



Landratsamt Ostalbkreis  
Geschäftsbereich Gesundheit

Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen

im Ostalbkreis 2013

Beitrag zur Gesundheitsberichtserstattung



Dr. med. dent. Sonja Wenzel

Sabine Kraus-Maier

**Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen  
im Ostalbkreis 2013  
Beitrag zur Gesundheitsberichtserstattung**

1	Einleitung.....	4
2	Vorgehensweisen bei gruppenprophylaktischen Maßnahmen .....	5
2.1	Zahnärztliche Untersuchungen.....	5
2.2	Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung .....	6
2.3	Prophylaxeunterricht.....	8
3	Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und Umfang der Maßnahmen..... zur Zahnschmelzhärtung in den Einrichtungen .....	10
3.1	Kindertageseinrichtung .....	10
3.2	Grundschule .....	10
3.3	Sonderschule .....	12
3.4	Hauptschule.....	13
4	Umfang des Prophylaxeunterrichts nach Anzahl betreuter Einrichtungen .....	13
5	Fazit .....	14

Der vorliegende Bericht widmet sich der Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Ostalbkreis 2013. Er wurde gemeinschaftlich erstellt von denen für die öffentliche Jugendzahnpflege zuständigen Stellen, dem Geschäftsbereich Gesundheit des Landratsamts Ostalbkreis und der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit. Zunächst wird die Vorgehensweise bei den gruppenprophylaktischen Maßnahmen aufgezeigt, dann die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und der Umfang der präventiven Maßnahmen beschrieben.

## 1 Einleitung

„Warum bekommen Zähne Löcher?“ ist eine häufig gestellte Frage, mit der sich das Team des zahnärztlichen Dienstes des Geschäftsbereichs Gesundheit und die Mitarbeiterinnen der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit bei ihren Einsatzorten in Kindergärten und Schulen auseinandersetzen. Eine kindgerechte Antwort darauf kann etwa so lauten: Für unsere Vorfahren war Karies noch kein so gravierendes Problem. Sie kannten noch keine Zuckerfabriken, Sand im Essen rieb die Zähne sauber und die Menschen brauchten ihre Zähne nicht so lang, denn sie wurden meist nicht sehr alt. Heute dagegen essen wir häufig von der Industrie hergestellte Nahrung. Sie enthält viel Zucker und muss oft nur wenig gekaut werden. In unserem Mund ergeben sich daher optimale Bedingungen, dass Bakterien Beläge auf den Zähnen bilden. Manche Bakterien in diesen Belägen können Zucker in Säuren umwandeln, die Mineralien aus unseren Zähnen herauslösen. So fressen sie nach und nach „Löcher“ in die Zähne. Dagegen schützen kann man sich, indem man die Beläge mit der Zahnbürste wegputzt, sich gesund ernährt und mit Fluoriden.

Doch das ist einfacher gesagt als getan, denn die Vorliebe für eine solche Ernährung oder für regelmäßige Mundhygiene ist nicht angeboren. Auch die Motivation zur zahnärztlichen Vorsorge, welche die komplexe Gebissentwicklung im Kindes- und Jugendalter überwacht, ist nicht intrinsisch. Daher ist es Aufgabe der öffentlichen Jugendzahnpflege bei Kindern gesundheitsbewusste Verhaltensmuster zu prägen. Dies geschieht vorrangig in Gruppen als Gruppenprophylaxe mit risikogerechter Intensität und bedarf neben dem zahnmedizinischen Sachverstand vor allem pädagogischen Gespürs, aber auch organisatorisches Geschick sowie eine Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung sind gefragt. So sorgen Aufklärungsarbeit, klinische Untersuchungen und Zahnschmelzhärtung durch Fluoride für gesunde Zähne und den richtigen Biss.

Seit nun über 24 Jahren bemühen sich im Ostalbkreis die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit – eine Gemeinschaftsaktion der gesetzlichen Krankenkassen, der Zahnärzteschaft und dem Geschäftsbereich Gesundheit im Landratsamt Ostalbkreis – zusammen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgreich um die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen. In diesem Zeitraum ist ein deutlicher Kariesrückgang zu verzeichnen, vor allem bei den permanenten Zähnen von Jugendlichen. Daraus lässt sich jedoch keineswegs ableiten, dass Betreuungskonzepte an Bedeutung verloren hätten. Aus unterschiedlichen Ländern (Australien, Neuseeland, Norwegen<sup>1</sup>, Schweiz, Däne-

---

<sup>1</sup> Haugejorden O, Birkeland JM. Evidence for reversal of the caries decline among Norwegian children. Int J Paediatr Dent 2002; 12:306-315

mark<sup>2</sup>, USA<sup>3</sup>) wird von einem Stopp des Kariesrückgangs oder sogar über ein Ansteigen der Milchzahnkaries berichtet. Daher ist es eine fortwährende Aufgabe unsere Präventionsmaßnahmen regelmäßig zu bewerten und dem aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen.

