

Bericht zum Schuljahr 2004/2005

Inhalte:

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

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	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Aktionen in Kigä, Horten, Sondereinrichtungen	1.211	1.076	1.309	1.311	1.236	1.347	1.303	1.218	1.226
Elterninformationen	91	79	95	101	89	98	110	85	103
Info-Veranstaltung Erzieher	216	191	213	222	223	245	248	242	231
Aktionen MHZ	351	333	411	402	383	438	390	368	395

Tab 1: Veranstaltungen in Kindergärten

Maßnahmen In Schulen	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Betreute Schulen	76	71	84	70	85	107	84	82	104	111
Betreute Klassen	594	569	587	574	707	784	740	799	694	698
Betreute Schüler	16.040	15.363	15.849	15.498	19.089	21.170	19.980	21.573	18.738	18.846
Unter- richts- stunden den	1.737	1.720	1.748	1.703	2.099	2.364	2.188	2.337	2.109	2.134
Vorgesprä- che mit Lehrern	85	73	90	80	87	130	139	138	139	139
Zeitaufwand für Karies- risiko- schulen (in Stunden)			199	232	240	382	403	588	603	604

Tab. 2: Maßnahmen in Schulen

Die Prophylaxe-Maßnahmen werden ergänzt durch die Angebote der niedergelassenen Zahnärzte.

	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Zahnarztpraxen		25	33	14	12	39	8	41
Zahnarzt-Stunden:Min	80:25	91	129:30	61:15	44 : 20	141:15	20:30	162:15
Helferinnen-Stunden:Min	138	182	217	134:15	98 :10	330:15	48:00	305:15
Elternabende		2						
Betreute Schulen		25	33	17	12	44	8	46

Tab. 3: Leistungen niedergelassener Zahnärzte

1.2. Bewertung der Gruppenprophylaxe

Der im Schuljahr 2003/04 zu verzeichnende moderate Rückgang der Maßnahmen in den Kindertagesstätten und z. T. in den Schulen konnte durch die Einstellung von zwei Prophylaxeberaterinnen wieder ausgeglichen werden. In 35 Grund-, Haupt- und Sonderschulen ist die Intensiv-Prophylaxe etabliert. Darüber hinaus konnte als besondere Maßnahme erneut das "gesunde Frühstück" für alle Erstklässler in den Düsseldorfer Grundschulen angeboten werden. Durch die Teilnahme der niedergelassenen Zahnärzteschaft in Form von Praxisbesuchen anlässlich des Tages der Zahngesundheit im Jahr 2004 konnte eine sehr hohe Zahl an Schulen

betreut werden.

Epidemiologische Daten der Zahnärztlichen Untersuchungen

2.1. Kindergärten

Im Schuljahr 2004/05 wurden 7.978 Kinder in 211 Kindertagesstätten untersucht.

Das sehr hohe Niveau der Zahngesundheit wurde bei den Düsseldorfer Kindergartenkindern erneut bestätigt.

Gebißzu- stand	1996/ 97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
natur- gesund	66,6 %	69,6 %	71,6 %	72,63 %	71,56 %	71,81 %	70,95%	70,00%	71,02%
saniert	5,1 %	4,9 %	4,6 %	4,58 %	5,02 %	6,06 %	7,35%	7,35%	7,87%
behandl.- bed.	28,4 %	25,5 %	23,8 %	22,78 %	23,42 %	22,12 %	21,45%	22,65%	21,11%

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

Jahr	5. Lebensjahr	6. Lebensjahr	3.-7. Lebensjahr
1995/96	59,5 %	48,6 %	62,4 %
1996/97	60,8 %	52,7 %	65,6 %
1997/98	65,6 %	55,5 %	69,8 %
1998/99	67,5 %	58,8 %	71,6 %
1999/00	65,9 %	59,1 %	71,3 %
2000/01	66,6 %	59,7 %	70,3 %
2001/02	69,3%	58,3%	72,2%
2002/03	64,7%	60,5%	71,0%
2003/04	65,0%	57,0%	70,0%
2004/05	65,4%	55,8%	71,0%

