

**DER MUND- UND ZAHNGESUNDHEITZUSTAND
VON KINDERN UND JUGENDLICHEN
1992/1993 IN BERLIN
- TEIL I -**

Dr. Sylvia Dohnke-Hohmann
Renate Reich

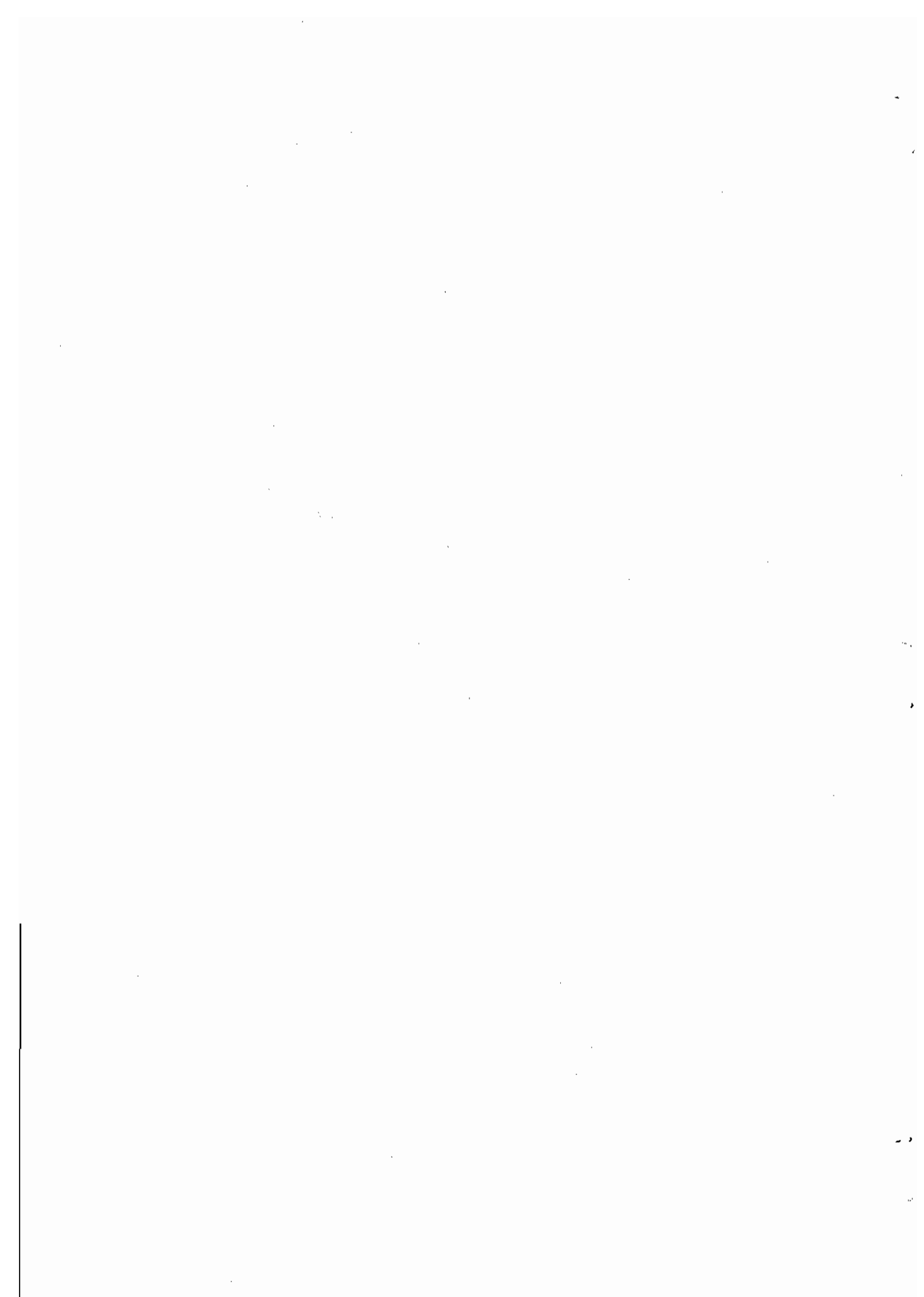
Diskussionspapier 27

Oktober 1995

Besonderer Dank gilt Herrn K -P Neubert vom
Statistischen Landesamt Berlin

TECHNISCHE Christel Wirmann
MITARBEIT: Regina Lange

HERAUSGEBER: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung,
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz
Schriftleiter: PD Dr. G. Meinschmidt
Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet



**Der Mund- und Zahngesundheitszustand von
Kindern und Jugendlichen
1992/1993 in Berlin
„ Teil I „**

Inhalt	Seite
0. Zusammenfassung und Bewertung	2
1. Ziel der Untersuchung	4
2. Aufgaben und Arbeitsweise der Berliner Zahnärztlichen Dienste	4
2.1 Untersuchungen, Befundaufzeichnungen, Auswertungen	5
2.2 Gesetzliche Grundlagen	5
3. Datenmaterial und Auswertungsverfahren	6
4. Ergebnisse und Vergleiche	7
4.1 Kariesepidemiologie	7
4.2 Kariesrisikodiagnostik	22
4.3 Parodontologie	25
4.4 Kieferorthopädie	25
4.5 Gruppenprophylaxe	28
4.6 Vergleichsdaten verschiedener Jahrgänge und Regionen	31
4.7 Ergebnis und Bewertung	32
5. Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Jugendzahnpflege in Berlin	33
6. Tabellenverzeichnis	35
6.1 Tabellen	37
7. Anhang	53
7.0 Literaturverzeichnis	54
7.1 Gesetzliche Grundlagen	56
7.2 Konzept der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG Berlin)	57
7.3 Kariesrisikokriterien der LAG - Schuljahr 1992/1993	58
7.4 Kariesrisikokriterien nach der DAJ	59
7.5 Untersuchungsstandards	60
7.6 Organisationsstruktur	64
7.7 Untersuchungsmaterial	65
7.8 Diskussionspapierverzeichnis	67

0. Zusammenfassung und Bewertung

Mit der vorliegenden Arbeit wird eine Übersicht über den Mundgesundheitszustand der Berliner Kinder und Jugendlichen im Schuljahr 1992/93 erstellt. Ausgangspunkt für die Darstellung, die Bewertung und die Schlußfolgerungen sind die Untersuchungsergebnisse der Zahnärztlichen Dienste der bezirklichen Gesundheitsämter im genannten Zeitraum. Aufbauend auf einer Skizzierung der Arbeitsweise und der Strukturen der Zahnärztlichen Dienste werden unter Berücksichtigung der Gesetzesvorgaben auch die bestehenden Betreuungsmaßnahmen dargestellt.

Zur Auswertung gelangten alle im Untersuchungszeitraum erhobenen Untersuchungsbefunde von insgesamt 320.605 Kindern und Jugendlichen vom 2. bis 20. Lebensjahr. Da der Einzelbefund bis zu 30 Angaben enthalten kann, resultierte aus den Untersuchungsbefunden eine immense Materialmenge, so daß - um der Lesbarkeit willen - bereits bei der Aufbereitung des Datenmaterials eine Auswahl getroffen werden mußte. Bei dieser Auswahl wurde jedoch gleichzeitig darauf geachtet, daß dennoch nahezu alle erhobenen Daten zur Verfügung stehen.

Der Textteil des vorliegenden Diskussionspapiers (Teil I) enthält folgende Themen einschließlich einer Auswahl graphischer Darstellungen:

- Kariesepidemiologie
- Kariesrisikodiagnostik
- Kieferorthopädie
- Gruppenprophylaxe

Um zu nationalen und internationalen Vergleichen gelangen zu können, wurden aus den alle Jahrgänge umfassenden Tabellen und Diagrammen vielfach einzelne Altersgruppen ausgewählt. Im Anhang befindet sich das Tabellenmaterial, das wesentlich mehr Details enthält und mit dessen Hilfe sich weitere, vielfältige Fragestellungen beantworten lassen.

Nahezu sämtliche Ergebnisse werden vollständig in Tabellenform, aber auch in einer Auswahl an Graphiken für alle 23 Berliner Bezirke und den Bereich der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) Berlin erstellt (Teil II). Diese umfangreichen bezirklichen Datensammlungen sind nicht Bestandteil dieses Diskussions-

papiers, sie können jedoch zusammen mit den LAG-Daten auf Anforderung von der Senatsverwaltung für Gesundheit (Referat Gesundheitsstatistik) bezogen werden.

Im Anschluß an die Ergebnisdarstellung wird ein Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Jugendzahnpflege in Berlin gegeben. Das Literaturverzeichnis und der Anhang, der Gesetzestexte, Organisationskonzepte, Erfassungsformblätter u.a. enthält, können weiteren Anschluß geben.

Zusammenfassend ergibt sich, daß der Mundgesundheitszustand in Berlin dem der anderen Bundesländer entspricht. Die Zielvorgaben der Weltgesundheitsorganisation hat Berlin 1992/93 jedoch erst teilweise erreicht:

- Bis zum Jahr 2000 sollen 50 % der 5- bis unter 6jährigen kariesfrei sein. Nach dem Ergebnis dieser Auswertung besteht Kariesfreiheit in dieser Altersgruppe schon bei 47 %. Es zeigen sich bezüglich dieses Zieles Unterschiede in den Stadthälften. Während in Berlin-Ost mit 52,1 % das WHO-Ziel für das Jahr 2000 schon erreicht ist, liegt das entsprechende Ergebnis für Berlin-West mit 43,5 % noch deutlich darunter.
- Bis zum Jahr 2000 sollen die 12jährigen nicht mehr als 2 durch Karies zerstörte oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne haben. Der Mittelwert für Berlin betrug im Untersuchungsjahr 3,24. Die Mittelwerte von Berlin-West und Berlin-Ost liegen bei 2,89 bzw. 3,51; allerdings haben einzelne Berliner Bezirke dieses Ziel bereits erreicht, andere sind dieser Vorgabe schon recht nahe.
- Das für die untersuchte Altersgruppe dritte relevante Ziel, das Fehlen von nur 15 % der eigenen Zähne bei den 18jährigen, ist schon lange erreicht.
- Ein Vergleich mit den Daten früherer Berliner Erhebungen zeigt ebenfalls eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit. Solche Vergleiche und auch die mit anderen Regionen sind stets schwierig und nicht immer zufriedenstellend durchzuführen, da sich innerhalb längerer

Zeiträume zwangsläufig die Beurteilungskriterien einer sich zunehmend präventiv orientierenden Zahnmedizin verschieben.

- Es fällt auf, daß der Behandlungsbedarf besonders in Berlin-West im Milchgebiß überproportional hoch ist.
- Der Mundgesundheitszustand der Berliner Kinder und Jugendlichen entsprach im Untersuchungszeitraum Schuljahr 1992/93 im wesentlichen dem anderer deutscher Regionen. Allerdings muß dabei die soziale Situation von Ballungsräumen und die damit sonst stets korrelierende schlechte Mundgesundheit berücksichtigt werden.
- Zur Verbesserung der Vergleichsmöglichkeiten und im Hinblick auf eine qualifizierte regionale und nationale Gesundheitsberichterstattung ist eine Kalibrierung der Untersucherteams erforderlich. Diese sollte jedoch nicht nur auf den Vergleich der Länder der Bundesrepublik ausgerichtet sein, sondern auch die künftige Kooperation innerhalb eines zusammenwachsenden Europas berücksichtigen.
- Aus den gewonnenen Daten wird deutlich, daß eine regelmäßige gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder stattfindet. Diese Betreuung bedarf jedoch in mehrfacher Hinsicht der Verstärkung. Um eine deutliche Verbesserung des Mundgesundheitszustandes zu erreichen, sollten
 - die Maßnahmen der Basisprävention um Fluoridierungsmaßnahmen erweitert werden,
 - intensivprophylaktische Maßnahmen gezielt unter Berücksichtigung sowohl sozialer Brennpunkte als auch der Kariesprävalenz und der Kariesrisikogruppen eingeführt werden,
 - Wege gefunden werden, um dem hohen Behandlungsbedarf im Milchgebiß gerecht zu werden,
 - praktikable Kooperationswege zwischen den Zahnärztlichen Diensten und niedergelassenen Zahnärzten/-innen geschaffen werden, um eine zusätzliche individualprophylaktische Betreuung gemäß § 22 SGB V zu ermöglichen.

Die Zielvorgaben der Weltgesundheitsorganisation für das Jahr 2000 und der Anschluß an den Mund-

gesundheitszustand anderer europäischer Länder sind nur zu erreichen, wenn bestehende Konzepte weiter ausgebaut werden. Daß sich diese Konzepte bewähren, ist u.a. aus der kontinuierlichen Verbesserung der (West-) Berliner Werte zu erkennen.

Flächendeckende Fluoridierungsmaßnahmen als Bestandteil der Gruppenprophylaxe sind weder in Berlin noch in einer anderen Region der Bundesrepublik Deutschland realisiert. Maßnahmen der Fluoridierung sind integraler Basisbestandteil der Gruppenprophylaxe und weitaus effizienter als Mundhygienetraining und Ernährungsberatung allein. Die Voraussetzung zu ihrer Verwirklichung ist durch die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen, die DAI-Grundsätze (Deutsche Arbeitsgemeinschaft zur Jugendzahnpflege), die Berliner Rahmenvereinbarung zum § 21 Sozialgesetzbuch, Teil V, (SGB V) und seit dem 25.7.95 durch das Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V geschaffen worden.

Dies gilt auch für die Intensivprophylaxe, deren Verwirklichung per Gesetz für die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko ebenfalls im Rahmen der Gruppenprophylaxe vorgesehen ist.

Die Behandlung der Kinder bis zum 7. Lebensjahr weist deutliche Defizite auf. Es ist bekannt, daß sich die volle Wirksamkeit präventiver Maßnahmen besser im gesunden oder sanierten Gebiss entfaltet.

Um den Mundgesundheitszustand der Berliner Kinder und Jugendlichen dem der in anderen europäischen Ländern lebenden Altersgenossen anzugleichen, muß unverzüglich darauf hingewirkt werden, daß

- die Defizite in der Kinderbehandlung abgebaut werden
- Fluoridierungsmaßnahmen möglichst flächendeckend realisiert werden
- die Intensivprophylaxe so organisiert wird, daß die wirklich bedürftigen Kinder zu einem hohen Prozentsatz betreut werden

1. Ziel der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Befunde der von den Zahnärztlichen Diensten in jährlichem Intervall durchgeführten Untersuchungen für das Schuljahr 1992/93 auszuwerten, um genaue Angaben über den Mundgesundheitszustand der Berliner Kinder und Jugendlichen zu erhalten. Die letzte entsprechende Auswertung stammt aus dem Jahre 1986. Nach sechsjähriger Auswertungspause war es erforderlich, über aktuelle Daten als Planungsgrößen zu verfügen. Der Zusammenschluß der Stadt und die Neuaufnahme von Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch V verstärkten die Notwendigkeit erheblich. Das Ergebnis soll mit den Ergebnissen der Auswertung von 1986 und den von der Weltgesundheitsorganisation/Fédération Dentaire Internationale (WHO/FDI) formulierten Zielen für das Jahr 2000 verglichen werden. Aus dieser Evaluation heraus sollen Perspektiven für das zukünftige Aufgabenspektrum der Zahnärztlichen Dienste Berlins aufgezeigt werden.

2. Aufgaben und Arbeitsweise der Zahnärztlichen Dienste

Die Zahnärztlichen Dienste gehören zu den Gesundheitsämtern der Berliner Bezirke. Das Personal setzt sich aus Zahnärzten/Zahnärztinnen und Zahnarthelferinnen zusammen und orientiert sich an den Vorgaben zur Personalbedarfsbemessung des Innensenators und der Senatsverwaltung für Gesundheit. Die Personalstärke in den Zahnärztlichen Diensten der Bezirke richtet sich nach der Zahl der Kinder und Jugendlichen und unterscheidet sich deshalb von Bezirk zu Bezirk u.U. erheblich. Nahezu in jedem Bezirk arbeitet ein Zahnarzt/Zahnärztin mit einer speziellen, durch Weiterbildung erlangten Qualifikation, der Gebietsbezeichnung „Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen“. Die Mehrzahl der Zahnarthelferinnen verfügt über eine speziell zur Gruppenprophylaxe befähigende Fortbildung.

Reihenuntersuchung und Prophylaxe

Hauptaufgaben der Zahnärztlichen Dienste sind die jährlich einmal durchgeführte, dokumentierte zahnärztliche Reihenuntersuchung aller Kinder und Jugendlichen vom 3.-18. Lebensjahr sowie die

Förderung der Mundgesundheit (Prophylaxe) in Theorie und Praxis. Zahnärztliche Prophylaxe beinhaltet folgende Schwerpunkte:

- altersgerechte Mundhygiene
- gesundheitsbewußte, zuckerarme Ernährung
- Zahnschmelzstabilisierung durch Fluoride
- Hinwirken auf regelmäßigen Zahnarztbesuch.

Diese vier Maßnahmen werden gruppenprophylaktisch im Kindertagesstätten-, im Vorschul- und im Schulbereich eingesetzt.

Seit 1990 führen die Zahnärztlichen Dienste diese Tätigkeiten mit Unterstützung durch die Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnkrankungen e.V. (LAG) durch. Die LAG wurde 1990 im Land Berlin als Folge der Umsetzung des § 21 des Sozialgesetzbuches, Teil V, gegründet. Über die LAG sind Zahnarthelferinnen - ebenfalls mit einer zusätzlichen Qualifikation - für die Gruppenprophylaxe beschäftigt. Durch den Einsatz dieser Helferinnen wird es möglich, die Berliner Kinder bis zum Alter von 12 Jahren künftig 4x jährlich zu betreuen. Im Berichtszeitraum war man noch mit dem Aufbau des Kindertagesstättenbereiches beschäftigt, der allerdings zwischenzeitlich als abgeschlossen betrachtet werden kann. Für die Kooperation gibt es ein Gesamtkonzept, das einen Aufbau nach Altersstufen vorsieht. Da die Personalstärke der Zahnärztlichen Dienste nicht ausreicht, um alle Aufgaben nach § 21 SGB V zu erfüllen, wurden über die LAG Berlin zusätzliche Zahnärztinnen und Zahnärzte angestellt, denen die Betreuung der privat geführten Kindertagesstätten obliegt. (11.589 Kinder in privaten Einrichtungen von 98.385 Kindern insgesamt).

Durch die Zahnärztlichen Dienste finden folgende Zielgruppen intensivere Betreuung:

1. Kleinkinder

Kinder, die das 3. und 4. Lebensjahr vollendet haben, werden mit Ihren Eltern zur Untersuchung, gezielter Information und Prophylaxe in die Zahnärztlichen Dienste eingeladen.

2. Vorschulkinder

Mit Vorschulkindern wird in erster Linie altersgerechte Mundhygiene eingeübt und im Rahmen

eines Sonderprogramms spielerisch die Aufgeschlossenheit gegenüber zahnärztlicher Behandlung gefördert.

3. Multiplikatoren

So früh wie möglich werden im kindlichen Umfeld befindliche Erwachsene (Eltern, Erzieher, Lehrer) in umfassende Prophylaxe-Informationen einbezogen, damit sie die zur Unterstützung der Kinder notwendige Motivation und Leitbildfunktion erlangen. Als Veranstaltungen dafür werden Elternabende und öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen bevorzugt.

Weitere Tätigkeiten der Zahnärztlichen Dienste:

Behandlungen

Behandlungen werden in der Regel bei den Kindern und Jugendlichen durchgeführt, bei denen es sonst zu keiner Behandlung kommt. Die Gründe dafür sind vielfältig und liegen oft in der Person des Kindes bzw. seiner Eltern. Vielfach ist auch eine Randgruppenproblematik nicht auszuschließen.

Nachuntersuchungen

Nachuntersuchungen sollten eigentlich bei den Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden, die bei der jährlichen Untersuchung fehlten oder bei denen die Behandlung unterblieb. Dies ist eine wichtige Maßnahme, wenn es gilt, flächendeckend tätig zu sein. Es ist jedoch festzustellen, daß diese Aufgabe im letzten Jahrzehnt aufgrund Personalmangels und des Erfordernisses von stärkerem Engagement in der Gruppenprophylaxe fast nicht mehr durchgeführt werden konnte.

Beratungen

Beratungsbedarf ergibt sich im Zusammenhang mit der Notwendigkeit kieferorthopädischer Behandlungen sowie aus dem Wunsch vieler Eltern nach umfassender und neutraler Prophylaxe-Information.

Weitere Aufgaben sind die Vertretung des Amtsarztes in zahnärztlichen Fragen sowie insbesondere die Gutachterstätigkeit u.a. im Wege der Amtshilfe für den Träger der Sozialhilfe. Beide Aufgaben sind nicht Bestandteil des vorliegenden Berichtes.

Darüber hinaus gibt es bezirkliche Schwerpunkte im Rahmen der Prophylaxe, auf die im Zusammenhang mit den Auswertungsergebnissen gesondert eingegangen wird.

2.1 Untersuchung, Befundaufzeichnung und Auswertung

Die Zahnärztlichen Dienste des Westteils der Stadt erheben seit etwa drei Jahrzehnten ihre Untersuchungsbefunde im Rahmen der jährlichen Reihenuntersuchungen nach einheitlichen Standards. Bis zu Beginn der 80er Jahre konnten diese Befunde in zweijährigem Intervall direkt von den Karteikarten durch das Statistische Landesamt (StaLa) ausgewertet werden. Dadurch verfügte man über ausreichendes Datenmaterial, um den Mundgesundheitszustand der Jugend in der Stadt beurteilen zu können. Mit Einführung verstärkter datenschutzrechtlicher Regelungen war in den 80er Jahren zwar weiter die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen mit Befundaufzeichnung möglich, nicht jedoch die Weitergabe der Originalkarteikarten an die auswertende Behörde. Um dennoch zu einer Bewertung kommen zu können, wurde das auch jetzt praktizierte Verfahren entwickelt. Da dieses (anonymisierte Durchschreib-) Verfahren äußerst umständlich und zeitaufwendig und - wie sich zuletzt auch noch zeigte - teuer ist, kam es zum letzten Mal 1986 zu einer Auswertung der Untersuchungen in den westlichen Bezirken.

Bei den Jugendzahnärzten in Berlin-Ost wurde bis zur Wende ein anderes, ebenfalls standardisiertes Verfahren praktiziert. Hier wurden die Untersuchungsergebnisse auf Listen niedergelegt, die zugleich die manuelle Summation wesentlicher Befundbestandteile zuließen. Eine Auswertung nach dem DMF-T-Index wurde in Berlin-Ost jedoch erst seit dem Schuljahr 1988/89 durchgeführt.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Mit dem 1989 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz und dem im SGB V niedergelegten § 21 kam es zu einer Umstrukturierung der Aufgaben der Jugendzahnpflege. Als Resultat der Bündelung der mit diesem Gesetz genannten Organisationen (Krankenkassen, Zahnärzteschaft, Land) wurde in Berlin die „Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.“ (LAG) gegründet. Dadurch erhielt die präventive Tätigkeit der Zahnärztlichen Dienste Unterstützung durch bei der LAG angestelltes Prophylaxepersonal. Ein gemeinsames, nach Altersstufen gegliedertes Aufbau-

konzept legte nahe, so schnell wie möglich Basisdaten zu ermitteln, um später die Effizienz der Maßnahmen beurteilen zu können.

3. Datenmaterial und Auswertungsverfahren

Nach den Vorgaben der Senatsverwaltung für Gesundheit (SenGes) werden in jährlichem Intervall alle Kinder und Jugendlichen vom 3. bis 18. Lebensjahr durch die Zahnärztlichen Dienste der Bezirksämter zahnärztlich untersucht und die Untersuchungsbefunde aufgezeichnet. Ziel der Untersuchungen ist neben der Ermittlung des Behandlungsbedarfs auch die Gewinnung von Daten zur Beurteilung des Mundgesundheitszustands. Da die Prophylaxemaßnahmen ebenfalls in die Karteikarte des Kindes eingetragen werden, kann auch das Ausmaß der präventiven Aktivitäten beurteilt und ausgewertet werden. Die zu diesen Zwecken erhobenen Befunde enthalten sowohl den internationalen DMF-T-Index mit der Bestimmung des Kariesrisikos nach den für das Berliner LAG-Gesamtkonzept zum Zeitpunkt der Erfassung gültigen Regelungen als auch eine kieferorthopädische Diagnostik. Darüber hinaus werden ebenso routinemäßig Zahnfleischerkrankungen und Schmelzveränderungen erfaßt.

Für jedes Kind wird beim Eintritt in Kindergarten oder Schule eine Karteikarte angelegt, auf der die jährlichen Befunde eingetragen werden. Für die Schulkinder gibt das Schulgesetz die rechtliche Grundlage zur zahnärztlichen Reihenuntersuchung (§ 20 SchulG). Für den Kindergartenbereich fehlt jedoch eine derartige Rechtsverbindlichkeit, so daß vor der Untersuchung das schriftliche Einverständnis der Eltern/ Personensorgeberechtigten vorliegen muß. Dies erhöht den Verwaltungsaufwand in erheblichem Maße und führt dazu, daß eine flächendeckende Erfassung, wie mit dem SGB V § 21 gefordert, von vornherein nahezu ausgeschlossen ist.

Beide Organisationen, der Zahnärztliche Dienst und die LAG mit ihren Honorarzahnärzte/-innen, haben die Untersuchungen nach den gleichen im Anhang aufgeführten Standards durchgeführt. Um für die vorliegende Auswertung eine möglichst einheitliche Befunderfassung und Befundaufzeichnung zu gewährleisten, fanden sowohl für das Personal der

Zahnärztlichen Dienste als auch der LAG entsprechende Schulungen bzw. Auffrischungsveranstaltungen statt.

Das LAG-Konzept hat einige Änderungen der Karteikarte erforderlich gemacht. So mußte mancher noch im Jahre 1986 übliche Eintrag zugunsten von Angaben wegfallen, die zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Gesamtkonzepts erforderlich schienen. Es handelt sich dabei im wesentlichen um die Angaben zur Kariesrisikodiagnostik und den Betreuungsgrad mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen.

Um eine möglichst fehlerfreie und auch im Sinne des Datenschutzes zu rechtfertigende Übertragung der Untersuchungsergebnisse an das Referat Gesundheitsstatistik der Senatsverwaltung für Gesundheit (SenGes) und das Statistische Landesamt (StaLa) sicherzustellen, wurden die gleichen gelben, anonymisierten Statistikstreifen verwendet, die auch schon Grundlage der Auswertung im Jahre 1986 waren. Die gelben Statistikstreifen tragen das gleiche Befundschemata wie die Karteikarte. Selbstverständlich ist auf den Statistikstreifen aus Datenschutzgründen die Eintragung personenbezogener Daten nicht möglich.

Der Statistikstreifen wird vor der Untersuchung auf die betreffende Befundzeile aufgeheftet. Der Befund wird auf den Statistikstreifen direkt geschrieben und im Durchschreibeverfahren über unterlegtes Durchschreibepapier auf die Karteikarte übertragen. Somit befindet sich der Originaleintrag auf dem anonymen Statistikstreifen und die Durchschrift auf der Karteikarte, die bei der untersuchten Stelle verbleibt. Die Statistikstreifen werden zwecks Auswertung von den Zahnärztlichen Diensten der Bezirksämter über das Referat SenGes I D an das StaLa geleitet. Dieses Verfahren ist ziemlich personal-, zeit- und kostenintensiv. Die Datenmenge beläuft sich auf 30 Angaben pro Einzeljahresbefund. Bei der letzten in dieser Art durchgeführten Erhebung im Jahre 1986 kamen ca. 157.000 Befunde zur Auswertung. Für das abgeschlossene Auswertungsintervall im Schuljahr 1992/93 über beide Teile der Stadt mußte mit mindestens der doppelten Menge gerechnet werden, d.h. insgesamt wurden 320.506 Dokumentationsbögen ausgewertet.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich die Zahnmedizin weiterentwickelt. Ein völlig neuer Begriff ist in diesem Zusammenhang der des Kariesrisikos.

§ 21 SGB V verursachte kontinuierlich Veränderungen der Aufgabenschwerpunkte, auch deshalb war eine Anpassung bzw. Umgestaltung der Auswertung erforderlich.

Zunächst waren qualitative Veränderungen zu berücksichtigen. Aussagen über das Kariesrisiko von Untersuchungsgruppen, den Einsatz bezirklicher Prophylaxe sowie über die Durchführung der grund- und wiederholungsprophylaktischen Untersuchungen waren unbedingt in die Statistik mit einzubeziehen. Ausgangspunkt der Erhebung mußte aber die Karteikarte zur zahnmedizinischen Untersuchung der Zahnärztlichen Dienste bleiben.

Diese vergleichsweise geringen Änderungen des Erfassungsdatensatzes waren ein Grund dafür, das Prüfprogramm aus der Erhebung 1986 anzupassen und für diese neue Erhebung ebenfalls zu benutzen. Ein weiterer gewichtiger Grund, diesen Teil des Projektablaufs auf der Großrechnerebene zu belassen, war durch die mehr als 300.000 zu Untersuchenden und in der daraus resultierenden Datenmenge gegeben.

Die Ergebnisse der Erhebung aus dem Jahr 1986 waren unter den damaligen Bedingungen erst im Juli 1988 verfügbar. Aufgrund des beschriebenen, den neuen Erfordernissen angepaßten Verfahrens erhofften sich alle Beteiligten, zu einer deutlich früheren Veröffentlichung der Ergebnisse zu gelangen. Während des Verfahrens zeigte sich jedoch, daß das Vordrucklager zwischenzeitlich Druckaufträge für Karteikarten und Statistikstreifen an verschiedene Firmen vergeben hatte, so daß in einer Reihe von Fällen Karteikarte und Statistikstreifen nicht übereinstimmten.

Bereits vor Beginn der Untersuchungen im Schuljahr 1992/93 fand eine Abstimmung bezüglich des Inhalts von Tabellen und Graphiken mit den Leiterinnen und Leitern der Zahnärztlichen Dienste statt. Im Anschluß daran konnte das StaLa mit der Erstellung der Auswertung nach den Vorgaben der SenGes und dem beschriebenen Verfahren beginnen. Aufgrund fehlender Personalkapazitäten des StaLa mußte jedoch die Eingabe der Befunddaten von den Statistikstreifen in Fremdvergabe durchgeführt werden. Das hierzu erforderliche Ausschreibungsverfahren führte zu einer erheblichen Verzögerung der Auswertungsarbeiten, so daß die Ergebnisse erst im Frühjahr 1995 vorlagen.

4. Ergebnisse und Vergleichsbetrachtungen

Wegen der Fülle an Ergebnissen erfolgt in Teil I die allgemeine Darstellung für Berlin insgesamt. Die Einzelresultate der 23 Berliner Bezirke und eine gesonderte Aufstellung der durch die IAG Berlin betreuten Einrichtungen sind als Teil II bei Interesse von der Senatsverwaltung für Gesundheit anzufordern.

Teil I enthält folgende Untergliederung:

- 4.1 Kariesepidemiologie
- 4.2 Kariesrisikodiagnostik
- 4.3 Parodontologie
- 4.4 Kieferorthopädie
- 4.5 Gruppenprophylaxe
- 4.6 Vergleichsdaten
- 4.7 Ergebnis und Bewertung

4.1 Kariesepidemiologie

Für Kariesstudien findet der DMF-T bzw. der DMF-S-Index in internationalen und nationalen Erhebungen in der Regel als Maß für den Kariesbefall einer Population Verwendung. Der DMF-T gibt die Zahl der durch Karies zerstörten = decayed (d/D), wegen Karies extrahierten = missing (m,M) und gefüllten = filled (f/F) Zähne = teeth (t/T) an. Der DMF-S-Index gibt die entsprechenden Werte bezogen auf Zahnflächen (S = surfaces) wieder. Im Berichtsjahr wurde der DMF-T-Index verwendet, jedoch ist vorgesehen, in den nächsten Jahren zunehmend die Erhebungen auf der Basis des DMF-S-Index durchzuführen.

Die Betrachtung der Einzelwerte (d, m, f, D, M, F) gibt Aufschluß über den Sanierungsgrad und das Ausmaß der unbehandelten Karies etc. (Die kleinen Buchstaben beziehen sich auf Milchzähne, die großen auf bleibende Zähne).

Um auf internationaler und nationaler Ebene Vergleiche ziehen zu können, ist es bezüglich des Lebensalters üblich geworden, Referenzgruppen auszuwählen. Dies gestattet eine Beschränkung auf einzelne Altersgruppen. Für kleinere epidemiologische Studien kann so der Untersuchungsumfang begrenzt werden. Bei größeren Erhebungen, wie der vorliegenden, führt dieses Verfahren zu einer besseren Handhabbarkeit der Datenmengen. Die Auswahl von Referenzgruppen für die graphische Dar-

stellung wurde auch aus dem Grund vorgenommen, dem Leser Vergleichsmaterialien zu bisherigen nationalen Erhebungen in die Hand zu geben.

Die Autoren sind sich bewußt, daß dennoch exakte Vergleiche u.a. wegen der zum Untersuchungszeitpunkt noch fehlenden Kalibrierung der Untersucherteams nicht möglich sind. Unter Kalibrierung ist ein recht zeitaufwendiges „Eichverfahren“ zu verstehen, dem sich Untersucher/-innen unterziehen, um zu gewährleisten, daß von diesen Untersuchern stets vergleichbare und von ihnen selbst reproduzierbare Untersuchungsergebnisse geliefert werden. Zum Zeitpunkt der Erhebung gab es solche kalibrierten Untersucherteams bis auf Ausnahmen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nicht. Daran hat sich zwischen Erhebung der Daten für den vorliegenden Bericht und ihrer Evaluation auch in Berlin einiges geändert.

Referenzgruppen

- Aus den Mundbefunden der **3- bis unter 4jährigen** läßt sich ua einschätzen, in welchem Umfang präventive Maßnahmen in den ersten beiden Lebensjahren, wie z.B. die Tablettenfluoridierung, genutzt worden sind
- Die **5- bis unter 6jährigen** sind die Kinder, die den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2000 folgend zu 50 % kariesfrei sein sollen. Zudem lassen sich hier erste Erfolge gruppenprophylaktischer Maßnahmen im Kindergarten ablesen.
- Die **6- bis unter 7jährigen** bilden die Altersgruppe der Schulanfänger. Aus dieser Altersgruppe lassen sich die Basisdaten für den Schulbereich gewinnen.
- Die Befunde der **8- bis unter 9jährigen** können die Erfolge der in den ersten Grundschulklassen durchgeführten Prophylaxemaßnahmen zeigen.
- Die **12- bis unter 13jährigen** sollen den Zielen der WHO für das Jahr 2000 folgend einen DMF-I von 2, d.h. nicht mehr als 2 durch Karies zerstörte, wegen Karies gefüllte oder extrahierte bleibende Zähne haben.
- Bei **18jährigen** sollen nicht mehr als 25 % der Zähne fehlen.