Die Maßnahmen der Jugendzahnpflege sind im § 21 des Fünften Sozialgesetzbuches verankert und werden gemäß § 8 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) und gemäß der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Durchführung der Einschulungsuntersuchung und der Jugendzahnpflege geregelt. Dieser gesetzliche Anspruch auf Mundgesundheitsförderung soll allen Kindern ermöglichen auch morgen noch kraftvoll zubeißen zu können.

## 2 Vorgehensweisen bei gruppenprophylaktischen Maßnahmen

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe erstrecken sich insbesondere auf die zahnärztliche Untersuchung, die Zahnschmelzhärtung durch Fluoride und den Prophylaxeunterricht, welche im Folgenden dargestellt werden.

### 2.1 Zahnärztliche Untersuchungen

Die zahnärztlichen Untersuchungen durch die Zahnärztin des Geschäftsbereichs Gesundheit im Landratsamt fanden mittels der visuellen, bzw. visuell-taktilen Methode unter Einsatz eines Mundspiegel und einer zahnärztlichen Sonde statt. Unterstützend wurde die Intraoralkamera L-CAM USB der Firma I.C.Lercher eingesetzt. Die Intraoralkamera ist mit LED-Licht und USB-Technik ausgestattet und ermöglicht ein helles, scharfes und verzerrungsfreies Bild der untersuchten Gebisse auf einem Bildschirm darzustellen. Diese optimierten Untersuchungsbedingungen erhöhen die Sensitivität der Kariesdiagnostik<sup>4</sup>. Den Kindern können ihre zahnärztlichen Befunde besser veranschaulicht werden (vgl. Abbildungen 1). Die Selbstdiagnostik von Zahnfleischentzündung, Plaquevorkommen und Initialkaries konnte geschult werden. Für jedes untersuchte Kind wurde der Kamerakopf mit einer neuen Einwegschutzhülle versehen.

Vorab der zahnärztlichen Untersuchungen in den Schulen wurden die Eltern in einem Schreiben über diese Maßnahme informiert. Gemäß § 91 des Schulgesetzes Baden-Württemberg ist die Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung in der Schule Pflicht. Bei zahnärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten wurde vorab das Einverständnis der Eltern eingeholt. Über die Untersuchungsergebnisse ihres Kindes wurden die Eltern in einer namentlich gekennzeichneten verschlossenen Mitteilung unterrichtet. Die Mitteilung beinhaltete die zahnärztliche Behandlungsbedürftigkeit, hauptsächlich aufgrund von Zahnkaries. Auch auf Zahnstellungs- und Bisslagefehler mit der Empfehlung zur kieferorthopädischen (Früh-)Behandlung, sowie auf benötigte Prophylaxemaßnahmen wurde hingewiesen. Bestand der Verdacht, dass aufgrund der

---

<sup>2</sup> Pitts NB, Fejerskov O, von der Fehr FR.: Caries epidemiology with spezial emphasis on diagnostic Standards. In: Fejerskov O, Kidd EAM, eds. Dental caries: The disease and its clinical Management. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003:141-163

<sup>3</sup> Dye BA, Arevalo O, Vargas CM: Trends in paediatric dental caries by poverty status in the United States, 1988-1994 and 199-2004. Int J Paediatr Dent 2010; 20: 132-143

<sup>4</sup> Forgie A, Pine C, Pitts N: The assessment of an intra-oral video camera as an aid on occlusal caries detection. Int J Dent Res 53 (1), 3-6 (2003)

Schwere des Kariesbefalls und mangelnder Kooperation der Kinder eine medizinisch notwendige Behandlung durch entsprechende Verhaltensführung und Lokalanästhesie wahrscheinlich nicht zum Erfolg führen würde, wurde in Einzelfällen zusätzlich eine Liste von Zahnärzten ausgehändigt, welche Zahnsanierungen in Narkose oder Sedierung anbieten. Diese Liste wurde anhand von Rückmeldungen eines Rundschreibens in der Zahnärzteschaft Ostalbkreis erstellt.

