



Foto: © stock.adobe.com - Sergey Novikov

Die Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Niedersachsen aus der Public Health Perspektive

„Zahnmedizinische... was? Wo arbeitest Du?“ Die Antwort darauf beginnt meistens mit einer Gegenfrage wie z.B. „Du kennst doch sicherlich noch die Besuche der Zahnarzt-Teams in dem Kindergarten, oder? ...“ Der folgende Text bietet allen Interessierten nicht nur die Inhalte, sondern auch grundlegende Hintergrundinformationen zur zahnmedizinischen Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖDG).

Präventionsprogramm gesetzlich verankert

Mitte der 1980er Jahre hatte ein 12-jähriges Kind im Durchschnitt sieben kariöse Zähne – deutlich zu viel für diese vermeidbare Krankheit. So hat der Gesetzgeber das bis heute noch weitreichendste, bundesweite Präventionsprogramm festgelegt: den § 21 SGB V (siehe Infokasten). Zahnerkrankungen sollten flächendeckend durch einheitliche Maßnahmen in Gruppen, Kindergärten und Schulen verhütet werden. Die entsprechende Rahmenvereinbarung, in welcher u.a. die Kostenbeteiligung durch die Krankenkassen und Kommunen geregelt ist, wurde für Niedersachsen 1993 geschlossen. Fünf Jahre später wurde die Landesar-



Foto: Pflanz

Dipl. Biol. Jeanette Kluba, M.Sc.

beitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAGJ) als gemeinnütziger Verein gegründet, der die regionalen Arbeitsgemeinschaften in der Umsetzung der Arbeit unterstützt. Auf Basis dieses gesetzlichen Auftrags werden jährlich über 80% aller Kinder in den Krippen, Kindergärten und Grundschulen in Niedersachsen mindestens einmal erreicht – weit mehr, als durch jedes andere Präventionsprogramm. Aber heißt ‚erreicht‘ auch tatsächlich im Sinne der Gesundheitsförderung ‚vor Krankheit bewahrt‘? Dazu später mehr.

Zweck und Ziele der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe

Gesundheit ist ungleich verteilt. Auch heute noch entscheiden die vielfältigen Einflüsse des sozialen Umfelds eines neugeborenen Kindes in Deutschland, wie alt es wird. Am Beispiel eines Jungen: er hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von 75 Jahren. Kommt er aus einer Familie mit niedrigem sozialem Status, lebt er voraussichtlich jedoch nur 71 Jahre. Hat die Familie hingegen einen sehr hohen sozialen Status sind es 80 Jahre – 9 (!) Jahre mehr (RKI, Destatis, 2019). Ungleichheiten dieser Art sind bei sehr vielen gesundheitlichen Aspekten zu beobachten, wie z.B. potentielles Suchtverhalten, Übergewicht und eben auch in Bezug auf die Mundgesundheit.

Drei wichtige Aspekte, Chancengleichheit, Selbstbestimmung und Salutogenese sind die grundsätzlichen Ziele der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Durch das Aufsuchen der Kinder in ihrer Lebenswelt, der Krippe, dem Kindergarten, der Schule, werden sie nahezu alle und vor allem unabhängig von dem Engagement des Elternhauses erreicht. Die Botschaften werden altersgerecht und spielerisch vermittelt. Durch die regelmäßige Wiederholung der Besuche werden immer wieder Impulse gesetzt, welche auf die vorherigen Erfolge aufbauen und diese festigen.

Warum eigentlich ein Präventionsangebot in der Gruppensituation?

Die Prophylaxe in der Gruppe hilft dem einzelnen Kind, nicht nur von einer erwachsenen Betreuungs- oder

Bezugsperson zu lernen, sondern auch von den anderen Kindern, und dies in seiner gewohnten Umgebung, also einem geschützten Raum. Ein eher schüchternes Kind kann so trotzdem teilhaben, ohne durch den vielleicht gegebenen Stress der vollen Aufmerksamkeit gehemmt zu sein.