Tabelle 1:
Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin im Schuljahr 1992/1993
nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	Untersuchte Kinder und Jugendliche																				
	mit naturgesunden Zähnen										mit nicht naturgesunden Zähnen										insgesamt
	weiblich					männlich					weiblich					männlich					
	insgesamt		ab- solut		in % von	insgesamt		ab- solut		in % von	insgesamt		ab- solut		in % von	insgesamt		ab- solut		in % von	
Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.4	Sp.5	Sp.6	Sp.7	Sp.8	Sp.9	Sp.10	Sp.11	Sp.12	Sp.13	Sp.14	Sp.15	Sp.16	Sp.17	Sp.18	Sp.19	Sp.20	Sp.21	
2 - 3	5.749	2.763	2.986	5.115	89,0	6,6	2.451	88,7	6,7	2.664	89,2	6,6	634	11,0	0,3	312	11,3	0,3	322	10,8	0,3
3 - 4	14.741	7.163	7.578	10.745	72,9	13,9	5.330	74,4	14,5	5.415	71,5	13,4	3.996	27,1	1,6	1.833	25,6	1,5	2.163	28,5	1,7
4 - 5	15.872	7.689	8.183	9.390	59,2	12,2	4.597	59,8	12,5	4.793	58,6	11,9	6.482	40,8	2,7	3.092	40,2	2,6	3.390	41,4	2,7
5 - 6	17.254	8.375	8.879	8.118	47,0	10,5	3.993	47,7	10,9	4.125	46,5	10,2	9.136	53,0	3,8	4.382	52,3	3,7	4.754	53,5	3,8
6 - 7	23.226	11.335	11.891	7.623	32,8	9,9	3.691	32,6	10,0	3.932	33,1	9,7	15.603	67,2	6,4	7.644	67,4	6,4	7.959	66,9	6,4
7 - 8	28.112	13.774	14.338	6.101	21,7	7,9	2.976	21,6	8,1	3.125	21,8	7,7	22.011	78,3	9,0	10.798	78,4	9,1	11.213	78,2	9,0
8 - 9	28.414	13.820	14.594	4.833	17,0	6,3	2.375	17,2	6,5	2.458	16,8	6,1	23.581	83,0	9,7	11.445	82,8	9,6	12.136	83,2	9,8
9 - 10	28.330	13.599	14.731	4.073	14,4	5,3	1.951	14,3	5,3	2.122	14,4	5,3	24.257	85,6	10,0	11.648	85,7	9,8	12.609	85,6	10,1
10 - 11	28.596	13.741	14.855	4.200	14,7	5,4	2.034	14,8	5,5	2.166	14,6	5,4	24.396	85,3	10,0	11.707	85,2	9,8	12.689	85,4	10,2
11 - 12	27.673	13.445	14.228	4.501	16,3	5,8	2.097	15,6	5,7	2.404	16,9	6,0	23.172	83,7	9,5	11.348	84,4	9,5	11.824	83,1	9,5
12 - 13	24.930	11.987	12.943	4.064	16,3	5,3	1.792	14,9	4,9	2.272	17,6	5,6	20.866	83,7	8,6	10.195	85,1	8,6	10.671	82,4	8,6
13 - 14	20.962	10.162	10.800	2.951	14,1	3,8	1.217	12,0	3,3	1.734	16,1	4,3	18.011	85,9	7,4	8.945	88,0	7,5	9.066	83,9	7,3
14 - 15	19.027	9.315	9.712	2.341	12,3	3,0	987	10,6	2,7	1.354	13,9	3,4	16.686	87,7	6,9	8.328	89,4	7,0	8.358	86,1	6,7
15 - 16	17.938	8.888	9.050	1.565	8,7	2,0	654	7,4	1,8	911	10,1	2,3	16.373	91,3	6,7	8.234	92,6	6,9	8.139	89,9	6,5
16 - 17	13.500	6.659	6.841	1.079	8,0	1,4	460	6,9	1,3	619	9,0	1,5	12.421	92,0	5,1	6.199	93,1	5,2	6.222	91,0	5,0
17 - 18	5.290	2.607	2.683	386	7,3	0,5	146	5,6	0,4	240	8,9	0,6	4.904	92,7	2,0	2.461	94,4	2,1	2.443	91,1	2,0
18 - 19	949	487	462	99	10,4	0,1	43	8,8	0,1	56	12,1	0,1	850	89,6	0,3	444	91,2	0,4	406	87,9	0,3
19 - 20	42	24	18	8	19,0	-	4	16,7	-	4	22,2	-	34	81,0	-	20	83,3	-	14	77,8	-
insgesamt	320.605	155.833	164.772	77.192	24,1	100	36.798	23,6	100	40.394	24,5	100	243.413	75,9	100	119.035	76,4	100	124.378	75,5	100

(Quelle: SenGes)

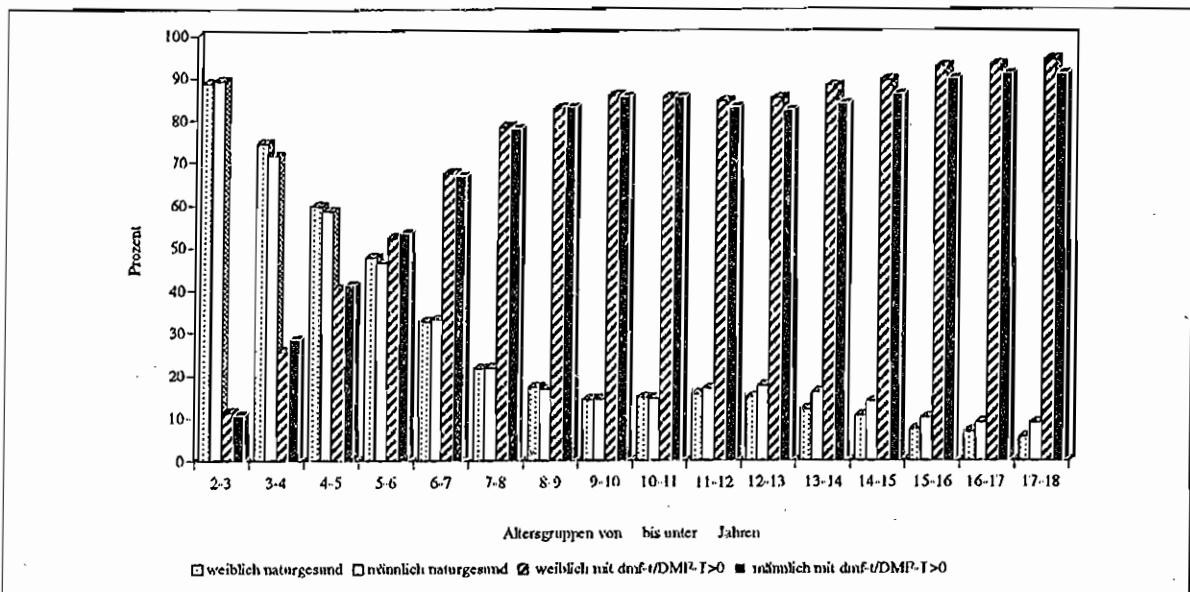
Tabelle 1.1:
Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin-West im Schuljahr 1992/1993
nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	Untersuchte Kinder und Jugendliche																				
	ins- ge- sam	weib- lich	männ- lich	mit naturgesunden Zähnen						mit nicht naturgesunden Zähnen											
				insgesamt			weiblich			männlich			insgesamt			weiblich			männlich		
				ab- solut	in % von	%	ab- solut	in % von	%	ab- solut	in % von	%	ab- solut	in % von	%	ab- solut	in % von	%	ab- solut	in % von	%
i	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.1	Sp.2	Sp.3	Sp.1	Sp.2	Sp.3
2 - 3	1.773	858	915	1.486	83,8	3,9	728	84,8	3,9	758	82,8	3,9	287	16,2	0,3	130	15,2	0,3	157	17,2	0,3
3 - 4	7.737	3.730	4.007	5.495	71,0	14,6	2.730	73,2	14,7	2.765	69,0	14,4	2.242	29,0	2,2	1.000	26,8	2,1	1.242	31,0	2,4
4 - 5	9.016	4.357	4.659	5.226	58,0	13,9	2.547	58,5	13,8	2.679	57,5	13,9	3.790	42,0	3,7	1.810	41,5	3,7	1.980	42,5	3,8
5 - 6	10.082	4.885	5.197	4.382	43,5	11,6	2.164	44,3	11,7	2.218	42,7	11,5	5.700	56,5	5,6	2.721	55,7	5,6	2.979	57,3	5,7
6 - 7	11.012	5.331	5.681	3.420	31,1	9,1	1.668	31,3	9,0	1.752	30,8	9,1	7.592	68,9	7,5	3.663	68,7	7,5	3.929	69,2	7,5
7 - 8	13.538	6.671	6.867	2.882	21,3	7,6	1.490	22,3	8,1	1.392	20,3	7,2	10.656	78,7	10,5	5.181	77,7	10,6	5.475	79,7	10,4
8 - 9	13.146	6.392	6.754	2.407	18,3	6,4	1.247	19,5	6,7	1.160	17,2	6,0	10.739	81,7	10,6	5.145	80,5	10,6	5.594	82,8	10,6
9 - 10	12.617	6.089	6.528	1.905	15,1	5,0	967	15,9	5,2	938	14,4	4,9	10.712	84,9	10,6	5.122	84,1	10,5	5.590	85,6	10,6
10 - 11	12.740	6.111	6.629	2.269	17,8	6,0	1.132	18,5	6,1	1.137	17,2	5,9	10.471	82,2	10,3	4.979	81,5	10,2	5.492	82,8	10,4
11 - 12	12.529	6.047	6.482	2.445	19,5	6,5	1.195	19,8	6,5	1.250	19,3	6,5	10.084	80,5	10,0	4.852	80,2	10,0	5.232	80,7	9,9
12 - 13	10.633	5.028	5.605	2.153	20,2	5,7	993	19,7	5,4	1.160	20,7	6,0	8.480	79,8	8,4	4.035	80,3	8,3	4.445	79,3	8,4
13 - 14	6.974	3.560	3.614	1.337	19,2	3,5	596	17,7	3,2	741	20,5	3,9	5.637	80,8	5,6	2.764	82,3	5,7	2.873	79,5	5,5
14 - 15	5.831	2.863	2.968	987	16,9	2,6	475	16,6	2,6	512	17,3	2,7	4.844	83,1	4,8	2.388	83,4	4,9	2.456	82,7	4,7
15 - 16	5.423	2.669	2.754	692	12,8	1,8	314	11,8	1,7	378	13,7	2,0	4.731	87,2	4,7	2.355	88,2	4,8	2.376	86,3	4,5
16 - 17	4.146	1.966	2.180	463	11,2	1,2	197	10,0	1,1	266	12,2	1,4	3.683	88,8	3,6	1.769	90,0	3,6	1.914	87,8	3,6
17 - 18	1.467	639	828	148	10,1	0,4	57	8,9	0,3	91	11,0	0,5	1.319	89,9	1,3	582	91,1	1,2	737	89,0	1,4
18 - 19	334	160	174	29	8,7	0,1	8	5,0	-	21	12,1	0,1	305	91,3	0,3	152	95,0	0,3	153	87,9	0,3
19 - 20	29	14	15	4	13,8	-	1	7,1	-	3	20,0	-	25	86,2	-	13	92,9	-	12	80,0	-
insgesamt	139.027	67.170	71.857	37.730	27,1	100	18.509	27,6	100	19.221	26,7	100	101.297	72,9	100	48.661	72,4	100	52.636	73,3	100

(Quelle: SenGes)

Abbildung 1.1:

Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht - Vergleich naturgesunde -/nicht naturgesunde Zähne



(Quelle: SenGes)

Abbildung 1.1 zeigt das Verhältnis zwischen untersuchten Kindern und Jugendlichen mit naturgesunden ($dmf-t/DMF-T = 0$) und nicht naturgesunden ($dmf-t/DMF-T > 0$) Zähnen in Prozentwerten. In den Tabellen 1, 1.1 und 1.2 ist diese Aussage in absoluten Zahlen und in Prozentwerten abzulesen. Man erkennt, daß der größte Anteil an untersuchten Kindern mit naturgesunden Zähnen in den unteren Altersgruppen zu finden ist. Danach ist eine nahezu lineare Abnahme an Untersuchten mit naturgesunden Zähnen zu registrieren.

Wie oben erwähnt hat die WHO in ihren Zielen für das Jahr 2000 festgelegt, daß in der Altersgruppe der 5- bis unter 6jährigen Kinder 50 % kariesfrei sein sollen. Betrachtet man die Prozentwerte der Kinder mit naturgesunden Zähnen nach Stadthälften getrennt, so zeigt sich, daß stets der höhere Prozentsatz bei den Werten in Berlin-Ost für die Altersgruppe der 2- bis unter 3jährigen bis zu den 7- bis unter 8jährigen zu finden ist. In höheren Altersgruppen ist die Entwicklung jedoch gegenläufig. Ist dies ein Ergebnis des Zusammenbruchs der bis 1990 bestehenden Strukturen zur zahnärztlichen Kinderbetreuung in Berlin-Ost, der auch durch die vorübergehende Schaffung zusätzlicher Kapazitäten an den Zahnärztlichen Diensten nicht aufgefangen werden konnte?

Tatsächlich lag der Untersuchungszeitraum (Schuljahr 1992/1993) ca. zwei Jahre nach der Wiedervereinigung beider Stadthälften. Zu dieser Zeit war

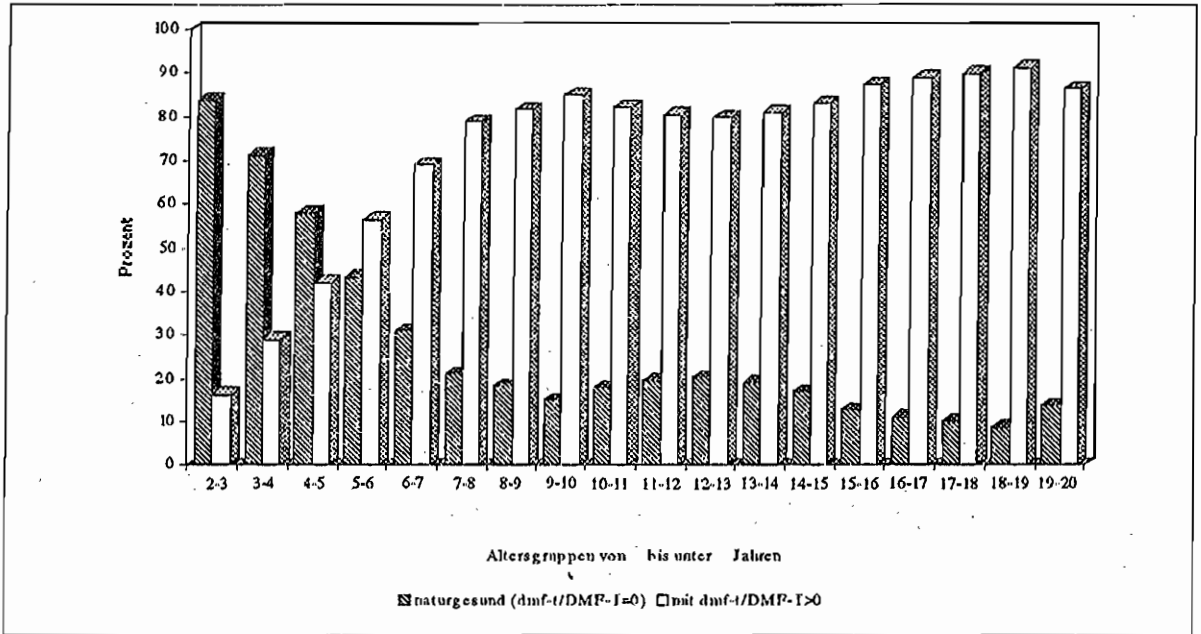
- das System der kinderstomatologischen Betreuung in Berlin-Ost zwischenzeitlich zusammengebrochen
- die Aufbauphase Zahnärztlicher Dienste in Berlin-Ost nach dem Muster Berlin-West noch nicht abgeschlossen
- die Niederlassung von Zahnärzten in Berlin-Ost noch nicht flächendeckend, so daß das für Ost-Berliner-Eltern völlig ungewohnte Überweisungssystem, besonders die älteren Kinder betreffend, nur langsam wirksam werden konnte.

Im Vergleich der betreffenden Werte der beiden Stadthälften miteinander ist ersichtlich, daß Berlin-Ost mit 52,1 % das WHO-Ziel für das Jahr 2000 schon erreicht hat. Das entsprechende Ergebnis in Berlin-West von 43,5 % bewirkt, daß für Berlin-Gesamt 47 % naturgesunde Zähne bei den 5- bis unter 6jährigen zu finden sind.

Der Vergleich der $dmf-t/DMF-T$ -Werte zwischen Mädchen und Jungen ergab keine nennenswerten Unterschiede.

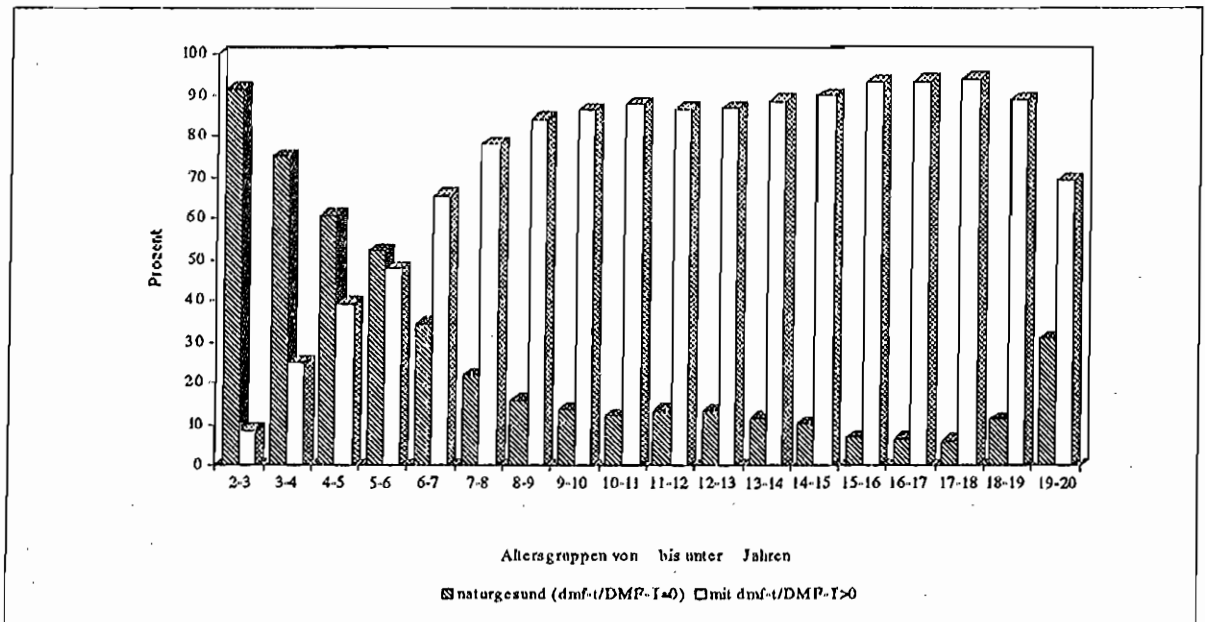
Die Abbildungen 1.2 und 1.3 stellen das Verhältnis naturgesunder -/nicht naturgesunder Zähne getrennt für die beiden Stadthälften dar. Es zeigt sich mit geringfügigen Abweichungen eine analoge Entwicklung.

Abbildung 1.2:
 Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin-West im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen -
 Vergleich naturgesunde -/nicht naturgesunde Zähne



(Quelle: SenGes)

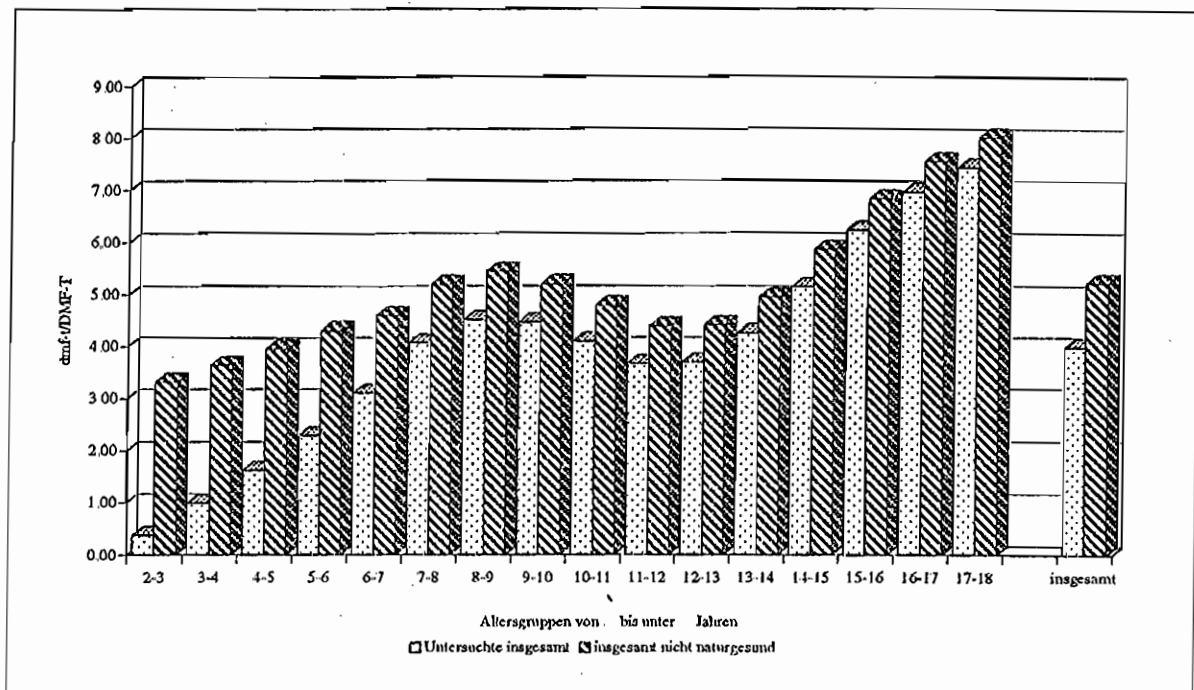
Abbildung 1.3:
 Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin-Ost im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen -
 Vergleich naturgesunde -/nicht naturgesunde Zähne



(Quelle: SenGes)

Abbildung 2:

dmf-t/DMF-T der untersuchten Kinder und Jugendlichen insgesamt sowie mit nicht naturgesunden Zähnen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen



(Quelle: SenGes)

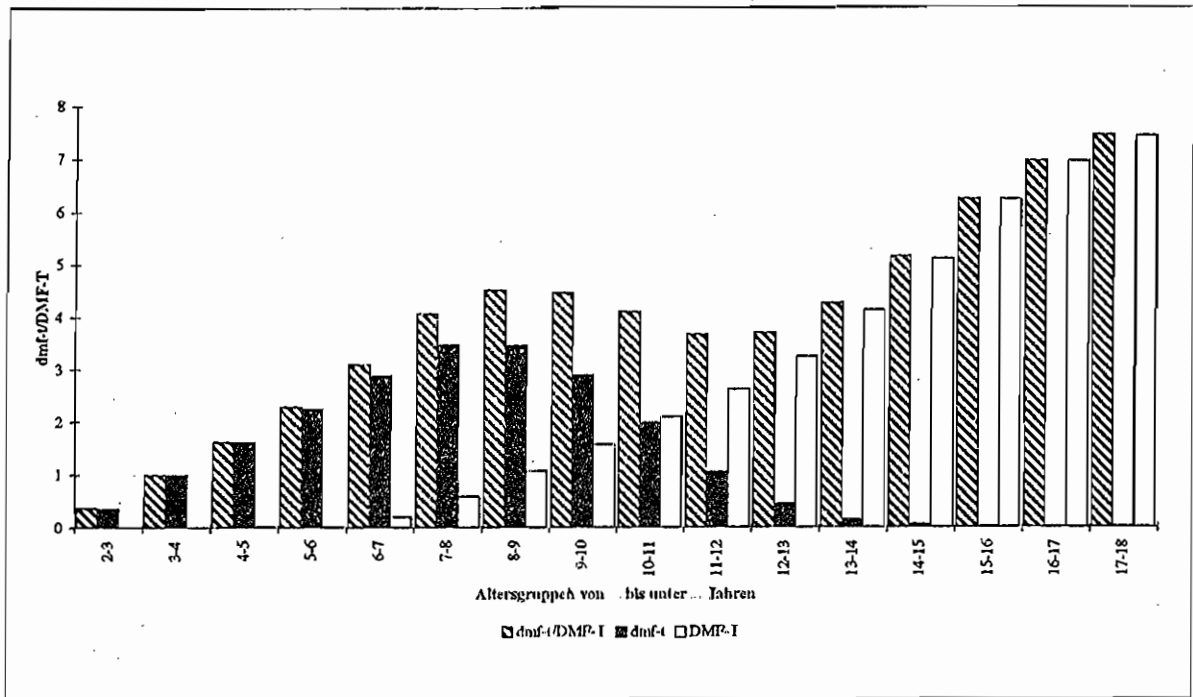
Abbildung 2 und Tabelle A 2 zeigen für Berlin den Gesamt-dmf-t/DMF-T aller Kinder und Jugendlichen sowie den Gesamt-dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen mit nicht naturgesunden Zähnen. Man erkennt, welchen Einfluß die Werte der untersuchten Kinder mit naturgesunden Zähnen (dmf-t/DMF-T = 0) auf die Höhe der Gesamtwerte haben. So sinkt der Wert in der Altersgruppe der 2- bis unter 3jährigen von 3,32 für die nicht Naturgesunden auf 0,37 insgesamt (einschließlich Naturgesunder).

Es wird deutlich, daß z.B. bei den 12jährigen mit nicht naturgesundem Gebiß im Durchschnitt 4 - 5 Zähne an Karies erkrankt bzw. wegen Karies behandelt worden sind. Erfahrungsgemäß ist anzunehmen, daß es sich dabei um die ersten vier bleibenden Backenzähne handelt. Die ersten vier bleibenden Backenzähne sind in der Regel die Zähne des bleibenden Gebisses, die zuerst in der Mundhöhle erscheinen.

Während der Kariesbefall bei den Altersgruppen der bis zu 10jährigen nahezu geschlechtsunspecific verläuft, zeigt sich in zunehmendem Lebensalter ein höherer Kariesanteil bei den Mädchen (vgl. Tabelle A 2)

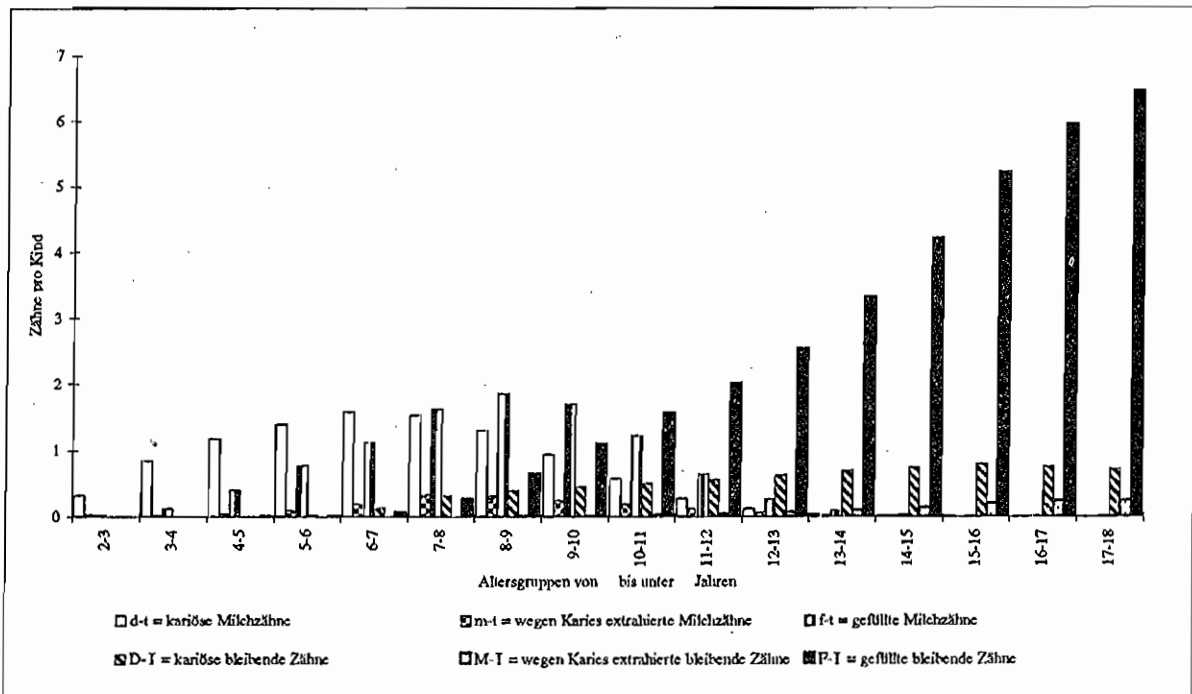
Abbildung 3.1 zeigt den Gesamt-dmf-t/DMF-T sowie die Einzelwerte der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 aufgeschlüsselt nach Altersgruppen. Diese Graphik, zusammen mit der im Anhang befindlichen Tabelle A 3, die die genauen Zahlenwerte enthält, gibt einen ersten Überblick über das Kariesgeschehen der Berliner Kinder. Der dmf-t/DMF-T gibt an, wieviele Milch- und bleibende Zähne im Mittelwert pro Kind der jeweiligen Altersgruppe wegen Karies erkrankt, gefüllt oder entfernt waren. Bei der Betrachtung der Gesamtwerte im West-Ost-Vergleich zeigt sich, daß die Milchgebißwerte in Berlin-Ost deutlich besser, die Werte bezüglich der bleibenden Zähne allerdings schlechter sind (vgl. Tabelle A 3.1 und A 3.2).

Abbildung 3.1:
dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993
nach Altersgruppen



(Quelle: SenGes)

Abbildung 3.2:
dmf-t/DMF-T - Einzelwerte der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993
nach Altersgruppen



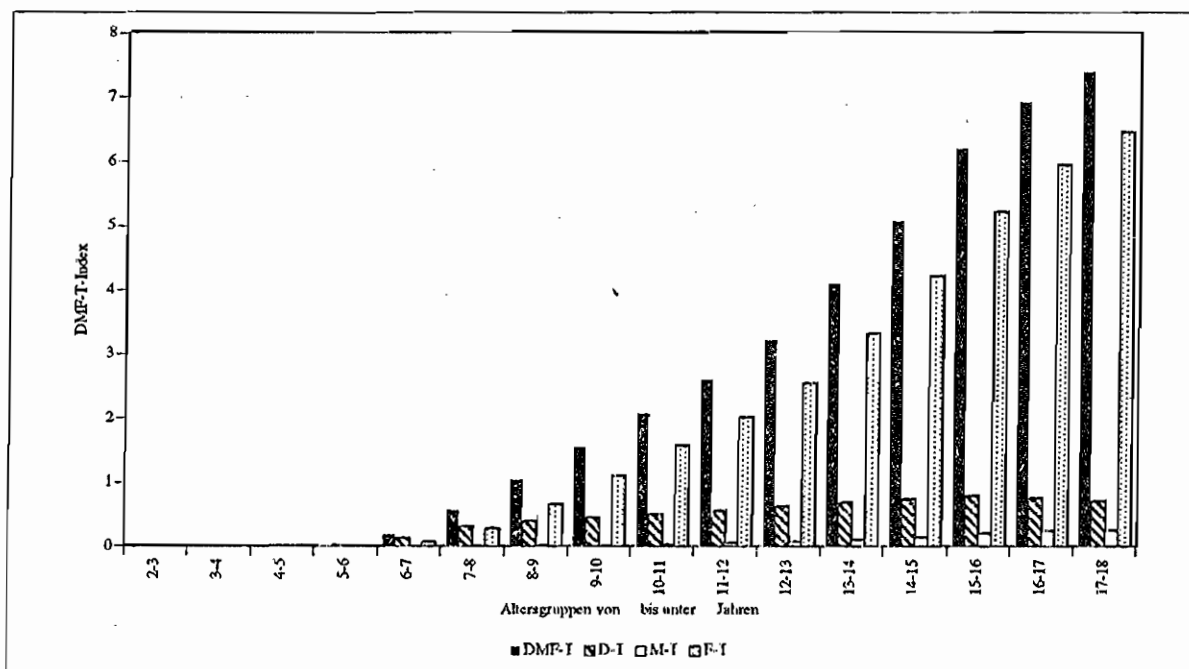
(Quelle: SenGes)

Abbildung 3.2 zeigt die Aufschlüsselung in die Einzelwerte. Man kann aus dieser Graphik entnehmen, wieviele Zähne pro Kind jeweils erkrankt, gefüllt oder entfernt wurden. Bei den Milchzähnen von Kindern bis zum 7. Lebensjahr fällt auf, daß wesentlich mehr Zähne erkrankt als gefüllt sind. Bei den bleibenden Zähnen hingegen fällt der hohe Sanierungsgrad ins Auge.

Der DMF-T-Wert bei den 12jährigen beträgt 3,24, bei den 8- bis unter 9jährigen 1,06, bei den 5- bis unter 6jährigen 0,02. Bezüglich der WHO-Ziele für das Jahr 2000 läßt sich feststellen, daß Berlin mit dem Wert DMF-T 3,24 bei den 12jährigen noch recht weit entfernt ist von der Zielvorgabe für Europa, nämlich einem DMF-T = 2. Einzelne Berliner Bezirke sind diesem Ziel schon deutlich näher (vgl. Diagramme und Tabellen in Teil II).

Abbildung 4:

DMF-T-Index (bleibende Zähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen



(Quelle: SenGes)

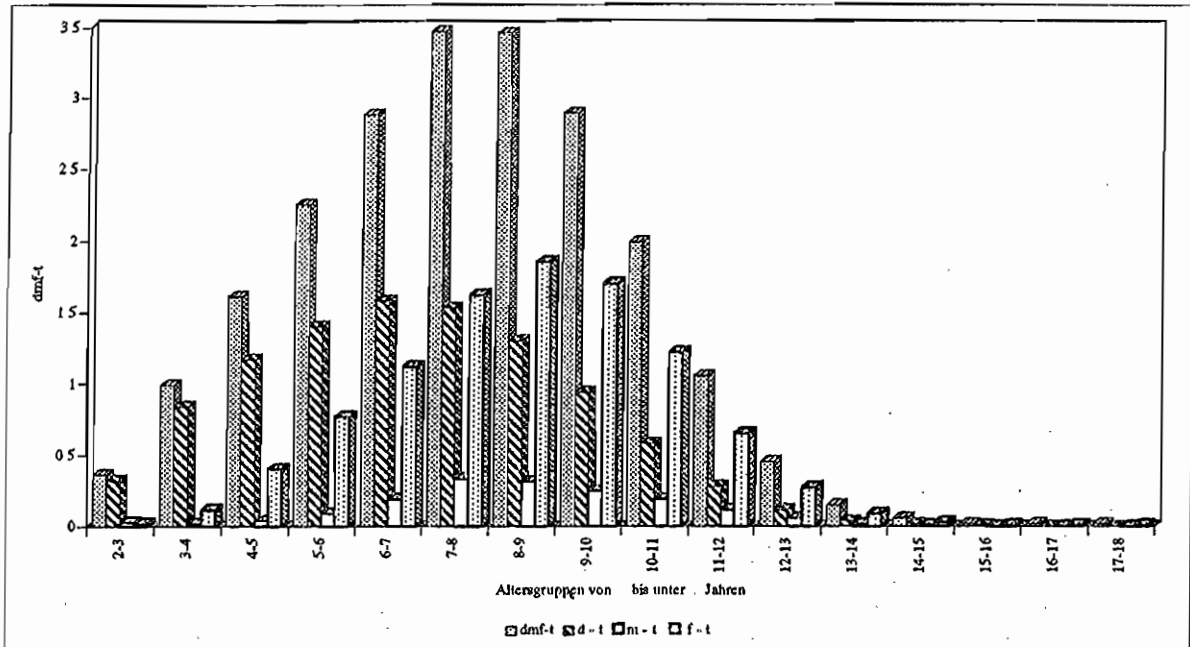
Die Abbildung 4 und die Tabelle A 4 im Anhang zeigen den DMF-T-Index und seine Einzelwerte für die bleibenden Zähne insgesamt für alle Altersgruppen. Es ist zu sehen, daß der Anteil der D-Zähne (kariöse unbehandelte bleibende Zähne) keinen großen Schwankungen über die Altersgruppen unterworfen ist. Im Querschnitt gesehen, ist stets weniger als 1 Zahn kariös. Die nachfolgenden Tabellen und Graphiken werden jedoch dazu beitragen, diesen Sachverhalt einer weiteren Analyse zu unterziehen.