Tab.5: Naturgesunde Kindergartenkinder, altersklassendifferenziert

Jahr	dmf-t 6. Lebensjahr	d-t 6. Lebensjahr	d-t 3. - 7. Lebensjahr
1988		3,7	2,2
1995		2,5	1,9
1996		2,3	1,7
1997		2,43	1,52
1998		1,93	1,32
1999		1,80	1,16
2000		1,79	1,19
2001		1,63	1,14
2002		1,15	0,88
2003	1,92	1,00	0,89
2004	1,67	1,06	0,80
2005	1,86	1,14	0,75

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

- **71% der Kindergartenkinder** haben naturgesunde Zähne.
- Die Anzahl der kariösen Milchzähne pro Kind (d-t) liegt bei den 6-Jährigen weiterhin nur bei 1,14. Der Trend aus den letzten Jahren hält an (Tabelle 6).
Als Ziel gilt weiterhin die flächendeckende Basisbetreuung aller Kindergärten mit einer Priorität in den Karies-Risikoeinrichtungen.

2.2. Schulen

Die Untersuchungen im Schuljahr 2004/05 belegen erneut das sehr hohe Maß an Zahngesundheit der Düsseldorfer Schüler.

Die Anzahl der untersuchten Schüler verteilt sich folgendermaßen:

Grundschulen:	78 Schulen mit	14229 Schülern
Sonderschulen:	17 Schulen mit	1945 Schülern
Hauptschulen:	4 Schulen mit	1085 Schülern

Gesamt:		17259 Schüler
---------	--	---------------

2.2.1. Grundschulen

Die Zahngesundheit bei Grundschulern stieg erneut leicht (Tabelle 7). **88,7 % der Düsseldorfer Grundschul Kinder haben naturgesunde bleibende Zähne.** Die Behandlungsbedürftigkeit fiel auf 4,8%.

Grund- schüler	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
naturge- sund	75,2 %	80,0 %	83,1 %	84,1 %	85,0 %	85,2 %	86,8 %	88,4 %	88,7 %
saniert	12,9 %	9,7 %	9,5 %	9,1 %	8,6 %	8,7 %	7,9 %	7,0 %	6,5 %
behandl. bed.	11,9 %	10,3 %	7,4 %	6,8 %	6,5 %	6,2 %	5,2 %	4,5 %	4,8 %

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

Ergänzend ist festzustellen, dass der DT-Wert (kariöse bleibende Zähne pro Kind) im Schuljahr 2004/05 mit 0,07 weiterhin extrem niedrig war.

2.2.2. Sonderschulen

Sonderschulen	naturgesund	saniert	behandlungs- bedürftig	D/T	DMF/T 12-Jährige
1998/99	55,1 %	19,4 %	25,5 %	0,5	-
1999/2000	56,5 %	22,2 %	21,2 %	0,5	-
2000/2001	56,2 %	22,1 %	22,2 %	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

Tab. 8: Zahngesundheit bei Sonderschülern, bleibende Zähne

Bei den Kindern aus den Sonderschulen konnte die sich im Schuljahr 2003/04 abzeichnende Verbesserung nicht bestätigt werden. Vielmehr fiel der Anteil der Kinder mit naturgesunden, bleibenden Zähnen auf das Niveau von 1998/99. Erfreulich ist lediglich, dass der Anteil der sanierten Gebisse auf ähnlich hohem

Niveau bleibt wie im Vorjahr.