Bei dem Besuch einer ganzen Gruppe werden alle Kinder erreicht. Nur einzelne, ‚bedürftige‘ Kinder herauszuziehen, wäre stigmatisierend und auch aufwendig in der Vorarbeit. Zudem: Wie sicher könnte man sich sein, dass ein (noch) mundgesundes Kind nicht auch von der Vermittlung gesundheitsförderlicher Botschaften profitieren würde? ‚Zuviel‘ gibt es selten in der Gesundheitsförderung, ‚zu wenig‘ im Gegenzug noch zu häufig, besonders für einige eh schon benachteiligte Kinder. Daher ist es besonders ärgerlich, wenn sich z.B. Kindergarteneinrichtungen dem Druck von Eltern beugen, die das tägliche Zähneputzen in der Einrichtung für überflüssig halten, weil sie mit ihrem eigenen Kind die Zahnpflege zu Hause praktizieren.

Vielfältigkeit der Umsetzung vor Ort

In allen 45 niedersächsischen kreisfreien Städten/Landkreisen und der Region Hannover gibt es ein für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe zuständiges Jugendzahnpflege-Team des ÖGD. Die föderalen Strukturen bringen mit, dass es sich dabei nicht um einheitliche Gegebenheiten handelt, sondern diese historisch gewachsen und dementsprechend individuell sind. So kann das Team z.B. im Gesundheitsamt angesiedelt, oder im Fachbereich Jugend ▶▶

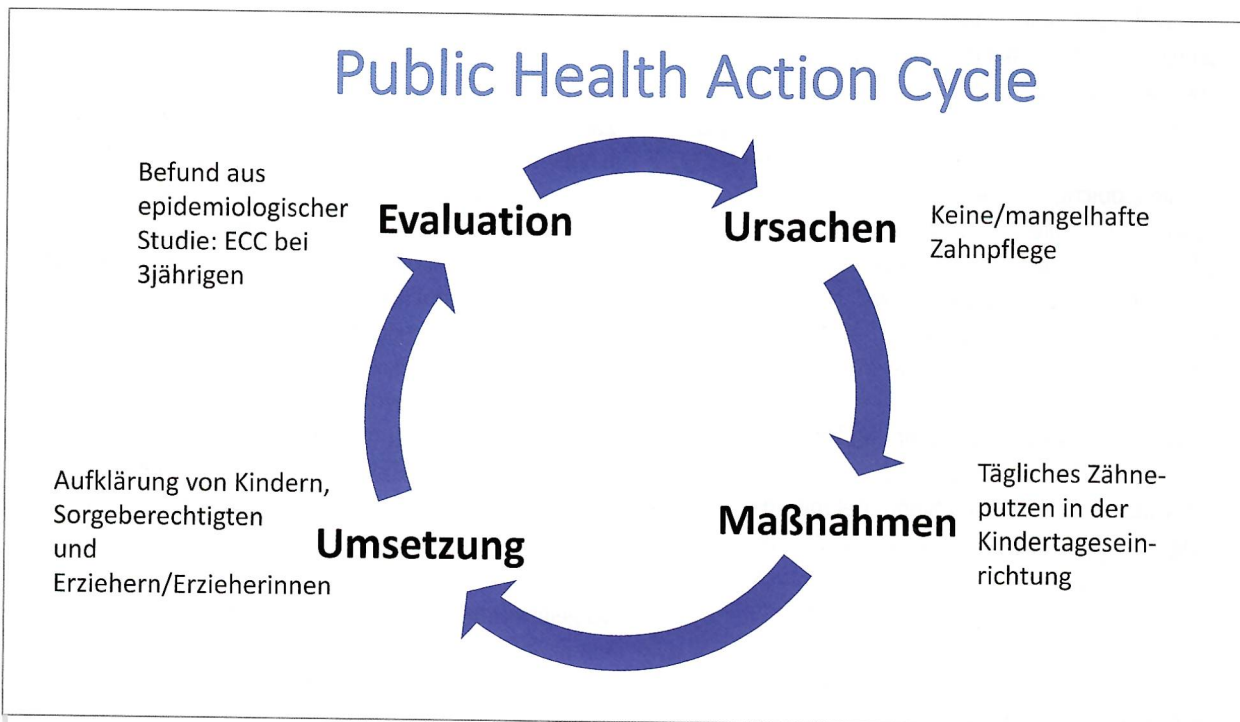


Abb. 1: Der Public Health Action Cycle am Beispiel der Vermeidung von ECC



GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER GRUPPENPROPHYLAXE:

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, 1988. § 21 (1): „Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) (1): Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.“

Niedersächsisches Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NGöGD, 2006. § 5 (3): „Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünftens Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.“

Rahmenvereinbarung Nds, 1993 sowie Satzung der LAGJ, 1998 siehe www.lagj-nds.de

oder gar ein Mundhygieneverein sein. In allen Teams ist mindestens eine sogenannte Prophylaxefachkraft (PFK) angestellt, diese hat bis zu 16 Kolleginnen, wenn das Einzugsgebiet besonders groß ist, wie bei der Region Hannover. In 30 der 45 Teams ist mindestens ein Zahnarzt/ eine Zahnärztin im ÖGD angestellt, die verbleibenden Teams werden ausschließlich durch ein Paten- oder Honorarmodell von niedergelassenen Zahnärzten und Zahnärztinnen unterstützt. Die Finanzierung der Personal- und Sachkosten erfolgt im Wesentlichen durch die gesetzlichen Krankenkassen mit Beteiligung der Kommunen.

Soviel zu den Unterschieden, nun aber zu den Gemeinsamkeiten:

Die zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe richtet sich an alle Kinder in Niedersachsen bis 12 Jahre. Sofern es sich um Gruppen handelt, in denen das Kariesaufkommen besonders hoch ist, sogar bis 16 Jahren. Daher sind Großtagespflege-Einrichtungen, Krippen, Kindergärten, Grund- und Weiterführende Schulen sowie Einrichtungen für Kinder mit Behinderungen und/oder Förderbedarf die Anlaufstellen für die Arbeit mit den Kindern. In Niedersachsen betrifft dies knapp eine Millionen Kinder (destatis.de).

Prophylaxearbeit in der Gruppe

Gemäß der niedersächsischen Rahmenvereinbarung sind die Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen die kindgerechte Vermittlung von Wissen sowie die praktische Anleitung rund um die Mundhygiene und die Ernährungsberatung. Diese werden vornehmlich von den PFKs durchgeführt. Die regelmäßige zahnärztliche Untersuchung der Mundhöhle obliegt den Zahnärzten und Zahnärztinnen, zudem die Aufsicht über Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung. Beide zusammen gestalten darüber hinaus noch besondere Intensivprophylaxe-Programme für Kinder mit hohem Kariesbefall. Im Gegensatz zu manch anderen Bundesländern, in denen die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe – ebenfalls durch das föderale System sowie historisch bedingt – ganz anders strukturiert ist, ist auch die Ausgestaltung der Arbeit lokal unterschiedlich. So gibt es in Niedersachsen kein festes, vorgegebenes Programm, welches in einer betreffenden Altersgruppe vorgeschrieben ist. Die Teams haben jeweils eigene Methoden entwickelt, die lokal an ihre Gegebenheiten sowie auch an die persönlichen Vorlieben angepasst sind. Wo die eine PFK gerne die Handpuppe einsetzt, vermittelt die andere vielleicht lieber ihre Botschaften in einer vorgelesenen Geschichte mit einem Kniebuch oder singt ein Zahnputzlied. Dem Ideenreichtum ist somit kaum eine Grenze gesetzt und die Kinder honorieren diese authentische Didaktik, indem sie „ihre Zahnfee“ durchaus auch noch Jahre später bei einer zufälligen Begegnung wiedererkennen. Durch die LAGJ wird der Austausch der

Teams untereinander gefördert: ob auf der jährlichen, zweitägigen Fortbildungsveranstaltung, einer gemeinsamen Daten-Cloud oder über Medien wie E-Mail-Verteiler oder Facebook.