Darüber hinaus wird deutlich, daß die Höhe des DMF-T in Berlin weniger durch die akute Karies bedingt ist als durch die Anzahl gelegter Füllungen, also sanierter Zähne. Die Zunahme der F-Zähne erfolgt mit recht großer Steilheit in der graphischen

Darstellung, kontinuierlich beginnend bei den 7-bis unter 8jährigen mit durchschnittlich ¼ gefülltem Zahn bis zu knapp 7 gefüllten Zähnen bei den 18-bis unter 19jährigen.

Die Abbildung 5 und die Tabelle A 5 zeigen den dmf-t-Index und seine Einzelwerte für die Milchzähne für alle Altersgruppen. Aus den Einzelwerten lassen sich unbehandelte Karies (d), gefüllte Zähne (f) und durchgeführte Extraktionen (m) erkennen. Es ist zu sehen, daß der Anteil der d-Zähne (kariöse Milchzähne) hier in einer völlig anderen Größenordnung als bei den bleibenden Zähnen auftritt. Auffallend ist der doppelt so hohe Anteil unbehalteter Milchzahnkaries im Verhältnis zu den Milchzahnfüllungen bei den unter 6jährigen Kindern.

Abbildung 5:
dmf-t - Index (Milchzähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

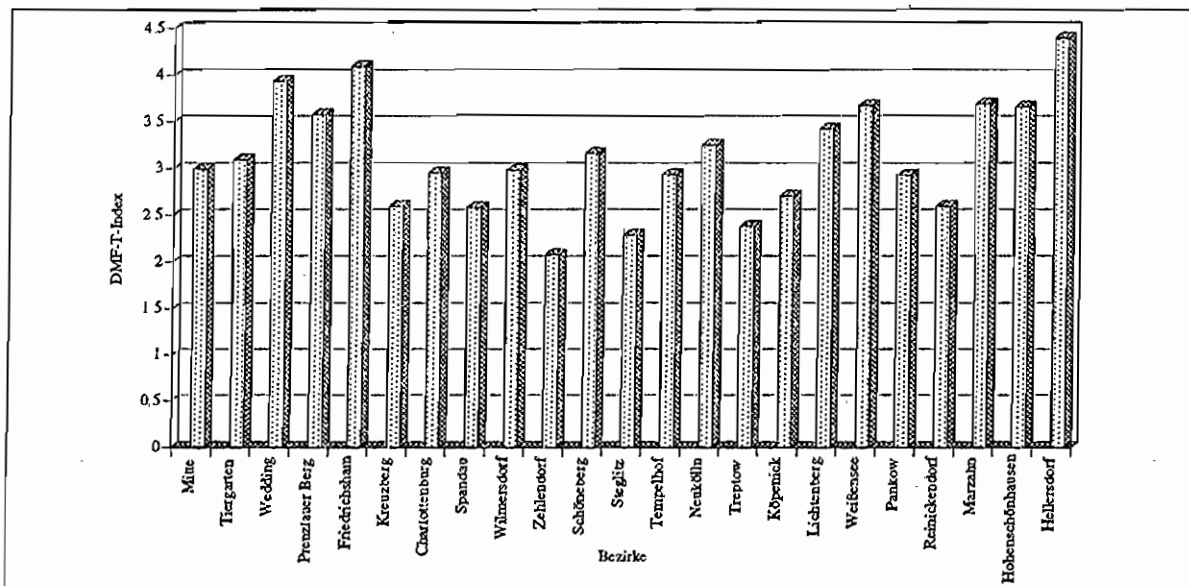


(Quelle: SenGes)

Dies läßt den Schluß zu, daß dem Milchgebiß nicht die Wertigkeit beigemessen wird, die für das bleibende Gebiß bezüglich der Behandlung wohl schon zur Selbstverständlichkeit geworden ist. Doch

kommt der Sanierung des Milchgebisses für die weitere Gebißentwicklung und die Effizienz der Prophylaxe auch im Hinblick auf die Vermeidung von Folgekosten eine große Bedeutung zu.

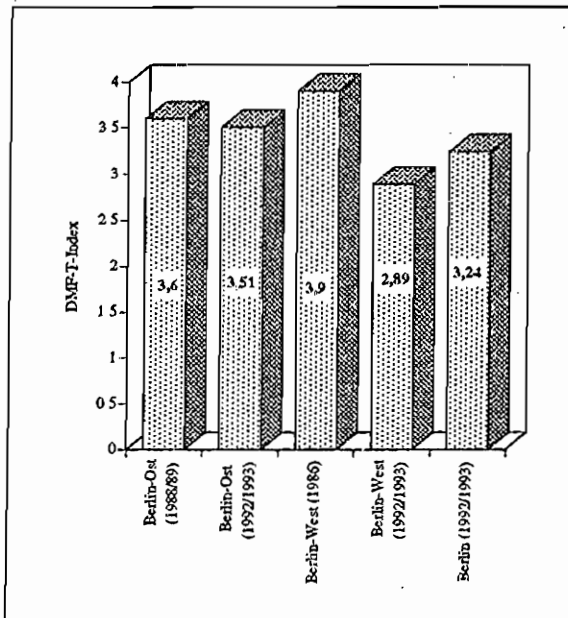
Abbildung 6 1:
DMF-T-Index der 12- bis unter 13jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Bezirken



(Quelle: SenGes)

Die Abbildung 6.1 zeigt die DMF-T-Werte der 12- bis unter 13jährigen im Bezirksvergleich. Man erkennt deutlich, daß zwischen den Bezirken große Unterschiede im Zahngesundheitszustand dieser Altersgruppe bestehen. Einerseits ist wohl eine Abhängigkeit von der bezirklichen Sozialstruktur denkbar, andererseits wird das Bild sicher durch unterschiedliche prophylaktische Aktivitäten beeinflusst.

Abbildung 6.2:
DMF-T-Index der 12- bis unter 13jährigen Kinder in Berlin ab 1986

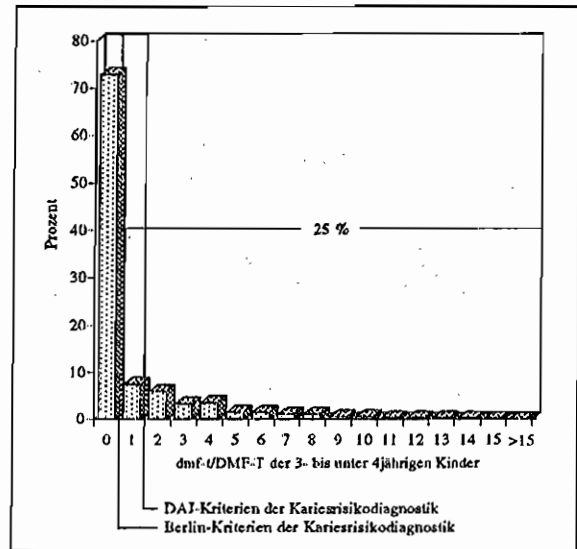


(Quelle: SenGes)

Sowohl in Berlin-Ost als auch in -West gab es bisher keine kontinuierliche Auswertung der Untersuchungsbefunde hinsichtlich des DMF-T, daher beziehen sich die Vergleichsdaten auf verschiedene Jahre: Der Wert für den westlichen Teil stammt aus der letzten Auswertung, die - wie schon erwähnt - 1986 durchgeführt wurde, und der Wert für die östlichen Bezirke aus dem Schuljahr 1988/89, dem ersten Jahr, in dem nach diesem Index ausgewertet wurde. Diese Werte aus beiden Stadthälften werden in Abbildung 6.2 mit den aktuellen DMF-T-Werten verglichen, d.h. es zeigt sich insgesamt eine Verbesserung des Zahngesundheitszustandes. Die Abbildung 6.2 zeigt die DMF-T-Werte in zeitlicher Entwicklung nach Stadthälften getrennt. Bei der Betrachtung sind die unterschiedlich großen Zeitintervalle, die zwischen den Erhebungen der Daten

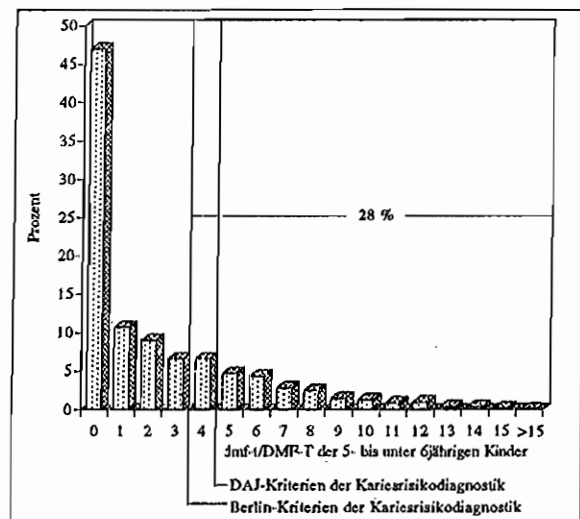
in beiden Stadthälften lagen, ebenso zu berücksichtigen wie die starken Umstrukturierungen, die die kinderärztliche Betreuung in Berlin-Ost in dieser Zeitspanne betrafen.

Abbildung 7.1:
Prozentuale Häufigkeit des dmf-t/DMF-T der 3- bis unter 4jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993



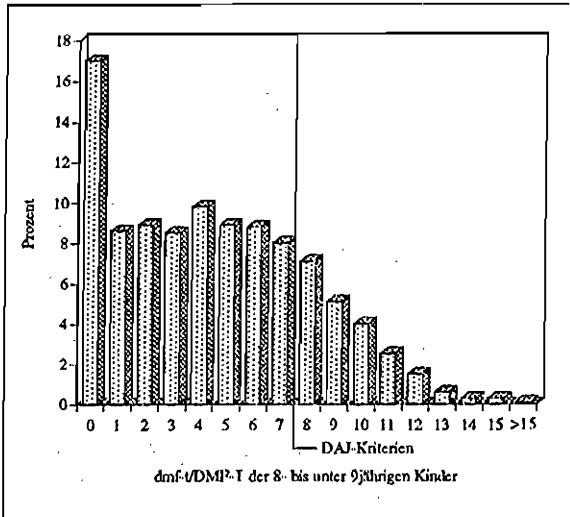
(Quelle: SenGes)

Abbildung 7.2:
Prozentuale Häufigkeit des dmf-t/DMF-T der 5- bis unter 6jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993



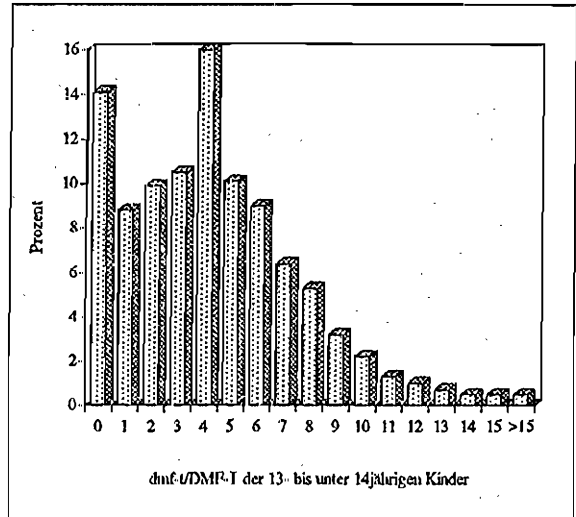
(Quelle: SenGes)

Abbildung 7.3:
Prozentuale Häufigkeit des dmf-t/DMF-T
der 8- bis unter 9jährigen Kinder in Berlin
im Schuljahr 1992/1993



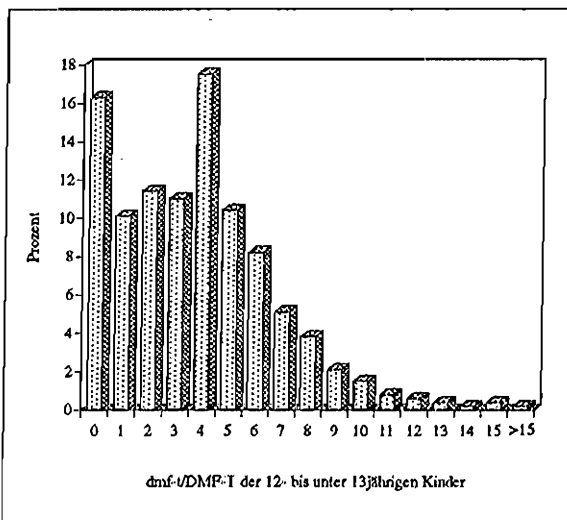
(Quelle: SenGes)

Abbildung 7.5:
Prozentuale Häufigkeit des dmf-t/DMF-T
der 13- bis unter 14jährigen Kinder in Berlin
im Schuljahr 1992/1993



(Quelle: SenGes)

Abbildung 7.4:
Prozentuale Häufigkeit des dmf-t/DMF-T
der 12- bis unter 13jährigen Kinder in Berlin
im Schuljahr 1992/1993



(Quelle: SenGes)

Die Abbildungen 7.1 bis 7.5 zeigen die prozentuale Häufigkeit des dmf-T/DMF-T der Berliner Kinder in fünf Referenzgruppen, nämlich den Altersgruppen 3 bis unter 4, 5 bis unter 6, 8 bis unter 9, 12 bis unter 13 und 13 bis unter 14 Jahre (vgl. Tabelle A 7).

Aus der Abbildung 7.1 und der Tabelle A7 ist ersichtlich, daß in der Altersgruppe der 3- bis unter 4jährigen 72,9 % naturgesunde Zähne haben. Deutlich unter 8 % der Kinder haben jeweils einen oder mehrere dmf-Zähne.

Bei den 5- bis unter 6jährigen Kindern haben 47 % naturgesunde Zähne, d.h. der dmf-T/DMF-T ist = 0. 10,7 % haben einen dmf-t/DMF-T-Zahn, 9,0 % haben zwei und 6,6 % haben drei kariöse oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne. 26,7 % haben mehr als drei Zähne mit Kariesschäden (Abbildung 7.2, Tabelle A 7).

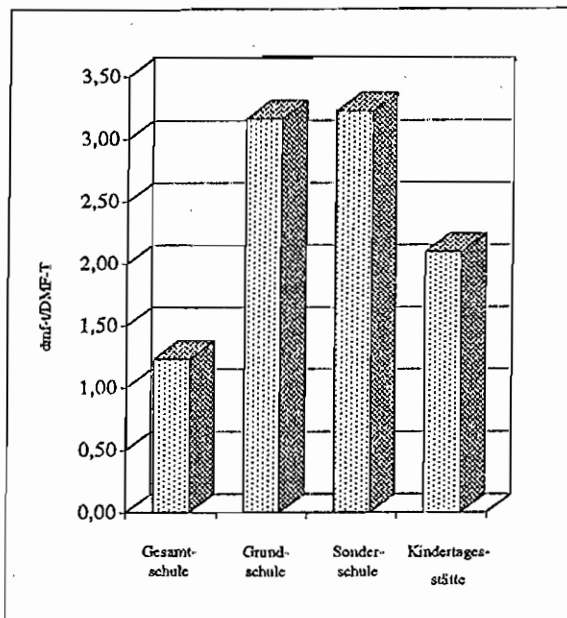
Bei den 8- bis unter 9jährigen sieht die Verteilung bereits weniger günstig aus (Abbildung 7.3). 17 % haben naturgesunde Zähne. 1-7 Zähne sind bei jeweils etwa 9 % der Kinder von Karies angegriffen. Rund 21 % der Kinder haben mehr als 7 dmf-T/DMF-T-Zähne (Abbildung 7.3).

Bei den 12- bis unter 13jährigen Kindern haben nur noch 16,3 % ein naturgesundes Gebiß. Bei 17,5 % zeigen bereits 4 Zähne Kariesschäden 15,1 % der Kinder haben mehr als 6 dmf-T/DMF-T-Zähne (Abbildung 7.4).

In der Altersgruppe der 13- bis unter 14jährigen Kinder finden sich lediglich 14,1 % mit naturgesunden Zähnen. Auffallend ist auch in diesem Jahrgang, daß 4 kariesbehaftete Zähne pro Kind bereits bei 16 % gefunden wurden. 21,6 % der Kinder dieser Altersgruppe haben mehr als 6 dmf-T/DMF-T-Zähne (Abbildung 7.5).

Die entsprechenden bezirksspezifischen Ergebnisse finden sich in Teil II.

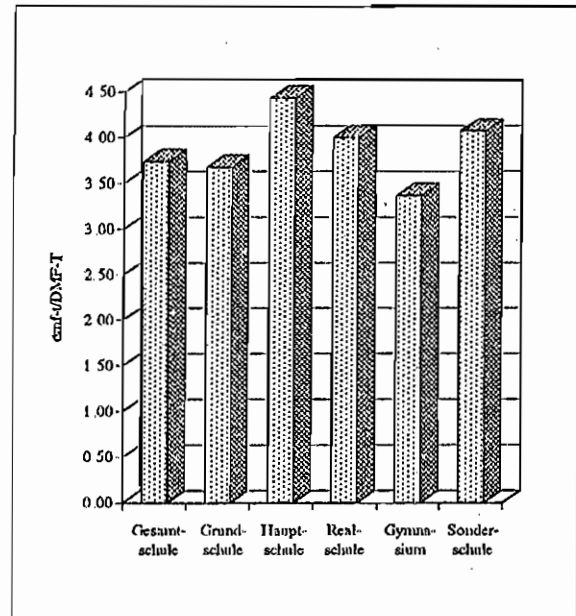
Abbildung 8.1:
dmf-t/DMF-T der 5- bis unter 6jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Schularten



(Quelle: SenGes)

Tabelle A.8 zeigt die Verteilung der dmf-t/DMF-T-Werte auf die verschiedenen Schularten bzw. auf den Kindergarten. Um zu einer Bewertung zu gelangen, wurden die Werte für zwei ausgewählte Altersgruppen dargestellt.

Abbildung 8.2:
dmf-t/DMF-T der 12- bis unter 13jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Schularten



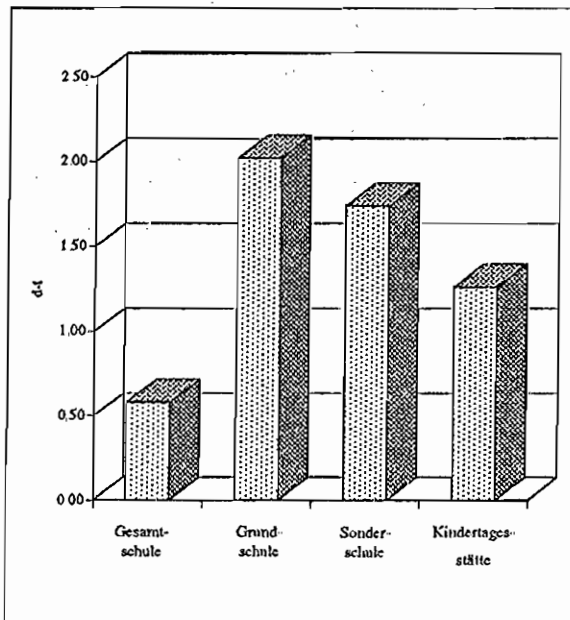
(Quelle: SenGes)

Abbildung 8.1: Betrachtet man die dmf-t/DMF-T-Werte der 5- bis unter 6jährigen Kinder getrennt nach den Einrichtungen, die die Kinder besuchen, so sieht man, daß in dieser Altersgruppe die Sonderschüler die schlechtesten und die Gesamtschüler die besten Werte zeigen. Im Vergleich der Daten der Gesamtschüler mit denen der anderen Schultypen, wird die Frage nach dem sozialen Hintergrund der Gesamtschulkinder interessant. Beim Vergleich der Kindergartenwerte mit den Grundschulwerten ist sichtbar, daß die Kindergartenkinder im Durchschnitt weniger dmf-t/DMF-T-Zähne haben als die Grundschüler. Dies ist interessant, wenn man weiß, daß die Arbeit nach dem Berliner LAG-Gesamtkonzept im Jahre 1990 im Kindergartenbereich gestartet wurde.

Abbildung 8.2 zeigt den Vergleich der Schultypen für die 12- bis unter 13jährigen Schüler. Die schlechtesten Werte zeigen sich bei den Hauptschülern, gefolgt von den Sonderschülern, denen die Realschülern dicht aufschließen. Erwartungsgemäß schneiden die Gymnasiasten am besten ab, gefolgt von Grund- und Sonderschülern. Die Mehrzahl der Kinder dieser Altersgruppe besucht die Grundschule. Diese ist ohnehin Einsatzort der Prophylaxe-

maßnahmen. Bezüglich der anderen Schultypen geben die Werte Anhaltspunkte dafür, wie die Prioritäten künftiger Präventionsstrategien zu setzen sind. Die folgenden Graphiken sollten allerdings unbedingt in die Entscheidung einbezogen werden.

Abbildung 9:
d-t der 5- bis unter 6jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Schularten

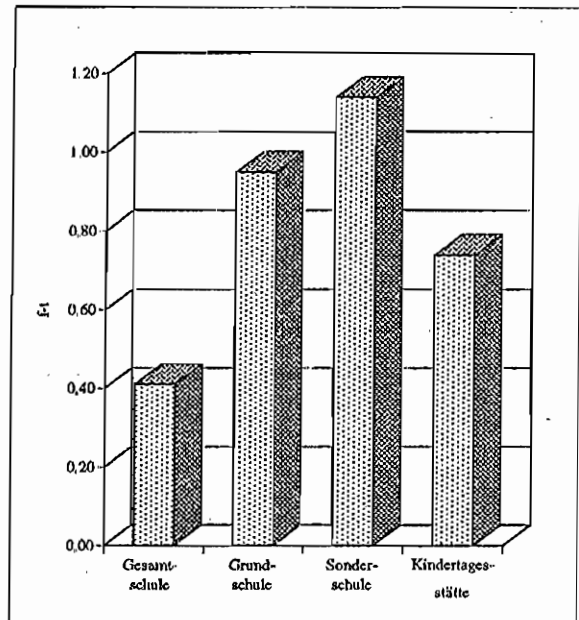


(Quelle: SenGes)

Abbildung 9: Die isolierte Darstellung der d-t-Werte der 5- bis unter 6jährigen Kinder zeigt nicht das gleiche Verhältnis der Schularten untereinander, wie bei den dmf-t/DMF-T-Werten. Hier zeigt sich, daß der größte Anteil unbehandelter Karies bei den Grundschulern gegenüber den Sonderschülern zu finden ist (vgl. Tabelle A 9).

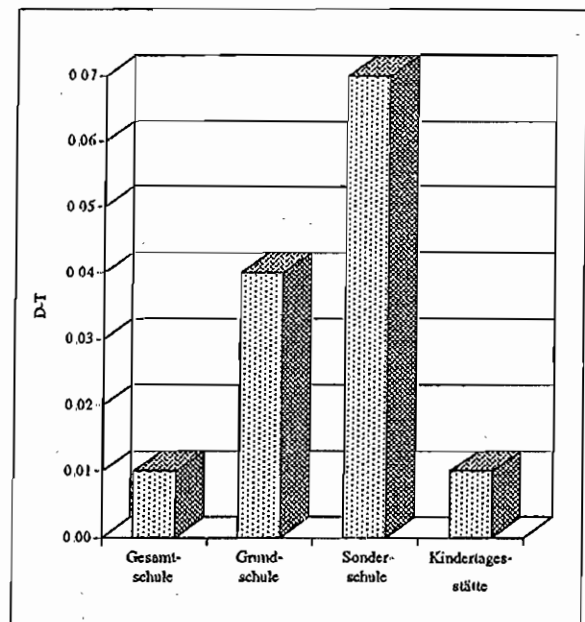
Abbildung 10: Bei der Betrachtung der f-Werte fällt sofort ins Auge, daß die meisten Milchzahnfüllungen bei den Sonderschülern zu finden sind. Kinder in Gesamtschulen haben weniger gefüllte Zähne als Kindergartenkinder und Grundschulkin- der. Der Zahnstatus der Gesamtschulkinder ist allerdings, wie bereits bei Abbildung 8 1 beschrieben, gegenüber den anderen Schultypen der bessere (vgl. Tabelle A 10).

Abbildung 10:
f-t der 5- bis unter 6jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Schularten



(Quelle: SenGes)

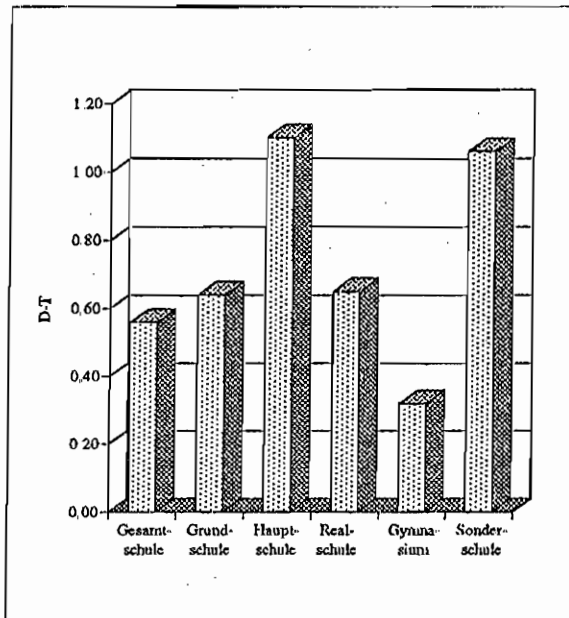
Abbildung 11.1:
D-T der 5- bis unter 6jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Schularten



(Quelle: SenGes)

Abbildung 11.1: Die D-T- Werte der bleibenden Zähne der 5- bis unter 6jährigen Kinder zeigen aufgrund des eben gerade erfolgten Durchbruchs natürlich nur geringfügige graduelle Unterschiede. Hier ist allerdings die Karies am häufigsten bei den Sonderschülern zu finden (vgl. Tabelle A 11)

Abbildung 11.2:
D-T der 12- bis unter 13jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Schularten



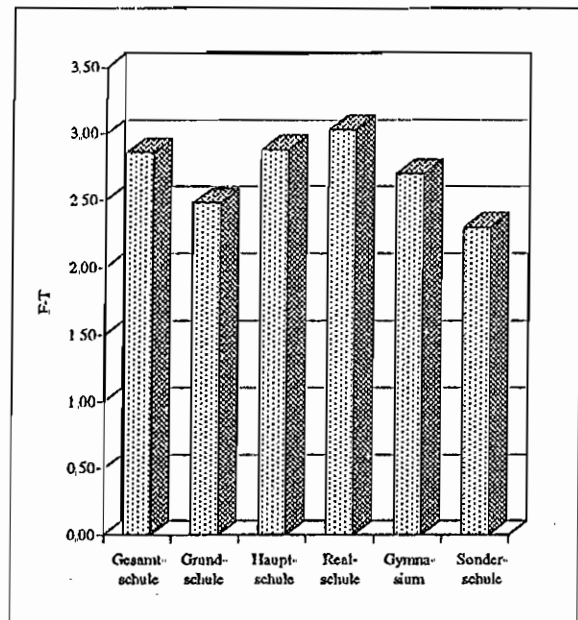
(Quelle: SenGes)

Abbildung 11.2: Anders verhält es sich bezüglich der Karies der bleibenden Zähne bei den 12- bis unter 13jährigen. Hier beträgt die Differenz zwischen Haupt- und Sonderschülern und zu denen der anderen Schultypen 1/2 bis 3/4 Zahn pro Kind (vgl. Tabelle A 11).

Abbildung 12: Die Auswertung der F-I- Werte in der Altersgruppe der 12- bis unter 13jährigen Kindern zeigt, daß sich der größte Anteil an gefüllten bleibenden Zähnen bei den Realschülern findet. Die Sonderschüler haben die wenigsten Füllungen (vgl. Tabelle A 12).

Extraktionen sind insgesamt wenig erforderlich gewesen, werden jedoch am häufigsten im Hauptschulbereich (0,25) durchgeführt, weniger häufig bei Gesamtschülern (0,20), Realschülern (0,15), Sonderschülern (0,15) und Gymnasiasten (0,10) (vgl. Tabelle 13).

Abbildung 12:
F-I der 12- bis unter 13jährigen Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Schularten



(Quelle: SenGes)

Bezüglich der Prävention läßt sich das Fazit ziehen, daß neben der wohl bereits selbstverständlichen Betreuung der Kindergartenkinder und der Grundschüler, der Sonderschule und auch der Hauptschule größere Beachtung als bisher zuteil werden sollte.

4.2 Kariesrisikodiagnostik

Unter den Untersuchungsstandards der Zahnärztlichen Dienste sollte der neu hinzugekommenen Kariesrisikodiagnostik besonderes Interesse gelten.

Nationalen und internationalen Erhebungen zufolge ist das Risiko, an Karies zu erkranken, nicht für alle gleich. Es konzentrieren sich 70-80 % des Kariesbefalls auf 20-30 % der Kinder. **Viele haben wenig Karies, wenige haben viel Karies!**

Wie schon erwähnt, gibt es zur Zeit die ideale Methode der Kariesrisikodiagnostik noch nicht. Allerdings ist man sich darin einig, daß gerade Kinder sozialer Randgruppen häufig in der Gruppe der Kariesrisikokinder zu finden sind

Für die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko reichen die Basismethoden der Gruppenprophylaxe nicht aus, wenn es gilt, ihre Erkrankungsrate erfolgreich

abzusenken. Um eine weitergehende prophylaktische Betreuung durchführen zu können, müssen diese Kinder erkannt werden können - am besten bevor es zu kariösen Läsionen gekommen ist

Prophylaxe bedeutet Krankheitsvorbeugung, was per definitionem beinhaltet, daß sie einsetzen muß, bevor es zu Krankheitsmanifestationen gekommen ist. Die Suche nach Methoden zur Voraussage der Kariesaktivität begann schon im vorigen Jahrhundert. Dennoch sind die diesbezüglichen Forschungstätigkeiten keinesfalls als abgeschlossen zu betrachten. Die Suche gilt nach wie vor Methoden, die am wahrscheinlichsten effektive Voraussagen für das Kariesrisiko bieten. Wichtig ist hierbei vor allem die Beurteilung, inwieweit durch die Methode Personen erkannt werden, bei denen sich eine Karies entwickelt (Sensibilität), und jene ausgeschlossen werden, bei denen sie nicht auftritt (Spezifität). Hohe Sensibilität und Spezifität eines Ver-

fahrens haben Einfluß auf die Kosten-Nutzen-Relation der darauf aufbauenden Prophylaxemaßnahmen.

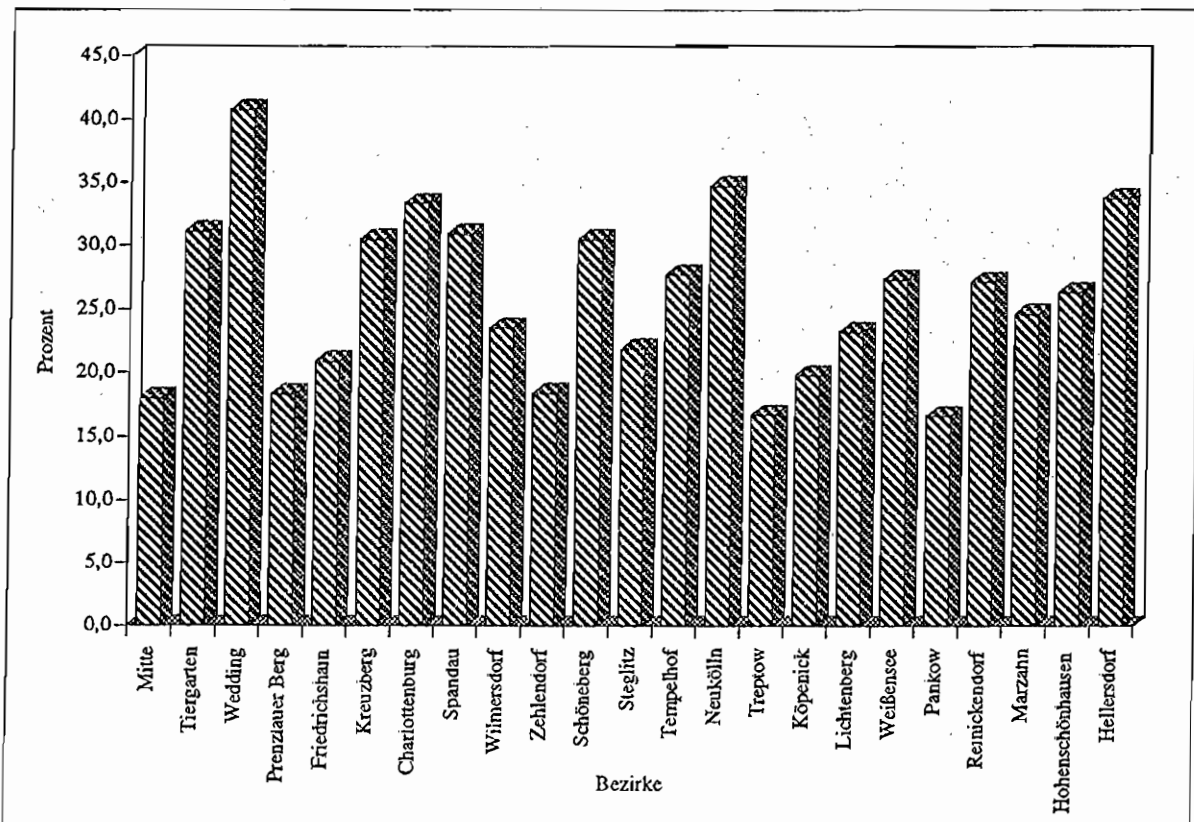
Mit Gründung der LAG Berlin im Jahre 1990 wurde der Beschluß gefaßt, die Kariesrisikodiagnostik nach modifizierten Kriterien der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) durchzuführen.

Das Kariesrisiko wurde definiert für die

- Zwei- und Dreijährigen ab einem dmf-T ≥ 0 ,
- Vierjährigen ab einem dmf-T ≥ 2 ,
darunter mindestens ein kariöser Zahn,
- Fünfjährigen ab einem dmf/DMF-T ≥ 4 ,
darunter mindestens ein kariöser Zahn,
- Sechsjährigen ab einem dmf/DMF-T ≥ 5 ,
darunter mindestens ein kariöser Zahn.

