



## **Empfehlungen zur Durchführung der Gruppenprophylaxe**

### **1. Grundlagen**

Das Konzept der Gruppenprophylaxe ist besonders geeignet, vorbeugende Maßnahmen bei Vorschulkindern und Schulkindern umzusetzen. Kinder dieses Alters sind in der Regel in Kindergarten- oder Schulgruppen erreichbar und an das organisierte Lernen in ihrer sozialen Gruppe gewöhnt.

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe beinhaltet sowohl Zahngesundheitsförderung durch pädagogisch und psychologisch fundierte altersgerechte Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen als auch die Durchführung spezieller Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Zahngesundheit. Zahngesundheitsförderung im Rahmen der Gruppenprophylaxe sollte in die generelle Erziehung zu gesunder Lebensweise eingebettet sein, die Erziehung in der Familie ergänzen oder auch korrigieren und zur später notwendigen Eigenverantwortung für die Gesundheit hinführen.

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe verfolgt insbesondere Ziele der primären Prävention, schließt aber auch sekundär präventive Maßnahmen (Früherkennung) ein. Die Rechtsgrundlagen für die Gruppenprophylaxe in Deutschland sind im § 21 des Sozialgesetzbuches, Teil V, fixiert. Danach umfaßt Gruppenprophylaxe die Untersuchung der Mundhöhle und die Erhebung des Zahnstatus, Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität des Zahnschmelzes durch Fluorid, Ernährungsberatung und Anleitungen zur Mundhygiene (Basisprophylaxe). Für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko sind zusätzliche Programme zu entwickeln (Intensivprophylaxe). Die Anwendung von hochkonzentrierten Fluoridgelées oder Fluoridlacken in der Gruppenprophylaxe setzt das schriftliche Einverständnis der Eltern voraus, nicht jedoch die Anwendung von Zahnpasten. Die Träger von Schulen und Kindergärten und die Verantwortlichen vor Ort müssen über diese Aktionen informiert werden.



## **2. Methoden**

Die Feststellung des Bedarfs und die Planung effizienter Prophylaxemaßnahmen kann anhand der Ergebnisse regelmäßiger Reihenuntersuchungen oder epidemiologischer Studien ermittelt werden.

Die Bestimmung des Anteils von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko ist aus methodischen und sozialpsychologischen Gründen problematisch. Diese Festlegung des Anteils der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko sollte anhand regionaler und altersbezogener Kriterien erfolgen. Dabei ist die Höhe des Kariesbefalls und der Anteil naturgesunder Gebisse in der jeweiligen Population zu berücksichtigen. Für die Bestimmung des individuellen Kariesrisikos sollte das klinische Urteil des untersuchenden Zahnarztes einfließen (z.B. Vorkommen initialer Kariesläsionen, schlechte Mundhygiene, veränderte Kariesbefallsmuster).

Für die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen werden regelmäßiges Demonstrieren und Üben des Zähneputzens, altersgerechte kontrollierte Fluoridapplikationen, Ernährungsberatungen, Besuche von Kindergruppen in der zahnärztlichen Praxis sowie Informationsveranstaltungen für Eltern, Erzieher und Lehrer empfohlen.

Bei der derzeitigen Kariesprävalenz in Deutschland gehört der Einsatz von Fluoriden prinzipiell zu einer umfassenden Gruppenprophylaxe. Zur Fluoridapplikation haben sich in Deutschland insbesondere das kontrollierte Zähneputzen mit fluoridierten Zahnpasten, sowie die Applikation von Fluoridgelée und Fluoridlack bewährt. Grundsätzlich ist die Anwendung von Fluorid aber auch durch überwachtes Mundspülen mit fluoridhaltigen Lösungen in Kindergärten und Schulen möglich. Die Verwendung fluoridierten Speisesalzes in der Gemeinschaftsverpflegung ist präventiv sinnvoll, erfordert derzeit aber noch eine Ausnahmegenehmigung.

## **3. Ergebnisse**

Ergebnisse und langjährige Erfahrungen insbesondere in Skandinavien und in der Schweiz belegen den Nutzen regelmäßiger Fluoridanwendungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Unterschiede in der Wirksamkeit einzelner Methoden der Fluoridapplikation sind auf unterschiedliche organisatorische Gegebenheiten aber auch auf die eingesetzten Fluoridkonzentrationen und Applikationsfrequenzen zurückzuführen. Es wurde vielfach belegt, daß Ernährungsberatungen und Mundhygieneprogramme ohne Fluoridanwendung für eine breitenwirksame Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit nicht ausreichen.