Inhaltlich werden auch im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe die vier Säulen der Kariesvermeidung vermittelt: regelmäßige Zahnpflege, zahngesunde Ernährung – bestenfalls auch in Form des zuckerfreien Vormittags in der Einrichtung – Einsatz von Fluoriden sowie der regelmäßige Besuch beim Hauszahnarzt ab dem ersten Zahn. Stetiger Bestandteil eines solchen „Impulses“, wie die Unterrichtseinheit genannt wird, ist eine technische Zahnputzübung. Diese wird je nach Gegebenheit vor Ort in Form einer gemeinsamen Zahnputzaktion durchgeführt, oder aber durch ein Putzen am Modell, wenn z.B. kein Waschraum im Klassenzimmer zur Verfügung steht oder andere Umstände gegen das Zähneputzen sprechen.

Zahnärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe

Die zahnärztlichen Untersuchungen sowie Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung sind die anderen beiden Arten von Impulsen, die gemäß dem § 21 SGB V in der Gruppe verrichtet werden. Dabei werden die Zahnschmelzhärtungen nicht flächendeckend durchgeführt, sondern angepasst an die Bedarfe der Einrichtungen, z.B. wenn besonders viele Kinder darin ein hohes Kariesrisiko haben. Die zahnärztliche Untersuchung hingegen wird für jedes Kind angeboten. Dadurch werden zwei wichtige Ziele verfolgt: zum einen können die für die Präventionsmaßnahme essentiellen Daten gewonnen werden und zum anderen werden die Kinder nicht nur generell, sondern bei Bedarf zeitnah zur Haus-Zahnarztpraxis verwiesen. Häufig genug ist es jedoch die Verweisung mit der klaren Botschaft, dass ein akuter Behandlungsbedarf bei dem Kind besteht. Ein Glücksfall für das Kind, es hat eine Chance auf Versorgung, die es mutmaßlich so schnell sonst nicht bekommen hätte. Bei besonders schlechten Befunden ist eine Nachverfolgung durch den ÖGD, ob die Behandlung erfolgt ist, möglich. Somit besteht hier ein wichtiger Anknüpfungspunkt an die multiprofessionellen Bestrebungen gegen Kindeswohlgefährdung, da Karies durchaus als ein Indikator für eine latente Vernachlässigung des Kindes gewertet werden kann.

Zahnmedizinische Prophylaxe außerhalb der Kindergruppen

Um die Präventionserfolge zu optimieren, ist es zusätzlich zu der direkten Arbeit mit den Kindern wichtig, auch deren Umfeld mit einzubeziehen. Dies gilt umso mehr, je jünger die Kinder sind. Es ist unbedingt erforderlich, dass auch die Bezugs- und Vertrauenspersonen der Kinder um die Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit ►►

Die zahnärztlichen Untersuchungen in der Gruppenprophylaxe sind also grundlegend wichtig – aber aktuell freiwillig. Wie auch heute noch in vielen anderen Bundesländern war in Niedersachsen bis 2007 die Teilnahme an dieser Gesundheitsvorsorge noch pflichtig im Schulgesetz verankert (NSchG, § 57). Dieser Paragraph ist jedoch im Zuge der Eigenverantwortlichkeit der Schule entfallen. Die Folge: Besonders seit der Verschärfung der Datenschutzgrundverordnung im Jahr 2018 ist damit erforderlich geworden, dass die schriftliche Einverständniserklärung jeder zahnärztlichen Untersuchung im Rahmen der Gruppenprophylaxe vorab eingeholt wird. Das bedeutet einen enormen Mehraufwand für die zahnärztlichen Teams aber auch in besonderem Maße für die Einrichtungen*. Sie müssen das Einholen dieser Unterlagen organisieren und entsprechende Klassenlisten erstellen. Zudem kommt erschwerend hinzu, dass die Einverständniserklärungen für die Sorgeberechtigten nicht niederschwellig in vereinfachter Sprache konzipiert werden dürfen. Das alles hat zur Folge, dass viele Einverständniserklärungen nicht erteilt werden. Und auch hier sind überproportional die eh schon benachteiligten Kinder betroffen: ein Arbeitskreis hat ermittelt, dass über 50% der Kariesrisiko-Kinder fortan durch die fehlende Einverständniserklärung nicht mehr erreicht werden konnten. Ein doppeltes Ärgernis: diese Kinder fallen nicht nur durch das gute Netz des § 21 SGB V, das Fehlen dieser Daten verzerrt auch die Gesundheitsberichterstattung, die dmf-t/DMF-T Werte werden dadurch mutmaßlich unterschätzt.