Abbildung 14.1:

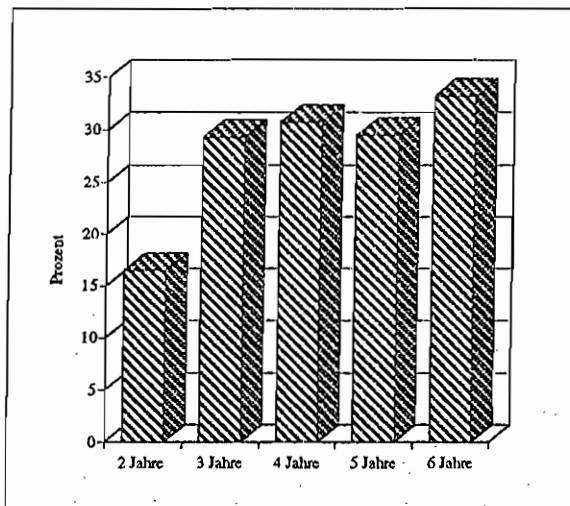
Erhöhtes Kariesrisiko bei Kindern in der Altersgruppe der 2- bis 6jährigen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Bezirken



(Quelle: SenGes)

1994 einigte man sich im Land Berlin darauf, das von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) empfohlene und auf einem Konsensvorschlag der Professoren Einwag, Klimek, Reich und Pieper beruhende Verfahren anzuwenden (siehe Anhang). Dieser Entschluß wurde gefaßt, um einer einheitlichen Vorgehensweise in der Bundesrepublik Deutschland näher zu rücken. Parallel dazu ist die Dentoprog-Methode nach Marthaler und Helfenstein in der Diskussion, die von allen bisher bekannten Verfahren die höchste Sensitivität und Spezifität verspricht. Zur ihrer Praktikabilität erfordert dieses Verfahren jedoch zumindest partiell die Erhebung von Flächenbefunden (DMF-S) und den Einsatz von Notebooks zur Befunddokumentation. Entscheidende Weichen für den Einsatz von EDV-Technik für die Zahnärztlichen Dienste im Land Berlin wurden zwischenzeitlich gestellt.

Abbildung 14.2:
Erhöhtes Kariesrisiko bei Kindern in der Altersgruppe der 2- bis 6jährigen in Berlin-West im Schuljahr 1992/1993 nach Alter

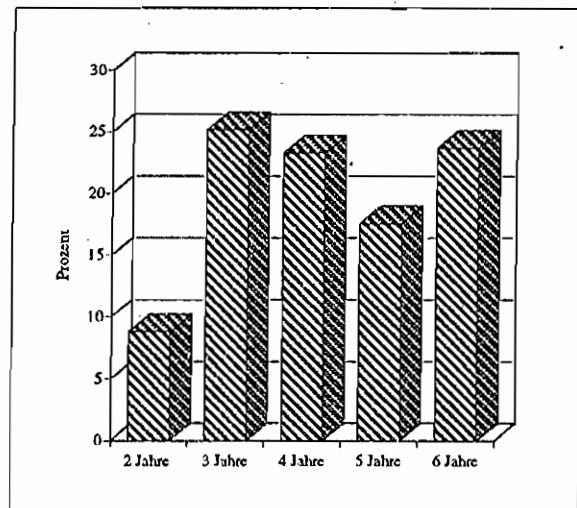


(Quelle: SenGes)

Die Zahnärztlichen Dienste Berlins führen seit 1990 eine Kariesrisikodiagnostik durch mit dem Ziel, Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko zu identifizieren und sie später im Rahmen einer Intensivprophylaxe zusätzlich stärker zu betreuen.

Im Rahmen dieser großangelegten, EDV-gestützten Auswertung ist es erstmals möglich, diese Auswahlkriterien der Kariesrisikodiagnostik zu evaluieren.

Abbildung 14.3:
Erhöhtes Kariesrisiko bei Kindern in der Altersgruppe der 2- bis 6jährigen in Berlin-Ost im Schuljahr 1992/1993 nach Alter



(Quelle: SenGes)

Auffallend ist bei der Betrachtung der Tabelle A 14 sowie der Abbildungen 14.1, 14.2 und 14.3 die augenscheinliche Ungleichverteilung der mit erhöhtem Kariesrisiko behafteten Kinder. Eine Abhängigkeit dieser Ergebnisse von der bezirklichen Sozialstruktur scheint denkbar. Im Berichtszeitraum ist der prozentuale Anteil an Kariesrisikokindern in Berlin-West höher als in Berlin-Ost.

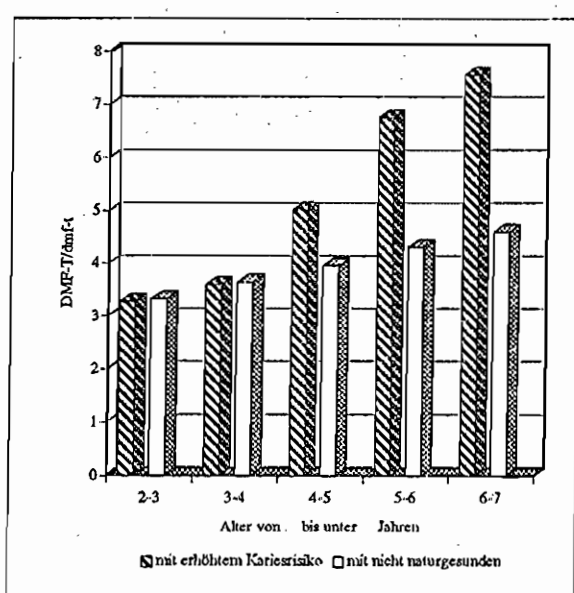
In Berlin wird seit 1990 eine gegenüber den DAJ-Empfehlungen leicht modifizierte Kariesrisikodiagnostik durchgeführt. In den Abbildungen 7.1 bis 7.3 sind die Kriterien beider Verfahren eingetragen worden. Allerdings mußte bei dieser Kennzeichnung auf einen Teil der Modifizierung, nämlich die d/D-Komponente, verzichtet werden. Anlaß dieser Modifizierung waren rein pragmatische Gründe, die bedingten, daß mindestens ein kariöser Zahn unter den befundeten Zähnen sein mußte, ehe das Kind der Kariesrisikogruppe zugeordnet wurde.

Eine Gegenüberstellung zwischen Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und denen mit nicht naturgesunden Zähnen zeigt bei den 2- bis unter 4jährigen Kindern keine nennenswerten Unterschie-

de in der Zahl der durch Karies erkrankten, gefüllten oder extrahierten Zähne.

Anders verhält es sich jedoch bei den 4- bis unter 5jährigen, wo der Unterschied bereits mehr als einen ganzen Zahn ausmacht, den 5- bis unter 6jährigen mit einer Differenz von 2,5 Zähnen und den 6- bis unter 7jährigen, wo der Unterschied fast drei Zähne ausmacht.

Abbildung 15:
dmf-t/DMF-T bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sowie bei Kindern mit nicht naturgesunden Zähnen in Berlin im Schuljahr 1992/1993



(Quelle: SenGes)

Dieser Sachverhalt macht deutlich, daß eine besonders intensive Prophylaxe für diese Gruppe wichtig wäre, um deren Morbidität auf das Niveau der Gruppe ohne erhöhtes Kariesrisiko zu senken.

4.3 Parodontologie

Auf die graphische Darstellung der Auswertungsergebnisse bezüglich der Zahnbetterkrankungen wird verzichtet, da die Auswertung für Berlin insgesamt ergab, daß die Gesamterkrankungsrate bei 1,3 % der Untersuchten liegt. Allerdings wird bei der Betrachtung der Werte in Tabelle 16 deutlich, daß die Prävalenz der Gingivitiden bei den Jungen deutlich höher als bei den Mädchen ist (vgl. Tabelle A 16)

4.4 Kieferorthopädie

Eine qualifizierte kieferorthopädische Diagnose ist nur möglich nach der Bewertung verschiedener Teiluntersuchungsergebnisse. Sie ist das Ergebnis der klinischen Untersuchung, der Modellanalyse, der Röntgendiagnostik sowie der kephalometrischen (schädelbezogenen) Analyse nach Fotografien und Fernröntgenaufnahmen. Sie kann demnach nicht in dieser Ausführlichkeit im Rahmen von Reihenuntersuchungen erbracht werden.

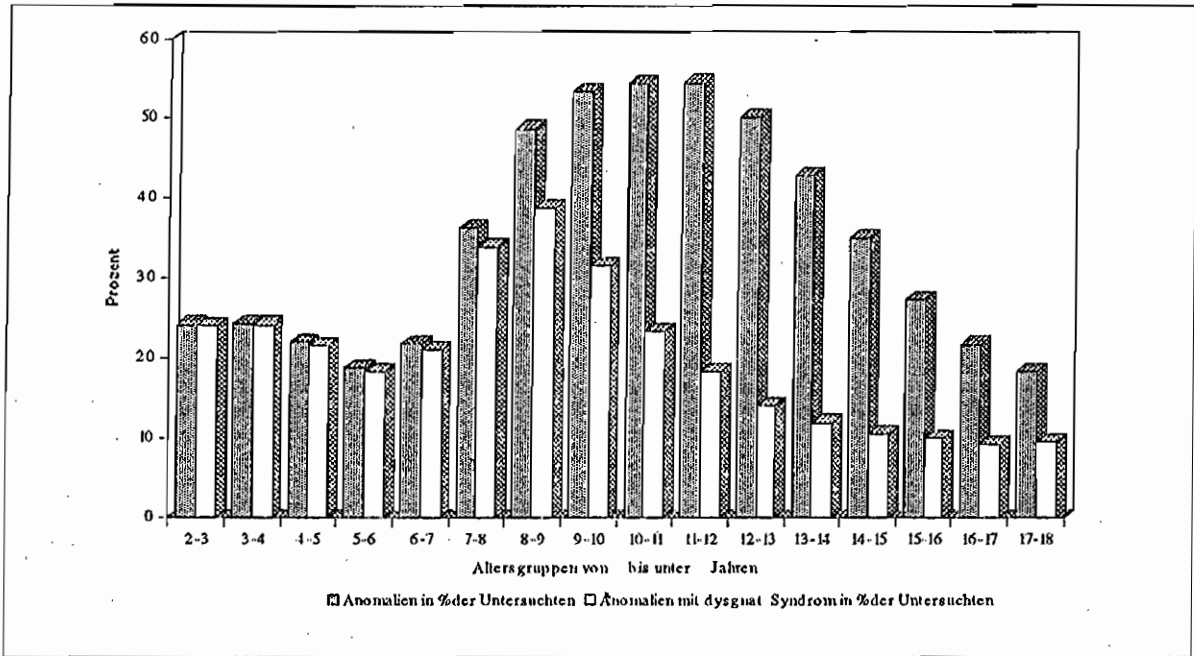
Dennoch besteht im Rahmen der Gesundheitsvorsorge die Notwendigkeit einer Klassifikation, denn eine Behandlungsbedürftigkeit muß rechtzeitig erkannt und über eine optimale Beratung zu einer kieferorthopädischen Behandlung geführt werden können. Hierzu gehört auch die Einschätzung des optimalen Behandlungszeitpunktes.

Die Angabe der Verzahnung in Modifikation der Bestimmung der Bißlage nach Angle hat sich trotz Einweisung durch Kieferorthopäden als zu kompliziert in der Durchführung unter den Bedingungen bei Reihenuntersuchungen erwiesen. Bei der Bißlagenbestimmung nach Angle sind immerhin $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$ Zahnbreiten Entscheidungskriterien.

So wird im Land Berlin nach wie vor die Diagnose nach dem klinischen Symptom durchgeführt:

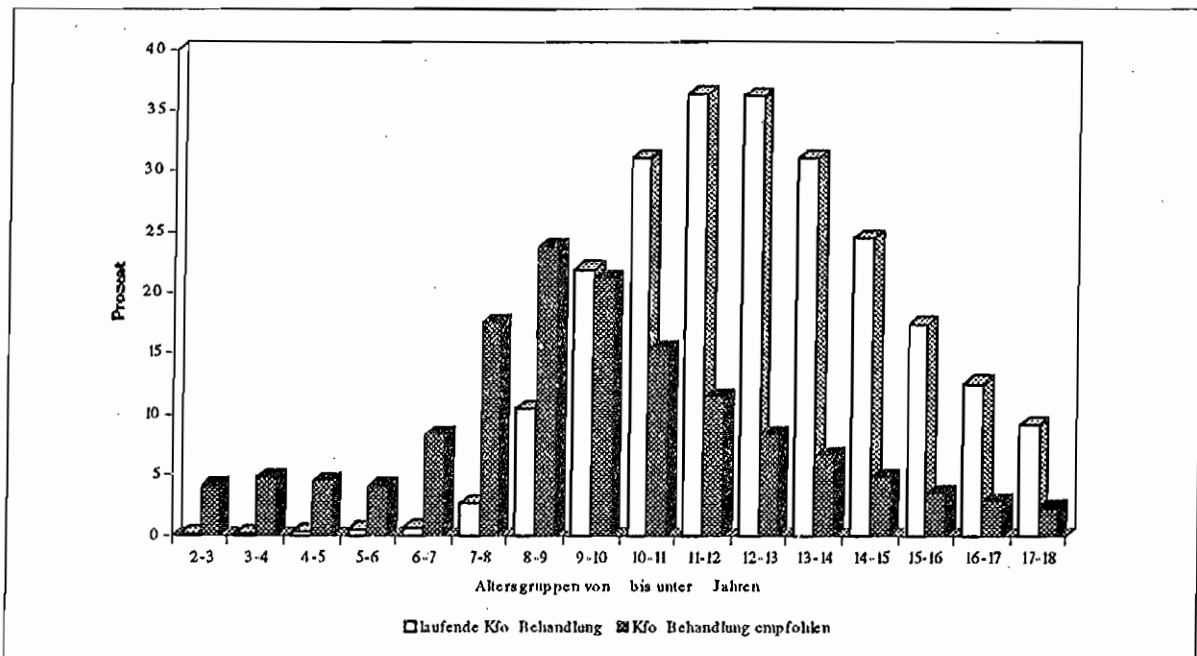
1. Komplexes Bild (etwa nach Angle II,1), mögliche Komponenten:
Lückenbildung,
Kompression,
Engstand,
Distalbiß,
Retrusion im Unterkiefer mit oder ohne Kompression, tiefem Biß, Engstand
2. Deckbiß (etwa nach Angle II,2)
3. Offener Biß als vorherrschendes Bild (andere Faktoren untergeordnet)
4. Kreuzbiß (auch Front- oder Einzelzahnabweichung)
5. Progene Stellung (nach Angle III)
6. Engstand als vorherrschendes Bild (andere Faktoren untergeordnet)
7. Spaltträger
8. Andere Dysgnathien

Abbildung 17.1:
Zahnfehlstellungen bei Kindern und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen
- Anomalien in % der Untersuchten -



(Quelle: SenGes)

Abbildung 17.2:
Kieferorthopädische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen



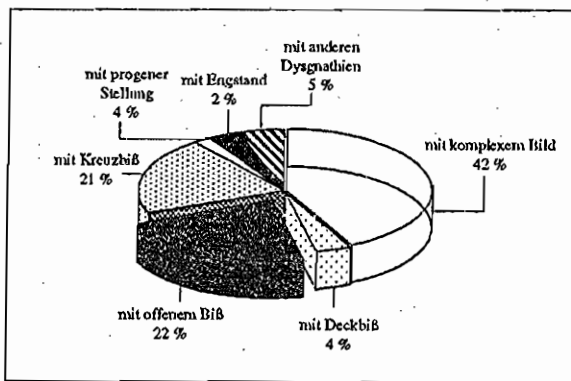
(Quelle: SenGes)

Die Tabelle A 17 liefert die absoluten und prozentualen Werte für die Zahn- und Kieferfehlstellungen der in Berlin im Schuljahr 1992/1993 untersuchten Kinder und Jugendlichen.

Unter dem Begriff Anomalie werden alle die Kinder gezählt, bei denen eine Zahn- und Kieferfehlstellung zu diagnostizieren ist. Mit dem Begriff dysgnathisches Symptom wird die Art der Fehlstellung klassifiziert. Besteht zum Untersuchungszeitpunkt bereits eine kieferorthopädische Behandlung, so wird auf die Klassifikation verzichtet, da andernfalls iatrogene Ergebnisse beschrieben würden.

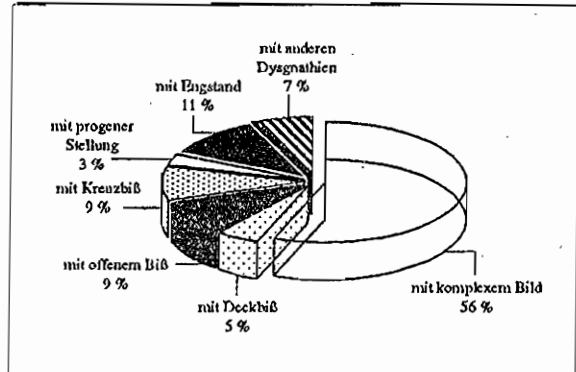
Die Abbildung 17 2 zeigt, wie viele Kinder und Jugendliche sich in kieferorthopädischer Behandlung befinden und wie vielen eine solche Behandlung durch den Zahnärztlichen Dienst empfohlen wurde. Die Empfehlung liegt in der Regel zeitlich deutlich vor dem optimalen Behandlungsbeginn. Dieser liegt bei der am häufigsten auftretenden Zahn- und Kieferfehlstellung je nach „Zahnalter - nicht unbedingt identisch mit dem Lebensalter“, etwa im 9. Lebensjahr. Aus der Abbildung ist diese Differenz ersichtlich.

Abbildung 18.1:
Prozentuale Verteilung von Dysgnathien bei 5- bis unter 6jährigen Kindern in Berlin im Schuljahr 1992/1993



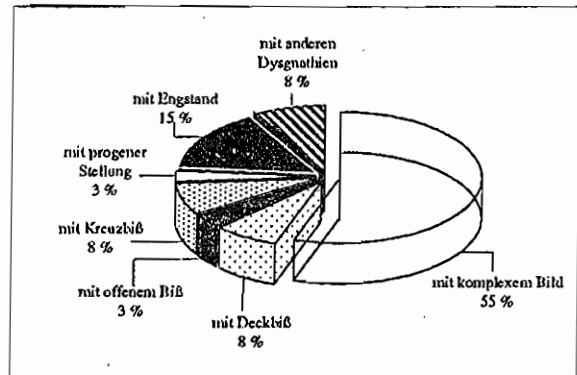
(Quelle: SenGes)

Abbildung 18.2:
Prozentuale Verteilung von Dysgnathien bei 8- bis unter 9jährigen Kindern in Berlin im Schuljahr 1992/1993



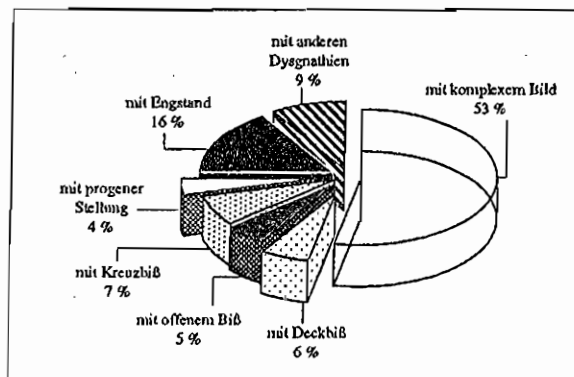
(Quelle: SenGes)

Abbildung 18.3:
Prozentuale Verteilung von Dysgnathien bei 12- bis unter 13jährigen Kindern in Berlin im Schuljahr 1992/1993



(Quelle: SenGes)

Abbildung 18.4:
Prozentuale Verteilung von Dysgnathien bei 13- bis unter 14jährigen Kindern in Berlin im Schuljahr 1992/1993



(Quelle: SenGes)

Die Tabelle A 18 zeigt die absolute und prozentuale Verteilung der Dysgnathien über alle Jahrgänge. Um entwicklungsbedingte Veränderungen bezüglich der Dysgnathien deutlich zu machen, wurde die graphische Darstellung der prozentualen Verteilung für die vier dargestellten Referenzgruppen gewählt (Abbildungen 18.1 bis 18.4). Es ist gut zu erkennen, daß zum Beispiel die „offenen Bisse“ bei älteren Kindern nur noch in geringerer Ausprägung anzutreffen sind. Sicher ist dies auch darauf zurückzuführen, daß hier erfolgreich interveniert werden konnte. Das Krankheitsbild, bekanntlich häufig durch „habits“ (z B. Lutschen) verursacht, ist nach

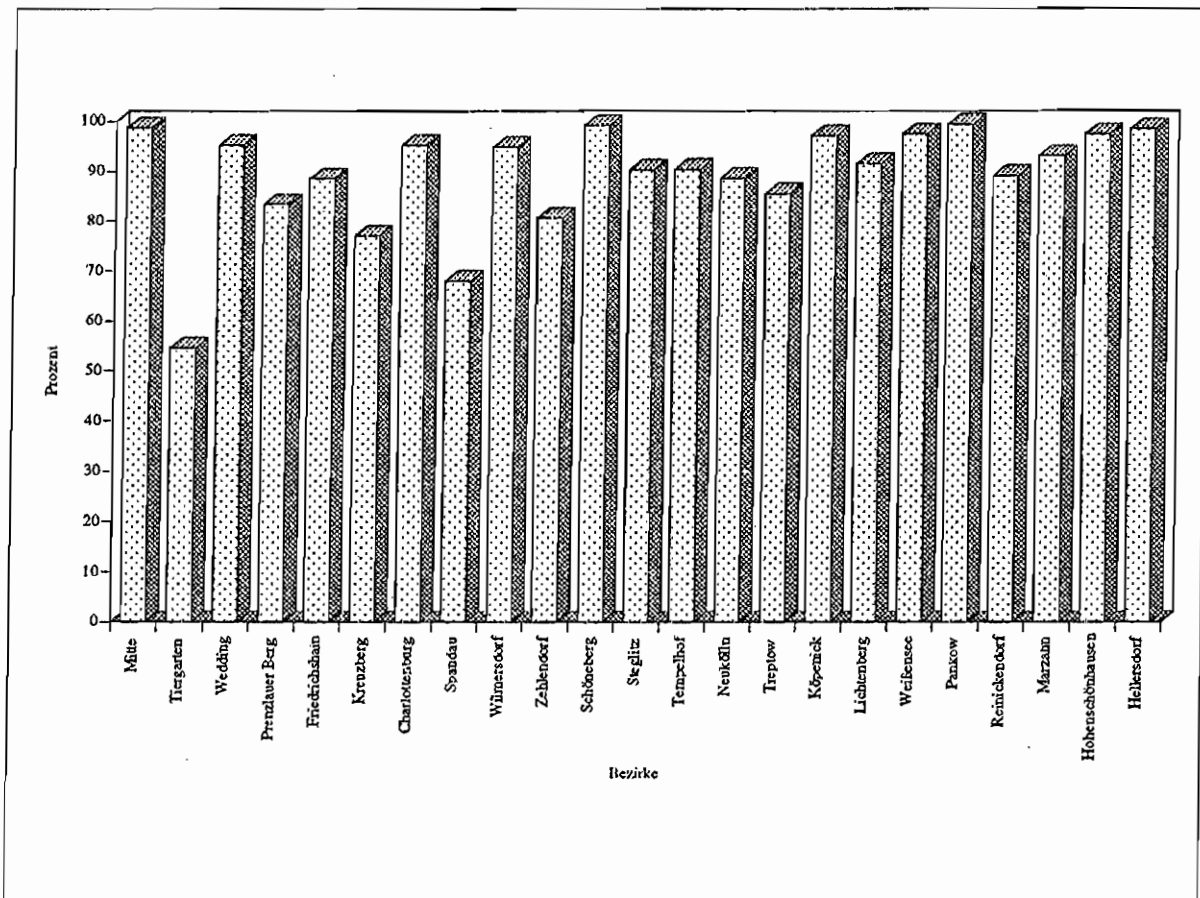
Abstellen dieser Angewohnheit weitgehend rückbildungsfähig. Gleiches gilt für den „Kreuzbiß“, der durch gezieltes Einschleifen bestimmter Zahngruppen oder manchmal von selbst im Zuge der Entwicklung des bleibenden Gebisses verschwindet.

Am häufigsten sind das komplexe Bild und der Engstand. Beide Symptome gehören nach internationaler kieferorthopädischer Diagnostik zum Bild der Angle Klasse II,1. Diese werden in der Literatur als die häufigste der Dysgnathien bezeichnet.

4.5 Gruppenprophylaxe

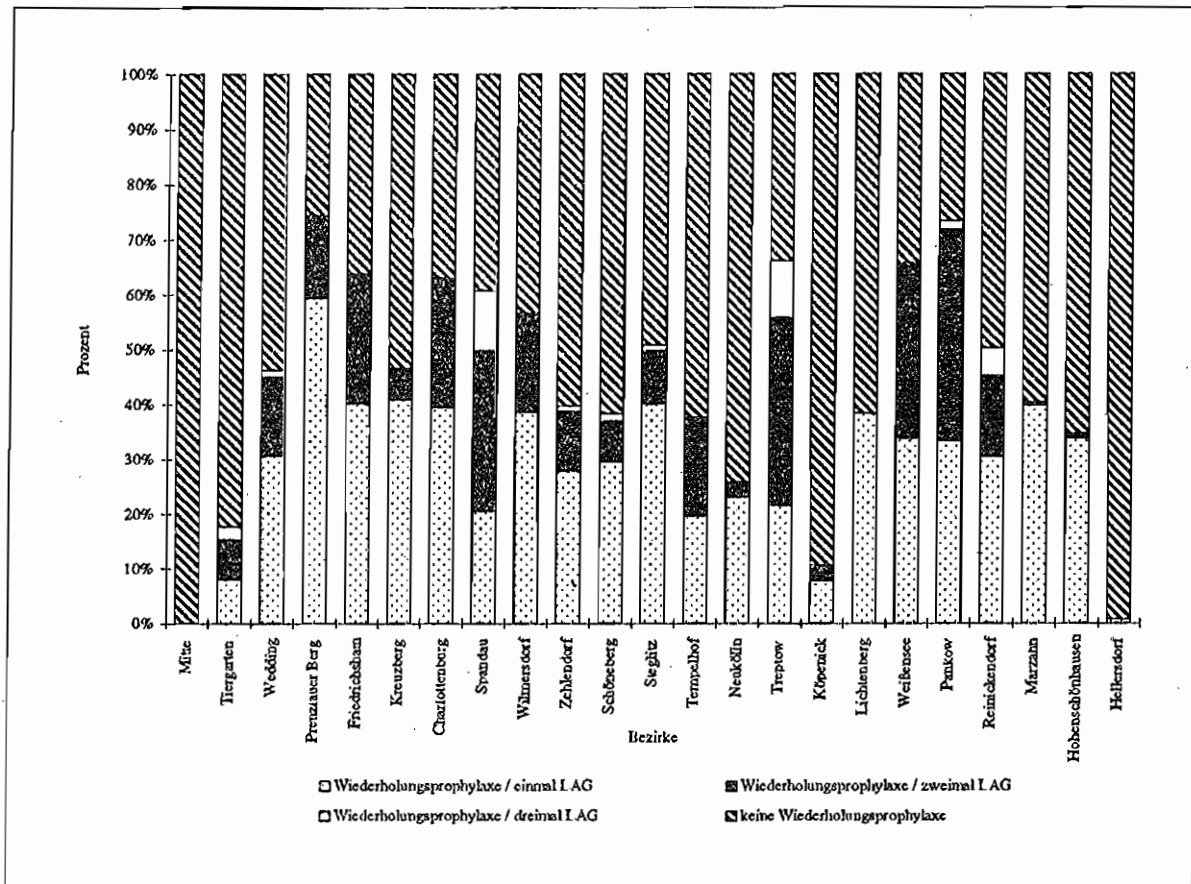
Abbildung 19.1:

Anteil der nach dem LAG-Prophylaxe-Konzept durch die Zahnärztlichen Dienste betreuten 2- bis unter 6-jährigen Kinder (Grundprophylaxe) in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Bezirken



(Quelle: SenGes)

Abbildung 19.2:
Anteil der nach dem LAG-Prophylaxe-konzept betreuten 2- bis unter 6-jährigen Kinder (Wiederholungsprophylaxe durch LAG-Personal) in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Bezirken



(Quelle: SenGes)

Sowohl auf den Abbildungen 19.1 und 19.2 als auch aus der Tabelle A 19 ist die prozentuale Verteilung der Prophylaxemaßnahmen in Berlin im Rahmen des LAG-Gesamtkonzeptes ersichtlich.

Das Gesamtkonzept sieht vor, daß alle Kinder bis zum 12. Lebensjahr, die Kindergärten und Schulen besuchen, 4 x jährlich gruppenprophylaktisch betreut werden. Es ist interessant zu sehen, wie weit der Aufbau der Gruppenprophylaxe in den zwei Jahren seit Gründung der LAG-Berlin fortgeschritten ist. Die Grundprophylaxe wird vereinbarungsgemäß von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführt. Dieser Grundprophylaxe soll dann möglichst in vierteljährlichem Intervall eine vom LAG-Personal durchgeführte Wiederholungsprophylaxe folgen. Die Maßnahmen nach dem LAG-Konzept er-

streckten sich zu diesem Zeitpunkt ausschließlich auf den Kindergartenbereich. Die Maßnahmen der Grund-, bzw. Wiederholungsprophylaxe beinhalten Ernährungsberatung, Mundhygienetraining und die Empfehlung zum Zahnarztbesuch, jedoch keine zahnschmelzhärtenden Maßnahmen, wie z.B. Fluoridierungen.

Tabelle 20:

Zusätzliche Prophylaxemaßnahmen bei untersuchten Kindern der Altersgruppe der 2- bis unter 6jährigen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 - nach Bezirken

Bezirk	Untersuchte Kinder der Altersgruppe der 2- bis unter 6jährigen insgesamt	Zahnputzübung im Kleinkindalter		Zahnputz-übungsstunde		Tabletten-fluoridierung		Vorschul-programm		Fluorid-touchierung		Interne / externe Fluoridierung		Zahnputzübung und Tabletten-fluoridierung	
		absolut	in % zu Sp. 1	absolut	in % zu Sp. 1	absolut	in % zu Sp. 1	absolut	in % zu Sp. 1	absolut	in % zu Sp. 1	absolut	in % zu Sp. 1	absolut	in % zu Sp. 1
		01 Mitte	450	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02 Tiergarten	904	-	-	-	-	-	-	25	2,8	-	-	-	-	-	-
03 Wedding	4113	465	11,3	2172	52,8	-	-	1075	26,1	-	-	-	-	-	-
04 Prenzlauer Berg	6837	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05 Friedrichshain	4170	-	-	-	-	809	19,4	93	2,2	-	-	-	-	-	-
06 Kreuzberg	3042	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
07 Charlottenburg	3245	-	-	94	2,9	-	-	582	17,9	-	-	-	-	-	-
08 Spandau	4757	402	8,5	418	8,8	-	-	593	12,5	-	-	-	-	-	-
09 Wilmersdorf	1915	72	3,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	0,6
10 Zehlendorf	2725	87	3,2	323	11,9	24	0,9	795	29,2	-	-	-	-	66	2,4
11 Schönberg	3323	-	-	389	11,7	-	-	521	15,7	-	-	-	-	-	-
12 Steglitz	3601	-	-	301	8,4	-	-	876	24,3	-	-	-	-	-	-
13 Tempelhof	1255	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14 Neukölln	6662	337	5,1	3372	50,6	-	-	1064	16,0	-	-	1	-	1315	19,7
15 Treptow	4137	-	-	-	-	302	7,3	-	-	1483	35,8	67	1,6	77	1,9
16 Köpenick	1669	-	-	3	0,2	-	-	-	-	1	0,1	3	0,2	-	-
17 Lichtenberg	4462	-	-	2718	60,9	-	-	11	0,2	-	-	-	-	-	-
18 Weißensee	1869	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19 Pankow	5122	1	-	833	16,3	2278	44,5	62	1,2	-	-	-	-	-	-
20 Reinickendorf	4078	-	-	1501	36,8	153	3,8	982	24,1	-	-	-	-	-	-
21 Marzahn	5510	-	-	785	14,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22 Hohenschönhausen	1630	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23 Hellersdorf	1366	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Berlin	76842	1364	1,8	12909	16,8	3566	4,6	6679	8,7	1485	1,9	72	0,1	1469	1,9
Berlin-West	39620	1363	3,4	8570	21,6	177	0,4	6513	16,4	1	-	2	-	1392	3,5
Berlin-Ost	37222	1	-	4339	11,7	3389	9,1	166	0,4	1484	4,0	70	0,2	77	0,2

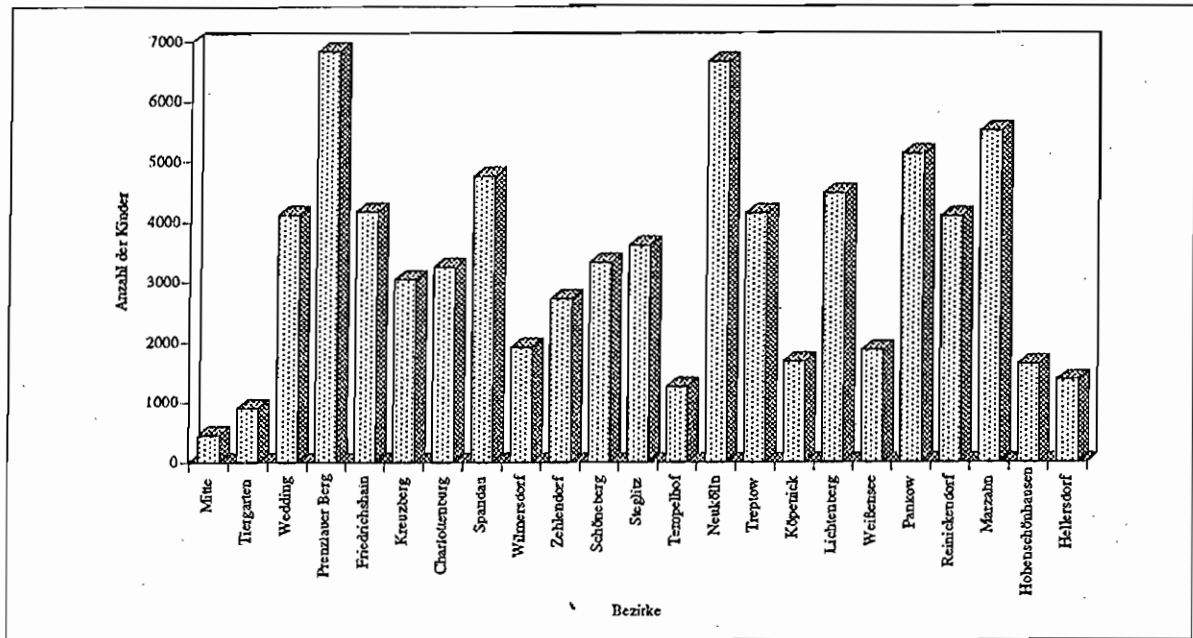
(Quelle: SenGes)

Viele Zahnärztliche Dienste haben neben ihrer Arbeit im LAG-Gesamtkonzept zusätzliche Prophylaxemaßnahmen erbracht (vgl. Tabelle 20)

Dabei fällt auf, daß Maßnahmen zur Tablettenfluoridierung von den Bezirken Friedrichshain, Treptow, Pankow und Reinickendorf ergriffen wurden. Herausragend ist Treptow bezüglich der Applikation von Fluoridlack, der wohl effektivsten Prophylaxemethode überhaupt. Treptow fällt insgesamt durch die Vielfalt der Fluoridierungsmethoden auf. Dies schlägt sich in den, im Vergleich zu allen anderen Bezirken, sehr guten DMF-I-Werten der Kinder nieder.