2.2.3. Hauptschulen

Hauptschulen	naturgesund	saniert	behandlungsbedürftig	D/T	DMF/T 12-Jährige
1999/2000	37,9 %	39,1 %	23,1 %	0,54	1,80
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
2003/04	39,4 %	37,1 %	23,3 %	0,52	1,21
2004/2005	45,8%	34,3%	19,9%	0,47	1,27

Tab. 9: Zahngesundheitszustand bei Hauptschülern (bleibende Zähne)

Im Gegensatz zu den Sonderschulen verlief der allgemeine Trend zu einem höheren Maß an Zahngesundheit bei den Kindern und Jugendlichen in den Hauptschulen erfreulich. Dem hohen Anteil an Kindern mit naturgesunden, bleibenden Zähnen (45,8%) steht ein kleiner werdender Anteil an behandlungsbedürftigen Kindern gegenüber.

3. Kariesrisikobetreuung/Intensivprophylaxe

3.1. Kindergärten

Im Vorjahr zeigte die detaillierte statistische Erfassung bereits, dass in der Altersklasse 3 - 6 Jahre der Anteil der Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko zwischen 13 % - 15,9 % liegt. Im Schuljahr 2004/05 liegen diese Werte zwischen 13,2 % und 16,7 %. Der höchste Prozentsatz (15,9 %) entfiel im Schuljahr 2003/04 auf die Altersklasse der Dreijährigen. Auch im zurückliegenden Schuljahr 2004/05 entfiel auf diese Altersklasse mit 16,7 % der höchste Anteil.

Ein nicht kleiner Teil der Kinder hat also bereits eine Karieserfahrung, bevor sie von den Möglichkeiten der Gruppenprophylaxe profitieren können. Diese Erkenntnisse reihen sich ein in die Regionaldaten anderer Kreis und Städte in Deutschland, aus denen hervorgeht, dass im Säuglings- und Kleinkindalter bis zu 15 % der Kinder unter Karies leiden. Dabei ist zu betonen, und dies trifft auch auf diese Gruppe von Kindern in der Landeshauptstadt Düsseldorf zu, dass es sich bei dieser

Vorkommenshäufigkeit von Karies ganz wesentlich um die sog. Nuckelflaschenkaries (NFK) handelt. NFK entsteht durch "Selbstbedienung" des Kleinkindes mit Plastik-Nuckelflaschen, die süße Flüssigkeiten enthalten, in Einschlaf- oder Aufwachphasen. Nachts ist der Speichelfluss stark eingeschränkt, und der Speichelzutritt zu den oberen Frontzähnen durch den Sauger verlegt. Diese Zähne sind dann v.a. betroffen und werden angegriffen.

Der einzig erfolgversprechende Ansatz der NFK entgegen zu wirken besteht aus der Ernährungslenkung. Saugerflaschen müssen rasch abgewöhnt werden, was im Allgemeinen viel weniger Akzeptanzprobleme beim Kind verursacht, als die Eltern befürchten. Optimierte Mundhygiene hilft zusätzlich. Jedoch hat sich auf Seiten der Eltern die Gewohnheit der nächtlichen Nuckelflaschengabe meist so verfestigt, dass sie änderungsresistent ist. Weiterhin wird die verbesserte epidemiologische Datenbasis Klarheit schaffen, ob diejenigen Kinder "Kariesrisikokinder" über die Kindergartenzeit bleiben, die bereits mit Eintritt in den Kindergarten einem solchen Risiko unterlagen, oder ob vermehrt andere Kinder hinzukommen.

Eine verbesserte Aufklärung der Eltern von Säuglingen und Kleinkindern ist durch Einbezug anderer Multiplikatoren wie Hebammen und Kinderärzte zu erreichen. Hierzu bedarf es weiterhin strukturbildender Maßnahmen, die im vergangenen Schuljahr punktuell etabliert wurden (Spezielle kinderzahnärztliche Sprechstunde für Mütter u. Kleinkinder im Zahnärztlichen Dienst des GA und vor Ort in städtischen Kindertagesstätten).

Auf Grund der relativen Konstanz im Mundgesundheitszustand über die letzten fünf Jahre hinweg wird im kommenden Schuljahr in wenigen Kariesrisiko-Kindergärten eine Fluoridierung in Verbindung mit einer Elternberatung eingeführt werden.

