

November 2015

Bericht zum Schuljahr 2014/2015

Inhalte:

- **Gruppenprophylaxe**
- **Epidemiologische Daten der zahnärztlichen Untersuchungen**

1. Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen

1.1. Darstellung der Gruppenprophylaxe

In den Tabellen 1 und 2 werden die gruppenprophylaktischen Aktivitäten der Prophylaxe-Beraterinnen in Kindergärten und Schulen dargestellt.

Maßnahmen	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Aktionen in Kigä, Horten, Sondereinrichtungen	1.216	1.364	1.373	1.466	1.459	1.503	1.345	1.677	1.328	1.399
Elterninformationen	89	102	114	96	111	96	107	121	90	92
Erzieherinfo	81	63	48	41	54	54	49	68	55	56
Info-Veranstaltung Erzieher	198	196	215	228	259	243	280	263	262	247
Aktionen MHZ	386	381	430	432	439	438	387	414	336	365

Tab 1: Veranstaltungen in Kindergärten

Maßnahmen in Schulen	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Betreute Schulen/Unterrichtsangebote in Grund- und Förderschulen	104	111	98	100	107	108	116	116	108	108	108	104
Betreute Klassen/Unterrichtsstd. in Grund- und Förderschulen	694	698	793	740	764	724	754	711	649	781	717	743
Betreute Schüler/Unterrichtsstd.	18.738	18.846	18.397	17.160	17.716	16.788	17.484	16.480	15.037	18.102	16.618	17.221
Unterrichtsstunden	2.109	2.134	2.355	2.275	2.264	2.163	2.191	2.152	1.951	2.344	2.151	2.229
Ogata (Gespräche, Veranstaltg.)			30	88	110	96	68	44	17	32	23	5
Vorgespräche mit Lehrern	139	139	121	123	111	111	123	128	162	142	139	150
Zeitaufwand für Kariesrisikoschulen in Stunden (s. Tab. 10)	603	604	698	664	700	802	671	613	463	452	457	397

Tab. 2: Maßnahmen in Schulen

Die Prophylaxe-Maßnahmen wurden ergänzt durch die Angebote der niedergelassenen Zahnärzte. Die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte haben sich in Form von Praxisbesuchen für 3. Grundschulen im Rahmen des "Düsseldorfer Zahnfrühlings" an den Aktivitäten der Aktion Zahngesundheit beteiligt.

	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Zahnarztpraxen	41	45	26	33	28	27	34	26	30	32	25
Zahnarzt-Stunden:Min	162:15	131:20	73:45	135:15	109:45	97:30	138:35	102:25	101:15	131:05	105:25
Helferinnen-Stunden:Min	305:15	290:0	160:15	296:45	251:15	213:55	284:05	179:50	224:30	277:45	210:25
Betreute Schulen	46	46	27	35	31	29	38	28	31	36	30

Tab. 3: Leistungen niedergelassener Zahnärzte

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Gesamtzahl der Tageseinrichtungen für Kinder sowie der Schulen und Schüler auf der Basis des Schulverwaltungsamtes sowie des Amtes für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf (Stand 31.12.2014).

	2003	2014
Kindertageseinrichtungen insges.	298	340
Plätze in Kindergartengruppen	11.644	20.916
Anzahl der Grundschulen	93	86
Schüler/-innen i. d. Grundschulen	18.769	19.689
Anzahl der Hauptschulen	14	10
Schüler/-innen i. d. Hauptschulen	5.650	3.134
Anzahl der Förderschulen	21	13
Schüler/-innen i. d. Förderschulen	3.388	1.593

In 39 Grund-, Haupt- und Förderschulen sowie einer Gesamtschule wurde die Intensiv-Prophylaxe mittels einer Fluoridlack-Applikation durchgeführt. Darüber hinaus konnte das "gesunde Frühstück" für alle Erstklässler in den Düsseldorfer Grundschulen angeboten werden.

2. Epidemiologische Daten der Zahnärztlichen Untersuchungen

2.1. Kindergärten

Im Schuljahr 2014/15 wurden 4.644 Kinder in 99 Kindertagesstätten untersucht. Das sehr hohe Niveau der Zahngesundheit wurde bei den Düsseldorfer Kindergartenkindern erneut bestätigt.