Gegen kindliche Schwellenangst vor dem Zahnarztbesuch gehen die Bezirke Wedding, Friedrichshain, Charlottenburg, Spandau, Zehlendorf, Schönberg, Steglitz, Neukölln und Reinickendorf mit ihren Vorschulprogrammen vor.

Abbildung 20:
Untersuchte Kinder in der Altersgruppe der 2- bis unter 6jährigen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 - nach Bezirken



(Quelle: SenGes)

Zur leichteren Einschätzung der Prophylaxeaktivitäten im Kindergartenbereich, empfiehlt sich der Blick auf die Abbildung 20. Die Zahl der im Berichtsintervall untersuchten Kinder ist neben der Bezirksgröße - und damit der Zahl der im Bezirk lebenden Kinder - sowohl von der Personal- ausstattung als auch von zahlreichen anderen Varia-

blen abhängig, die im Rahmen dieser Darstellung nicht im einzelnen evaluiert werden können. Problematisch ist stets, daß vor der Untersuchung das schriftliche Einverständnis des Personensorgeberechtigten vorliegen muß, das über die Kindergartenleitung einzuholen ist. Dies bewirkt, daß trotz regelmäßiger Betreuung der Einrichtung nicht alle Kinder erreicht werden.

4.6 Vergleichsdaten verschiedener Jahrgänge und Regionen

Ergebnisse der Auswertungen 1986 (Berlin-West) und 1992/1993 (Berlin)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Jahr	DMF-T	D-I	F-T	dmf-t	d-t	f-t
5 - 6	1986	-	-	-	2,9	2	0,9
	1992/1993	-	-	-	2,25	1,4	0,77
8 - 9	1986	1,1	0,4	0,7	3,6	1,6	1,6
	1992/1993	1,06	0,39	0,66	3,46	1,3	1,85
12 - 13	1986	3,9	1,1	2,7	-	-	-
	1992/1993	3,24	0,63	2,54	-	-	-
13 - 14	1986	4,8	1,2	3,5	-	-	-
	1992/1993	4,11	0,69	3,32	-	-	-

Man erkennt eine Verbesserung gegenüber den Werten aus dem Jahre 1986, auch wenn die Altersgruppendifinition für die jüngste Gruppe nicht exakt identisch ist.

Eine Verbesserung des DMF-T-Wertes (Berlin-West) für die 12jährigen von 1980 = 4,8 über 1986 = 3,9 zu 1992/93 = 3,24 ist festzustellen.

Vergleiche mit anderen Regionen

Entwicklung des DMF-T bei 8- bis unter 9jährigen und 13- bis unter 14jährigen in verschiedenen Studien 1973 -1992 und der vorliegenden Erhebung

Studie	DMF-T 8-9jährige	DMF-T 13-14jährige
WHO/ICS I-Studie (1973)	3,3	8,8
Leipzig - Studie (1979)	1,5	4,9
A5-Studie (1983)	2,3	10,8
Erfurt/Suhl-Studie (1986)	2,7	6,4
Berlin-West (1986)	1,1	4,8
Rems-Murr-Studie (1988)	1,6	-
Leipzig-Studie (1989)	0,75	3,6
IDZ-ABL (r) (1989)	1,5	5,1
A 10-Studie (1989)	2	6,4
LAGZ-Bayern-Studie	1,4	-
Rems-Murr-Studie (1991)	1,4	-
Rems-Murr-Studie (1993)	0,8	-
IDZ-NBL(r) (1992)	1,1	4,3
Berlin (1992/1993)	1,06	4,11

Aus dem Vergleich der Ergebnisse ist zu erkennen, daß die Entwicklung der Mundgesundheit in Berlin dem Trend in anderen Bundesländern entspricht.

dmf-t-Werte sowie Anteile naturgesunder Gebisse bei 6jährigen

Studie	Gülzow/Schiffner Hamburg		Einwag Bayern		Einwag Baden- Württemberg		SenGes	Reich	SenGes
	1977	1987	1989	1989	1986	1992	Berlin	Bayern	Berlin
Jahr	1977	1987	1989	1989	1986	1992	1992/93		
dmf-t	7,45	5,19	3,2	2,98	3,1	2,9	2,88		
n Geb. **	3,8	25,8	31,9	31,4	35,9*	35,8	39,5*		

* interpoliert nach der Methode Einwag

** naturgesunde Gebisse in %

Vergleich mit der nach Bevölkerungszahlen 1992 gewichteten Mittelwertsberechnung der IDZ-Studie-Ost

(Institut Deutscher Zahnärzte):

Alter	Neue Bundesländer DMF-I	Alte Bundesländer DMF-I	Gesamt DMF-I	Berlin 1992/93 DMF-I
8-9jährige	1,1	1,5	1,4	1,06
13-14jährige	4,3	5,1	4,9	4,11

Der Vergleich der Berliner Daten mit der anlässlich der IDZ-Studie-Ost vorgenommenen Aufschlüsselung in die D-T, M-T und F-T-Werte für Ost- und Westdeutschland sowie für den gewichteten Mittelwert zeigt folgendes Bild:

Alter		Ost- deutschland		West- deutschland		Gesamt		Berlin
		DMF-I	DMF-I	DMF-I	DMF-I	DMF-I	DMF-I	
8-9jährige	D-T	0,2	0,8	0,6	0,39			
	M-T	0,0	0,0	0,0	0,01			
	F-T	0,8	0,7	0,7	0,66			
13-14jährige	D-T	0,7	2,1	1,8	0,69			
	M-T	0,1	0,1	0,1	0,10			
	F-T	3,5	3,0	3,1	3,32			

Diese Daten liegen interessanterweise zwischen den Ost- und West-Werten der IDZ-Studie.

4.7 Ergebnis und Bewertung

1. Die Ziele der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind noch nicht erreicht

- Bis zum Jahr 2000 sollen 50 % der 5- bis unter 6jährigen kariesfrei sein, nach dem Ergebnis dieser Auswertung besteht Kariesfreiheit in dieser Altersgruppe schon bei 47 %.
- Bis zum Jahr 2000 sollen die 12jährigen nicht mehr als 2 durch Karies zerstörte oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne haben. Der Mittelwert für Berlin betrug im Untersuchungsintervall 3,24. Die Mittel-

werte von Berlin-West und von Berlin-Ost zeigen Unterschiede. Allerdings haben einzelne Berliner Bezirke dieses Ziel bereits erreicht, andere sind dieser Vorgabe schon recht nahe:

- Das für die untersuchte Altersgruppe dritte relevante Ziel, das Fehlen von nur 15 % der eigenen Zähne bei den 18jährigen, ist schon lange erreicht.
- 2 Es fällt auf, daß der Behandlungsbedarf besonders in Berlin-West im Milchgebiß überproportional hoch ist.
- 3 Der Mundgesundheitszustand der Berliner Kinder und Jugendlichen entsprach im Untersuchungszeitraum Schuljahr 1992/93 im wesentlichen dem anderer deutscher Regionen. In der Regel ist die Mundgesundheit in Ballungsräumen schlechter. Unter diesem Gesichtspunkt schneidet Berlin sogar besser ab.
- 4 Ein Vergleich mit den Daten früherer Berliner Erhebungen zeigt ebenfalls eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit. Solche Vergleiche und auch die mit anderen Regionen sind stets schwierig und nicht immer zufriedenstellend durchzuführen, da sich innerhalb längerer Zeiträume zwangsläufig die Beurteilungskriterien einer sich zunehmend präventiv orientierenden Zahnmedizin verschieben.
- 5 Zur Verbesserung der Vergleichsmöglichkeiten und im Hinblick auf eine qualifizierte regionale

und nationale Gesundheitsberichterstattung ist eine Kalibrierung der Untersucherteams erforderlich. Diese sollte jedoch nicht nur auf den Vergleich der Länder der Bundesrepublik ausgerichtet sein, sondern auch die künftige Kooperation innerhalb eines zusammenwachsenden Europas berücksichtigen.

- 6. Aus den gewonnenen Daten ist erkennbar, daß eine regelmäßige gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder stattfindet. Diese Betreuung bedarf jedoch in mehrfacher Hinsicht der Verstärkung. Um eine deutliche Verbesserung des Mundgesundheitszustandes zu erreichen, sollten
 - die Maßnahmen der Basisprävention um Fluoridierungsmaßnahmen erweitert werden,
 - intensivprophylaktische Maßnahmen gezielt unter Berücksichtigung sowohl sozialer Brennpunkte als auch der Kariesprävalenz und der Kariesrisikogruppen eingeführt werden,
 - Wege gefunden werden, um den hohen Behandlungsbedarf im Milchgebiß zu decken,
 - praktikable Kooperationswege zwischen den Zahnärztlichen Diensten und niedergelassenen Zahnärzten/innen geschaffen werden, um eine zusätzliche individualprophylaktische Betreuung gemäß § 22 SGB V zu ermöglichen.

5. Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Jugendzahnpflege in Berlin

1902 Gründung der ersten deutschen Schulzahnklinik in Straßburg

1909 in Berlin „Deutsches Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen“
(Zielsetzung: Öffentlichkeitsarbeit, Behandlung, Prävention)
Behandlungsbedarf: 90 % bei Kindern

1909 -

1914 Gründung der ersten fünf Schulzahnklinien in den Berliner Bezirken z.B.

1912 Schulzahnklinik Friedrichshain

1914 Schulzahnklinik Neukölln „Dr. Ritter“
(heute „Zahnärztlicher Dienst Neukölln“)

1912 Integration der Prophylaxe in den Unterricht der Berliner Schulen

- 1927 **Gesetz über die Schulpflicht, das Schüler zur Teilnahme an Reihenuntersuchungen verpflichtetete**
- 1928 **Planung des „Deutschen Zentralkomitee's für Zahnpflege in den Schulen“:**
Auf 20 000 Schulkinder 1 Direktor, 5 Schulzahnärzte, 6 Helferinnen (wurde wegen Weltwirtschaftskrise nie realisiert)
- 1931 **Richtlinien zur Jugendzahnpflege (Bonner System)**
- 1934 **Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Jugendzahnpflege : amtsärztliche Kompetenz)**
- 1945 **Richtlinien aus 1931 hatten noch Gültigkeit, das System zerfiel jedoch in Berlin-West**
- 1945 **Berlin-Ost arbeitet weiter nach dem Bonner System, es entsteht die Kinderstomatologie - Fachzahnarztausbildung zum Kinderstomatologen**
- 1949 **PATZUREK, damaliger Leiter des Zahnärztlichen Dienstes Tiergarten, fordert die Ausdehnung der Jugendzahnpflege auf die Kinder von 3 bis 18 Jahren mit jährlicher Untersuchung. Krankenversicherung bestand jedoch, deshalb konnte die Behandlung in freier Praxis stattfinden**
- 1951 **Gründung der „Arbeitsgemeinschaft der Schulzahnärzte in Berlin“**
In Zusammenarbeit mit Landesgesundheitsamt: **Einheitliche -Arbeitsweise**
In Zusammenarbeit mit Verband der Zahnärzte von Berlin: Neufassung des Textes auf den Behandlungsnachweisen, **Empfehlung an Praxen zur Kinderbehandlung**
- 1954 **Arbeitsgemeinschaft bildet Statistik-Kommission**
- 1956 **Entwickeltes Verfahren (DMF-T-System) verbindlich für alle Bezirke**
- 1961 **Start der Zahnpflegebeutelaktion für die Erstklässler durch den Berliner Gesundheits-senator**
- 1963 **Tablettenfluoridierung in Berliner Kitas - Akzeptanz 90 %**
- 1966 **Einheitliche Untersuchungskarte - Auswertung in zweijährigem Intervall bis 1980**
- 1977 **Organisationsgutachten des Innensenators über die Zahnärztlichen Dienste, Konsequenz: Festlegung von Schlüsselzahlen ab DKA 1984**
- 1980 **1. Gesundheitsdienstgesetz (GDG)**
- 1982 **Trinkwassersymposium des Berliner Gesundheits-senators**
- 1982 **Eröffnung einer überbezirklich arbeitenden Behandlungsstätte für behinderte Kinder im Christophorus-Krankenhaus**
- 1982 **Beginn des allbezirklichen Einbaus von Zahnputzzeilen**
- 1985 **„Monitor“-Sendung - Ende der systematischen Tablettenfluoridierung**
- 1986 **Gruppenprophylaxekonzept der Senatsverwaltung für Gesundheit**
- 1986 **Seit 1980 erstmals wieder Befunderhebung zwecks Auswertung mit datenschutzrechtlicher Abstimmung**
- 1987 **Richtlinien nach der 3. DVO außer Kraft**
- 1987 **Richtlinienentwurf für das GDG auf der Basis des Gruppenprophylaxekonzeptes scheitert an der Mitzeichnungsverweigerung des Rates der Bürgermeister**
- 1988 **Auswertung der Untersuchungsergebnisse von 1986 veröffentlicht**
- 1989 **SGB V, § 21**
- 1990 **Abschluß der Rahmenvereinbarung Berlins nach § 21, SGB V
Gründung der LAG Berlin**
- 1990 **Nach dem Einigungsvertrag gelten GDG Berlin und die SenGes-Vorgaben auch in Berlin-Ost**

- 1990 Zahnärztliche Dienste in Berlin-Ost entstehen nach dem Muster der westlichen Bezirke, jedoch zusätzliches Personal (sg. B-Positionen) befristet bis 1994 zur Sicherstellung der Kinderbehandlung (KZV)
- 1992 Modell-Jugendzahnklinik Hohenschönhausen
- 1992/1993 Erste gemeinsame Berliner Befundaufzeichnung im Schuljahr zur Auswertung
- 1993 Novelle des § 21, SGB V
- 1993 Kurz vor Jahresende befürwortet der Unterausschuß für Kommunikations- und Informatik (UAKIT) des Abgeordnetenordnenhauses das EDV-Pilotprojekt des Zahnärztlichen Dienstes Neukölln
- 1994 Neues Gesundheitsdienstgesetz (GDG) für Berlin in Kraft getreten
- 1995 Zustimmung der Kenntnisnahme des von Vertretern der SenGes, des LIT und der Bezirke erstellten Abschlußberichtes des EDV-Projektes des Zahnärztlichen Dienstes Neukölln durch den Unterausschuß für Kommunikationstechnik (UA.KIT). Die Einführung der EDV-Technik für die Zahnärztlichen Dienste Berlins ist damit beschlossen.

6. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:

Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Tabelle 1.1:

Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin-West im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Tabelle 1.2:

Untersuchte Kinder und Jugendliche in Berlin-Ost im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Tabelle A 2:

dmf-t/DMF-T der untersuchten Kinder und Jugendlichen insgesamt sowie mit nicht naturgesunden Zähnen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Tabelle A 3:

DMF-T, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Tabelle A 3.1:

DMF-T, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen in Berlin-West im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Tabelle A 3.2:

DMF-T, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen in Berlin-Ost im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Tabelle A 4:

DMF-T-Index (bleibende Zähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1992 nach Altersgruppen

Tabelle A 5:

dmf-t-Index (Milchzähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Tabelle A 7:

Prozentuale Häufigkeit des dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Tabelle A 8:
dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Tabelle A 9:
d-t der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Tabelle A 10:
f-t der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Tabelle A 11:
D-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Tabelle A 12:
F-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Tabelle A 13:
M-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Tabelle 14:
Erhöhtes Kariesrisiko bei Kindern in der Altersgruppe der
2- bis 6jährigen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Bezirken

Tabelle 15:
dmf-t/DMF-T bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko
sowie bei Kindern mit nicht naturgesunden Zähnen
in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

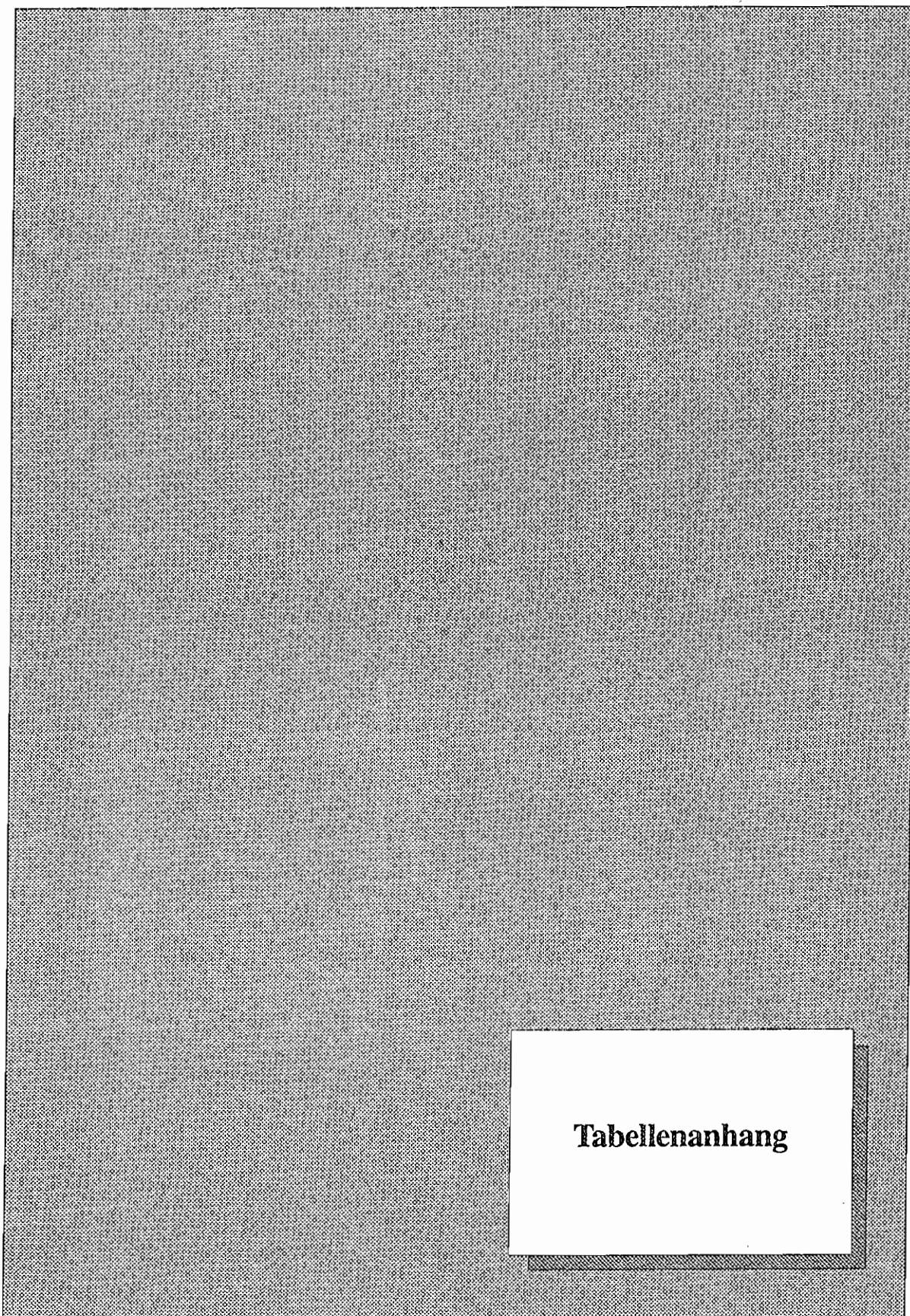
Tabelle A 16:
Kinder und Jugendliche mit Parodontopathien (Zahnbett-
erkrankungen) in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und
Geschlecht

Tabelle A 17:
Anomalien, Dysgnathien, kieferorthopädische Behand-
lung bei Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Tabelle A 18:
Absolute und prozentuale Verteilung von Dysgnathien
bei Kindern und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Tabelle 19:
Anteil der nach dem LAG-Prophylaxekonzept betreuten
2- bis unter 6jährigen Kindern in Berlin
im Schuljahr 1992/1993

Tabelle 20:
Zusätzliche Prophylaxemaßnahmen bei untersuchten Kin-
dern der Altersgruppe der 2- bis unter 6jährigen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Bezirken



Tabellenanhang

6.1 Tabellen

Tabelle A 2:
dmf-/DMF-T der untersuchten Kinder und Jugendlichen insgesamt sowie mit nicht naturgesunden Zähnen
in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-/DMF-T untersuchter Kinder und Jugendlichen					
	insge- samt	weib- lich	männ- lich	darunter mit nicht naturgesunden Zähnen		
				insge- samt	weib- lich	männ- lich
	1	2	3	4	5	6
2 - 3	0,37	0,35	0,38	3,32	3,13	3,52
3 - 4	0,99	0,89	1,08	3,64	3,49	3,77
4 - 5	1,61	1,53	1,69	3,95	3,81	4,07
5 - 6	2,28	2,20	2,35	4,30	4,21	4,39
6 - 7	3,09	3,02	3,15	4,59	4,48	4,70
7 - 8	4,06	4,05	4,08	5,19	5,16	5,21
8 - 9	4,51	4,53	4,50	5,44	5,46	5,41
9 - 10	4,46	4,44	4,47	5,20	5,19	5,22
10 - 11	4,09	4,02	4,15	4,79	4,72	4,86
11 - 12	3,67	3,73	3,61	4,38	4,42	4,35
12 - 13	3,69	3,88	3,52	4,41	4,56	4,27
13 - 14	4,25	4,61	3,91	4,95	5,24	4,66
14 - 15	5,14	5,61	4,70	5,86	6,27	5,46
15 - 16	6,23	6,76	5,71	6,83	7,30	6,35
16 - 17	6,95	7,58	6,34	7,55	8,14	6,97
17 - 18	7,43	8,18	6,70	8,01	8,66	7,36
18 - 19	7,49	8,10	6,84	8,36	8,89	7,78
19 - 20	4,71	4,83	4,56	6,83	7,73	5,86
insgesamt	3,97	4,09	3,85	5,22	5,36	5,10

Tabelle A 3:

DMF-T, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t/ DMF-T	dmf-t	DMF-T	d-t	m-t	f-t	D-T	M-T	F-T
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2 - 3	0,37	0,36	-	0,32	0,03	0,02	-	-	-
3 - 4	0,99	0,99	-	0,84	0,02	0,12	-	-	-
4 - 5	1,61	1,61	0,01	1,17	0,04	0,40	-	-	0,01
5 - 6	2,28	2,25	0,02	1,40	0,09	0,77	0,02	-	0,01
6 - 7	3,09	2,88	0,20	1,58	0,19	1,12	0,13	-	0,07
7 - 8	4,06	3,47	0,59	1,53	0,33	1,62	0,31	-	0,28
8 - 9	4,51	3,46	1,06	1,30	0,31	1,85	0,39	0,01	0,66
9 - 10	4,46	2,89	1,56	0,94	0,25	1,70	0,45	0,01	1,10
10 - 11	4,09	1,99	2,09	0,58	0,19	1,22	0,50	0,03	1,57
11 - 12	3,67	1,05	2,61	0,28	0,12	0,65	0,56	0,05	2,01
12 - 13	3,69	0,45	3,24	0,12	0,06	0,27	0,63	0,07	2,54
13 - 14	4,25	0,15	4,11	0,04	0,02	0,09	0,69	0,10	3,32
14 - 15	5,14	0,06	5,09	0,02	0,01	0,03	0,74	0,14	4,21
15 - 16	6,23	0,02	6,21	0,01	-	0,01	0,79	0,20	5,21
16 - 17	6,95	0,02	6,93	-	-	0,01	0,75	0,24	5,94
17 - 18	7,43	0,02	7,41	-	-	0,01	0,71	0,25	6,45
18 - 19	7,49	0,02	7,46	-	0,01	0,01	0,63	0,26	6,57
19 - 20	4,71	0,17	4,55	0,02	0,07	0,07	0,62	0,14	3,79
insgesamt	3,97	1,65	2,32	0,71	0,13	0,80	0,43	0,05	1,83

Tabelle A 3.1:

DMF-T, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen in Berlin-West im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t / DMF-T	dmf-t	DMF-T	d-t	m-t	f-t	D-T	M-T	F-T
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2 - 3	0,63	0,63	-	0,60	0,01	0,02	-	-	-
3 - 4	1,21	1,20	-	1,08	0,02	0,10	-	-	-
4 - 5	1,85	1,85	-	1,42	0,05	0,37	-	-	-
5 - 6	2,69	2,67	0,02	1,77	0,12	0,77	0,02	-	0,01
6 - 7	3,50	3,34	0,17	2,00	0,28	1,06	0,13	-	0,04
7 - 8	4,24	3,74	0,50	1,75	0,45	1,53	0,30	-	0,20
8 - 9	4,45	3,56	0,90	1,42	0,43	1,71	0,40	0,01	0,49
9 - 10	4,37	3,01	1,36	1,02	0,38	1,61	0,46	0,01	0,89
10 - 11	3,82	2,03	1,79	0,61	0,29	1,13	0,49	0,02	1,27
11 - 12	3,42	1,11	2,31	0,30	0,19	0,62	0,53	0,04	1,74
12 - 13	3,39	0,50	2,89	0,13	0,11	0,26	0,66	0,06	2,16
13 - 14	3,71	0,18	3,52	0,05	0,05	0,09	0,70	0,09	2,73
14 - 15	4,37	0,07	4,29	0,02	0,02	0,03	0,74	0,11	3,45
15 - 16	5,17	0,04	5,13	0,01	0,01	0,02	0,77	0,15	4,22
16 - 17	5,77	0,03	5,75	-	0,01	0,01	0,75	0,17	4,83
17 - 18	6,46	0,03	6,43	-	0,01	0,02	0,84	0,22	5,38
18 - 19	7,28	0,04	7,25	-	0,01	0,02	0,66	0,27	6,31
19 - 20	6,38	0,24	6,14	0,03	0,10	0,10	0,90	0,17	5,07
insgesamt	3,65	1,96	1,68	0,94	0,21	0,81	0,39	0,04	1,25

Tabelle A 3.2:

DMF-T, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen in Berlin-Ost im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t / DMF-T	dmf-t	DMF-T	d-t	m-t	f-t	D-T	M-T	F-T
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2 - 3	0,25	0,24	-	0,19	0,04	0,02	-	-	-
3 - 4	0,75	0,75	-	0,58	0,01	0,15	-	-	-
4 - 5	1,30	1,29	0,01	0,84	0,01	0,44	-	-	0,01
5 - 6	1,70	1,68	0,03	0,87	0,04	0,76	0,01	-	0,01
6 - 7	2,71	2,48	0,23	1,20	0,11	1,17	0,13	-	0,10
7 - 8	3,89	3,23	0,67	1,32	0,21	1,70	0,31	-	0,36
8 - 9	4,56	3,37	1,19	1,20	0,20	1,96	0,37	0,01	0,81
9 - 10	4,53	2,80	1,73	0,87	0,15	1,78	0,44	0,01	1,27
10 - 11	4,30	1,96	2,34	0,56	0,11	1,29	0,51	0,03	1,80
11 - 12	3,87	1,01	2,86	0,26	0,07	0,68	0,57	0,05	2,24
12 - 13	3,92	0,41	3,51	0,10	0,02	0,28	0,61	0,07	2,82
13 - 14	4,52	0,13	4,40	0,03	0,01	0,09	0,68	0,11	3,61
14 - 15	5,48	0,05	5,44	0,02	-	0,03	0,74	0,15	4,54
15 - 16	6,69	0,02	6,67	0,01	-	0,01	0,80	0,22	5,65
16 - 17	7,47	0,02	7,46	-	-	0,01	0,75	0,27	6,44
17 - 18	7,80	0,01	7,79	-	-	0,01	0,66	0,27	6,86
18 - 19	7,60	0,01	7,58	-	-	0,01	0,61	0,25	6,72
19 - 20	1,00	-	1,00	-	-	-	-	0,08	0,92
insgesamt	4,21	1,65	2,81	0,54	0,08	0,79	0,46	0,07	2,28

Tabelle A 4:

DMF-T-Index (bleibende Zähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen
in Berlin im Schuljahr 1992/1992 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	DMF-T	D-T	M-T	F-T
	1	3	3	4
2 - 3	-	-	-	-
3 - 4	-	-	-	-
4 - 5	0,01	-	-	0,01
5 - 6	0,02	0,02	-	0,01
6 - 7	0,20	0,13	-	0,07
7 - 8	0,59	0,31	-	0,28
8 - 9	1,06	0,39	0,01	0,66
9 - 10	1,56	0,45	0,01	1,10
10 - 11	2,09	0,50	0,03	1,57
11 - 12	2,61	0,56	0,05	2,01
12 - 13	3,24	0,63	0,07	2,54
13 - 14	4,11	0,69	0,10	3,32
14 - 15	5,09	0,74	0,14	4,21
15 - 16	6,21	0,79	0,20	5,21
16 - 17	6,93	0,75	0,24	5,94
17 - 18	7,41	0,71	0,25	6,45
18 - 19	7,46	0,63	0,26	6,57
19 - 20	4,55	0,62	0,14	3,79
insgesamt	2,32	0,43	0,05	1,83

Tabelle A 5:

dmf-t-Index (Milchzähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen
in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t	d-t	m-t	f-t
	1	3	3	4
2 - 3	0,36	0,32	0,03	0,02
3 - 4	0,99	0,84	0,02	0,12
4 - 5	1,61	1,17	0,04	0,40
5 - 6	2,25	1,40	0,09	0,77
6 - 7	2,88	1,58	0,19	1,12
7 - 8	3,47	1,53	0,33	1,62
8 - 9	3,46	1,30	0,31	1,85
9 - 10	2,89	0,94	0,25	1,70
10 - 11	1,99	0,58	0,19	1,22
11 - 12	1,05	0,28	0,12	0,65
12 - 13	0,45	0,12	0,06	0,27
13 - 14	0,15	0,04	0,02	0,09
14 - 15	0,06	0,02	0,01	0,03
15 - 16	0,02	0,01	-	0,01
16 - 17	0,02	-	-	0,01
17 - 18	0,02	-	-	0,01
18 - 19	0,02	-	0,01	0,01
19 - 20	0,17	0,02	0,07	0,07
insgesamt	1,65	0,71	0,13	0,80

Tabelle A 7:

Prozentuale Häufigkeit des dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t/DMF-T																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	>15
2 - 3	89,0	2,8	3,1	1,0	1,4	0,9	0,7	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	-	-	-	-
3 - 4	72,9	7,4	5,9	3,2	3,5	1,5	1,5	1,0	1,0	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	-
4 - 5	59,2	9,7	8,0	5,1	5,1	3,2	2,6	1,8	1,6	1,0	0,9	0,6	0,6	0,3	0,3	-	-
5 - 6	47,0	10,7	9,0	6,6	6,6	4,7	4,3	2,8	2,5	1,5	1,3	0,9	1,0	0,4	0,4	0,2	0,1
6 - 7	32,8	11,2	10,6	8,6	8,5	5,9	5,7	4,5	4,1	2,5	1,9	1,1	1,1	0,5	0,4	0,4	0,2
7 - 8	21,7	9,5	9,7	8,5	9,2	8,2	8,1	7,0	5,8	4,1	3,2	2,0	1,3	0,7	0,4	0,5	0,1
8 - 9	17,0	8,6	8,9	8,5	9,8	8,9	8,8	8,0	7,1	5,1	4,0	2,5	1,5	0,6	0,3	0,3	0,1
9 - 10	14,4	8,5	9,7	9,7	10,9	10,0	9,5	8,0	7,1	4,8	3,4	2,0	1,2	0,5	0,3	-	-
10 - 11	14,7	9,1	10,7	10,5	13,8	10,6	9,5	7,1	5,6	3,6	2,4	1,3	0,6	0,3	0,2	-	-
11 - 12	16,3	10,2	11,4	10,9	16,9	10,7	8,4	5,8	4,0	2,4	1,4	0,8	0,4	0,2	0,1	0,1	-
12 - 13	16,3	10,1	11,4	11,0	17,5	10,4	8,2	5,1	3,8	2,1	1,5	0,8	0,6	0,4	0,2	0,4	0,2
13 - 14	14,1	8,8	9,9	10,5	16,0	10,1	9,0	6,4	5,3	3,2	2,2	1,3	1,0	0,7	0,5	0,5	0,5
14 - 15	12,3	6,9	8,1	8,7	12,6	9,9	9,6	7,7	7,0	4,8	3,5	2,5	1,9	1,2	1,2	1,1	1,0
15 - 16	8,7	5,4	6,4	6,7	10,2	8,9	10,1	8,6	9,1	6,2	4,5	3,9	3,1	2,2	1,7	2,2	2,1
16 - 17	8,0	4,1	5,1	5,8	8,3	8,0	9,2	8,4	10,3	7,1	5,9	4,8	3,7	2,8	2,4	3,1	3,0
17 - 18	7,3	3,8	4,6	5,3	6,7	7,2	8,3	8,4	10,9	7,8	5,9	5,7	4,5	3,2	2,9	3,9	3,6
18 - 19	10,4	3,0	4,1	5,0	5,5	4,8	8,5	7,6	11,0	8,9	6,7	5,2	4,8	4,0	2,4	4,0	4,1
19 - 20	19,0	4,8	4,8	7,1	7,1	9,5	4,8	4,8	9,5	4,8	4,8	3,7	3,8	-	-	-	7,2
insgesamt	24,1	8,6	9,1	8,4	10,9	8,2	7,7	6,0	5,4	3,6	2,6	1,8	1,3	0,7	0,6	0,6	0,4

Tabelle A 8:
dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schule	Grund- schule	Haupt- schule	Real- schule	Gymna- sium	Sonder- schule	Kinder- tages- stätte
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,30
3 - 4	-	-	-	-	-	-	0,90
4 - 5	-	3,91	-	-	-	-	1,59
5 - 6	1,23	3,16	-	-	-	3,22	2,09
6 - 7	2,53	3,31	-	-	-	2,90	2,64
7 - 8	3,16	4,09	-	-	-	3,85	2,95
8 - 9	4,01	4,52	-	-	-	4,35	-
9 - 10	3,82	4,47	-	-	-	4,18	-
10 - 11	3,24	4,09	-	-	3,01	4,45	-
11 - 12	3,30	3,67	-	-	2,91	3,78	-
12 - 13	3,74	3,68	4,43	4,00	3,37	4,07	-
13 - 14	4,51	-	4,72	4,50	3,85	4,42	-
14 - 15	5,53	-	5,09	5,29	4,71	5,19	-
15 - 16	6,65	-	6,16	6,21	5,80	6,15	-
16 - 17	7,43	-	6,37	6,91	6,70	6,05	-
17 - 18	7,87	-	6,91	7,01	7,48	5,02	-
18 - 19	-	-	-	-	7,84	6,09	-
insgesamt	5,83	4,03	5,67	5,45	5,26	4,53	1,61