Ebenso werden Eltern und v.a. Erzieherinnen im Sinne der Ernährungslenkung noch verstärkter darüber informiert, eine Reduzierung von zu häufigem Verzehr von zuckerhaltigen Speisen und Getränken vorzunehmen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass auf Grund der Erkenntnisse des Jahres 2002/03 die Ernährungsberaterin des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt regelmäßig Fortbildungen der Erzieherinnen, auch unter Berücksichtigung zahnärztlicher Ernährungsempfehlungen durchführt.

3.2. Schulen

Bekannt ist seit Jahren, dass die Krankheitslast ungleich verteilt ist. Zirka 25 bis 30 % aller Kinder haben ein erhöhtes Risiko an Karies zu erkranken. Auf sie entfallen fast 80% aller kariösen Defekte und Zahnfüllungen in einer Population. Um diese Gruppe kümmert sich die Aktionsgemeinschaft Zahngesundheit in der

Landeshauptstadt Düsseldorf besonders. Seit 1997 werden zweimal jährlich Aktionen durchgeführt, in denen die Zähne der Kinder mit Hilfe eines hochkonzentrierten fluoridhaltigen Schutzlackes überzogen und so geschützt werden.

Im zurückliegenden Schuljahr erfolgte erneut eine Ausweitung der aufsuchenden Intensiv-Gruppenprophylaxe. Statt bislang 15 werden fortan 20 Grundschulen intensiver betreut. Datentechnisch wurde wiederum eine Identifizierung aller Kinder in den Grundschulen vorgenommen, die ein erhöhtes Risiko gemäß der Kriterien der DAJ (Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) trugen.

Daraufhin wurde in fünf weiteren Grundschulen begonnen nur diejenigen Kinder mittels des Fluoridlackes zu touchieren, die ein erhöhtes Risiko aufwiesen an Karies zu erkranken.

Dieser zielgruppenspezifische Bezug hat sich bewährt und wird in Abhängigkeit von den Kapazitäten auf weitere Grundschulen übertragen werden.

Mit den Fluoridierungsmaßnahmen werden halbjährlich aktuell 5784 Kinder erreicht. Dies wurde durch eine deutliche zielgruppenorientierte Ausrichtung im zahnärztlichen- und im Prophylaxebereich möglich.

Schuljahr	Grundschulen	Sonderschulen	Hauptschulen	Schüler vorhanden	Schüler touchiert
1997/98	7	1		1.385	1.034 (74,8%)
1998/99	10	4		2.429	1.656 (68,2%)
1999/2000	11	5		2.898	2000 (69,0%)
2000/01	15	5		3.613	2.720 (75,3%)
2001/02	15	8	4	5.329	3.563 (68,0%)
2002/03	14	11	4	5.614	3.843 (68,5%)
2003/04	15	11	4	5.568	4.035 (72,5%)
2004/05	20	11	4	5.784	4.104 (71,0%)

Tab. 10: Entwicklung des Kariesrisikoprogramms

4. Abschließende Bewertung zur Gruppenprophylaxe in Düsseldorf

Im Schuljahr 2004/05 wurde die Zusammenarbeit mit der Westdeutschen Kieferklinik - Abteilung für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde (Ltg. Prof. Dr. Raab) - weiterhin durchgeführt.

Die der Abteilung für Zahnerhaltung zugehörigen Studenten hospitierten während der Aktivitäten in den Mundhygienezentren Marbacher Straße oder Kölner Straße.

Im Wechsel nehmen die Studenten nun entweder an den Aktionen in den Mundhygienezentren oder an den Reihenuntersuchungen und den intensivprophylaktischen Maßnahmen in den Grundschulen teil.

Diese Kooperation im Rahmen der studentischen Ausbildung ist langfristig angelegt.