Gebißzu- stand	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
natur- gesund	71,02%	71,10%	71,71%	75,98%	76,44%	77,96%	78,46%	77,92%	81,32%	78,12%	82,00%
saniert	7,87%	7,22%	7,82%	6,23%	6,39%	6,29%	6,42%	6,33%	5,78%	5,69%	5,00%
behandl.- bed.	21,11%	21,68%	20,46%	17,79%	17,17%	15,75%	15,12%	15,75%	12,90%	16,19%	13,00%

Tab. 4: Entwicklung der Zahngesundheit in Kindergärten (Mittelwerte)

Jahr	5. Lebensjahr	6. Lebensjahr	3.-7. Lebensjahr
1995/96	59,5 %	48,6 %	62,4 %
2000/01	66,6 %	59,7 %	70,3 %
2006/07	64,3%	59,0%	71,71%
2007/08	69,1%	56,2%	75,98%
2008/09	68,1%	59,1%	76,44%
2009/10	70,6%	63,1%	77,96%
2010/11	70,5%	62,3%	78,46%
2011/12	69,3%	61,5%	77,92%
2012/13	73,3%	66,4%	81,32%
2013/14	68,1%	64,5%	78,12%
2014/15	72,1%	67,9%	82,0%

Tab.5: Naturgesunde Kindergartenkinder, altersklassendifferenziert

Die prophylaktischen Bemühungen innerhalb der Zahnmedizin im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe tragen weiterhin zur Verbesserung und Verstetigung der oralen Gesundheit bei Schulanfängern bei.

Auch wenn die Entwicklung bezüglich der Milchzahnkaries in den letzten 10 Jahren positiv verlief, ist doch zu beachten, dass der Wert der kariesfreien 6-Jährigen in Düsseldorf (67,9%) im Jahr 2015 weiterhin von dem Zielwert für das Jahr 2020 („Kariesfreiheit bei 80 % der 6-7-Jährigen“) entfernt ist.

Jahr	dmf-t 6. Lebensjahr	d-t 6. Lebensjahr	d-t 3. - 7. Lebensjahr
1988		3,7	2,2
1998		1,93	1,32
2003	1,92	1,00	0,89
2008	1,80	1,10	0,56
2009	1,89	0,79	0,62
2011	1,56	0,65	0,48
2012	1,51	0,65	0,54
2013	1,40	0,59	0,45
2014	1,59	0,62	0,53
2015	1,45	0,61	0,43

Tab.6: dmf-t, d-t bei Kindergartenkindern, altersklassendifferenziert

- **insgesamt rund 82 % der Kindergartenkinder** naturgesunde Zähne.
- Die Anzahl der kariösen Milchzähne pro Kind (d-t) liegt bei den 6-Jährigen bei rund 0,6. Der Trend aus den letzten Jahren hält an (Tabelle 6).

2.2. Schulen

Die Untersuchungen im Schuljahr 2014/15 belegen das seit Jahren erreichte hohe Maß an Zahngesundheit der Düsseldorfer Schüler.

Die Anzahl der untersuchten Schüler verteilt sich folgendermaßen:

Grundschulen: 57 Schulen mit 12138 Schülern

15 Förderschulen für

- Sprachbehinderte
- Sehbehinderte
- Lernbehinderte
- Geistigbehinderte
- Gehörlose
- Erziehungshilfe 1009 Schülern

Hauptschulen: 3 Schulen mit 583 Schülern

Gesamtschule 1 Schule mit 225 Schülern

Gesamt: 13955 Schüler

2.2.1. Grundschulen

Die Zahngesundheit bei Grundschulern blieb auf dem hohen Niveau (Tabelle 7). Etwas mehr als **92 % der Düsseldorfer Grundschul Kinder haben naturgesunde bleibende Zähne**. Die Behandlungsbedürftigkeit liegt bei 2,9%.

Grund- schüler	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
naturge- sund	88,8%	91,2%	90,4%	89,9%	92,0%	92,8%	93,0%	93,6%	92,2%	93,3%
saniert	6,8%	5,5%	5,8%	5,9%	5,2%	4,7%	4,3%	4,0%	4,9%	4,3%
behandl. bed.	4,4%	3,3%	3,8%	4,2%	2,8%	2,5%	2,7%	2,4%	2,9%	2,4%

Tab.7: Zahngesundheit bei Grundschulern (bleibende Zähne, Mittelwerte)

Ergänzend ist festzustellen, dass der DT-Wert (kariöse bleibende Zähne pro Kind) im Schuljahr 2014/15 mit 0,04 weiterhin niedrig war. Man findet nahezu nur noch bei circa jedem 25. im Rahmen der Regeluntersuchung untersuchten Kind einen kariösen bleibenden Zahn.

