freie, gemeinnützige und gewerbliche) 70%

Private Träger haben "bedingten Vorrang" bei Finanzierung und Gründung von Kitas (*Subsidiaritätsprinzip*), Träger der öffentlichen Hand = Gewährleistungsverpflichtung.

**Finanzierung** über Öffentliche Mittel, inkl. Elternanteil (85%) + Eigenmittel (15%) (*Konnexitätsprinzip*)

### ➔ Weltanschauliche, inhaltliche Gestaltungsfreiheit, fachliche Orientierung an Bildungsplänen

**Vorrang des Elternrechts:** Für die Grundrichtung der Erziehung sind die Vorstellungen der Personensorgeberechtigten und nicht diejenigen der Träger der öffentlichen Jugendhilfe maßgebend (§ 9 Nr. 1 SGB VIII).

### ➔ „Kitas haben kein eigenes, von den Eltern unabhängiges öffentliches Erziehungsrecht“

(Hundt (2015) Lexikon Kita Recht. Link, Köln). SGB VIII § 22 Abs. 2 „Die Erziehungsberechtigten sind an den Entscheidungen in wesentlichen Angelegenheiten der Erziehung, Bildung und Betreuung zu beteiligen.“

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 2.4. Kitas haben einen gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung

### **SBG VIII / KJHG Kinder- und Jugendhilfe**

§ 1 Abs. 1: „Recht auf Förderung der Entwicklung und Erziehung zur eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“

### **Länderrecht:**

z.B. RP: Vereinbarung zur Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in den Kitas in Rheinland-Pfalz gemäß § 21 (SGB) V 1. Januar 2016

z.B. NRW: KiBiz

§ 10 Gesundheitsvorsorge

§ 13a Abs. 2 Orientierung an den Bildungsgrundsätzen

§ 26 Abs. 3 Bildungsvereinbarung zwischen Land und Trägern zur Orientierung an den Bildungsgrundsätzen:

S. 15 Gesundheitsförderung und Prävention: „...Hygiene sowie Körper- und Zahnpflege sind die klassischen Bereiche der Gesundheitserziehung.“

S. 84 Bildungsbereich Körper, Gesundheit und Ernährung: „Gesundheit geht weit über alltägliche Handlungsweisen, wie z.B. Zähneputzen und Händewaschen, hinaus.“

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 2.5. Für Kitas gilt: Eltern tragen die Verantwortung

- Zur Erziehungsverantwortung der Eltern gehört auch ihre Verantwortung für die kindliche Mundgesundheit (vgl. Art.6 GG).
- Kitas als familienergänzende Betreuungs- und Bildungseinrichtungen fördern die körperliche Entfaltung und die Gesundheit des Kindes und unterstützen dabei die Eltern (SGB VIII/KJHG).
- Über das Kindeswohl wacht der Staat (Art. 6 II), wenn Eltern ihrer Erziehungsverantwortung nicht nachkommen, Ausübung des Wächteramtes obliegt zuständigem Jugendamt (SGB VIII/KJHG § 8a).
- Kitas haben nach § 8a Meldepflicht, übernehmen aber nicht die elterliche Verantwortung durch Übernahme bzw. Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen.
- Erzieherinnen und Erzieher sind nicht berechtigt Zahnsauberkeit zu kontrollieren, sind nicht dafür verantwortlich, die Zahnputztechnik zu vermitteln und einzuüben und putzen die Kinderzähne auch nicht nach.
- Mundhöhle gilt als Körperöffnung und ein Eindringen ist für Erzieherinnen und Erzieher tabu (*Auslegung als Penetration = Kindesmisshandlung*).

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 2.6. Pädagogischer Handlungsauftrag

### Individuelle entwicklungsangemessene Gesundheitsförderung der Kinder:

- **Eltern informieren, beraten und unterstützen**
  - Einfluss der Herkunftsfamilie dominiert
  - Bezugspersonen als Vorbilder sind die Schlüsselfiguren für richtiges gesundheitsförderndes Verhalten
- **Differenzierte Lern- und Verhaltensdispositionen der Kinder beachten**
  - Neugierverhalten als forschendes und spielerisches Erkunden
  - Konkret-anschauliches Erfahrungslernen
  - Motorisches Fertigkeitlernen (Imitation, Wiederholung)
  - Rituale bieten Orientierung und (Handlungs-)Sicherheit
  - Bestätigung durch persönliches Lob
  - Heterogenität der Kinder besonders in den Blick nehmen
- **Eigene Rolle als Modell und Verstärker wahrnehmen**
  - Tägliches gemeinsames Zähneputzen zur Gewohnheitsbildung