Im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchungen werden auch die Anteile der Untersuchten mit einem naturgesunden (kariesfreien), sanierten oder behandlungsbedürftigen Zahnstatus nach Art der besuchten Einrichtung erfasst. So erhält man eine Mischung aus Gesundheitszustand und Behandlungsergebnis.



**Abbildung 1: Mobile Zahnkamera im Einsatz**

## **2.2 Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung**

Der kariesreduzierende Wirkung von hoch konzentrierten Fluoridpräparaten in der Gruppenprophylaxe wurde in mehreren Übersichtsartikeln bzw. Metaanalysen aufgezeigt<sup>56</sup> und gilt als die stärkste Säule der Kariesprophylaxe. Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung wurden vorrangig in Schulen mit überdurchschnittlich hoher Kariesprävalenz angeboten. Die Durchführung von Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung setzt das Einverständnis der Eltern voraus.

Zur Zahnschmelzhärtung wurden Fluoridlacke oder Fluoridgele unter Berücksichtigung der Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“ (Stand: 23.01.2013) des Zentrums Zahnärztliche Qualität eingesetzt. Demnach soll bei Kindern und Jugendlichen, vor allem solchen mit erhöhtem Kariesrisiko, zweimal jährlich eine Applikation eines fluoridhaltigen Lackes erfolgen. Die lokale Fluoridlackapplikation kann unabhängig von bereits

---

<sup>5</sup> Borutta A: Fluoride und Mundgesundheit, unter Berücksichtigung der Fluoridlacke und ihrer Anwendung in der Gruppen- und Individualprophylaxe. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 34; Deutscher Ärzteverlag, Köln 2012

<sup>6</sup> Pieper K, Margraf-Stiksrud J: Evaluation eines zahnmedizinischen Präventionsprogramms für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko - Ergebnisse bei Schülern der sechsten Klassen. Wrigley-Prophylaxe-Preis, Marburg 2010

durchgeführten, breitenwirksamen Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt werden. Bei Patienten mit stark erhöhtem Kariesrisiko sollte die Frequenz der Fluoridlackapplikation mehr als zweimal (in der Regel viermal pro Jahr) betragen, weil dann eine verbesserte kariesreduzierende Wirkung zu erwarten ist. Fluoridgele sollen unabhängig von bereits bestehenden Basisfluoridierungsmaßnahmen, wie zum Beispiel fluoridhaltige Zahnpasta, verwendet werden. Bei kariesaktiven Patienten sollte eine mehrmalige Applikation fluoridhaltiger Gele erfolgen, da der kariespräventive Effekt mit der Applikationsfrequenz und der Applikationsintensität pro Jahr (Frequenz x Fluoridkonzentration) korreliert.

Im Ostalbkreis wurden im vergangenen Schuljahr in allen Sonderschulen sowie in einigen Grundschulen eine Fluoridprophylaxe auf Kosten der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit angeboten. Eine Fluoridprophylaxe in Form von Fluoridgel, Elmex Gelée (GABA GmbH, Lörrach, Deutschland), bürsteten die Schülerinnen und Schüler unter Aufsicht von Lehrkräften ein. Eine Fluoridprophylaxe in Form von Fluoridlack, Fluoridin N5 (VOCO GmbH, Cuxhaven, Deutschland) oder Duraphat (GABA GmbH, Lörrach, Deutschland), wurde bei 950 Kindern einmal jährlich auf das Gebiss durch die Zahnärztin des Geschäftsbereichs Gesundheit aufgetragen.

Vor der Fluoridlackierung wurden die Eltern aufgefordert darauf zu achten, dass am Tag der Fluoridlackapplikation ihr Kind zuhause gut frühstückt und sich anschließend die Zähne gründlich putzt. Kindern, die zwischenzeitlich in der Schulpause gegessen hatten, wurden Einmalzahnbürsten zur Verfügung gestellt, um zum Teil angeleitet Zähne zu putzen. Anschließend wurde unter relativer Trockenlegung mit Hilfe eines mit Zellstoff umwickelten Holzmundspatels Fluoridlack auf die belagsfreien Zähne appliziert (vgl. Abbildung 2a und 2b). Der Fluoridlack wurde entweder aus der Tube durch Wattestäbchen in dünner Schicht auf die Zahnoberfläche oder aus Zylinderampullen durch stumpfe Spezialkanülen gezielt auf Kariesprädispositionsstellen aufgetragen. Unter Speichereinfluss erhärtet der Lack. Die Kinder wurden gebeten mindestens 1 Stunde keine feste Nahrung zu sich zu nehmen und auf das Kaugummi Kauen zu verzichten. Den Eltern wurde mitgeteilt, dass, falls ihr Kind regelmäßig Fluoridgel verwendet, dieses am Tag der Behandlung nicht angewendet werden sollte. Falls ihr Kind regelmäßig Fluoridtabletten einnimmt, sollte die Einnahme nach Auftragen des Lacks für einige Tage ausgesetzt werden. Kinder mit Asthma bronchiale oder Allergien gegen Inhaltsstoffe des Fluoridlacks wurden für diese gruppenprophylaktische Maßnahme ausgeschlossen und an den behandelnden Zahnarzt verwiesen.