2.2.2. Förderschulen

Förderschulen	naturgesund	saniert	behandlungs- bedürftig	D/T	DMF/T 12-Jährige
1998/1999	55,1 %	19,4 %	25,5 %	0,5	-
2001/2002	53,6 %	24,8 %	21,6 %	0,37	-
2002/2003	56,2 %	22,9 %	20,8 %	0,53	1,46
2003/2004	58,2 %	24,7 %	17,1 %	0,37	1,05
2004/2005	55,3 %	24,3 %	20,5%	0,45	1,28
2005/2006	54,6 %	25,8 %	19,6 %	0,45	1,33
2006/2007	54,6 %	26,7 %	18,7 %	0,41	1,43
2007/2008	60,9%	22,9%	16,2%	0,37	1,15
2008/2009	63,6%	18,0%	18,4%	0,44	1,30
2009/2010	65,9%	18,4%	15,7%	0,38	1,20
2010/2011	70,4%	17,8%	11,8%	0,28	0,77
2011/2012	68,5%	18,5%	13,0%	0,28	0,91
2012/2013	71,4%	17,3%	11,3%	0,23	0,98
2013/2014	70,0%	18,3%	11,7%	0,23	0,74
2014/2015	70,1%	17,9%	12,0%	0,23	0,75

Tab. 8: Zahngesundheit bei Förderschülern, bleibende Zähne

Der Trend bei den Förderschülern hält an. Der Anteil der naturgesunden Gebisse ist auf einem hohen Niveau stabil geblieben.

2.2.3. Hauptschulen

Hauptschulen	naturgesund	saniert	behandlungs bedürftig	D/T	DMF/T 12-Jährige
2000/2001	34,9 %	39,1 %	26,1 %	0,63	-
2001/2002	40,4 %	35,7 %	23,9 %	0,59	-
2002/2003	41,4 %	37,1 %	21,4 %	0,52	1,28
2003/2004	39,4 %	37,1 %	23,3 %	0,52	1,21
2004/2005	45,8%	34,3%	19,9%	0,47	1,27
2005/2006	50,7%	31,6%	17,7%	0,47	0,90
2006/2007	45,8%	36,0%	18,2%	0,39	1,41
2007/2008	50,2%	32,7%	17,1%	0,39	1,12
2008/2009	52,0%	31,0%	17,0%	0,37	1,25
2009/2010	50,4%	31,0%	18,6%	0,45	1,07
2010/2011	54,3%	30,5%	15,2%	0,35	1,06
2011/2012	54,7%	29,8%	15,5%	0,28	0,67
2012/2013	58,2%	26,3%	15,5%	0,34	0,76
2013/2014	50,2%	26,5%	23,3%	0,50	1,34
2014/2015	54,5%	27,5%	18,0%	0,37	1,10

Tab. 9: Zahngesundheitszustand bei Hauptschülern (bleibende Zähne)

3. Kariesrisikobetreuung/Intensivprophylaxe

3.1. Kindergärten

Seit acht Jahren zeigt die detaillierte statistische Erhebung, dass in der Altersklasse 3 - 6 Jahre ein nicht kleiner Anteil der Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko aufweist. Dies bedeutet, dass ein dreijähriges Kind dann ein Risiko nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) hat, wenn es nicht kariesfrei ist und der dmf(t)-Wert > 0 ist.

6-/7-Jährige gelten als risikobehaftet, wenn die dmf/DMF(t/T)-Werte > 5 sind oder der auf bleibende Zähne bezogene „Karieswert“ D(T) > 0 beträgt.

Jahr	Kariesrisiko 3-Jährige (%)	Kariesrisiko 6-Jährige (%)
2005/06	15,4%	15,8%
2007/08	13,6%	16,6%
2008/09	13,4%	
2009/10	11,9%	
2010/11	13,1%	11,0%
2011/12	13,7%	13,2%
2012/13	11,3%	10,0%
2013/14	12,0%	12,0%
2014/15	9,4%	9,9%

Tab. 10: Anteile risikobehafteter Kinder in den Kindertagesstätten (Altersklassenbezogen)

Ein nicht kleiner Teil der Kinder hat eine Karieserfahrung, bevor sie von den Möglichkeiten der Gruppenprophylaxe profitieren können. Diese Erkenntnisse reihen sich ein in die Regionaldaten anderer Kreise und Städte in Deutschland, aus denen hervorgeht, dass im Säuglings- und Kleinkindalter bis zu 15 % der Kinder unter Karies leiden.