Tabelle A 9:
d-t der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,24
3 - 4	-	-	-	-	-	-	0,75
4 - 5	-	1,00	-	-	-	-	1,13
5 - 6	0,58	2,02	-	-	-	1,74	1,26
6 - 7	1,12	1,66	-	-	-	1,40	1,39
7 - 8	1,06	1,53	-	-	-	1,63	1,35
8 - 9	1,11	1,30	-	-	-	1,61	-
9 - 10	0,75	0,94	-	-	-	1,10	-
10 - 11	0,49	0,57	-	-	0,08	0,85	-
11 - 12	0,30	0,27	-	-	0,05	0,40	-
12 - 13	0,06	0,12	0,14	0,07	0,05	0,21	-
13 - 14	0,03	0,08	0,03	0,04	0,02	0,09	-
14 - 15	0,02	0,08	0,03	0,01	0,01	0,03	-
15 - 16	0,01	-	0,01	0,01	-	0,02	-
16 - 17	-	-	0,01	-	-	-	-
17 - 18	-	-	0,01	0,01	-	0,03	-
18 - 19	-	-	0,02	-	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	0,06	0,91	0,02	0,02	0,01	0,57	1,04

Tabelle A 10:
Anteil der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von bis unter Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,02
3 - 4	-	-	-	-	-	-	0,14
4 - 5	-	1,36	-	-	-	-	0,41
5 - 6	0,41	0,95	-	-	-	1,14	0,74
6 - 7	1,02	1,19	-	-	-	1,00	0,98
7 - 8	1,26	1,64	-	-	-	1,20	0,99
8 - 9	1,61	1,86	-	-	-	1,40	-
9 - 10	1,65	1,72	-	-	-	1,29	-
10 - 11	1,09	1,23	-	-	0,78	1,03	-
11 - 12	0,46	0,66	-	-	0,56	0,52	-
12 - 13	0,14	0,30	0,12	0,15	0,22	0,30	-
13 - 14	0,08	0,11	0,05	0,08	0,09	0,11	-
14 - 15	0,03	0,08	0,02	0,02	0,03	0,06	-
15 - 16	0,01	-	0,02	0,01	0,02	0,02	-
16 - 17	0,01	0,05	0,01	0,01	0,01	0,01	-
17 - 18	0,01	-	0,01	0,01	0,01	0,05	-
18 - 19	-	-	-	-	0,03	0,01	-
19 - 20	-	1,00	-	-	-	-	-
insgesamt	0,10	1,25	0,03	0,04	0,05	0,58	0,48

Tabelle A 11:
D-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	-
3 - 4	-	-	-	-	-	-	-
4 - 5	-	0,36	-	-	-	-	-
5 - 6	0,01	0,04	-	-	-	0,07	0,01
6 - 7	0,10	0,16	-	-	-	0,17	0,06
7 - 8	0,22	0,31	-	-	-	0,37	0,25
8 - 9	0,37	0,38	-	-	-	0,48	-
9 - 10	0,27	0,45	-	-	-	0,65	-
10 - 11	0,30	0,49	-	-	0,19	0,91	-
11 - 12	0,46	0,54	-	-	0,19	0,91	-
12 - 13	0,56	0,64	1,10	0,65	0,32	1,06	-
13 - 14	0,67	1,07	1,21	0,71	0,41	1,26	-
14 - 15	0,90	1,28	1,22	0,74	0,40	1,14	-
15 - 16	0,98	1,22	1,35	0,79	0,44	1,21	-
16 - 17	0,92	0,55	1,22	0,82	0,46	1,09	-
17 - 18	0,91	-	1,14	1,15	0,49	0,69	-
18 - 19	0,67	0,33	1,16	1,06	0,55	0,66	-
19 - 20	1,42	-	0,50	1,50	0,40	-	-
insgesamt	0,83	0,44	1,24	0,76	0,42	0,90	0,01

Tabelle A 12:
F-F der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,01
3 - 4	-	-	-	-	-	-	-
4 - 5	-	0,64	-	-	-	-	0,01
5 - 6	0,11	0,02	-	-	-	0,14	-
6 - 7	0,09	0,09	-	-	-	0,13	0,04
7 - 8	0,34	0,28	-	-	-	0,31	0,10
8 - 9	0,60	0,67	-	-	-	0,61	-
9 - 10	0,94	1,11	-	-	-	0,98	-
10 - 11	1,18	1,57	-	-	1,96	1,44	-
11 - 12	1,94	2,02	-	-	2,11	1,76	-
12 - 13	2,86	2,48	2,88	3,03	2,70	2,30	-
13 - 14	3,59	2,84	3,23	3,55	3,26	2,72	-
14 - 15	4,41	3,34	3,57	4,36	4,18	3,68	-
15 - 16	5,39	4,35	4,47	5,22	5,24	4,51	-
16 - 17	6,18	5,05	4,80	5,86	6,06	4,57	-
17 - 18	6,59	1,67	5,43	5,57	6,81	3,80	-
18 - 19	6,02	3,83	6,86	6,22	7,07	4,80	-
19 - 20	5,75	1,00	7,50	3,50	6,20	1,67	-
insgesamt	4,62	1,20	4,11	4,46	4,67	2,23	0,01

Tabelle A 13:
M-T der Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von... bis unter... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	-
3 - 4	-	-	-	-	-	-	-
4 - 5	-	-	-	-	-	-	-
5 - 6	-	-	-	-	-	-	-
6 - 7	0,01	-	-	-	-	-	-
7 - 8	-	-	-	-	-	0,02	-
8 - 9	-	0,01	-	-	-	-	-
9 - 10	0,01	0,01	-	-	-	0,02	-
10 - 11	0,02	0,02	-	-	-	0,04	-
11 - 12	0,02	0,05	-	-	0,01	0,08	-
12 - 13	0,08	0,07	0,13	0,08	0,06	0,13	-
13 - 14	0,13	0,13	0,17	0,11	0,05	0,20	-
14 - 15	0,17	0,21	0,22	0,14	0,08	0,26	-
15 - 16	0,26	0,40	0,30	0,17	0,11	0,37	-
16 - 17	0,30	0,25	0,30	0,23	0,16	0,37	-
17 - 18	0,36	-	0,31	0,28	0,17	0,45	-
18 - 19	0,25	0,17	0,45	0,18	0,18	0,62	-
19 - 20	0,17	-	-	-	0,20	0,17	-
insgesamt	0,20	0,02	0,25	0,15	0,10	0,15	-

Tabelle 14:
Erhöhtes Kariesrisiko bei Kindern in der Altersgruppe der 2- bis 6jährigen
in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Bezirken

Bezirk	2- bis 6jährige Untersuchte insgesamt		darunter Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko												
	zusammen		davon im Alter von ... Jahren						davon im Alter von ... Jahren						
	absolut	% 1)	2	3	4	5	6	2	3	4	5	6			
		absolut	% 1)	absolut	% 1)	absolut	% 1)	absolut	% 1)	absolut	% 1)	absolut	% 1)	absolut	% 1)
01 Mitte	450	81	18,0	-	6	13,6	6	21,4	11	20,8	58	19,0			
02 Tiergarten	904	281	31,1	-	32	34,0	54	27,7	63	27,8	132	34,6			
03 Wedding	4113	1676	40,7	44	21,6	288	38,0	316	37,1	468	41,1	560	48,2		
04 Prenzlauer Berg	6837	1254	18,3	99	8,1	317	21,9	305	22,1	247	17,5	286	20,7		
05 Friedrichshain	4170	870	20,9	39	8,2	220	27,0	218	27,0	150	19,1	243	18,9		
06 Kreuzberg	3042	929	30,5	11	9,8	243	29,5	188	32,3	200	28,4	287	35,0		
07 Charlottenburg	3245	1082	33,3	41	18,5	188	32,8	253	35,4	359	36,4	241	32,2		
08 Spandau	4757	1472	30,9	15	19,5	202	28,7	393	31,1	365	30,3	497	32,9		
09 Wilmersdorf	1915	450	23,5	4	7,8	111	29,6	109	22,7	117	22,4	109	22,4		
10 Zehlendorf	2725	502	18,4	19	11,9	95	20,7	135	21,6	104	14,7	149	19,2		
11 Schöneberg	3323	1015	30,5	46	17,7	182	28,3	209	33,3	250	30,8	328	33,5		
12 Steglitz	3601	788	21,9	19	11,6	135	19,9	187	22,9	214	21,1	233	25,2		
13 Tempelhof	1255	348	27,7	1	4,3	41	28,1	78	36,8	76	24,5	152	27,0		
14 Neukölln	6662	2314	34,7	58	22,1	548	33,0	597	34,4	472	32,6	639	41,1		
15 Treptow	4137	691	16,7	53	7,7	222	25,6	159	18,7	106	13,7	151	15,8		
16 Köpenick	1669	331	19,8	6	14,6	63	22,3	48	18,1	64	16,8	150	21,5		
17 Lichtenberg	4462	1033	23,2	19	7,1	262	25,9	265	24,2	191	18,7	296	27,7		
18 Weißensee	1869	510	27,3	59	26,2	137	35,9	97	26,5	80	19,2	137	28,6		
19 Pankow	5122	850	16,6	47	6,4	194	19,1	197	20,0	153	15,2	259	18,7		
20 Reinickendorf	4078	1105	27,1	34	14,7	205	24,9	249	27,2	283	28,2	334	30,3		
21 Marzahn	5510	1356	24,6	18	7,4	311	30,7	256	27,1	209	18,5	562	25,8		
22 Hohenschönhausen	1630	429	26,3	8	12,5	32	25,8	39	31,0	36	22,4	314	27,2		
23 Hellersdorf	1366	461	33,7	-	-	-	-	6	50,0	14	43,8	441	33,4		
Berlin	76842	19828	25,8	640	11,1	4034	27,4	4364	27,5	4232	24,5	6558	28,2		
Berlin-West	39620	11962	30,2	292	16,5	2270	29,3	2768	30,7	2971	29,5	3661	33,2		
Berlin-Ost	37222	7866	21,1	348	8,8	1764	25,2	1596	23,3	1261	17,6	2897	23,7		

1) der in der jeweiligen Altersklasse Untersuchten

Tabelle 15:

dmf-t/DMF-T bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sowie bei Kindern mit nicht naturgesunden Zähnen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t/DMF-T bei Kindern	
	mit erhöhtem Kariesrisiko	mit nicht naturgesunden Zähnen
	1	2
2 - 3	3,27	3,32
3 - 4	3,60	3,64
4 - 5	5,02	3,95
5 - 6	6,75	4,30
6 - 7	7,56	4,59

Tabelle A 16:

Kinder und Jugendliche mit Parodontopathien (Zahnbetterkrankungen) in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	Untersuchte Kinder und Jugendliche						
	insgesamt	darunter mit Parodontopathien					
		insgesamt		weiblich		männlich	
		absolut	in % v. Sp.1	absolut	in % v. Sp.2	absolut	in % v. Sp.2
1	2	3	4	5	6	7	
2 - 3	5749	14	0,2	2	0,1	12	0,4
3 - 4	14741	22	0,1	9	0,1	13	0,2
4 - 5	15872	28	0,2	13	0,2	15	0,2
5 - 6	17254	31	0,2	14	0,2	17	0,2
6 - 7	23226	49	0,2	26	0,2	23	0,2
7 - 8	28112	195	0,7	104	0,8	91	0,6
8 - 9	28414	313	1,1	136	1,0	177	1,2
9 - 10	28330	374	1,3	157	1,2	217	1,5
10 - 11	28596	411	1,4	184	1,3	227	1,5
11 - 12	27673	432	1,6	159	1,2	273	1,9
12 - 13	24930	515	2,1	208	1,7	307	2,4
13 - 14	20962	422	2,0	141	1,4	281	2,6
14 - 15	19027	426	2,2	175	1,9	251	2,6
15 - 16	17938	435	2,4	178	2,0	257	2,9
16 - 17	13500	341	2,5	113	1,7	228	3,3
17 - 18	5290	135	2,6	49	1,9	86	3,2
18 - 19	949	32	3,4	16	3,3	16	3,5
19 - 20	42	3	7,1	-	-	3	16,7
Insgesamt	320605	4178	1,3	1684	1,1	2494	1,5

Tabelle A 17:

Anomalien, Dysgnathien, kieferorthopädische Behandlung bei Kinder und Jugendlichen
in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	Anzahl der Unter- suchten		Anomalien		Dysgnathien		Kieferorthopädische Behandlung				Extraktionen mit Kfo- Indikationen	
	1	2	ab- solut	in % von Sp.1	ab- solut	in % von Sp.1	laufend		empfohlen		ab- solut	in % von Sp.1
							3	4	5	6		
2 - 3	5749	1387	24,1	1374	23,9	0,2	13	0,2	235	4,1	-	-
3 - 4	14741	3579	24,3	3557	24,1	0,2	23	0,2	706	4,8	-	-
4 - 5	15872	3475	21,9	3415	21,5	0,4	60	0,4	708	4,5	-	-
5 - 6	17254	3242	18,8	3146	18,2	0,5	88	0,5	709	4,1	-	-
6 - 7	23226	5030	21,7	4864	20,9	0,8	190	0,8	1927	8,3	-	-
7 - 8	28112	10165	36,2	9542	33,9	2,7	755	2,7	4947	17,6	1	-
8 - 9	28414	13829	48,7	10992	38,7	10,4	2950	10,4	6760	23,8	7	-
9 - 10	28330	15119	53,4	8918	31,5	21,9	6209	21,9	5965	21,1	53	0,2
10 - 11	28596	15554	54,4	6672	23,3	31,0	8879	31,0	4400	15,4	223	0,8
11 - 12	27673	15070	54,5	5019	18,1	36,3	10053	36,3	3161	11,4	756	2,7
12 - 13	24930	12497	50,1	3493	14,0	36,1	9004	36,1	2064	8,3	1098	4,4
13 - 14	20962	8990	42,9	2479	11,8	31,0	6498	31,0	1379	6,6	1304	6,2
14 - 15	19027	6652	35,0	2003	10,5	24,4	4641	24,4	911	4,8	1179	6,2
15 - 16	17938	4879	27,2	1749	9,8	17,4	3129	17,4	638	3,6	907	5,1
16 - 17	13500	2919	21,6	1226	9,1	12,5	1688	12,5	387	2,9	545	4,0
17 - 18	5290	970	18,3	490	9,3	9,1	479	9,1	120	2,3	148	2,8
18 - 19	949	202	21,3	119	12,5	8,6	82	8,6	30	3,2	34	3,6
19 - 20	42	4	9,5	3	7,1	2,4	1	2,4	-	-	1	2,4
insgesamt	320605	123563	38,5	69061	21,5	17,1	54742	17,1	35047	10,9	6256	2,0

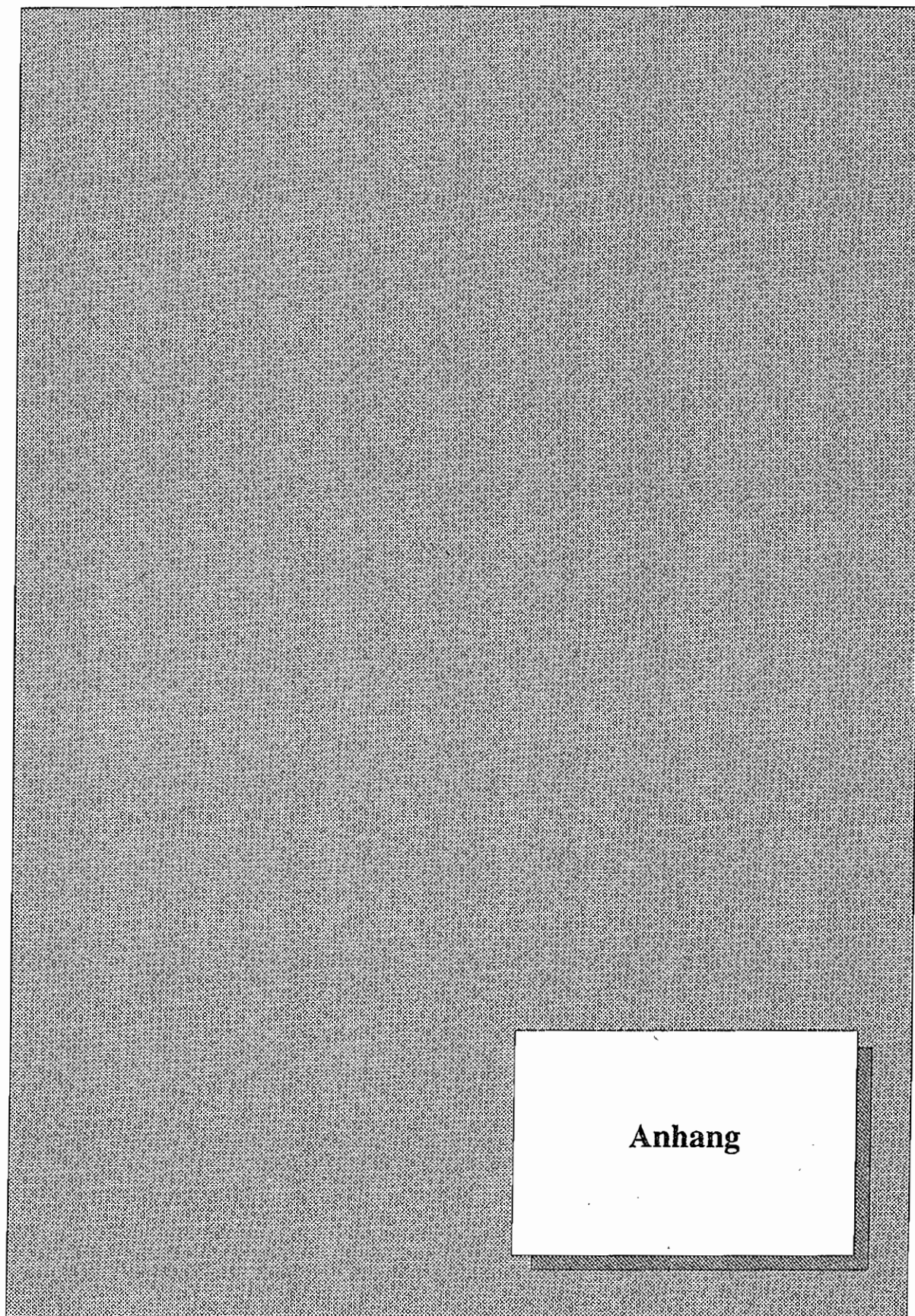
Tabelle A 18:

Absolute und prozentuale Verteilung von Dysgnathien bei Kindern und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	darunter Kinder und Jugendlichen mit Dysgnathien																			
	Anzahl der Untersuchten		insgesamt		mit komplexem Bild		mit Deckbiß		mit offenem Biß		mit Kreuzbiß		mit progner Stellung		mit Engstand		mit Spaltträger		mit anderen Dysgnathien	
	1	2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2	absolut	in % von Sp.2
2 - 3	5749	1374	565	41,1	23	1,7	677	49,3	66	4,8	14	1,0	7	0,5	1	0,1	21	1,5		
3 - 4	14741	3557	1444	40,6	68	1,9	1542	43,4	333	9,4	56	1,6	34	1,0	6	0,2	74	2,1		
4 - 5	15872	3415	1365	40,0	116	3,4	1169	34,2	522	15,3	87	2,5	36	1,1	7	0,2	112	3,3		
5 - 6	17254	3146	1339	42,6	121	3,8	699	22,2	646	20,5	122	3,9	61	1,9	5	0,2	153	4,9		
6 - 7	23226	4864	2183	44,9	184	3,8	802	16,5	890	18,3	266	5,5	308	6,3	6	0,1	225	4,6		
7 - 8	28112	9542	4990	52,3	328	3,4	1221	12,8	1154	12,1	419	4,4	869	9,1	6	0,1	555	5,8		
8 - 9	28414	10992	6134	55,8	552	5,0	1001	9,1	1016	9,2	317	2,9	1234	11,2	6	0,1	732	6,7		
9 - 10	28330	8918	5165	57,9	600	6,7	545	6,1	664	7,4	231	2,6	1080	12,1	6	0,1	627	7,0		
10 - 11	28596	6672	3841	57,6	512	7,7	306	4,6	499	7,5	172	2,6	835	12,5	3	-	504	7,6		
11 - 12	27673	5019	2915	58,1	372	7,4	181	3,6	366	7,3	115	2,3	659	13,1	1	-	410	8,2		
12 - 13	24930	3493	1932	55,3	264	7,6	111	3,2	272	7,8	94	2,7	538	15,4	1	-	281	8,0		
13 - 14	20962	2479	1291	52,1	158	6,4	118	4,8	180	7,3	94	3,8	401	16,2	3	0,1	234	9,4		
14 - 15	19027	2003	1016	50,7	119	5,9	110	5,5	164	8,2	105	5,2	288	14,4	-	-	201	10,0		
15 - 16	17938	1749	823	47,1	125	7,1	117	6,7	166	9,5	69	3,9	277	15,8	-	-	172	9,8		
16 - 17	13500	1226	526	42,9	88	7,2	87	7,1	115	9,4	54	4,4	235	19,2	-	-	121	9,9		
17 - 18	5290	490	213	43,5	29	5,9	34	6,9	48	9,8	25	5,1	85	17,3	-	-	56	11,4		
18 - 19	949	119	59	49,6	8	6,7	3	2,5	7	5,9	4	3,4	22	18,5	-	-	16	13,4		
insgesamt	320605	69061	35804	51,8	3667	5,3	8723	12,6	7108	10,3	2245	3,3	6969	10,1	51	0,1	4494	6,5		

Tabelle A 19:
Anteil der nach dem LAG-Prophylaxe-Konzept betreuten 2- bis unter 6-jährigen Kindern
in Berlin im Schuljahr 1992/1993

Bezirk	Grund- prophylaxe	Teilnahme an der Wiederholungsprophylaxe			
		keine	einmal	zweimal	dreimal
		1	2	3	4
01 Mitte	98,7	100,0	-	-	-
02 Tiergarten	54,6	82,3	7,9	7,4	2,4
03 Wedding	95,2	53,8	30,7	14,3	1,2
04 Prenzlauer Berg	83,4	25,6	59,4	15,1	-
05 Friedrichshain	88,5	36,2	40,2	23,7	-
06 Kreuzberg	77,1	53,5	40,9	5,7	-
07 Charlottenburg	95,2	36,9	39,4	23,7	-
08 Spandau	68,0	39,2	20,5	29,3	11,0
09 Wilmersdorf	94,8	43,2	38,5	18,3	-
10 Zehlendorf	80,7	60,4	27,9	10,8	0,9
11 Schöneberg	99,2	61,8	29,5	7,5	1,2
12 Steglitz	90,3	49,2	40,1	9,8	1,0
13 Tempelhof	90,4	62,4	19,5	18,1	-
14 Neukölln	88,6	74,0	23,0	2,9	-
15 Treptow	85,5	33,9	21,6	34,2	10,3
16 Köpenick	97,1	89,4	7,7	2,9	-
17 Lichtenberg	91,5	61,8	38,2	-	-
18 Weißensee	97,4	34,2	33,7	32,0	-
19 Pankow	99,4	26,7	33,3	38,5	1,5
20 Reinickendorf	89,1	49,8	30,4	14,8	5,0
21 Marzahn	93,0	59,7	39,7	0,6	-
22 Hohenschönhausen	97,4	65,4	33,7	0,9	-
23 Hellersdorf	98,4	99,3	0,7	-	-
Berlin	89,0	50,4	32,9	14,8	1,8
Berlin-West	86,6	54,7	29,7	13,3	2,3
Berlin-Ost	91,5	45,9	36,4	16,4	1,4



Anhang

7.0 Literaturverzeichnis

- Baume, L.J., Vorschläge zur Vereinheitlichung kariestatistischer Befunderhebung und Auswertung, Deutsche Zahnärztliche Z., 6 (1956), 355-360
- Bauch, J., Micheelis, W., Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland, Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1993
- Bauer, J., Neumann, T., Saekel, R., Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994, Erich Schmidt-Verlag, Berlin, 1995
- Dohnke, S., Kariestatistische Längsschnittuntersuchungen bei Berliner Schulkindern unter besonderer Berücksichtigung des Ausmaßes der zahnärztlichen Versorgung und der Behandlungsbedürftigkeit, Med. Diss Berlin, 1977
- Dohnke-Hohrmann, S., Neubert, K.-P., Die Zahngesundheit der Kinder - auch ein statistisches Problem, Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 22. Jahrgang, 4, (1992), Düsseldorf
- Dohnke-Hohrmann, S., 6 Jahre nach Inkrafttreten des § 21, SGBV, - Eine Standortbestimmung, Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 1 u. 2, (1995), Frankfurt/Main
- Einwag, J., Epidemiologie der Karies (unter Berücksichtigung der Polarisierung des Kariesbefalls) Entwicklungen und Perspektiven, Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten, (IME), Frankfurt, 1994
- Helfenstein, U., Steiner, M., Marthaler, T.M., Caries Prediction on the Basis of Past Caries Including Precavity Lesions, Caries res. (1991), 25: 372-376
- Hunter, P., Banocy, J., Horowitz, H., Krasse, B., de Liefde, B., O'Mullane, D., Poulsen, S., Rise, J., Schroder, U., Valentine, A., Wei, S., Winter, G., Review of methods of identification of high caries risk groups and individuals, FDI Technical Report No.31, Int.Dent Journ. (1988), 38, 177-189
- Koch, G., Importance of early determination of caries risk, Int.Dent.Journ. (1988), 38, No.4
- Koch, G., Selection and caries prophylaxis of children with high caries activity. One year results., Odont. Revy., 21, 71
- Pieper, K., Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1994, DAJ 1995
- Pieper, K., 6 Jahre nach Inkrafttreten des § 21, SGBV, - Eine Standortbestimmung, Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 2, (1995), Frankfurt/Main
- Plümer, K.-D., Wozu Zähne, wenn es nichts zu beißen gibt?, Zum Problem de Compliance von „sozialen Randgruppen“ in der Kariesprävention, Vortrag auf dem 45. Wissenschaftlichen Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des ÖGD und des Bundesverbandes der Zahnärzte des ÖGD im Mai 1995 in Dresden, Veröffentlichung in Vorbereitung.
- Saekel, R., Kosten und Nutzen der Kariesprophylaxe, Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten, (IME), Frankfurt, 1994
- Stößer, L., Identifizierung von Personen mit besonders hohem Kariesrisiko in „Kariesprophylaxe für Alle“, Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME), Frankfurt, 1994
- Van Steenkiste, M., Fissurenversiegelung und Mundhygiene bei Kindern im Rems-Murr-Kreis, Oralprophylaxe, 17, 55-63 (1995)
- Van Steenkiste, M., Pescheck, B., Zahnpflegegewohnheiten, Anwendung von Fluoriden und Zahnarztbesuch bei 12jährigen Schülern in Baden-Württemberg, Oralprophylaxe, 15, 24-28 (1993)

WHO EURO Oral Care, A Model for Creation of National Programmes for Improving Oral Health in Europe, 1993

WHO, World Health Day 1994, Information Kit, WHO, Geneva, o.J.

Zimmer, S., Bestimmung des Kariesrisikos in Teil 3, Ätiologische Aspekte der Karies und der Erkrankungen des Parodontiums in Kinderzahnheilkunde, Spitta-Verlag, Balingen, 1995

Zimmer, S., 6 Jahre nach Inkrafttreten des § 21, SGBV, - Eine Standortbestimmung, Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 1, (1995), Frankfurt/Main

7.1 Gesetzliche Grundlagen

Sozialgesetzbuch V, § 21 (SGBV, § 21) 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 Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Diese 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.

(2) Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen insbesondere über Inhalt, Finanzierung, Dokumentation und Kontrolle zu beschließen.

(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht bis zum 30. Juni 1993 zustande, werden Inhalt, Finanzierung, nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle unter Berücksichtigung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG), § 23 Zahnärztlicher Dienst

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst hat die Aufgabe, Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu verhüten und zu erkennen. Er führt daher insbesondere regelmäßig zahnärztliche Untersuchungen mit Befundaufzeichnungen vom Kleinkindalter an durch, die auch eine Kariesrisiko-Diagnostik enthalten. Er überwacht die erforderlichen

Behandlungen und nimmt Aufgaben nach § 1 Abs. 3 Nr. 5 wahr. In Kindertagesstätten und Schulen betreibt er Gruppenprophylaxe, die entsprechend dem gesetzlichen Auftrag des § 21 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477 / GVBl. S. 2450), zuletzt geändert durch Artikel 8 § 20 des Gesetzes vom 24. Juni 1994 (BGBl. I S. 1416), für die dort genannte Altersgruppe im Zusammenwirken mit Krankenkassen und niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt wird.

(2) Eltern und sonstige Personensorgeberechtigte sowie Lehrer und Erzieher werden zu Fragen der Zahn- und Mundgesundheit der Kinder beraten; zur Information der Allgemeinheit wird Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

7.2 Organisationskonzept der LAG Berlin

Arbeitsmenge und Verteilung (1993)

Einrichtungen	Grundprophylaxe und Reihenuntersuchung 1 x anno	Wiederholungsprophylaxe 3 x anno
Kitas (Elementarbereich und Vorschulgruppen) West: 41.093 Plätze Ost: 57.292 Plätze ges: 98.385 Plätze ca. 6.559 Gruppen (Gr.: 15 Kinder)	Team ÖGD und ZH LAG Prophylaxezeit: * 30 Min. + 15 Min. + 15 Min.	ZH LAG Prophylaxezeit: * 30 Min. + 15 Min. + 15 Min.
EKT's (private) West: 11.313 Plätze Ost: 276 Plätze ges: 11.589 Plätze ca. 1.448 Gruppen (Gr.: 8 Kinder)	Team LAG und ZH LAG Prophylaxezeit: * 30 Min. + 15 Min. + 15 Min.	ZH LAG Prophylaxezeit: * 30 Min. + 15 Min. + 15 Min.
Vorklassen u. Klassen 1-6 ges.: 223.736 Kinder ca. 8.949 Klassen (Gr.: 25 Kinder)	Team ÖGD (2 ZH LAG) Prophylaxezeit: * 60 Min. + 15 Min. + 15 Min.	ZH LAG Prophylaxezeit: * 60 Min. + 15 Min. + 15 Min.

* Die Prophylaxezeit enthält auch Vor- und Nachbearbeitungszeit (je 15 Min.)

LAG: Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.

ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst

EKT: Eltern-Kind-Tagesstätten (privat)

ZH: Zahnarzhelferin

Team: Zahnarzt/Zahnärztin und Zahnarzhelferin

7.3 Kariesrisiko-Kriterien der LAG-Berlin bis zum Ende des Schuljahres 1992/1993

Karieshochrisiko

Aus epidemiologischen Untersuchungen geht hervor, daß der Kariesbefall der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt ist. Insgesamt gesehen entfallen etwa 70 % aller von Karies befallenen Zähne / Zahnflächen auf eine kleine Gruppe von nur 30 % der Untersuchten. Diese werden als „Personen mit einem erhöhtem Kariesrisiko“ bezeichnet. Sie sind durch basisprophylaktische Maßnahmen allein nicht zu schützen und bedürfen weiterer intensiver Maßnahmen.

Auf der Basis der Definitionen der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK hat sich die LAG auf folgende Festlegung geeinigt:

Personen mit einem erhöhtem Kariesrisiko sind

Kinder im Alter von 2 und 3 Jahren, die ein nicht mehr kariesfreies Gebiß, d.h. kariöse oder gefüllte Zähne haben oder deren Milchzähne extrahiert worden sind:

2- u. 3jährige Kinder mit $dmf > 0$

Kinder im Alter von 4 Jahren, die 2 oder mehr $dmf(ekt)$ -Zähne haben, d.h. die mindestens 2 kariöse oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne aufweisen. Unter den 2 oder mehr $dmf(ekt)$ -Zähnen muß mindestens 1 kariöser Zahn sein:

4jährige Kinder mit $dmf \geq 2$, darunter $d \geq 1$

Kinder im Alter von 5 Jahren, die 4 oder mehr $dmf/DMF(ekf/EKF)$ -Zähne haben, d.h. die 4 oder mehr kariöse oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne aufweisen. Unter den 4 oder mehr $dmf/DMF(ekf/EKF)$ -Zähnen muß mindestens ein kariöser Zahn sein:

5jährige Kinder mit $dmf/DMF \geq 4$, darunter $d/D \geq 1$

Kinder im Alter von 6 Jahren, die 5 oder mehr $dmf/DMF(ekf/EKF)$ -Zähne haben, d.h. die 5 oder mehr kariöse oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne aufweisen. Unter den 5 oder mehr $dmf/DMF(ekf/EKF)$ -Zähnen muß mindestens ein kariöser Zahn sein:

6jährige Kinder mit $dmf/DMF \geq 5$, darunter $d/D \geq 1$

Ergänzungen

Die Festlegung auf mindestens einen kariösen Zahn bei den 4- bis 6jährigen Kindern ist pragmatischer Art. Sie erklärt sich aus dem Wunsch, Eltern von Kindern mit vollständig sanierten und gepflegten Zähnen nicht zu entmutigen. Dem Auge prophylaxeorientierter Untersucher bleibt anheimgestellt, weitere Kariesrisikofaktoren, z.B. kreidige Verfärbungen, in eine Bewertung aufzunehmen.

7.4 Kariesrisiko-Kriterien nach der DAJ

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) Bestimmungen von Risikopatienten im Rahmen der gruppenprophylaktischen Reihenuntersuchungen

Konsensvorschlag Einwig/Klimek/Wetzel/Pieper

Definition von Risikogruppen in Altersdifferenzierung

Alter:

bis	3 Jahre	$dmf-t > 0$
	4 Jahre	$dmf-t > 2$
	5 Jahre	$dmf-t > 4$
6 bis	7 Jahre	$dmf-t/DMF-T > 5$ oder $D-T > 0$
8 bis	9 Jahre	$dmf-t/DMF-T > 7$ oder $D-T > 2$
10 bis	12 Jahre	$DMF-S$ an Approximal-/ Glattflächen > 0

7.5 Untersuchungsstandards- Arbeitsanweisung zur Befunderhebung und Befundaufzeichnung im Auswertungszeitraum 1992/1993

Technische Vorbereitungen

Mit dem Schuljahr 1992/93 beginnt der Auswertungszeitraum der ersten Gesamtberliner Auswertung.

Bitte tragen Sie dafür Sorge, daß bei Ihnen bis dahin in ausreichender Menge vorhanden sind:

1. Karteikarten Ges VB 267
2. Untersuchungslisten Ges VB 268
3. Blaupapier

Die Vordrucke Ges VB 266 (gelber Statistikstreifen) brauchen nicht angefordert zu werden, das Landesverwaltungsamt wird sie direkt an die Bezirksämter ausliefern. **Aus Gründen des Datenschutzes muß zur Auswertung der anonymisierte Statistikstreifen Ges VB 266 verwendet werden.**

Soll das Durchschreibverfahren angewendet werden, dann ist vor der Befunderhebung die Karteikarte (Ges VB 267) mit dem gelben Statistikstreifen (Ges VB 266) zu versehen. Das Befundschema des durchsichtigen Statistikstreifens muß hierbei mit dem Befundschema der Karteikarte übereinstimmen (Sichtkontrolle). Anschließend ist ein Blatt Blaupapier zwischen Karteikarte und Statistikstreifen zu legen. Anderenfalls muß der Befund von der Karteikarte auf den gelben Statistikstreifen übertragen werden. Hierbei ist auf besondere Sorgfalt zu achten!