Da die Fluoridlackapplikation in der Schule jedoch nicht in der empfohlenen Häufigkeit stattfinden kann, wurden alle Schülerinnen und Schüler auf die zahnmedizinische Individualprophylaxe hingewiesen, die nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sinnvoll ergänzen und fortführen soll. Ab kommendem Schuljahr werden nach Rücksprache mit der Zahnärzteschaft alle an der Fluoridlackapplikation in der Schule teilnehmenden Schülerinnen und Schüler zusätzlich durch die Aktion „Starke Zähne mit Fluoridlack“ dazu motiviert die Zahnschmelzhärtung in der Schule beim niedergelassenen Zahnarzt ergänzen zu lassen. Dabei werden die Kinder etwa ein halbes Jahr nach der Fluoridprophylaxe in der Schule durch Aktionszettel aufgefordert eine Zahnschmelzhärtung vom niedergelassenen Zahnarzt durchführen und bestätigen zu lassen und diese Bestätigungen in der Schule zurückzugeben. Die Lehrkräfte werden gebeten, die Anzahl der Rückläufe an uns weiterzuleiten. Um die Ausschöpfung zu erhöhen, erhal-

ten sowohl respondierende Schülerinnen und Schüler als auch Lehrerinnen und Lehrer ein kleines Dankeschön.



Abbildung 2a: Fluoridlackapplikation



Abbildung 2b: „Das schmeckt nach Kaugummi!“

### 2.3 Prophylaxeunterricht

Die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit bietet in Kindertagesstätten, Grundschulen, Gemeinschaftsschulen, Werkrealschulen, Hauptschulen und Förderschulen Unterricht über Zahnvorsorge an. Dieser beinhaltet die Säulen der Zahnprophylaxe:

- Mundhygiene
- (Zahn-) gesunde Ernährung
- Anwendung von Fluoriden

Die Unterrichtsdauer ist an den Zeitplan der jeweiligen Einrichtung angepasst. Im Fokus steht ein spielerisches Konzept. Um einen pädagogisch hochwertigen Unterricht zu gestalten wird auf Ausstrahlung, Stimme, Gestik und Präsenz geachtet. Altersgerechte realitätsorientierte Prophylaxeziele werden so eingebaut, dass keine Ängste bei den Kindern entstehen. So können beispielsweise Barrieren zu den Kindern problemlos durch Handpuppen (vgl. Abbildung 3a) überwunden werden. Zudem erleichtern die Handpuppen den Einstieg zum geplanten Thema. Eine vielfältige Unterrichtsmethodik in Form von Unterrichtsgesprächen mit allen Schülern, Gruppenarbeiten oder praktischen Übungen (vgl. Abbildung 3b) gestaltet den Vormittag lebendig. Vorhandenes Wissen der Schüler wird eingebunden. Dafür dass das Interesse der Kinder für Zahngesundheit auch bei wiederholten Besuchen in den Einrichtungen immer wieder neu geweckt wird, sorgt ein abwechslungsreiches Unterrichtsprogramm.



**Abbildung 3a: Handpuppe Olli**



**Abbildung 3b: Zahnputzübung am Modelzahn**

Beim zahngesunden Frühstück schmecken die selbst zubereiteten Speisen immer vorzüglich. In Gestalt eines Wikingerschiffes oder als Gurkenkrokodil wird auch Rohkost attraktiv. Und wer für einen leckeren Brotaufstrich selbst geschnippelt hat, weiß ihn zu schätzen. Ohne Zwang zum Essen, bei reichlicher Auswahl und in der Geselligkeit der Gruppe macht das zahngesunde Frühstück riesig Spaß (vgl. Abbildung 4).

Zum Programm der Arge Zahngesundheit gehören auch Sonderaktionen, wie zum Beispiel ein Kariestunnel mit Zahnbelagtest oder eine Ausstellung über versteckte Zucker in Nahrungsmitteln (vgl. Abbildung 5).