Die bisherigen Bestrebungen zur Wiederaufnahme des entsprechenden Paragraphen ins NSchG verliefen vielversprechend und standen Anfang 2020 kurz vor dem Abschluss, als jedoch ein anderes Ereignis dazwischenkam, welches die volle Aufmerksamkeit der Ministerien erforderte... Die Bestrebungen werden aktuell bereits fortgesetzt.

* Anmerkung: durch die gesetzliche Festschreibung der pflichtigen Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung ist nicht ausgeschlossen, dass die Sorgeberechtigten trotzdem die Möglichkeit eines aktiven Widerspruchs haben. Die Gesetzesänderung soll vornehmlich zum Abbau von bürokratischen Hürden dienen, um die Umsetzung des gesetzlichen Präventionsauftrags und dadurch mehr Chancengerechtigkeit für alle Kinder zu ermöglichen.

► wissen. Grundsätzlich will sicherlich kein Elternteil, keine Erzieherin oder Erzieher sowie niemand aus den weiteren Berufsgruppen rund ums Kind Schlechtes für die Kinder. Dass nicht alle Präventionsmaßnahmen mitgetragen werden, liegt vielmehr an dem fehlenden Wissen um die erforderlichen Maßnahmen oder an der Annahme, darauf keinen Einfluss zu haben. Daher ist pädagogisch begleitete Aufklärung für all diese Personengruppen auch ein wesentlicher Bestandteil der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Ebenso wichtig ist die Haltung, diesen Menschen unterstützend (und nicht belehrend) zu begegnen (siehe dazu auch das Empfehlungspapier der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, DAJ www.daj.de/Downloads.12.0.html).

Um die Mundgesundheit von Anfang an zu fördern, ist Aufklärungsarbeit bereits während der Schwangerschaft sinnvoll, um die Besonderheiten der mütterlichen Mundgesundheit im Blick zu behalten (siehe auch der Beileger in den Mutterpass der ZKN). Daher sind insbesondere Hebammen um den Zeitpunkt der Geburt eine sehr wichtige Berufsgruppe, die ‚nah dran‘ an den werdenden Eltern sind und deren Vertrauen genießen. Um dies flächendeckend in die Ausbildung der Hebammen mit einzubeziehen, wurden durch DAJ bundesweit Dozenten und Dozentinnen für die Unterrichtung an den Ausbildungsstätten geschult. Auch die Arbeit mit den Hebammen vor Ort sowie den Frühen Hilfen, welche gezielt in die Familien mit Förderbedarf gehen, findet durch die Teams statt. Ziel ist es, die Fälle von ECC (early childhood caries, Frühkindliche Karies) zu



Aktuell wird – koordiniert durch das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) – an der Überarbeitung der Dokumentation über die Tätigkeiten in der Gruppenprophylaxe gearbeitet, um diese Daten in eine gute Gesundheitsberichterstattung einfließen zu lassen. So ist zukünftig auch unabhängig von den epidemiologischen Begleituntersuchungen durch die DAJ eine niedersächsische Auswertung aufgrund einer guten, einheitlichen Datenbasis möglich. Die Menge der (anonymisierten) Daten, die durch die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe regelmäßig und ohne die Einschränkung der Rekrutierung gewonnen werden, bergen noch viel Potential für die Förderung der Mundgesundheit. So werden zukünftig auch neue Aspekte wie die Erhebung von MIH-Befunden integriert sein. Dies ist sicherlich auch unter dem Aspekt sehr interessant, dass die in der Literatur beschriebene Prävalenz bisher sehr stark divergiert.



Foto: © stock.adobe.com

reduzieren. Schließlich ist auch die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten/Kinderärztinnen von hoher Bedeutung, da auch diese Berufsgruppe nahezu alle Kinder betreut und dies ab einem sehr frühen Alter sowie langjährig. Hier konnten in den letzten Jahren in Niedersachsen ebenfalls landesweit und lokal große Fortschritte in der Zusammenarbeit erzielt werden.