Untersuchungslisten (Ges VB 268) werden gedoppelt und mit Blaupapier zur Durchschrift verwendet. **Die Durchschrift darf keine Namen oder persönliche Daten des Untersuchten enthalten.**

Zur Auswertung gelangen nur Daten, die in die dick umrandeten Felder eingetragen wurden. Es ist darauf zu achten, daß Befunde zu allen Positionen erhoben und auch eingetragen werden. Felder, für die keine Angaben zu machen sind, werden freigelassen

Der Aufkleber (Ges VB 266) muß solange auf der Karteikarte bleiben, bis die Eintragungen in die Kästchen 23-26 erfolgt sind. Nach der

Befunderhebung und der Eintragung der drei Prophylaxewiederholungen werden die Statistikstreifen entfernt und gesammelt, ebenso die Kopien der Listen. Sie sind regelmäßig (z.B. monatlich) an SenGes -I D 25- zu senden.

Eintragen der Daten

Die zahnärztlichen Untersuchungen dienen vorrangig der Überprüfung der Gebisse auf Karies und Stellungsanomalien. (Zur Untersuchung gehört selbstverständlich das altersgerechte Gespräch über notwendige Behandlungsmaßnahmen und Präventionsmaßnahmen) **Bei jeder Reihenuntersuchung wird ein vollständiger Gebißbefund erhoben.**

Hierbei steht:

E bzw. e für extrahierte bleibende bzw. Milchzähne,

K bzw. k für kariöse bleibende bzw. Milchzähne.

F bzw. f für gefüllte bleibende bzw. Milchzähne.

Aus kieferorthopädischer Indikation extrahierte Zähne werden durch (**E**) gekennzeichnet. Die entsprechenden Symbole werden je nach Kieferhälfte über oder unter der betreffenden Ziffer in das **Befundschema** eingetragen. Entgegen früherem Vorgehen ist **jeder Milchzahn aufzuzeichnen** und zu befinden. Das Alter des Probanden spielt hierbei keine Rolle. Hierzu siehe auch „Hinweise (Entscheidungshilfen)“ am Ende der Arbeitsanweisung.

Ausfüllen der „Kästchen“

Für jede Ziffer ist ein Kästchen vorgesehen. Hat die einzutragende Zahl weniger Stellen als Kästchen für die Eintragung vorhanden sind, wird die Zahl rechtsbündig eingesetzt und die leer bleibenden Kästchen mit Nullen versehen, z.B. bei 4 Kästchen für die laufende Nummer 13 = 0013, bei 2 Kästchen für den Monat Juni = 06

Sofern kein Befund für die entsprechenden Rubriken vorliegt, ist nichts einzutragen (blank).

Kästchen

- 1,2 Schlüsselzahl des Bezirks**
- | | |
|------------------|----|
| Mitte | 01 |
| Tempelhof | 13 |
| Tiergarten | 02 |
| Neukölln | 14 |
| Wedding | 03 |
| Treptow | 15 |
| Prenzlauer Berg | 04 |
| Köpenick | 16 |
| Friedrichshain | 05 |
| Lichtenberg | 17 |
| Kreuzberg | 06 |
| Weißensee | 18 |
| Charlottenburg | 07 |
| Pankow | 19 |
| Spandau | 08 |
| Reinickendorf | 20 |
| Wilmerdorf | 09 |
| Marzahn | 21 |
| Zehlendorf | 10 |
| Hohenschönhausen | 22 |
| Schöneberg | 11 |
| Hellersdorf | 23 |
| Steglitz | 12 |
| LAG | 24 |
- 3 Schulart (siehe Fußnote der Karte)**
z.B. Gymnasium 4
BB10-Klassen werden mit 6 eingetragen
- 4,5,6 Schlüsselzahl der betreffenden Schule (der Kita) im Bezirk bzw. Listen-Nr.:**
- bei Verwendung der Karteikarte (Ges VB 267) Eintragung der Schlüsselzahl,
 - bei Verwendung der Untersuchungsliste (Ges VB 268) für Kleinkinder wird hier die Nummer der Liste (rechts oben im Kopf) eingetragen, z.B. 017. Bei Bildung der Listennummer ist darauf zu achten, daß sich die Listennummer im selben Berichtsjahr nicht wiederholen. Diese Listennummer wird nur eingetragen bei solchen Gruppen, die anders nicht unterteilt und zuzuordnen sind, also bei Kleinkindern, sofern diese nicht auf Ges VB 267 (Karteikarte) aufgenommen werden,
 - bei Verwendung der Untersuchungsliste (Ges VB 268) für Berufsschüler wird hier auch die Nummer der Schule eingetragen, z.B. 602
- 7,8,9,10 Die fortlaufende Nr. des Schülers in der Schule (des Kitakindes in der Kita) wird in die Kästchen 7,8,9,10 und gleichzeitig in die Klassenliste (Kitaliste) eingetragen. Zur Bildung der fortlaufenden Nummer (Suchnummer) kann man z.B. für die Schüler der Klasse 1a die Nummern 1-50, der Klasse 1b die Nummern 51-100 etc. reservieren. Bei Kleinkindern erfolgt eine gleichlautende Nummerierung auf der Untersuchungsliste (Ges VB 268) und den Klassenlisten. Die Suchnummern werden in jedem Auswertungsjahr neu erteilt und dienen zur Auffindung der betreffenden Karte bei einer eventuellen Fehlersuche.**
- 11 Geschlecht: Junge 1, Mädchen 2**
- 12-15 Geburtsdatum: Es sind nur Monat und Jahr anzugeben, z.B. 5 Juni 1981 = 0681**
- 16,17 Alte Belegung „Monate im Kiga“ entfällt.**
- neu 16 Dient der Eintragung des Kariesrisikos = 1 Definitionen zur Beurteilung eines erhöhten Kariesrisikos siehe gesondertes Blatt**
- neu 17 9 = Kennzeichnung des Bereichs der LAG**
- 18-21 Datum der Untersuchung: Es sind nur Monat und Jahr anzugeben, z.B. 13 Februar 1991 = 0291**
- 22 Schmelzaufbau, Einteilung siehe Legende auf der Karteikarte**
- 23-26 Das Eintragen der Zahnzahl entfällt. Die nunmehr freien Kästchen 23-26 werden künftig zu Eintragungen der Gruppenprophylaxeleistungen verwendet.**
- neu 23 Gruppenprophylaxe: 1. Prophylaxe im Rahmen der LAG durch Zahnärztliche Dienste bzw. LAG = 1**
- neu 24 1. Wiederholungsprophylaxe:
2. Prophylaxe (LAG) = 2**

- neu 25 2. Wiederholungsprophylaxe:
3. Prophylaxe (LAG) = 3
- neu 26 3. Wiederholungsprophylaxe:
4. Prophylaxe (LAG) = 4
- 27-40 Die **Summen EKT (E)** bzw. **ekt** sind aus dem Befundschema zu errechnen. Aus dem Eintrag in die Kästchen 27-40 ergibt sich das **Kariesrisiko**, Kriterien siehe beigefügtes Blatt. Bei erhöhtem Kariesrisiko wird unter dem Befundschema ein **R** eingetragen und eine **1** in Kästchen 16 (siehe Erläuterungen unter 16).
- 41 **S = Kind mit behandlungsbedürftiger Karies aus dem Vorjahr** (aus der letzten Untersuchung), die unbehandelt geblieben ist, auch sogenannte **Teilsanierung**:
nein = blank, ja = 1
- 42 Hierunter sind **alle** klinisch erkennbaren krankhaften Veränderungen des Zahnhalteapparates zu verstehen; auch **Gingivitiden**.
P = Personen mit Parodontopathien,
nein = blank,
ja = 1
- 43-45 **Anomalien**
- 43 Jede **Anomalie** wird mit **1** angegeben.
- 44 Zu jeder **Anomalie** gehört ein **dysgnathisches Symptom**: Eintrag in Kästchen 44 mit der entsprechenden Ziffer aus der Legende zur Untersuchungskarte Ges VB 267. (Kein Eintrag unter 44 bei bestehender kieferorthopädischer Behandlung). Im Anschluß an die Eintragungen in Kästchen 43 und 44 wird ein **A** über das Befundschema geschrieben.
- 45 Besteht eine **kieferorthopädische (kfo) Behandlung**, so kommt zusätzlich zum Eintrag in Kästchen 43 die Ziffer **1** in Kästchen 45; selbstverständlich entfällt das dysgnathische Symptom. Nach der Eintragung in Kästchen 45 wird das Symbol **KO** (statt **A**) über das Befundschema geschrieben
- 46 Soll zu einer **Kfo-Behandlung** geraten werden oder besteht sonstiger Beratungsbedarf, so wird Kästchen 46 mit einer **1** versehen und der Ges VB 260 (Anomalienchein) ausgefüllt.
- 47 Eine **zahnärztliche Behandlung ist notwendig** und der Ges VB 256 (gelber Schein, Behandlungsnachweis) wird ausgegeben: nein 0, ja 1. Liegt eine **MZ-Karies** vor, die aus Alters- oder sonstigen Gründen nicht behandelt werden soll, wird eine **0** eingetragen
- Die Beurteilung der **Zahnpflege** wird nicht in die Statistik aufgenommen. Die Erhebung ist fakultativ. Der Allgemeinverständlichkeit wegen wird gebeten, die in der Fußnote erläuterten Symbole **a, b, c**, zu verwenden. Ist z.B. die Zahnpflege vernachlässigt, so ist **c** zu unterstreichen.
- Eintragungen aus **Kontrolluntersuchungen** werden rot in das Zahnschema gemacht. Befunde der Kontrolluntersuchungen werden **nicht in die Signierfelder eingetragen**, desgleichen wird der **Statistikstreifen (Ges VB 266) hierfür nicht verwendet!**
- Hinweise (Entscheidungshilfen)**
- Auch trepanierte Zähne sollen als „**K**“, bzw. „**k**“ gewertet werden. (Ist die Oberfläche des Zahnes verletzt, gleich ob durch zahnärztliche Maßnahmen oder aus pathologischer Ursache, so ist dies als „**K**“ zu werten). Als Kriterium für die Behandlungsbedürftigkeit ist die Eintragung in Kästchen 47 zu sehen.
- Beispiel: 20 MZ, 51 avital und verfärbt = ekt = 0
aber
20 MZ, 51 avital, verfärbt und trepaniert
= ekt = 1
- Versiegelte Zähne sind nicht als „**F**“ zu werten!
- Nicht angelegte Zähne sind nicht als fehlend zu werten, sollen also nicht als „**E**“ geführt werden.

Karieshochrisiko

Aus epidemiologischen Untersuchungen geht hervor, daß der Kariesbefall der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt ist. Insgesamt geschen entfallen etwa 70 % aller von Karies befallenen Zähne / Zahnflächen auf eine kleine Gruppe von nur 30 % der Untersuchten. Diese werden als „Personen mit einem erhöhtem Kariesrisiko“ bezeichnet. Sie sind durch basisprophylaktische Maßnahmen allein nicht zu schützen und bedürfen weiterer intensiver Maßnahmen.

Auf der Basis der Definitionen der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK hat sich die LAG auf folgende Festlegung geeinigt:

Personen mit einem erhöhtem Kariesrisiko sind

Kinder im Alter von 2 und 3 Jahren, die ein nicht mehr kariesfreies Gebiß, d.h. kariöse oder gefüllte Zähne haben oder deren Milchzähne extrahiert worden sind:

2- u. 3jährige Kinder mit dmf > 0

Kinder im Alter von 4 Jahren, die 2 oder mehr dmf(ekt)-Zähne haben, d.h. die mindestens 2 kariöse oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne aufweisen. Unter den 2 oder mehr dmf(ekt)-Zähnen muß mindestens 1 kariöser Zahn sein:

4jährige Kinder mit dmf 2, darunter d 1

Kinder im Alter von 5 Jahren, die 4 oder mehr dmf/DMF(ekf/EKF)-Zähne haben, d.h. die 4 oder mehr kariöse oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne aufweisen. Unter den 4 oder mehr dmf/DMF(ekf/EKF)-Zähnen muß mindestens ein kariöser Zahn sein:

5jährige Kinder mit dmf/DMF 4, darunter d/D 1

Kinder im Alter von 6 Jahren, die 5 oder mehr dmf/DMF(ekf/EKF)-Zähne haben, d.h. die 5 oder mehr kariöse oder wegen Karies gefüllte oder extrahierte Zähne aufweisen. Unter den 5 oder mehr dmf/DMF(ekf/EKF)-Zähnen muß mindestens ein kariöser Zahn sein:

6jährige Kinder mit dmf/DMF 5, darunter d/D 1

Ergänzungen

Die Festlegung auf mindestens einen kariösen Zahn bei den 4- bis 6jährigen Kindern ist pragmatischer Art. Sie erklärt sich aus dem Wunsch, Eltern von Kindern mit vollständig sanierten und gepflegten Zähnen nicht zu entmutigen. Dem Auge prophylaxeorientierter Untersucher bleibt anheimgestellt, weitere Kariesrisikofaktoren, z.B. kreidige Verfärbungen, in eine Bewertung aufzunehmen. Auf der zahnärztlichen Karteikarte (Ges VB 267 oder 268) der Kinder, auf die die vorstehenden Definitionen zutreffen, wird unter dem Befundschema ein R eingetragen. Die Eltern dieser Kinder erhalten ein Merkblatt, das über intensivere Präventionsmöglichkeiten Auskunft gibt.

7.7 Untersuchungsmaterial

A		B		C		D		E		F		G		H		I/J		K		L		M		N		O		P		Q		R		S		Sm		St		T		U		V		W		X/Y		Z	
Zuname:										Vorname:										Anschrift:										Klinik:																					
Geburtsdatum:										Name des Personensorgeb.: 1000 Berlin																																									
Unters.-Datum		Bezirk	Schulst.	Schule Nr. / Liste Nr.	IId. Nr. l. d. Sch. / IId. Nr. in Liste		Ge-sch.	Geburts-Monat / Jahr		Monate im Klga		Schule	Zahnallege (siehe Fußnote) a b c																																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		Klasse:		Bemerkungen:																															
Untersucher:		1 2 3 4 5 6 7 8		Untersuchungs-Monat / Jahr		Schulst.	1-Zähne	2-Zähne	E	(E)	K	F	a	b	c	f	S	P	A	OS	Ko	260																													
3	7	6	5	4	3	2	1	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46															
Unters.-Datum		Bezirk	Schulst.	Schule Nr. / Liste Nr.	IId. Nr. l. d. Sch. / IId. Nr. in Liste		Ge-sch.	Geburts-Monat / Jahr		Monate im Klga		Schule	Zahnallege (siehe Fußnote) a b c																																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		Klasse:		Bemerkungen:																															
Untersucher:		1 2 3 4 5 6 7 8		Untersuchungs-Monat / Jahr		Schulst.	1-Zähne	2-Zähne	E	(E)	K	F	a	b	c	f	S	P	A	OS	Ko	260																													
8	7	6	5	4	3	2	1	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46															
Unters.-Datum		Bezirk	Schulst.	Schule Nr. / Liste Nr.	IId. Nr. l. d. Sch. / IId. Nr. in Liste		Ge-sch.	Geburts-Monat / Jahr		Monate im Klga		Schule	Zahnallege (siehe Fußnote) a b c																																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		Klasse:		Bemerkungen:																															
Untersucher:		1 2 3 4 5 6 7 8		Untersuchungs-Monat / Jahr		Schulst.	1-Zähne	2-Zähne	E	(E)	K	F	a	b	c	f	S	P	A	OS	Ko	260																													
5	7	6	5	4	3	2	1	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46															
Unters.-Datum		Bezirk	Schulst.	Schule Nr. / Liste Nr.	IId. Nr. l. d. Sch. / IId. Nr. in Liste		Ge-sch.	Geburts-Monat / Jahr		Monate im Klga		Schule	Zahnallege (siehe Fußnote) a b c																																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		Klasse:		Bemerkungen:																															
Untersucher:		1 2 3 4 5 6 7 8		Untersuchungs-Monat / Jahr		Schulst.	1-Zähne	2-Zähne	E	(E)	K	F	a	b	c	f	S	P	A	OS	Ko	260																													
1	7	6	5	4	3	2	1	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46															
Unters.-Datum		Bezirk	Schulst.	Schule Nr. / Liste Nr.	IId. Nr. l. d. Sch. / IId. Nr. in Liste		Ge-sch.	Geburts-Monat / Jahr		Monate im Klga		Schule	Zahnallege (siehe Fußnote) a b c																																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		Klasse:		Bemerkungen:																															
Untersucher:		1 2 3 4 5 6 7 8		Untersuchungs-Monat / Jahr		Schulst.	1-Zähne	2-Zähne	E	(E)	K	F	a	b	c	f	S	P	A	OS	Ko	260																													
1	7	6	5	4	3	2	1	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46															
3 Reihenuntersuchungen in bzw. von Gesamtschulen = 0 Grundschulen = 1 Hörschulen = 2 Realschulen = 3 Gymnasien = 4 Sonderschulen = 5 Berufs-berufsstochschulen = 6 Kleinkindern in Heimen bzw. Kindergärten = 7 Kleinkindern = 8 Einschulungsuntersuchungen = 9	14/17 bei Einschulungsuntersuchungen ermittelte Aufenthaltsdauer in Kindergärten nach Monaten insgesamt, zwecks Feststellung der Feinanalyse an Fluoridation 22 Schmerzabbau Normal = 0 Hypoplasien 0 = 1 Hypoplasien M = 2 Hypoplasien M = 3	29/20 Extraktionen aus kieferorthopädischen Gründen 33/24 füllungen bzw. Kronen 41 Säumunge mit unbehandeltem Karies aus dem Vorjahre 42 Parodontopathien 43 Stellungserkrankungen	44 1. Komposit-Bild (siehe Anlage II, 11) Oberkiefer-Protusion Imaginäre Komponenten: Lucanabwölbung Kompression Engstand 2. Oberkiefer-Bild als vormaliges Kind (andere Faktoren untergeordnet) 3. Offener Biss als vormaliges Kind (andere Faktoren untergeordnet) 4. Kreuzbiss (auch Front- und Seitenbissabweichung) 5. Prognathie Stellung (Anlage III)	6. Engstand als vormaliges Kind (andere Faktoren untergeordnet) 7. Seitenbiss 8. Andere Dysgnathien 45 in ca. Behandlung 46 Vorunters. Ges. VB 260 ausgehend 47 Vorunters. Ges. VB 256 ausgehend Zahnallege keine besondere Feststellung gut nicht nachvollzogen																																															

7.8 Diskussionspapierverzeichnis

Der Jahresgesundheitsbericht wird komplettiert durch die von der Senatsverwaltung für Gesundheit zur Gesundheits- und Sozialforschung in unregelmäßiger zeitlicher Folge herausgegebenen *Diskussionspapiere*.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

1. Meinlschmidt, Gerhard
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose. 1986.
2. Imme, Uwe
Meinlschmidt, Gerhard
Wanjura, Marlies
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen.
Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht. 1986
3. Imme, Uwe
Meinlschmidt, Gerhard
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger.
Eine statistische Analyse. 1986.
4. Meinlschmidt, Gerhard
Völker-Oswald, Ingrid
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse. 1988
5. Meinlschmidt, Gerhard
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse. 1988.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme,
Dr. Dohnke-Hohrmann, Sylvia
(vormals Dr. Mader, Sylvia)
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West). 1988.
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:
Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendgesundheitschutzgesetzes 1988.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung.
Erfahrungsbericht zum 500er Programm 1988.
9. Meinlschmidt, Gerhard
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern.
Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde. 1988.
10. Liedtke, Dieter
Wanjura, Marlies
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
Dezember 1988
11. Baum, Christiane
Koch-Malunat, Norbert
Seeger, Michael
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik
Januar 1989.
12. Becker, Barbara
Kramer, Ramona
Meinlschmidt, Gerhard
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
September 1989.
13. Liedtke, Dieter
Wanjura, Marlies
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
November 1989.
14. Haecker, Gero
Kirschner, Wolf
Meinlschmidt, Gerhard
Zur "Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern" in Berlin (West).
April 1990.
15. Koch-Malunat, Norbert
Klausing, Michael
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
Juni 1990.

16. Kiss, Anita
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
Februar 1992.
17. Kirschner, Wolf
Radoschewski, Michael
Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin.
Januar 1993.
18. Hermann, Sabine
Imme, Uwe
Meinlschmidt, Gerhard
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991
- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -
Januar 1993.
19. Thielke, Henning
Meusel, Katharina
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern
Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
März 1994.
20. Koch-Malunat, Norbert
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -
März 1994
21. Radoschewski, Michael
Kirschner, Wolf
Kirschner, Renate
Heydt, Kerstin
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
Juli 1994.
22. Kiss, Anita
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992
- eine statistische Analyse -
Februar 1995
23. Kiss, Anita
Hermann, Sabine
Thielke, Henning
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983 - 1992.
März 1995.
24. Rothe, Kerstin
u a
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
April 1995
25. Beblo, Miriam
Zur Dimension der Sozialen und Gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin
- Eine statistisch-empirische Diagnose -
Juni 1995.
26. Hermann, Sabine
Hiestermann, Angelika
Gesundheitliche und soziale Lage von Frauen in Berlin
- eine empirische Diagnose -
Oktober 1995.
27. Dohnke-Hohrmann, Dr. Sylvia
Reich, Renate
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/1993 in Berlin
- Teil I -
Oktober 1995.

Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:

- Hermann, Sabine
Meinlschmidt, Gerhard
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik
- Gesundheitsbarometer 1 - November 1991.
- Hermann, Sabine
Meinlschmidt, Gerhard
Thielke, Henning
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung
- Gesundheitsbarometer 2 - Dezember 1994.

- Meinschmidt, Gerhard
Imme, Uwe
Kramer, Ramona
Sozialstrukturatlas Berlin (West).
Eine statistisch-methodische Analyse mit
Hilfe der Faktorenanalyse. März 1990.
(vergriffen).
- Hermann, Sabine
Meinschmidt, Gerhard
Sozialstrukturatlas Berlin
- Erste gemeinsame Berechnung für alle Be-
zirke - Juli 1995.

Die Broschüren können in der Senatsverwaltung
für Gesundheit Berlin - Referat Gesundheits-
statistik, Gesundheitsberichterstattung, Infor-
mations- und Kommunikationstechnik, Daten-
schutz-, Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin, an-
gefordert werden.

**DER MUND- UND ZAHNGESUNDHEITZUSTAND
VON KINDERN UND JUGENDLICHEN
1992/1993 IN BERLIN
- TEIL II -**

Untersuchungsergebnisse des Bezirkes
Spandau

DR. DOHNKE-HÖHRMANN

Renate Reich

Diskussionspapier 27

Oktober 1995

HERAUSGEBER: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin.
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung,
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz
Schriftleiter: PD Dr. G. Meinschmidt
Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin
Nachdruck auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet

**Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen
1992/1993 in Berlin
-Teil II -**

Untersuchungsergebnisse der 23 Bezirke und der LAG in Berlin

Der vorliegende Teil II enthält die nach Berliner Bezirken gegliederten Untersuchungsergebnisse und damit Mundgesundheitsdaten der Berliner Kinder und Jugendlichen im Schuljahr 1992/1993.

Während die Ergebnisse in Teil I für die Leser aufbereitet sind, die überwiegend an der Situation der ganzen Stadt interessiert sind, enthält Teil II die bezirksspezifischen Ergebnisse. Dabei wurde von der Vorstellung ausgegangen, daß die Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke das vorliegende Zahlenmaterial als Basisdaten für ihre künftige Arbeit verwenden können. In der Vergangenheit zeigte sich wiederholt, daß sowohl die Fragen der interessierten Öffentlichkeit als auch der gesundheitspolitisch Aktiven auf bezirkliche Details gerichtet waren, die bisher mangels Datenmaterials unbeantwortet bleiben mußten.

Es erschien zweckmäßig, das Datenmaterial nach Bezirken zu ordnen, damit die Ergebnisse eines jeden Bezirkes zusammengefaßt betrachtet werden können (in Anbetracht des großen Umfangs in 23 Einzel-exemplaren). Sowohl Anzahl als auch Reihenfolge der Tabellen und Graphiken sind für alle Bezirke gleich. Ordnungselement sind die offiziellen Kennziffern der Berliner Bezirke. Auf eine Gegenüberstellung einzelner Ergebnisse im Bezirksvergleich wurde bewußt verzichtet, da dies den Rahmen des graphisch und tabellarisch Darstellbaren überschritten hätte. Eine Alternative wäre gewesen, einzelne Bezirke auszuwählen, und damit vergleichende Betrachtungen durchzuführen. Die Auswahl hätte jedoch weitgehend willkürlich erfolgen müssen und dadurch sicher nicht zur Transparenz der realen Situation beigetragen. Auch hätte eine derartige Aufbereitung des Datenmaterials zu unerwünschten Einschränkungen geführt.

Der Teil II enthält außerdem die Ergebnisse der von der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e. V. (LAG) betreuten Kinder in Berlin.

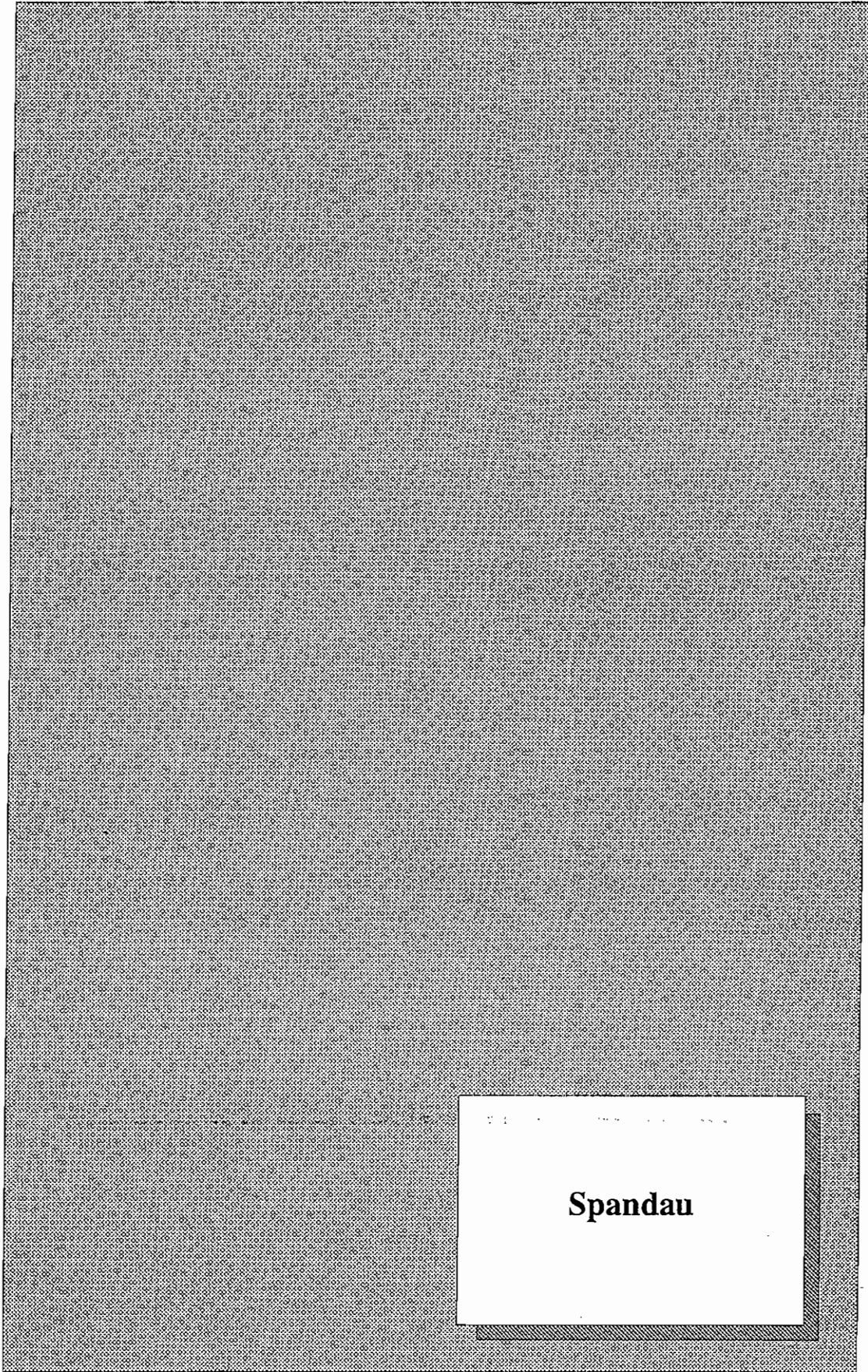
Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

- Tabelle 1:** Untersuchte Kinder und Jugendliche im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht
- Abbildung 1:** Untersuchte Kinder und Jugendliche -insgesamt- im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1992 Vergleich naturgesunde - /nicht naturgesunde Zähne
- Abbildung 1.1:** Untersuchte Kinder und Jugendliche -weiblich- im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 Vergleich naturgesunde - /nicht naturgesunde Zähne
- Abbildung 1.2:** Untersuchte Kinder und Jugendliche -männlich- im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 Vergleich naturgesunde - /nicht naturgesunde Zähne
- Tabelle 2:** DMF-I, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Tabelle 3:** Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Abbildung 3:** Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-I der 5- bis unter 6jährigen Kinder im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993
- Abbildung 3.1:** Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-I der 8- bis 9jährigen Kinder im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993
- Abbildung 3.2:** Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-T der 12- bis unter 13jährigen Kinder im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993
- Abbildung 3.3:** Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-I der 13- bis unter 14jährigen Kinder im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993
- Tabelle 4:** dmf-t/DMF-I aller untersuchten sowie der Kinder und Jugendlichen mit nicht naturgesunden Zähnen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1992 - nach Altersgruppen und Geschlecht
- Tabelle 5:** dmf-t-Index (Milchzähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Abbildung 5:** dmf-t-Index (Milchzähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Tabelle 6:** DMF-I-Index (bleibende Zähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Abbildung 6:** DMF-I-Index (bleibende Zähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen

- Tabelle 7:** dmf-t/DMF-I bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sowie bei Kindern mit nicht naturgesund. Zähnen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Abbildung 7:** dmf-t/DMF-I bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sowie bei Kindern mit nicht naturgesund. Zähnen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Tabelle 8:** dmf-t/DMF-I aller Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Abbildung 8:** dmf-t/DMF-I aller Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Abbildung 8.1:** dmf-t/DMF-T aller Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Tabelle 9:** d-t der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Tabelle 10:** m-t der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Tabelle 11:** f-t der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Tabelle 12:** D-I der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Tabelle 13:** M-I der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Tabelle 14:** F-I der Kinder und Jugendlichen im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart
- Tabelle 15:** Kinder und Jugendliche mit Parodontopathien (Zahnbetterkrankungen) im Bezirk ... im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen und Geschlecht

Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG)

- Tabelle 16:** DMF-I, dmf-t, dmf-t/DMF-I und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der von der LAG betreuten Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993 - nach Altersgruppen
- Abbildung 16:** dmf-t/DMF-I, dmf-t und DMF-I der von der LAG betreuten Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993
- Abbildung 16.1:** dmf-t/DMF-I - Einzelwerte der von der LAG betreuten Kinder und Jugendlichen in Berlin im Schuljahr 1992/1993



Spandau

Tabelle 1:

Untersuchte Kinder und Jugendliche im Bezirk Spandau im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	Untersuchte Kinder und Jugendliche																				
	mit naturgesunden Zähnen							mit nicht naturgesunden Zähnen													
	insgesamt			weiblich		männlich		insgesamt			weiblich		männlich								
	ab- solut	in % von Sp.1	%	ab- solut	in % von Sp.2	%	ab- solut	in % von Sp.3	%	ab- solut	in % von Sp.1	%	ab- solut	in % von Sp.2	%						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
2 - 3	77	34	43	62	80,5	1,4	25	73,5	1,1	37	86,0	1,7	15	19,5	0,1	9	26,5	0,2	6	14,0	0,1
3 - 4	704	357	347	506	71,9	11,5	263	73,7	11,9	243	70,0	11,2	198	28,1	1,8	94	26,3	1,8	104	30,0	1,8
4 - 5	1262	594	668	691	54,8	15,8	340	57,2	15,4	351	52,5	16,2	571	45,2	5,2	254	42,8	4,8	317	47,5	5,5
5 - 6	1203	591	612	510	42,4	11,6	254	43,0	11,5	256	41,8	11,8	693	57,6	6,3	337	57,0	6,3	356	58,2	6,2
6 - 7	1511	762	749	459	30,4	10,5	225	29,5	10,2	234	31,2	10,8	1052	69,6	9,5	537	70,5	10,1	515	68,8	9,0
7 - 8	1517	735	782	304	20,0	6,9	154	21,0	7,0	150	19,2	6,9	1213	80,0	11,0	581	79,0	10,9	632	80,8	11,1
8 - 9	1531	750	781	273	17,8	6,2	141	18,8	6,4	132	16,9	6,1	1258	82,2	11,4	609	81,2	11,4	649	83,1	11,4
9 - 10	1506	743	763	268	17,8	6,1	151	20,3	6,8	117	15,3	5,4	1238	82,2	11,2	592	79,7	11,1	646	84,7	11,3
10 - 11	1435	677	758	308	21,5	7,0	160	23,6	7,2	148	19,5	6,8	1127	78,5	10,2	517	76,4	9,7	610	80,5	10,7
11 - 12	1533	747	786	330	21,5	7,5	165	22,1	7,5	165	21,0	7,6	1203	78,5	10,9	582	77,9	10,9	621	79,0	10,9
12 - 13	1097	525	572	243	22,2	5,5	116	22,1	5,3	127	22,2	5,8	854	77,8	7,7	409	77,9	7,7	445	77,8	7,8
13 - 14	661	318	343	163	24,7	3,7	79	24,8	3,6	84	24,5	3,9	498	75,3	4,5	239	75,2	4,5	259	75,5	4,5
14 - 15	463	250	213	116	25,1	2,6	65	26,0	2,9	51	23,9	2,3	347	74,9	3,1	185	74,0	3,5	162	76,1	2,8
15 - 16	426	219	207	62	14,6	1,4	32	14,6	1,4	30	14,5	1,4	364	85,4	3,3	187	85,4	3,5	177	85,5	3,1
16 - 17	393	198	195	70	17,8	1,6	31	15,7	1,4	39	20,0	1,8	323	82,2	2,9	167	84,3	3,1	156	80,0	2,7
17 - 18	103	47	56	14	13,6	0,3	7	14,9	0,3	7	12,5	0,3	89	86,4	0,8	40	85,1	0,7	49	87,5	0,9
18 - 19	17	3	14	2	11,8	-	1	33,3	-	1	7,1	-	15	88,2	0,1	2	66,7	-	13	92,9	0,2
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	15439	7550	7889	4381	28,4	100	2209	29,3	100	2172	27,5	100	11058	71,6	100	5341	70,7	100	5717	72,5	100

Abbildung 1: Untersuchte Kinder und Jugendliche - insgesamt - im Bezirk Spandau im Schuljahr 1992/1993 - Vergleich naturgesund / nicht naturgesund