Ab 2014 wird die örtliche Arbeitsgemeinschaft als Unterverein der Landesarbeitsgemeinschaft angegliedert.



**Abbildung 4: Zahngesundes Frühstücksbüffet**



**Abbildung 5: Anschauung mit Zuckerstückchen**



### 3 Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und Umfang der Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung in den Einrichtungen

Die folgenden Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und der Umfang der Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung sind nach Art der besuchten Einrichtungen gegliedert.

#### 3.1 Kindertageseinrichtung

Die jährliche Untersuchung von Kindern in Kindertageseinrichtungen soll laut Verwaltungsvorschrift Jugendzahnpflege durch Vertragszahnärzte stattfinden. Dennoch wurden 3 Sondereinrichtungen und ein Schwerpunktkindergarten im Kindergartenjahr 2012/2013 durch den öffentlichen Gesundheitsdienst aufgesucht. In den Sondereinrichtungen konnten bei 37 Kindern zahnärztliche Befunde erhoben werden. Erfreulicherweise hatte nur weniger als jedes vierte Kind bereits Karieserfahrung, was dem durchschnittlichen Anteil der Kinder mit Karieserfahrung in den Regelkindergärten im Ostalbkreis entspricht. Im Schwerpunktkindergarten hatten von 35 Kindern nur 12 Kinder naturgesunde Zähne, 4 Kinder waren saniert und 19 Kinder hatten behandlungsbedürftige Zähne. Dieses mehr als doppelt so häufige Kariesaufkommen gegenüber dem Durchschnitt zeigt eine deutliche Ungleichverteilung der Gesundheitschancen auf. Verstärkte Präventionsbemühungen in dieser Einrichtung sind unabdingbar.

Vertragszahnärzte schauten sich die Gebisse von insgesamt 2923 Kindergartenkindern an, wofür sie eine Aufwandsentschädigung durch die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit erhielten. 74% der Kinder hatten naturgesunde Zähne, 20% waren behandlungsbedürftig.

#### 3.2 Grundschule

In den Grundschulen sollen laut Verwaltungsvorschrift Jugendzahnpflege flächendeckend alle Schülerinnen und Schüler eines Einschulungsjahrgangs im Verlauf der ersten beiden Schuljahre durch Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes untersucht werden. Im Ostalbkreis konnten im Berichtszeitraum in allen 96 staatlichen und privaten Schulen bei 96% der Erstklässer Befunde erhoben werden.

1604 Erstklässer und damit 60% der Untersuchten wiesen bei der Untersuchung ein naturgesundes Gesamtgebiss auf (vgl. Tabelle 1), eine kontinuierliche Steigerung im jährlichen Vergleich über einen Zeitraum von 4 Jahren (vgl. Abbildung 6). Dabei fielen die Unterschiede zwischen dem Altkreis Aalen mit 59% und dem Altkreis Schwäbisch Gmünd mit 60% nur minimal aus. Berücksichtigt man auch die Förderschüler der Eingangsklassen, die zu 48% naturgesunden Zähne haben, so erhält man für die gesamte Altersstufe der 6-7-Jährigen auf der Ostalb einen Wert von 59% naturgesunder Gebisse. 2009 lag dieser Anteil bundesweit bei 53,9% (42,7% - 62,3%)<sup>7</sup>. Das von der WHO und der Bundeszahnärztekammer für das Jahr 2020 deklarierte Ziel von „Kariesfreiheit bei mindestens 80%“<sup>8</sup> in dieser Altersgruppe erreichten die Grundschule

---

<sup>7</sup> Pieper K: Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009. Gutachten im Auftrag des DAJ. Bonn 2010

<sup>8</sup> Ziller S, Oesterreich D, Micheelis W: Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 – Zwischenbilanz und Ausblick. In Prävention und Versorgung, Thieme Verlag, Stuttgart, New York; 2012: 1002-1023

Eschach, die Limeschule Mögglingen, die Grundschule Schwabsberg, die Franziskus Grundschule Schwäbisch Gmünd und die Grundschule Stöttlen.