Der Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen wächst weiter, wenngleich der Anstieg langsamer als in früheren Jahren erfolgt. Dies ist nicht nur Ausdruck eines allgemeinen Trends, der in Verbindung mit dem ubiquitären Gebrauch von Fluoriden steht, sondern auch der konsequenten zielgruppenorientierten Vorgehensweise im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe zuzuweisen. Programme für Kinder und Jugendliche, die ein erhöhtes Risiko haben an Karies zu erkranken, greifen in ihrer Effektivität langsamer und müssen daher nachhaltig und langfristig angelegt sein.

In Düsseldorf erfolgte der Aufbau und der Ausbau der Intensivprophylaxe für Kinder und Jugendliche, die ein besonders hohes Kariesrisiko tragen, mit der Prämisse der aufsuchenden Betreuung für die oft in den unteren Sozialschichten angesiedelten Risikogruppen.

Diese Betreuungsstrategie sollte zukünftig nicht nur den engeren zahnärztlichen Bereich umfassen, sondern in den Haupt- und Sonderschulen auf das Angebot in den Schulkiosken im Sinne einer (zahn-)gesunden Ernährung verstärkten Einfluss nehmen.

Ernährungs(fehl-)verhalten folgt dabei nicht nur, ähnlich wie die Karies, einem sozialen Gefälle, sondern auch altersbezogenen Mustern.

Untersuchungen der Universität Paderborn sowie Befragungen der Lehrkräfte bestätigen, dass der Schulkiosk und der familiäre Ernährungsalltag als Gegenmodell zu den Bemühungen um (zahn-) gesunde Ernährung zu werten sind. Besonders das Kiosk-Angebot wurde bemängelt: Süßigkeiten dominieren, es gibt bei den angebotenen Backwaren kaum Vollkornangebote, es werden vorrangig süße Getränke angeboten, Obst und Gemüse fehlen.

Dieser "schulische Ernährungsalltag" setzt sich außerschulisch fort. Favorisiert wird das spontane Essen - zu Zeitpunkten und Gelegenheiten, wo man Lust dazu hat -

und "bequeme" Verzehrformen ohne einengende Tischsitten und Essgeräte. Die meisten Kinder sind sehr wohl in der Lage, auf Befragen die Attribute einer gesunden Ernährungsweise zu nennen: Viel Obst und Gemüse, täglich Milch, wenig Süßes, fettarm, abwechslungsreich, nicht zu viel und zu regelmäßigen Mahlzeiten. Die aktuellen Nahrungspräferenzen von Kindern und Jugendlichen stehen allerdings in einem erheblichen Widerspruch zu ihrem nicht so schlechten Ernährungswissen. Höchste Beliebtheitsgrade weisen Fast Food, Süßigkeiten und Knabbereien auf. Beliebtheits-Spitzenreiter ist Pizza. Nur weniger als 4 % der Kinder essen diese Gericht ungern.

Die hohe Beliebtheit von Pizza, Fast Food und Co. erklärt sich nicht nur durch die geschmacklich-sensorischen Qualitäten, diese Speisen ermöglichen den Kindern und Jugendlichen die Zugehörigkeit zu ihrer Altersklasse (Peer-Group) und drücken die Distanz zur älteren Generation und deren Tischsitten aus. Genau hier liegt der Grund, warum diesem "problematischen" Ernährungsverhalten nur schwer zu begegnen ist.

Ein Verständnis für langfristige Schädigungen durch falsche Ernährung bringen Kinder und Jugendliche nur in geringem Maße auf.