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 3. Zugang zu Kindern finden

### 3.1. Kinder unter drei Jahren nicht überfordern!

**Überstimulation (z.B. durch Lernprogramme) fördert Stress durch Cortisolausschüttung.**

„...keine Belege, dass es in den ersten Lebensjahren eine sensible Phase für das Erlernen von Fertigkeiten gibt, die intensives Üben erfordern“ (Bruer, 1999).

Im Gegenteil- forciertes frühes Lernen schädigt das Gehirn, durch Überlastung der Schaltkreise und Reduktion der Empfänglichkeit für alltägliche Erfahrungsreize (Berk 2011, 167).

➔ **Zähneputzen zur Gewohnheitsbildung**

➔ **Kein KAI-Training für Kinder U3**



Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

### 3.2. Kinder unter drei Jahren nicht ängstigen!

**Bindungsverhalten** (Bowlby 1958, Ainsworth 1969)

- angeborenes Verhaltenssystem
- enge emotionale Beziehung zur Mutter
- aktiviert das Kind unter emotionalem Stress in objektiv oder subjektiv bedrohlichen Situationen (Trennung, Schmerz, Müdigkeit, Angst etc.)
- bindungssuchendes Verhalten: Schreien, Festklammern, Zur-Mutter-Krabbeln, Suchen der Bezugsperson
- Bezugsperson ist „sichere Basis“, Kind braucht Körper,- Sicht-, Hörkontakt. Es will in Kontakt bleiben!

➔ **Kinder U3 kooperieren nicht mit fremden Personen!**  
Nur Bezugspersonen sind safe place!

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

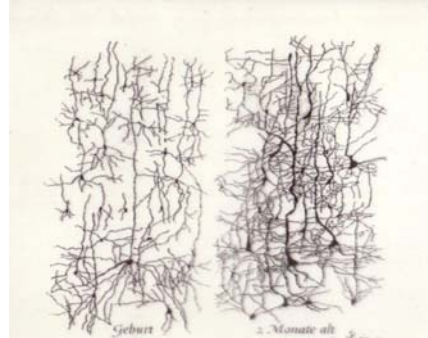
## Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

### 3.3. Bedeutung von Emotionen verstehen

Jeder Reiz wird durch die emotionale Erregung bewertet und durch eine körperliche Reaktion entsprechend beantwortet.

Situation und Emotionen werden zusammen gespeichert. **Angst ist eine negative Ankervariable!** Sie speichert die Situation und das eigene Verhalten exakt und beeinflusst dauerhaft späteres Verhalten.



„Knubbel der Erinnerung“



Lernen am Modell gelingt nur mit Bezugspersonen

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

### 3.4. In Kita und Kindertagespflege: täglich gemeinsam Zähneputzen!



Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 4.1. Einzelprophylaxe für U3 in der Kita? **Nicht möglich**

### Strukturbezogene Argumente:

- rechtlich nur möglich mit schriftlicher Einwilligung oder Anwesenheit der Eltern und Zustimmung des Trägers der Einrichtung (*GG; SGB VIII*)
- päd. Fachkräfte haben aufgrund des Erzieher-Kind-Schlüssels und des päd. Auftrags keine Handlungsgrundlage für eine Einzelprophylaxe (*Kitagesetze der Länder*)
- päd. Fachkräfte dürfen Kinderzähne nicht selbst sauber putzen, das Eindringen in Körperöffnung gilt als Penetration = Kindeswohl (*KJHG § 8a*)
- Tagesablauf in Kitas bietet zwischen Pflege-, Fütterungs- und Schlafzeiten nur wenige Zeitfenster die für Einzelprophylaxe U3 genutzt werden könnten
- Betreuungsquote von Kindern U3 liegt zwischen 30-52%, davon 25% in Tagespflege, die über diesen Weg nicht erreicht werden (*destatis*)

### Kindbezogene Argumente:

- Fertigkeitstrainings sind mit Kindern U3 nicht angemessen und nicht erfolgreich
- kleine Kinder U3 kooperieren nur in Anwesenheit einer Bezugsperson
- Unlustempfinden & Angsterleben verhindern weitere Kooperationsbereitschaft