Wie auch in den Vorjahren waren bei 96% aller Schulanfänger mit Karieserfahrung ausschließlich Milchzähne betroffen. Doch Milchzahnkaries kann sich nachhaltig auf die bleibende Dentition auswirken. 61% der Schulanfänger mit Karieserfahrung waren nicht saniert. Dieser Anteil Nichtsanierter für diese Altersgruppe ist außerordentlich hoch, betrachtet man den im Rahmen der vierten deutschen Mundgesundheitsstudie 2006 gewonnenen Kariessanierungsgrad von Erwachsenen von 95,6% oder von Senioren von 94,8%. Ein Grund dafür liegt darin, dass für das zahnärztliche Team bei der Kinderbehandlung eine deutlich höhere Beanspruchung empfunden wird als für die Gesamtheit aller Behandlungen angegebenen durchschnittlichen Belastungen<sup>9</sup>. Trotzdem wäre eine Erhöhung des Sanierungsgrads der Milchzähne wünschenswert. Untersuchungen belegen eindeutig, dass sich die subjektive Lebensqualität bei Kindern mit unbehandelten kariösen Defekten reduziert. Je stärker der kariöse Befall ist, desto gravierender sind die negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität sowohl des Kindes als auch der Eltern<sup>10</sup>. Erheblich gesundheitsfördernder, kindgerechter und kostengünstiger als ein restaurativer Ansatz stellt natürlich die präventive Karieskontrolle dar.

Eine britische Studie bei Grundschulkindern mit Karieserfahrung zeigt, dass die zahnärztliche Reihenuntersuchung die Frequenz regelmäßiger Zahnarztbesuche erhöht<sup>11</sup>. Da dieser Effekt besonders wünschenswert bei Kindern ist, die zuvor nicht oder nur sehr selten zum Zahnarzt gingen, möchten wir vor allem diese Kinder gehäuft aufsuchen. In einigen Grundschulen, vornehmlich Schulen mit einem erhöhten Kariesrisiko, wurden auch die Schülerinnen und Schüler der 2. bis 4. Klasse untersucht. So konnten zusätzlich bei 1018 Kindern Befunde erhoben werden. Wie auch im vergangenen Schuljahr hatten 86% der untersuchten Schülerinnen und Schüler der 2. bis 4. Klasse naturgesunde permanente Zähne.

In 3 Grundschulen fand eine Fluoridprophylaxe in Form von Fluoridlackapplikation bei 440 Kindern statt.

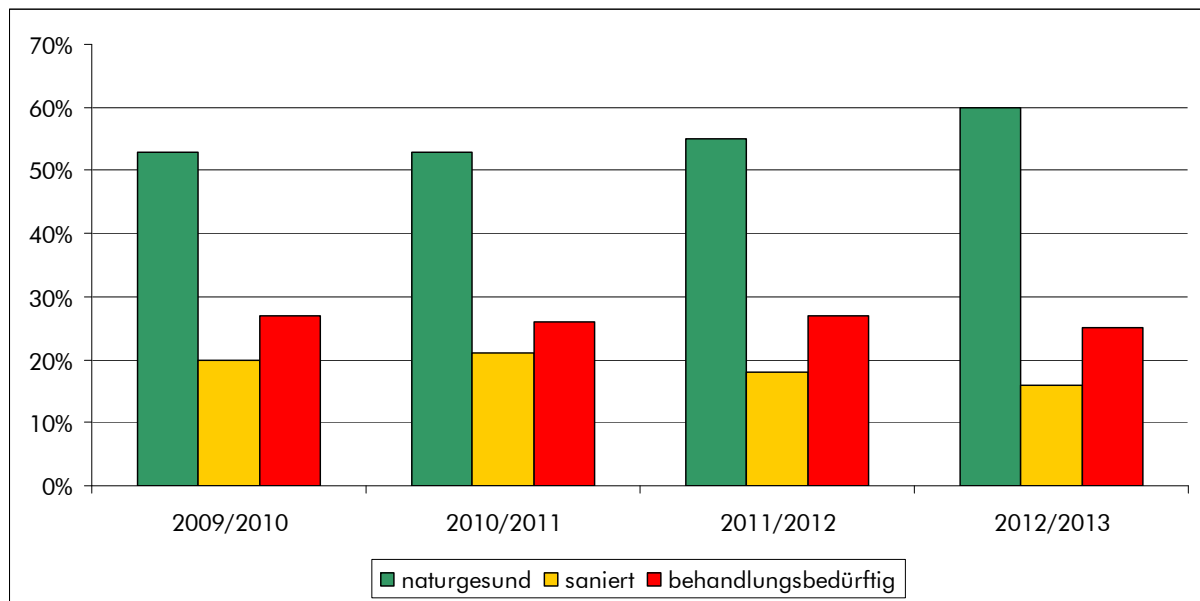
**Tabelle 1: Untersuchungsergebnisse (Gesamtgebiss) in der 1. Klasse Grundschule**