Ziele:

Kurzfristig muss Ziel sein, den Anteil von Kindern mit einem erhöhten Kariesrisiko im Alter von 0-3 Jahren durch verstärkte Widmung und Aufklärung zu reduzieren. Das besondere Problem besteht darin, dass diese Kinder ganz wesentlich nicht in Einrichtungen anzutreffen sind und sie zu spät zahnärztliche Praxen aufsuchen. Ein erster Schritt war die Etablierung einer speziellen zahnärztlichen Kindersprechstunde (Beratung) im Gesundheitsamt Düsseldorf. Des Weiteren wird in ausgewählten Kindergärten mit einer Gruppenanzahl von 4 -5 Gruppen einmal monatlich eine Kinderzahnärztliche Sprechstunde für Mütter und deren Säuglinge bzw. Kleinkinder angeboten. Die Organisation verläuft über die Kindergärten, die Nachfrage ist regelmäßig vorhanden. Überdies ist ab November 2005 mit einigen Kindergärten, die über altersgemischte Gruppen verfügen, ein Projekt vereinbart worden. Dieses beinhaltet sowohl eine Beratung der Mütter vor Ort zum Themenkomplex Mundgesundheit sowie eine Fluoridierung der Milchzähne der Kinder aus diesen Kindergärten durch eine Zahnärztin des Gesundheitsamtes.

Langfristig soll so das Ziel der WHO für das Jahr 2020 erreicht werden.

Das WHO-Regionalkomitee für Europa hat 1998 die in Kooperation mit 51 europäischen Mitgliedsstaaten entworfene neue Politik Gesundheit²¹ bzw. "Gesundheit für alle" mit 21 definierten Zielen für das 21. Jahrhundert verabschiedet.

Im Ziel 8 "Verringerung nicht - übertragbarer Krankheiten" werden unter Punkt 8.5 die Ziele im zahnärztlichen Bereich genannt:

Bis zum Jahr 2020 sollten mindestens 80% der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre kariesfrei sein und Zwölfjährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

In Düsseldorf sind aktuell erst 55,8% der 6-Jährigen kariesfrei.

Das WHO-Ziel im Jahre 2020 für die 12-Jährigen ist bereits jetzt für die Sonderschule mit dem DMF-T Wert von 1,28 und im Hauptschulbereich mit 1,27 unterschritten.

Zum Vergleich: Der DMF-T Wert bei den 12-Jährigen aus Gymnasien lag im Schuljahr 2003/04 bei 0,5.

Bei den 12-jährigen Kindern aus den Realschulen lag er bei 1,06.

Auf Grund sich auftuender (Fehl-)Verhaltensweisen, insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen aus den Sonder- und Hauptschulen, gilt es Wege zu finden, damit sich die Zahngesundheit weiterhin verbessert, mindestens aber auf hohem Niveau stabil bleibt.

Die zukünftige Prävention muss nach dem Prinzip des sozialen Marketings versuchen,

- sich auf die Bedürfnisse der Zielgruppen einzustellen,
- die Anbieter (Schulkiosk) motivieren, Produkte mit einem akzeptablen Nährwertprofil anzubieten,
- mit Spaß und Infotainment die Motivation der Kinder und Jugendlichen zu aktivieren und
- mit kleinen Schritten für wiederholte Erfolgserlebnisse sorgen.

Die Aktion Zahngesundheit ist in Düsseldorf eine der am längsten bestehenden Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 16 Jahren und erfüllt viele der heute an Präventionsmaßnahmen gestellten Anforderungen. Hierzu zählt u.a., dass die Maßnahmen dauerhaft angelegt sind, nicht nur informieren und aufklären, sondern darüber hinaus unter Berücksichtigung folgender Kriterien interaktiv sein sollen:

- Motivieren statt Belehren
- Reflektieren statt Bekehren
- Mitmachen statt Zuschauen
- Erleben statt Konsumieren

Das herausragende Kennzeichen der Aktion Zahngesundheit im Sinne der sogenannten "Guten praktischen Modelle" stellt die Multiplikatorenwirkung auf Erzieherinnen und Lehrerinnen, die Vernetzung mit anderen Akteuren und die Kompetenzentwicklung bei den Kindern und Jugendlichen dar.

Dr. Michael Schäfer
Zahnarzt