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 4.2. Gruppenprophylaxe in Kitas! **Auf einem guten Weg...**

### Auf allen relevanten Ebenen ansetzen:

#### 1. Sensibilisierung der Gesundheits- und Bildungsministerien der Länder

- Forderungen des Aktionsplans Gesundheitskompetenz
- Verankerung in den Lehr- und Ausbildungsplänen
- Aufnahme in den Bildungsgesetzen der Länder

#### 2. Träger in die Pflicht nehmen zur Qualitätsverbesserung (SGB VIII/KJHG)

- z.B. Bildungsvereinbarung Rheinland-Pfalz
- Zusammenarbeit der Kitas mit Gesundheitsämtern und AK, LAG prüfen
- Fachberatungen als Multiplikatorinnen gewinnen

#### 3. Kita-Leitungen und pädagogische Fachkräfte als Zielgruppen verstehen

- (Leitungs-)Teams informieren
- Aufnahme des Themas in die Kita-Konzeption einfordern
- Impulse setzen und als Expertinnen vor Ort unterstützen

#### 4. Eltern erreichen, informieren und motivieren

- Niedrigschwellige Zugänge und sensible Phasen nutzen
- Modell und Verstärker sein

Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 4.3. Fortbildung und begleitendes Coaching ausgewählter Prophylaxefachkräfte für die Arbeit mit erwachsenen Zielgruppen (Kitaleitungen, pädagogische Fachkräfte, Eltern)

**Sensibilisierung** der Leitungs- und Fachkräfte und Eltern durch Information (Medien, Beratung in Team- und Elterntreffen)

**Entlastung** durch Aufklärung, Medien und eigenem Verhalten (*Modell sein für Eltern und Pädagoginnen*)

**Förderung** der Kinder durch (klein-) gruppenspezifische Angebote (*Methodenhilfe*)

**Bestärkung** der Eltern, Leitung, Fachkräfte und Kinder durch Lob (*kostenneutral und hilft sofort!*)

z.B. Kooperationen mit Fortbildungsinstitutionen  
[www.Kita-move.de/](http://www.Kita-move.de/) ginko-Stiftung für Prävention

Berlin, 23. März 2018



[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 4.4. Impulse für Kitaleitungen als Türöffner & pädagogische Fachkräfte als Schlüsselfiguren zu Kindern & Eltern



### Lernen durch Einsicht:

Ziel: Infrage stellen von Gewissheiten, Vorurteilen, Stereotypen (*derzeitige Organisationskultur, Komfortzone*)

Anlass: externer Impuls (z.B. Label), Neugier, emotionale Betroffenheit, Überforderungserlebnis bei grundsätzlichem Kohärenzgefühl (*ich verstehe das Problem und ich schaffe das*)

Weg: Diskurse, externe Impulse (Fort- und Weiterbildungen), best practice Beispiele, Umsetzungscoaching, Anerkennung von bedeutsamen Stakeholdern (*Arbeitgeber, Eltern, Öffentlichkeit*)

**➔ Diskurse über Haltungsänderungen gehen nicht ohne Dialogbereitschaft und Nachdenken über das kollektive Handeln. Die Haltung (Organisationskultur) bestimmt die Handlung!**

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund



# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: *Wie kommt Fluorid in den Kindermund?*

## 4.5. Tagespflegepersonen als Zielgruppe entdecken

Aktuell 15,4% angestrebte 30% aller Kinder unter drei Jahren werden von Tagespflegemüttern und -vätern betreut.

### Strukturqualität:

- familienergänzendes Angebot, rechtlicher Rahmen analog Kita (KJHG)
- häusliche bzw. angemietete dezentrale Betreuung von 3-9 Kindern
- Pflegepersonen haben eine Minimalqualifikation von 160h
- Ausbildung, Vermittlung, Vernetzung und Weiterbildung über öffentliche oder freie Träger
- Betriebserlaubnisverfahren prüft vorgegebenen räumlichen, fachlichen Standard
- keine Vorbereitungszeiten, Vernetzung in Arbeitskreisen freiwillig



**Anbindung an Kita fördern (rechtlicher Rahmen vgl. KJHG)  
Zugangswege über Jugendhilfeträger erschließen**

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 4.6. Zahnpflege zu Hause: mit Eltern gemeinsam Kinderzähne pflegen

- Was Eltern tun, ist für kleine Kinder immer gut und richtig. Eltern sind also notwendige Helfer!
- Gemeinsames Tun motiviert- wenn Kinder sehen, wie Eltern und Geschwister Zähne putzen, wollen sie dies mitmachen.
- Nicht die Technik ist wichtig sondern das Ritual. Nicht reden und verbessern, sondern lernen durch Nachmachen.
- Loben macht Kinder und Eltern stolz und verstärkt ihre Mitarbeit.