	Absolut	Relativ
Naturgesund	1604	59,6%
Saniert	427	15,9%
Behandlungsbedürftig	661	24,5%
<b>Summe</b>	<b>2692</b>	<b>100%</b>

<sup>9</sup>Kettler N, Splieth C: Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information No. 1/2013

<sup>10</sup> Martins-Júnior P et al.: Impact of Early Childhood Caries on the Oral Health-Related Quality of Life of Preschool Children and Their Parents. Caries Res 2013, 47: 211-218

<sup>11</sup> Donaldson M, Kinirons M: Effectiveness of the school dental screening programme in stimulating attendance for children in need of treatment in Northern Ireland. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:143-149



**Abbildung 6: Kariesprävalenz (Gesamtgebiss) in der 1. Klasse Grundschule im jährlichen Vergleich über einen Zeitraum von 4 Jahren**

### 3.3 Sonderschule

Schülerinnen und Schüler der Sonderschulen sollen laut Verwaltungsvorschrift Jugendzahnpflege flächendeckend jährlich durch Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes untersucht werden. In allen 17 Sonderschulen des Kreises fanden im Schuljahr 2012/2013 zahnärztliche Untersuchungen statt. 88% der Schülerinnen und Schüler wurden erreicht, davon ein hoher Anteil an jungen Männern, die laut Zahnreport 2013 der Barmer GEK besonders Zahnarzte scheu sind. In diesem Altersbereich ist es sinnvoll das bleibende Gebiss zu bewerten.

69% der Untersuchten hatten ein naturgesundes bleibendes Gebiss (vgl. Tabelle 2). Somit entwickelt sich auch in den Sonderschulen die Mundgesundheit im jährlich Vergleich tendenziell positiv (vgl. Abbildung 7). Die intensivierten gruppenprophylaktischen Interventionen der letzten Jahre leisten dazu ihren Beitrag.

Art, Umfang und Schweregrad des sonderpädagogischen Förderbedarfs und damit die Mundgesundheitsressourcen in den verschiedenen Sonderschultypen unterscheiden sich jedoch stark. Auch reicht die Altersspanne der beschulten Kinder weit. Daher ist die statistische Erhebung des Mundgesundheitszustandes der Einrichtung „Sonderschule“ nur eingeschränkt aussagekräftig.

Alle Sonderschulen des Kreises nahmen an Fluoridierungsmaßnahmen teil. Eine Fluoridprophylaxe in Form von Fluoridlack erhielten 510 Schülerinnen und Schüler.

**Tabelle 2: Untersuchungsergebnisse (permanente Zähne) in der Sonderschule**

	Absolut	Relativ
Naturgesund	967	69,4%
Saniert	144	10,3%
Behandlungsbedürftig	282	20,3%
<b>Summe</b>	<b>1280</b>	<b>100%</b>