3.2. Schulen

Mit intensivprophylaktischen Maßnahmen werden seit 1997 zweimal jährlich Aktionen durchgeführt, in denen die Zähne der Kinder mit Hilfe eines hochkonzentrierten fluoridhaltigen Schutzlackes überzogen und so geschützt werden.

Schuljahr	Grundschulen	Förderschulen	Hauptschulen	Gesamtschulen	Schüler vorhanden	Schüler touchiert
1997/98	7	1			1.385	1.034 (74,8%)
1998/99	10	4			2.429	1.656 (68,2%)
2000/01	15	5			3.613	2.720 (75,3%)
2001/02	15	8	4		5.329	3.563 (68,0%)
2004/05	20	11	4		5.784	4.104 (71,0%)
2005/06	28	12	4		5.983	4.341 (72,6%)
2007/08	27	12	4		7.713	6.128 (79,5%)
2008/09	28	12	4		7.912	6.206 (78,5%)
2009/10	28	12	4	1	8.037	6.190 (77,0%)
2010/11	28	12	4	1	7.976	5.646 (70,7%)
2011/12	25	11	4	-	7.467	4.970 (66,6%)
2012/13	25	12	4	1	7.771	5.166 (66,5%)
2013/14	28	12	4	1	7.784	5.182 (66,6%)
2014/15	23	12	3	1	7.414	4.819 (65,0%)

Tab.11: Entwicklung des Kariesrisikoprogramms

Ausblick

Das erste Ziel („Kariesfreiheit bei 80 % der 6-7-Jährigen im Jahr 2020“) wird sich, wenn die Entwicklung so weiter geht, kaum erreichen lassen. Hier bedarf es verstärkter Anstrengungen, die besonders auf eine Eindämmung der Early Childhood Caries abzielen müssen. Dies ist erforderlich, weil bei Kindern etwa die Hälfte der kariösen Defekte, die zum Zeitpunkt der Einschulung vorhanden sind, bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden.

Ein weiterer wichtiger Eckpunkt ist die damit verbundene Frühdiagnose initialer kariöser Läsionen an oberen Milchschneidezähnen und Einleitung einer zahnärztlichen Behandlung, mit der das Voranschreiten der Karies gestoppt wird.

Nicht oft genug sollten Botschaften an die Eltern herangetragen werden, mit deren Hilfe relativ leicht eine kariöse Erkrankung im (Klein-)Kindesalter weitestgehend vermieden werden kann.

Folgende Punkte zur Zahnpflege sollten von Anfang an beachtet und immer wieder vermittelt werden

1. Sobald das Kind 1 Jahr alt ist (oder alternativ „sitzen kann“), soll es aus der Tasse oder einem Becher trinken. Eine Trinklerntasse brauchen die meisten Kinder nicht. Wenn aber doch, dann so kurz wie möglich.
2. Verzichten Sie auf zuckerhaltige Getränke (gesüßte Tees, Instanttees, Obstsäfte oder verdünnte Fruchtsäfte) aus der Nuckelflasche. Nehmen Sie ungesüßten Tee oder (Mineral-)Wasser.
3. Überlassen Sie Ihrem Kind die Nuckelflasche nicht zur „Selbstbedienung“. Das Trinken sollte zum Durstlöschen erfolgen und nicht als Nuckelersatz. Kein Dauergebrauch der Nuckelflasche in der Nacht.
4. Schon der erste Milchzahn sollte gepflegt werden: Wichtig ist das elterliche Putzen mit einer kleinen, weichen Zahnbürste. Eine erbsengroße Menge Kinderzahnpaste mit Fluorid reicht. Fluoridtabletten sind dann nicht nötig. Nach dem Zähneputzen sollte dann auch nicht mehr gegessen werden.
5. Schauen Sie beim Zähneputzen die Zähne Ihres Kindes genauer an. Schieben Sie die Oberlippe nach oben. Sind die Schneidezähne sauber oder ist Zahnbelag zu sehen? Beim Zähneputzen müssen alle Zähne und alle Zahnflächen gereinigt werden.
6. Die Zähne des Kindes sollten im elterlichen Schoß oder auf dem Wickeltisch geputzt werden.
7. Ab dem zweiten Geburtstag sollten die Zähne des Kindes morgens und abends mit fluoridhaltiger Kinderzahnpaste geputzt werden.
8. Verwenden Sie zum Kochen und Salzen Speisesalz mit der Aufschrift „Fluorid“.
9. Vermeiden Sie viele Zwischenmahlzeiten. Insgesamt reichen vier bis fünf Mahlzeiten am Tag. Der unkontrollierte Zugang zu Süßigkeiten sollte verhindert werden, um die Frequenz ihrer Aufnahme zu begrenzen. Dabei sind auch versteckte Zucker, z.B. in Ketchup oder Fertignahrung zu berücksichtigen.
10. Zahnfreundliche Süßigkeiten sind ein guter Ersatz zu den „herkömmlichen“ und verursachen keine Karies.
11. Zahnärztliche Vorsorge fängt schon bei den ganz Kleinen an. Vereinbaren Sie den ersten Zahnarzttermin, wenn Ihr Kind sechs Monate alt ist und der erste Milchzahn durchbricht. Weitere Informationen sollten den Müttern/Vätern durch Zahnärzte und andere Berufsgruppen (Hebammen, Kinderkrankenschwestern) zugänglich gemacht werden.