#### **4. Empfehlungen**

Gruppenprophylaktische Maßnahmen sollten möglichst frühzeitig einsetzen und flächendeckend durchgeführt werden. In Abhängigkeit von den jeweiligen Gegebenheiten und Voraussetzungen sind die einzelnen Methoden flexibel anzuwenden.

Im Vorschulalter ist die gruppenprophylaktische Betreuung für alle Kinder im Kindergarten, das heißt in vertrauter Umgebung und in der sozialen Gruppe zu favorisieren. Tägliches Zähneputzen mit fluoridhaltiger Kinderzahnpaste verbindet das Mundhygienetraining mit der Fluoridapplikation. Darüber hinaus sind Ernährungshinweise und Gewöhnung an das Milieu der zahnärztlichen Praxis mit geeigneten Methoden und Medien zu vermitteln.

Im Schulalter sind mindestens 2mal jährlich Prophylaxeübungen für alle Kinder anzustreben. Die Aktionen müssen für die Kinder attraktiv sein und auch Eltern und Pädagogen ansprechen. Die Maßnahmen umfassen die Instruktion und Motivation für eine zweckmäßige Mundhygiene und ausgewogene Ernährung. Die Fluoridanwendung sollte in Abhängigkeit von den jeweiligen Voraussetzungen entweder in Form mindestens 2mal jährlicher Lackapplikation oder durch 2- bis 6mal jährliches Einbürsten von Fluoridgelée erfolgen.

Für Kinder mit erhöhter Kariesaktivität oder erhöhtem Kariesrisiko müssen zusätzliche Maßnahmen (Intensivprophylaxe) angeboten werden. Anzustreben sind 4- bis 6mal jährlich entsprechende Prophylaxeimpulse im Rahmen der Gruppenprophylaxe, um die Compliance sicherzustellen. Die Kooperation mit der zahnärztlichen Praxis nach der Gebißsanierung



sowie der Sicherung des Behandlungsergebnisses gehören unverzichtbar zum Betreuungskonzept. Für Kinder, die einer intensivprophylaktischen Betreuung in der zahnärztlichen Praxis fernbleiben, sollte eine auf die Kinder zugehende präventive Betreuung organisiert werden.

Alternativ zur intensivprophylaktischen Betreuung einzelner Kinder können Kindergärten, Schulklassen oder Schulen, deren Kinder durch eine überdurchschnittlich hohe Kariesprävalenz gekennzeichnet sind, als gesamte Einrichtung betreut werden. Dadurch wird die Stigmatisierung einzelner Kinder vermieden.

Gruppen- und Individualprophylaxe müssen eng miteinander verflochten sein. Daraus resultiert ein synergistischer Effekt im Sinne einer Intensivprophylaxe.

Die sach- und fachgerechte Durchführung aller Maßnahmen der Gruppenprophylaxe obliegt der Verantwortung des Zahnarztes. Die Fluoridapplikation in der Gruppenprophylaxe kann, analog der Situation in der Praxis, von zahnmedizinisch geschultem Personal durchgeführt werden. Die persönliche Anwesenheit des Zahnarztes ist hierzu nicht regelmäßig erforderlich. Erzieher und Lehrer sind aufgrund ihrer pädagogischen Ausbildung und ihres täglichen Kontaktes mit den Kindern nach entsprechender Instruktion durch den Zahnarzt besonders geeignet, die Inhalte zahnmedizinischer Gesundheitserziehung zu vermitteln.

Durch regelmäßige epidemiologische Untersuchungen können die Kariesprävalenz und –inzidenz bestimmt und Rückschlüsse auf die Effektivität und Effizienz gruppenprophylaktischer Maßnahmen gezogen werden.

Die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen bilden eine wesentliche Grundlage zur Optimierung und Anpassung gruppenprophylaktischer Programme an Veränderungen der Kariesprävalenz und des Kariesrisikos.

*E. Reich, Bad Homburg*

Quelle DZZ 55 (00)