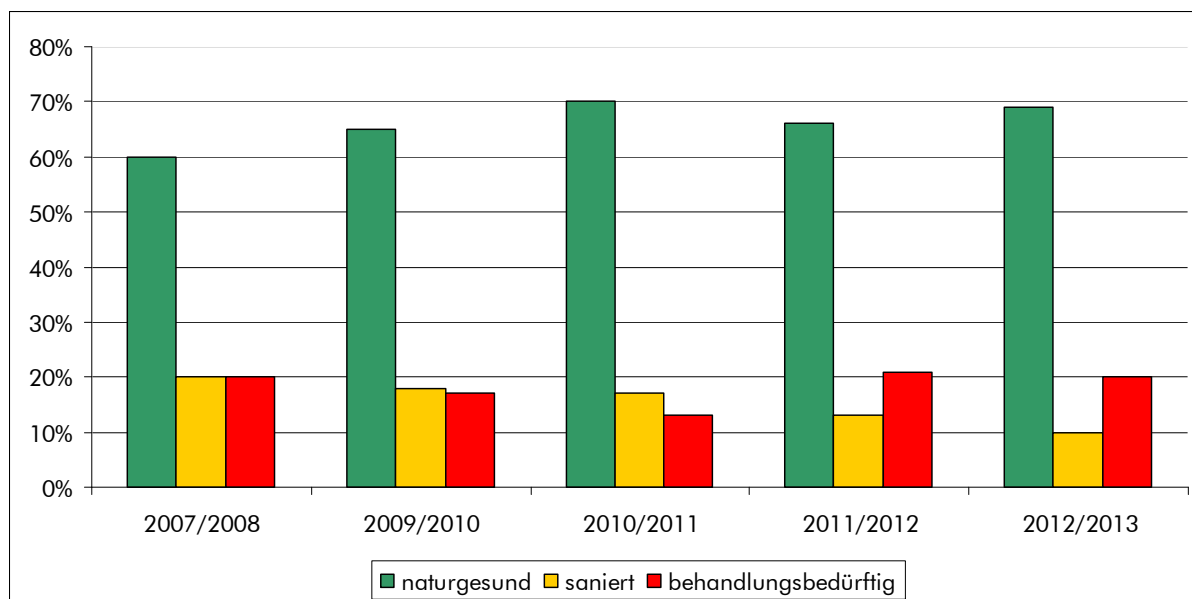


Abbildung 7: Kariesprävalenz (permanente Zähne) in der Sonderschule im Vergleich

### 3.4 Hauptschule

Auch eine Hauptschule mit Hinweisen auf ein erhöhtes Kariesrisikoprofil wurde im Berichtszeitraum durch die Zahnärztin des Geschäftsbereichs Gesundheit im Landratsamt Ostalbkreis aufgesucht. Von den untersuchten 62 Kinder der Klassen 5 und 6 hatten 66% naturgesunde permanente Zähne. Fast jedes vierte Kind hatte mindestens einen permanenten Zahn, der behandlungsbedürftig war.

## 4 Umfang des Prophylaxeunterrichts nach Anzahl betreuter Einrichtungen

Das Präventionsangebot der AGZ wird gerne in Anspruch genommen und konnte im Verlauf der Jahre intensiviert werden. Im vergangenen Schuljahr erhielten 9258 Kindergartenkinder aus 197 Einrichtungen und 7502 Schülerinnen und Schüler aus 91 Schulen Prophylaxeunterricht. Im Schuljahr 1990/91 wurden noch deutlich weniger Einrichtungen erreicht (vgl. Tabelle 3). 186-mal wurde in Schulklassen gemeinsam ein zahngesundes Frühstück zubereitet. Durch die optimale Zusammenarbeit zwischen den Fachberaterinnen der AGZ, den Erzieherinnen/Erziehern und Lehrerinnen/Lehrern im Kreis, kann die Zielvorgabe der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit, 100% der Kitas und 70% der Grundschulen mit Zahnprophylaxeunterricht zu erreichen, nahezu erfüllt werden.

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Anzahl betreuter Einrichtungen

Schuljahr	Kindertageseinrichtungen	Schulen
1990/91	105	62
2012/13	197	91

## 5 Fazit

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und durch die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit mit allen Facetten effektiv zur Prävention oraler Erkrankungen beitragen. Die Mundgesundheit unserer Kinder entwickelt sich positiv, der Anteil naturgesunder Gebisse ist heute höher denn je. Trotzdem bedarf es noch großer gemeinschaftlicher Anstrengungen die ambitionierten Mundgesundheitsziele für das Jahr 2020 zu erreichen. An dieser Stelle möchten wir uns sehr herzlich bei allen bedanken, die unsere Arbeit in vielfältiger Weise unterstützen. Ihr Engagement hilft mit, dass sich unsere Kinder beste Chancen erhalten auf ein unbeschwertes Lachen - ein Leben lang.

Das Team des zahnärztlichen Dienstes des Geschäftsbereichs Gesundheit im Landratsamt Ostalbkreis:



v. l. n. r.: Marcella Deis-Migl, Dr. med. dent. Sonja Wenzel, Gabriele Süß

Das Team der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit im Ostalbkreis:



v. l. n. r.: Carmen Mayer, Claudia Felgenhauer, Brigitte Arapoglu, Edith Franzmann, Sabine Kraus-Maier

Dr. med. dent. Sonja Wenzel  
Landratsamt Ostalbkreis  
Geschäftsbereich Gesundheit  
Julius-Bausch-Straße 12  
73430 Aalen  
Tel.: 07361 503-1126  
Fax.: 07361 503-1155  
Email: [sonja.wenzel@ostalbkreis.de](mailto:sonja.wenzel@ostalbkreis.de)

Sabine Kraus-Maier  
Geschäftsstellenleiterin AGZ  
Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit im  
Ostalbkreis  
Stuttgarter Str. 41, 73430 Aalen  
Tel.: 07361 997-967  
Fax: 07361 997-969  
Email: [agz-ostalb@koma-mail.de](mailto:agz-ostalb@koma-mail.de)