Exkurs:

Als frühkindliche Karies (Early Childhood Caries, ECC) wird das Krankheitsbild einer oder mehrerer nicht-kavierter oder kavierter Läsionen in Folge einer mit Karies fehlenden oder gefüllten Milchzahnflächen bei Kindern unter sechs Jahren definiert (AAPD 2014). Bei unter Dreijährigen ist jegliches Zeichen einer Glattflächenkaries indikativ für eine schwere ECC (AAPD 2014).

Mit dem Begriff „ECC“ wurden alte Begriffe wie „Sauger- oder Nuckelflaschenkaries“ ersetzt, da die Erkrankungsursachen multifaktoriell (z. B. sozio-ökonomische, sozio-kulturelle, verhaltensbedingte, kindliche Risikofaktoren, gesundheitssystembedingte Faktoren) sind und nicht allein auf eine kindliche Fehlernährung zurückgeführt werden können.

Weltweit ist die ECC eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Ihre Häufigkeit variiert zwischen 6 und mehr als 90 Prozent. In Deutschland liegt die Vorkommenshäufigkeit bei etwa 20 Prozent. Sozial benachteiligte Kinder sind eine besondere vulnerable Gruppe.

Die ECC beeinflusst die Mund- und Allgemeingesundheit sowie die Lebensqualität des Kindes nachhaltig. Betroffene Kinder leiden häufiger an Zahnschmerzen, dentalen Abszessen, Ess-, Schlaf- und Sprachproblemen oder einem reduzierten Allgemeinbefinden, das mit einem Eisenmangel verbunden sein kann. Spätfolgen im bleibenden Gebiss sind neben einem erhöhten Kariesrisiko häufig auch Zahnstellungsanomalien. Bislang werden Kleinkinder zahnärztlich zu spät und/oder nur unzureichend erreicht. Häufig wird der Zahnarzt erst bei Beschwerden oder nach dem dritten Geburtstag des Kindes aufgesucht.

Aufgrund der altersbedingten fehlenden Kooperationsfähigkeit eines Kindes ist eine zahnärztliche Behandlung vielfach nur in Allgemeinanästhesie (Narkose) möglich, wobei Wiederholungsbehandlungen aufgrund fehlender Compliance der Eltern in der präventiven zahnärztlichen und häuslichen Betreuung nicht selten sind.

Die ambulante zahnärztliche Betreuung der Kleinkinder erfordert vielfach mehr Zeit sowie Kenntnisse kindgerechter Techniken der Verhaltensführung. Sie ist im derzeitigen Versorgungssystem Deutschlands als verbesserungsfähig einzuschätzen.

2014 initiierten Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, Bundesverband der Kinderzahnärzte und Deutscher Hebammenverband notwendige Veränderungen: Ihr Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ fordert, für Kleinkinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat drei systematische zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen einzuführen und diese im „gelben Heft“ für ärztliche Kinderuntersuchungen zu dokumentieren. Damit soll das Versorgungskonzept aufzeigen, dass die ECC nicht nur eine zahnärztliche Herausforderung darstellt, sondern ebenfalls ein kinderärztliches Problem ist. Es muss daher als ernstes Gesundheitsproblem in dieser Altersgruppe – als ein Public-Health Problem – charakterisiert werden.