Eine besondere Rolle für die Gesundheitsförderung im Alltag hat das Fachpersonal in den Kindertagesstätten. Dort verbringen die Kinder sehr große Teile ihres Tages und werden in vielfältiger Hinsicht professionell gefördert. Daher ist die Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe essentiell für die Teams der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Diese geschieht in Form von Seminaren für Erzieher und Erzieherinnen, mitunter sogar klassenweise im Zuge deren Ausbildung.

Die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen entlang des Lebenswegs des Kindes ist insofern besonders zielführend, da die Vermittlung von einheitlichen Empfehlungen auch den Sorgeberechtigten die notwendige Sicherheit und Zuversicht gibt, die Zähne ihrer Kinder gesund erhalten zu können.

Daten für Taten

Gesundheitsförderung ist dann sinnvoll und zielgerichtet, wenn der Ist-Zustand der gesundheitlichen Lage bekannt ist, ein konkreter Handlungsbedarf daraus geschlussfolgert wird, eine Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage entwickelt und umgesetzt wird und die Resultate dazu dann wieder anhand einer erneuten Betrachtung der gesundheitlichen Lage analysiert werden. Damit ist in einem Satz umrissen, was der „Public Health Action Cycle“ verbildlicht.

Am Beispiel der ECC ist dies in Abb. 2 aufgeführt: Durch die letzte epidemiologische Begleitstudie der DAJ 2015/16 wurden erstmalig auch Untersuchungen von 3-jährigen Kindern mit einbezogen. Dazu konnten in Niedersachsen fast 5000 Kinder untersucht werden. Dabei hat sich ein mittlerer dmf-t von 0,52 ergeben, also statistisch gesehen ein halber Zahn pro Kind. Betrachtet man jedoch nur die 3-jährigen mit Befund, so ergibt sich ein mittlerer dmf-t

von 3,8 mit einer Spannweite von 1 bis 20 (!) betroffenen Zähnen; es konzentriert sich der Hauptanteil an Karies auf nur wenige Kinder. Also keine Chancengleichheit für alle Kinder auf „nur einen halben betroffenen Zahn“... Durch diese Evaluation, die Auswertung der Untersuchungsdaten, wurde also der Handlungsbedarf gegen die Prävalenz von ECC ermittelt. Die Ursachen können als „keine effektive“ oder „mangelhafte“ Zahnpflege zusammengefasst werden. Als Gegenmaßnahme wurde in diesem Beispiel nur einer von vielen erforderlichen Schritten aufgeführt: die Etablierung des täglichen Zähneputzens in der Kindertagespflege (Krippe). Die Umsetzung dessen wurde in Form von angepasster Aufklärung bei den Kindern aber auch einer intensiveren Arbeit mit den Eltern und Erzieher/Erzieherinnen geplant. Damit aber nicht genug: eine spätere Evaluation ist stets und unbedingt nach gegebener Zeit erforderlich, sonst liefe jedes Präventionsprogramm Gefahr, stets fortgeführt zu werden, weil es „immer so war“ statt ggf. durch Anpassungen wieder zielgerichtet und damit auch effektiv zu sein: Daten für Taten.

Um nun abschließend die Frage zu beantworten, ob die Gruppenprophylaxe ihr Ziel erreicht hat, werden in Abb. 2 noch einmal die Ergebnisse der epidemiologischen Studien zusammengefasst. In den ersten zwei Jahrzehnten nach der gesetzlich angeordneten zahnmedizinischen Gruppen-

prophylaxe konnte ein Kariesrückgang von 85% bei den 12-jährigen beobachtet werden. Bei den 6-7-jährigen ist dieser Rückgang auch deutlich, wenn auch mit 43% leider nur etwa halb so stark. Dementsprechend wurden und werden auch weiterhin die Maßnahmen stetig angepasst – um einen maximalen Kariesrückgang durch moderne und zielgerichtete Gruppenprophylaxe zu bewirken.