**Nutzen Sie die Eingewöhnungsphase zur Demonstration!  
Nutzen Sie Elternabende zur Information!  
Nutzen Sie elterliches Vorbild zur Motivation!  
Nutzen Sie mit AHA-Momenten die Lust auf positive Emotion!**

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 4.7. Lehr- und Fachkräfte als Partner gewinnen

### Effektive Multiplikationsmöglichkeiten für die Vermittlung von Handlungskompetenzen in Aus- und Fortbildungen:

- Fachschulen für Sozialpädagogik
- (Fach-)Hochschulen und Universitäten mit B.A. Studiengängen Kindheitspädagogik
- Trägerfortbildungseinrichtungen (Paritätischer, Diakonie, DRK, Caritas, AWO, Kommunen/Kreise)
- Leiterinnentreffen bei öffentlichen und freien Trägern
- Teamfortbildungen, Bildungsnetzwerke
- Arbeitsgruppen von Fachberaterinnen bei den Landschaftsverbänden
- Bundesweite Kitamessen (didacta, Kitaleitungskongresse Carl Link Verlag)



**Externe Referent\*innen befriedigen Neugier, geben Impulse und bieten Entlastung, Infomaterial, Medien, etc. als Ankersteine fördern den Transfer**

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 5.1. Prophylaxeangebote in den Kitas auch für U3-Kinder DAJ Empfehlungen zur Prävention Frühkindlicher Karies

### Warum gestaltet die DAJ die Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige Kinder neu?

- Entwicklungsbedingt unterliegen Lernen und Bildung bei den Kleinsten anderen Voraussetzungen als bei älteren Kindergartenkindern.
- Die DAJ hat ihre Empfehlungen auf der Basis einer kindheitswissenschaftlichen Expertise überarbeitet. Die Gruppenprophylaxe nutzt nun diese Erkenntnisse, um möglichst gemeinsam mit den Kitas und deren Trägerverbänden die gesundheitsbezogene Betreuungsqualität zu verbessern.
- Die Weichen für ein mundgesundes Aufwachsen werden im Kleinkindalter gestellt. Die Bezugspersonen zu Hause und in der Betreuung sind *die* prägenden Verhaltensmodelle für Kinder.
- Frühkindliche Karies folgt dem sozialen Gradienten. Mundgesunde Alltagsgestaltung in der Kita von Anfang an ist ein wesentlicher Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit.

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

# Optimierung der Kariesprävention im Milchzahngebiss

Oder: Wie kommt Fluorid in den Kindermund?

## 5.2. DAJ Empfehlungen: Kernbotschaften

**Zähneputzen von Anfang an – Kita und Elternhaus Hand in Hand!**

**Kernbotschaften Eltern:**  
Gesunderhaltung der Kinderzähne

Eltern putzen morgens und abends die Kinderzähne sauber.

**Kernbotschaften Kita:**  
Ritualbildung und Lernen am Vorbild für alle Kinder

Alle Kinder putzen 1 x täglich **gemeinsam** mit ihrer Bezugserzieherin oder ihrem Bezugserzieher die Zähne.

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund

## 6. In Kita und Kindertagespflege: täglich gemeinsam Zähneputzen!

**Es gibt keine andere vernünftige Erziehung, als Vorbild zu sein.**  
Albert Einstein (1879-1955) theor. Physiker

**Man muss Kinder nicht erziehen, sie machen einem sowieso alles nach!**  
Carl Valentin (1882-1948) Kabarettist, Wortkünstler

➔ Erzieherinnen müssen jeden Tag ganz selbstverständlich gemeinsam mit den Kindern auch ihre Zähne putzen.

➔ Dafür brauchen sie gute Rahmenbedingungen, Unterstützung, Lob und Anerkennung!

Berlin, 23. März 2018

[Bildungs|Räume|gestalten]  
Prof. Dr. Christina Jasmund