Als solches bedarf es intersektoraler Lösungsansätze.

Um Eltern frühzeitig für die Mundgesundheit ihrer Kinder zu sensibilisieren, fokussieren Konzepte zur Kariesprävention bei Kleinkindern in Abhängigkeit von den vorherrschenden regionalen Betreuungsformen der Kinder auf die Zusammenarbeit mit Kinderärzten sowie den Aufbau der aufsuchenden Betreuung der Familien durch Haushebammen. Die gruppenprophylaktische Betreuung für Unter-Dreijährige in Kindertagesstätten stellt dabei die Herausforderung für die Zahnärztlichen Dienste der Kommunen dar. Wesentliche Botschaft bei allen Betreuungsformen ist die Empfehlung, dass ab dem ersten Zahn bzw. im ersten Lebensjahr des Kindes der Zahnarztbesuch erfolgen soll. Neben der elterlichen Aufklärung über Risikofaktoren und die Prävention der ECC müssen die Kinder risikoorientiert betreut werden. Das ritualisierte tägliche Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Kinderzahnpaste und die additive zweimal jährliche Applikation eines Fluoridlackes beim Vorliegen von initialkariösen Läsionen kann der ECC wirksam vorbeugen.

Angesichts der guten Zahngesundheit bei der überwiegenden Mehrheit der 12-Jährigen und der Konzentration der Krankheitslast auf wenige Kinder, sollte einerseits die breit angelegte Basisprophylaxe kontinuierlich fortgeführt und andererseits durch eine Fokussierung auf Risikogruppen ergänzt werden. Ziel ist es, alle Kinder aus „Risiko“-Schulen in Intensivprophylaxeprogramme einzubeziehen, die Lokalfluoridierungsmaßnahmen umfassen.

Grundsätzlich lässt sich der Rückgang in der Kariesprävalenz über die letzten 20 Jahre – speziell bei Kindern und Jugendlichen (s. Tabellen) – mit den Erfolgen der Gruppen- und Individualprophylaxemaßnahmen erklären. Insbesondere der frühe Beginn von Mundhygienemaßnahmen, die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasta, Plaquefreiheit und zahngesunde Ernährung sind individuumsbezogene Variablen, die zu unterstützen und zu unterhalten sind. In Deutschland sind die Verwendung fluoridhaltigen Speisesalzes und die Fissurenversiegelung mögliche weitere Gründe für den Rückgang der Kariesprävalenz.

In Sachen Mundgesundheit ist in Düsseldorf viel erreicht worden. Die Aktion Zahngesundheit ist bemüht die Gruppenprophylaxe für die kleinsten Kinder in der Kita konsequent auszubauen. Damit leistet die Aktion Zahngesundheit mit ihren Partnern einen wesentlichen Beitrag zur mundgesundheitsbezogenen Chancengleichheit aller Kinder. Fürsorge für die Milchzähne bei den Kleinsten war

und bleibt extrem wichtig. Wenn Milchzahn-Schäden und damit auch in gewissem Maße eine Vernachlässigung der Kindergesundheit auf das Nichtwissen der Eltern zurückgehe, birgt dies ein großes Potential, den Kindern und deren Eltern durch Beratung Hilfe zuteil werden zu lassen. Mit der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist ein Präventionsprogramm in Kitas und Grundschulen existent, das in seiner Reichweite konkurrenzlos ist. Das altersentsprechende Einüben der Mundhygiene auf spielerische Weise mit den gebotenen pädagogischen Mitteln, die zahngesunde Ernährung, die Bedeutung der Nutzung der Fluoride und der Zahnarztbesuch werden thematisiert, um so den Kindern mit ihren Zähnen die nötige Zuwendung zukommen zu lassen.

Aufgabe der Aktion Zahngesundheit ist es weiterhin – dies insbesondere für die kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit einer hohen Kariesprävalenz - an dieser Nahtstelle so früh wie möglich an einer Verlangsamung der Kariesprogression mittels gruppenprophylaktischen Interventionen mitzuarbeiten und sich um verfeinerte visuelle Überprüfung der Zähne zu bemühen, damit im Rahmen der restaurativen Erstversorgung und des Kariesmonitorings in der Zahnarztpraxis dann minimal-invasive Therapieverfahren eingesetzt werden können.

Dr. Michael Schäfer MPH
Zahnarzt