Fazit

Mehr kariesfreie Zähne sowie mehr naturgesunde Gebisse, das ist das gemeinsame Ziel. Dieses verfolgt Hand in Hand die Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis zusammen mit der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe seit vielen Jahrzehnten. Dadurch sollen alle Kinder eine Chance auf eine lebenslange Mundgesundheit bekommen. Leider ist weiterhin zu verzeichnen, dass die Polarisierung der Karies weiter zunimmt. 80% der Karies konzentriert sich auf etwa nur 20% der Kinder. Dieser Chancenungleichheit zu begegnen, erfordert daher weiterhin noch viel Arbeit, die jedoch die besten Aussichten hat, wenn alle dafür am gleichen Strang ziehen. ■

____ Dipl. Biol. Jeanette Kluba, M.Sc.
 Geschäftsführerin der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAGJ)
 www.lagj-nds.de

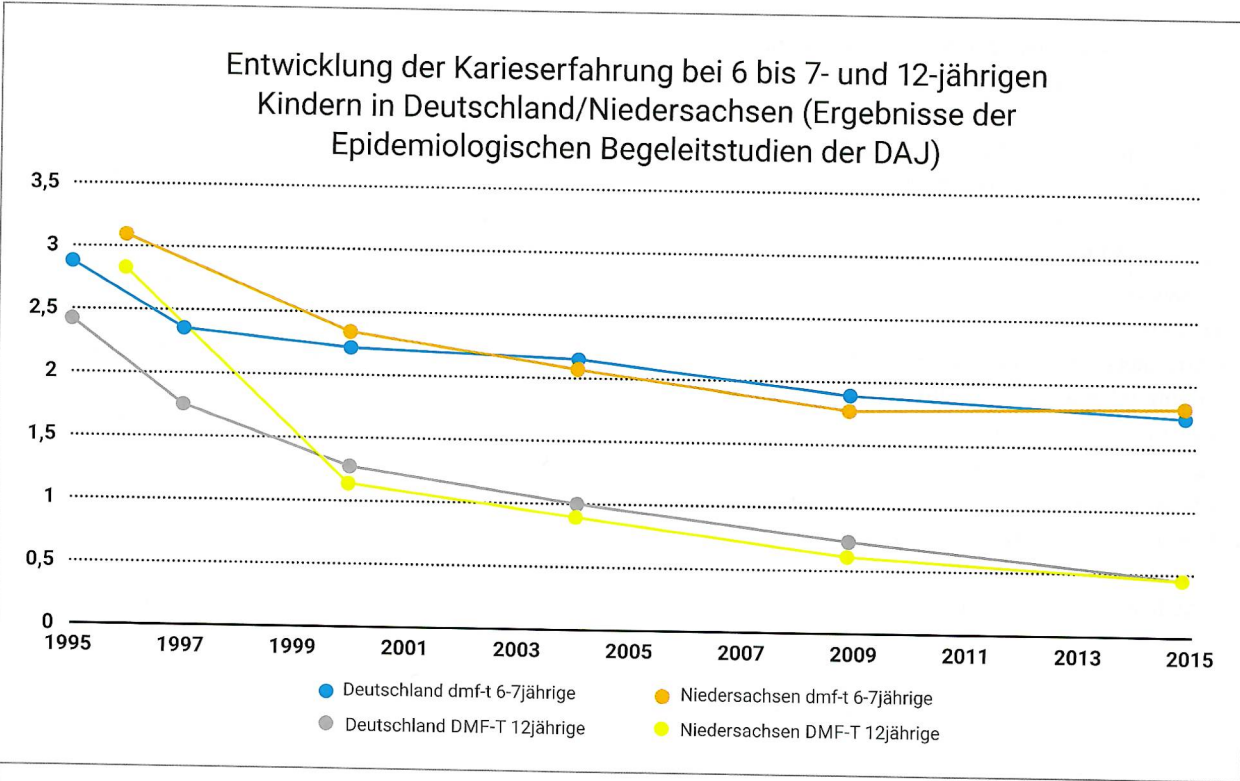


Abb. 2: Ergebnisse letzter epidemiologischer Untersuchungen zur Mundgesundheit von 6-jährigen sowie 12jährigen Kindern in Deutschland bzw. Niedersachsen. Es gibt also noch viel zu tun.