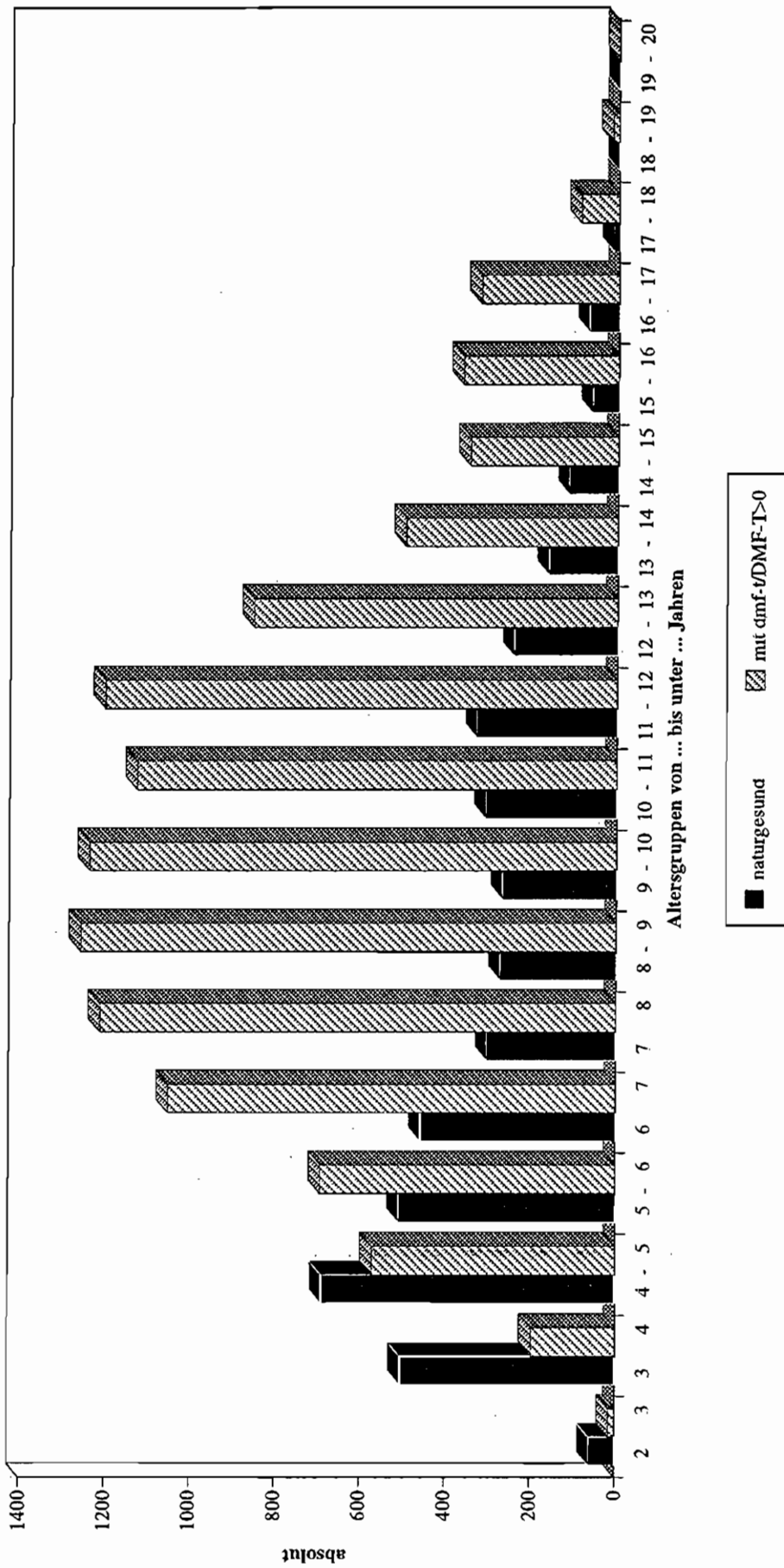


Abbildung 1.1: Untersuchte Kinder und Jugendliche - weiblich - im Bezirk Spandau im Schuljahr 1992/1993 - Vergleich naturgesund / nicht naturgesund

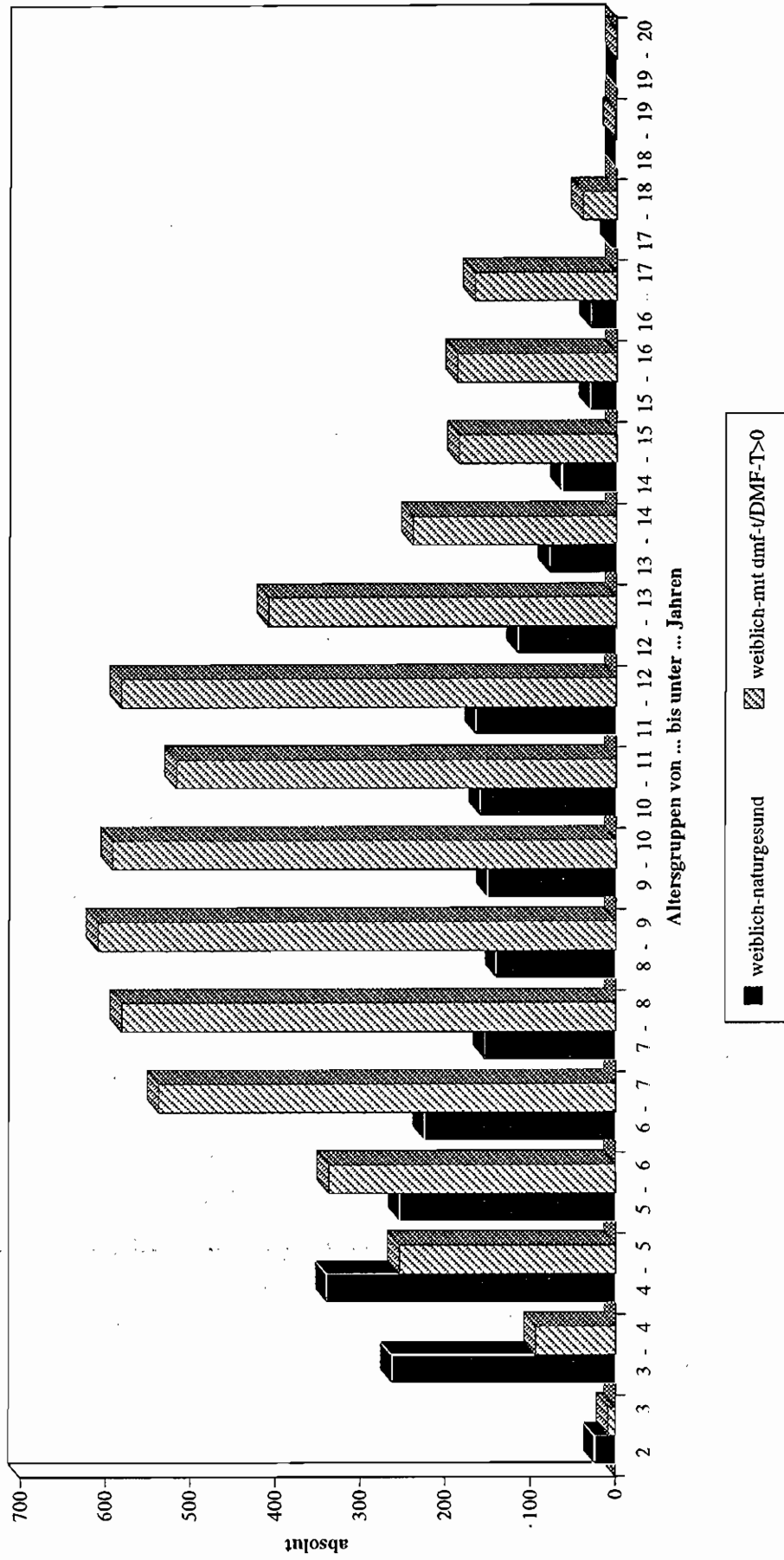


Abbildung 1.2: Untersuchte Kinder und Jugendliche - männlich - im Bezirk Spandau 1992/1993 - Vergleich naturgesund / nicht naturgesund

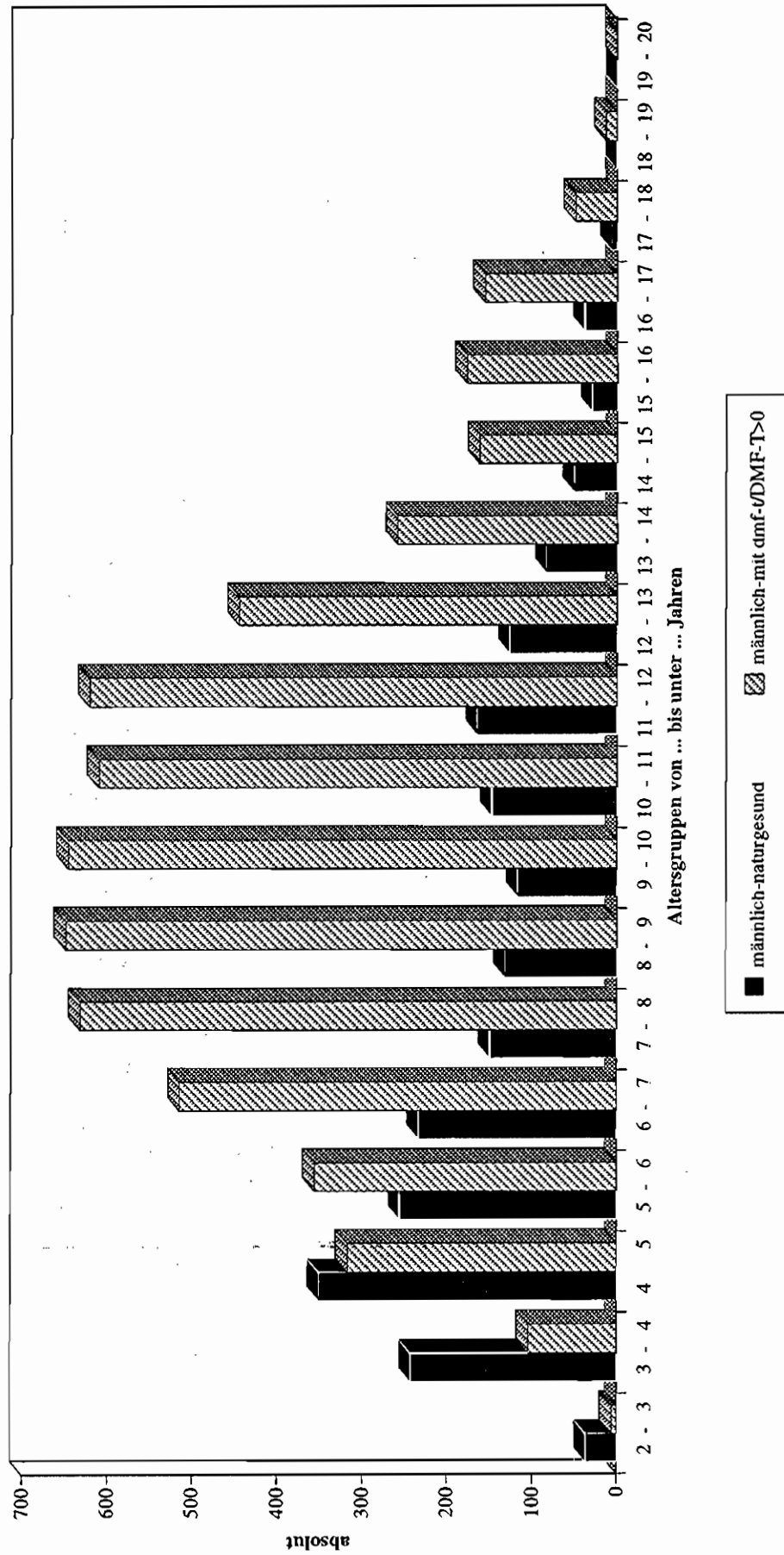


Tabelle 2:

DMF-T, dmft-t, dmft /DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmft-t/ DMF-T	dmft-t	DMF-T	d-t	m-t	f-t	D-T	M-T	F-T
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2 - 3	0,78	0,78	-	0,69	0,03	0,06	-	-	-
3 - 4	1,18	1,18	-	1,02	0,03	0,13	-	-	-
4 - 5	1,99	1,99	-	1,46	0,07	0,45	-	-	-
5 - 6	2,69	2,66	0,04	1,65	0,14	0,86	0,03	-	0,01
6 - 7	3,42	3,26	0,16	1,73	0,43	1,10	0,14	-	0,03
7 - 8	4,32	3,83	0,49	1,60	0,74	1,49	0,29	-	0,20
8 - 9	4,30	3,52	0,78	1,17	0,69	1,66	0,28	0,01	0,48
9 - 10	4,12	2,90	1,22	0,89	0,55	1,46	0,36	0,01	0,85
10 - 11	3,61	2,03	1,59	0,52	0,43	1,08	0,41	0,03	1,14
11 - 12	3,26	1,20	2,06	0,26	0,32	0,62	0,42	0,06	1,58
12 - 13	3,15	0,57	2,58	0,11	0,19	0,26	0,66	0,07	1,86
13 - 14	3,06	0,22	2,84	0,06	0,08	0,08	0,42	0,11	2,31
14 - 15	3,42	0,08	3,33	0,02	0,01	0,05	0,31	0,08	2,95
15 - 16	4,29	0,01	4,28	-	-	-	0,20	0,11	3,97
16 - 17	4,67	0,01	4,67	-	-	0,01	0,23	0,12	4,32
17 - 18	5,02	-	5,02	-	-	-	0,22	0,17	4,63
18 - 19	6,06	-	6,06	-	-	-	0,35	0,12	5,59
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	3,41	2,12	1,30	0,91	0,34	0,86	0,28	0,03	0,99

Tabelle 3:

**Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-T der Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen**

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t/DMF-T																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	>15
2 - 3	80,5	5,2	1,3	3,9	2,6	1,3	1,3	1,3	1,3	-	-	1,3	-	-	-	-	-
3 - 4	71,9	6,5	4,5	4,3	3,3	1,3	2,3	1,8	1,3	0,1	0,7	0,7	0,4	0,3	0,4	-	0,1
4 - 5	54,8	9,7	6,5	6,0	6,1	3,1	3,4	2,5	2,3	1,7	1,2	0,7	0,7	0,7	0,3	0,8	0,2
5 - 6	42,4	11,0	7,9	7,5	7,2	5,5	4,2	3,4	2,5	1,7	2,2	1,2	1,8	0,5	0,5	1,6	0,4
6 - 7	30,4	11,1	11,6	7,3	8,9	4,8	4,7	5,1	4,6	3,2	2,4	1,9	1,7	0,8	0,6	2,3	0,5
7 - 8	20,0	9,5	10,1	8,5	7,8	7,6	7,9	7,6	6,4	4,4	4,0	2,4	2,0	0,7	0,4	3,2	0,6
8 - 9	17,8	9,7	9,4	9,7	9,5	8,2	8,3	7,3	7,0	5,2	3,1	1,8	1,6	0,6	0,4	-	0,5
9 - 10	17,8	10,3	9,3	9,6	10,7	10,4	8,4	6,6	6,4	3,9	1,7	2,4	1,3	0,8	0,3	3,8	0,2
10 - 11	21,5	11,4	11,6	9,1	11,8	8,2	7,5	6,0	4,5	3,8	2,0	1,3	0,5	0,3	0,1	4,5	0,3
11 - 12	21,5	12,4	11,5	11,0	14,4	9,1	6,5	5,0	3,5	2,2	1,8	0,5	0,1	0,3	0,1	2,9	0,2
12 - 13	22,2	12,1	13,4	10,4	15,4	9,1	5,7	4,4	2,7	1,4	1,1	0,9	0,5	0,1	0,5	2,8	0,2
13 - 14	24,7	12,9	10,7	11,0	13,5	8,6	6,5	4,1	3,8	1,8	1,1	0,8	0,3	-	-	2,9	-
14 - 15	25,1	9,7	12,7	9,3	13,2	6,0	8,2	3,9	4,1	2,4	0,9	1,7	1,5	0,2	0,4	3,5	0,2
15 - 16	14,6	7,7	10,8	11,0	13,1	8,0	11,0	7,7	4,9	4,7	1,9	2,3	0,7	0,5	0,9	-	-
16 - 17	17,8	9,4	9,7	6,9	13,2	8,4	7,6	4,6	5,3	3,3	3,6	1,5	2,0	2,8	1,5	6,1	1,6
17 - 18	13,6	3,9	10,7	7,8	17,5	5,8	9,7	7,8	7,8	1,9	1,9	6,8	1,0	1,0	-	3,9	-
18 - 19	11,8	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	17,6	-	5,9	17,6	5,9	-	5,9	5,9	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	28,4	10,4	10,0	8,7	10,3	7,1	6,4	5,2	4,4	3,0	2,1	1,5	1,1	0,6	0,4	2,4	0,2

Abbildung 3:

Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-I der 5- bis unter 6jährigen Kinder im Bezirk Spandau 1992/1993

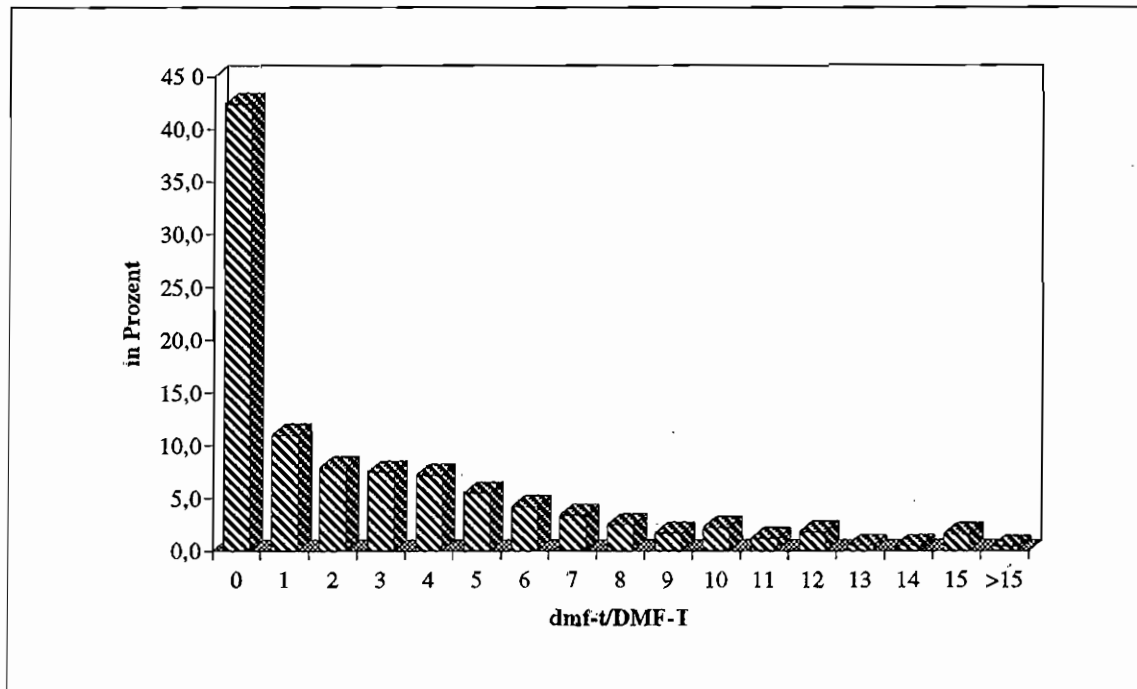


Abbildung 3.1:

Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-I der 8- bis unter 9jährigen Kinder im Bezirk Spandau 1992/1993

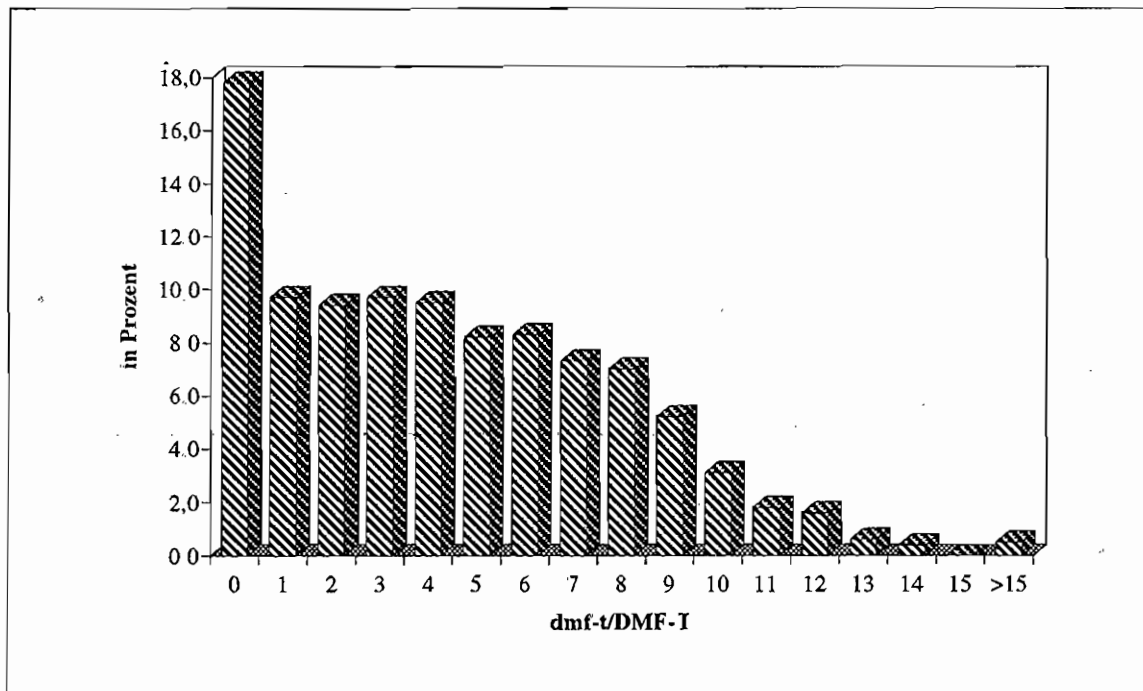


Abbildung 3 2:

Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-I der 12- bis unter 13jährigen Kinder im Bezirk Spandau 1992/1993

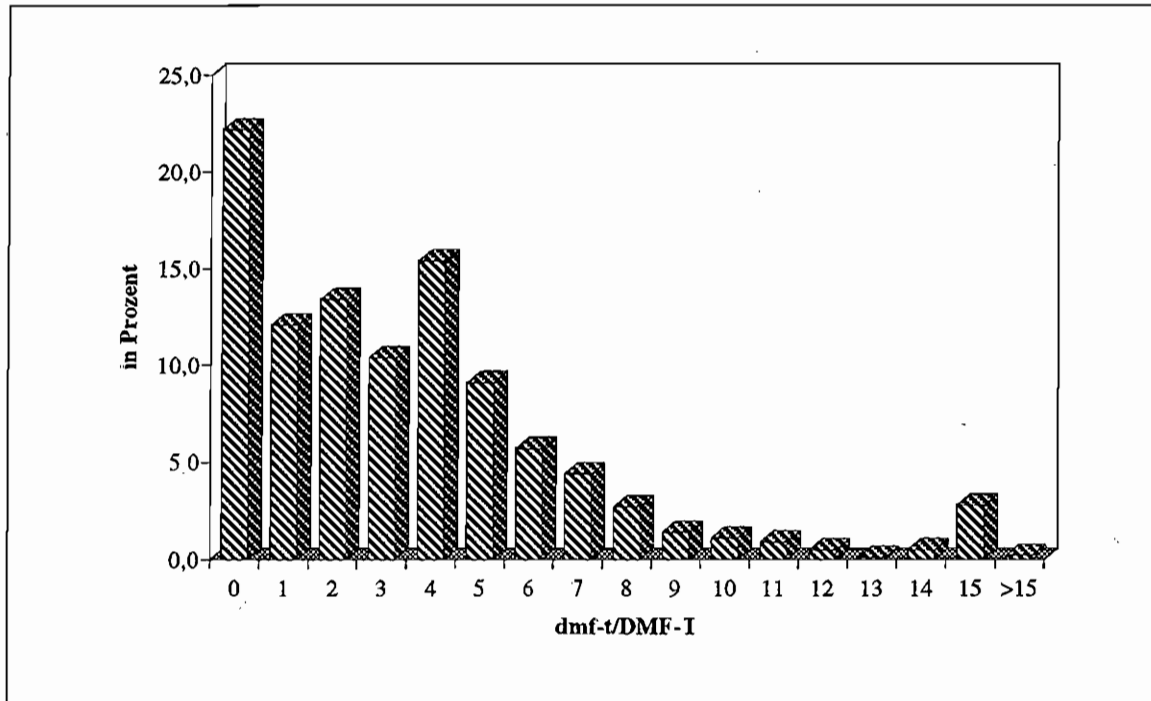


Abbildung 3 3:

Prozentuale Verteilung des dmf-t/DMF-I der 13- bis unter 14jährigen Kinder im Bezirk Spandau 1992/1993

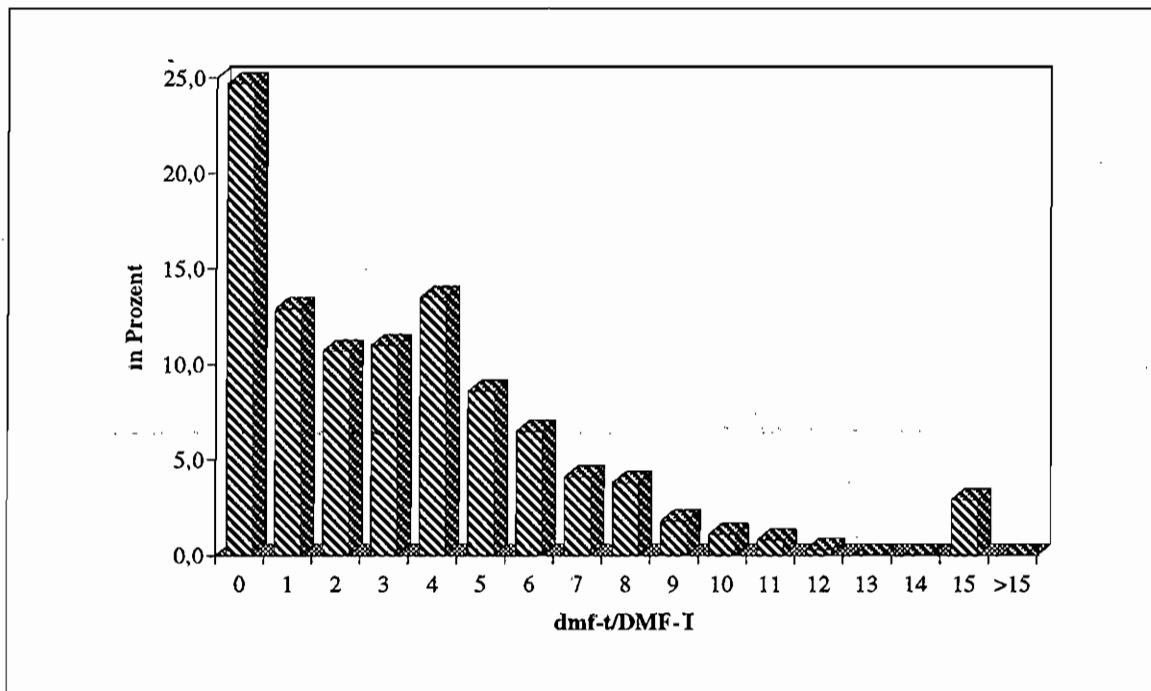


Tabelle 4:
dmf-t/DMF-T aller untersuchten sowie der Kinder und Jugendlichen mit nicht naturgesunden Zähnen
im Bezirk Spandau 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	dmf-t/DMF-T untersuchten Kindern und Jugendlichen					
	insgesamt	weiblich	männlich	darunter mit nicht naturgesunden Zähnen		
				insgesamt	weiblich	männlich
1	2	3	4	5	6	
2 - 3	0,78	0,68	0,86	4,00	2,56	6,17
3 - 4	1,18	1,15	1,22	4,21	4,37	4,07
4 - 5	1,99	1,74	2,22	4,40	4,06	4,67
5 - 6	2,69	2,53	2,85	4,68	4,44	4,90
6 - 7	3,42	3,41	3,44	4,92	4,83	5,01
7 - 8	4,32	4,23	4,41	5,41	5,35	5,46
8 - 9	4,30	4,35	4,25	5,23	5,36	5,11
9 - 10	4,12	3,96	4,28	5,01	4,97	5,05
10 - 11	3,61	3,46	3,75	4,60	4,53	4,65
11 - 12	3,26	3,15	3,36	4,15	4,04	4,25
12 - 13	3,15	3,24	3,07	4,05	4,16	3,95
13 - 14	3,06	2,99	3,12	4,06	3,98	4,13
14 - 15	3,42	3,47	3,36	4,56	4,69	4,41
15 - 16	4,29	4,35	4,24	5,02	5,09	4,95
16 - 17	4,67	4,91	4,44	5,69	5,82	5,54
17 - 18	5,02	5,40	4,70	5,81	6,35	5,37
18 - 19	6,06	5,33	6,21	6,87	8,00	6,69
19 - 20	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	3,41	3,35	3,47	4,77	4,73	4,79

Tabelle 5:
dmf-t-Index (Milchzähne insgesamt)
der Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	dmf-t	d - t	m - t	f - t
	1	3	3	4
2 - 3	0,78	0,69	0,03	0,06
3 - 4	1,18	1,02	0,03	0,13
4 - 5	1,99	1,46	0,07	0,45
5 - 6	2,66	1,65	0,14	0,86
6 - 7	3,26	1,73	0,43	1,10
7 - 8	3,83	1,60	0,74	1,49
8 - 9	3,52	1,17	0,69	1,66
9 - 10	2,90	0,89	0,55	1,46
10 - 11	2,03	0,52	0,43	1,08
11 - 12	1,20	0,26	0,32	0,62
12 - 13	0,57	0,11	0,19	0,26
13 - 14	0,22	0,06	0,08	0,08
14 - 15	0,08	0,02	0,01	0,05
15 - 16	0,01	-	-	-
16 - 17	0,01	-	-	0,01
17 - 18	-	-	-	-
18 - 19	-	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-
Insgesamt	2,12	0,91	0,34	0,86

Abbildung 5: dmf-t - Index (Milchzähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau 1992/1993

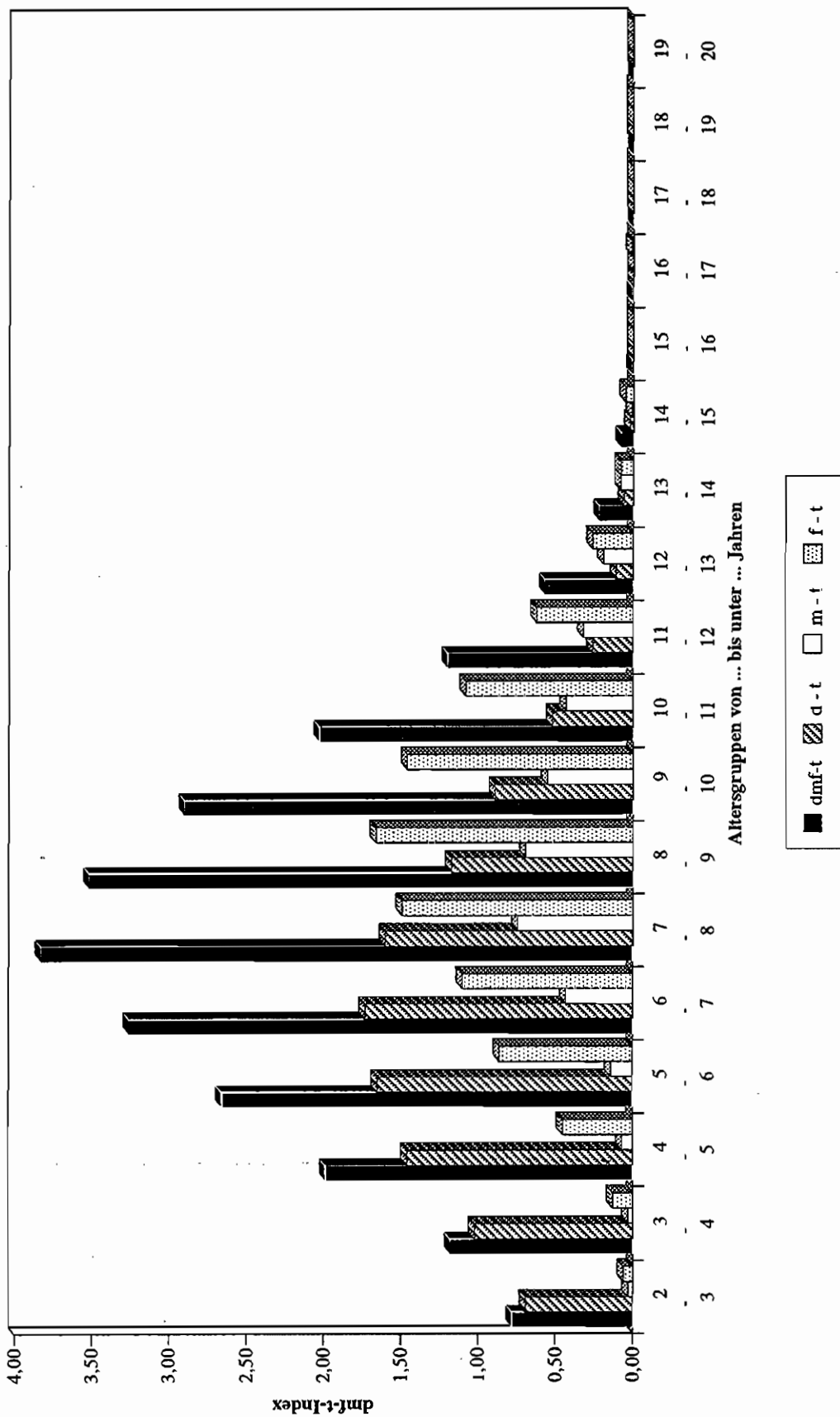


Tabelle 6:

DMF-T-Index (bleibende Zähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	DMF-T	D-T	M-T	F-T
	1	3	3	4
2 - 3	-	-	-	-
3 - 4	-	-	-	-
4 - 5	-	-	-	-
5 - 6	0,04	0,03	-	0,01
6 - 7	0,16	0,14	-	0,03
7 - 8	0,49	0,29	-	0,20
8 - 9	0,78	0,28	0,01	0,48
9 - 10	1,22	0,36	0,01	0,85
10 - 11	1,59	0,41	0,03	1,14
11 - 12	2,06	0,42	0,06	1,58
12 - 13	2,58	0,66	0,07	1,86
13 - 14	2,84	0,42	0,11	2,31
14 - 15	3,33	0,31	0,08	2,95
15 - 16	4,28	0,20	0,11	3,97
16 - 17	4,67	0,23	0,12	4,32
17 - 18	5,02	0,22	0,17	4,63
18 - 19	6,06	0,35	0,12	5,59
19 - 20	-	-	-	-
insgesamt	1,30	0,28	0,03	0,99

Tabelle 7:

dmf-t/DMF-T bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sowie bei Kindern mit nicht naturgesunden Zähnen im Bezirk Spandau im Schuljahr 1992/93 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t/DMF-T bei Kindern	
	mit erhöhtem Kariesrisiko	nicht naturgesunden Zähnen
	1	2
2 - 3	4,00	4,00
3 - 4	4,13	4,21
4 - 5	5,53	4,40
5 - 6	6,91	4,68
6 - 7	7,72	4,92

Abbildung 6: DMF-T - Index (bleibende Zähne insgesamt) der Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau 1992/1993

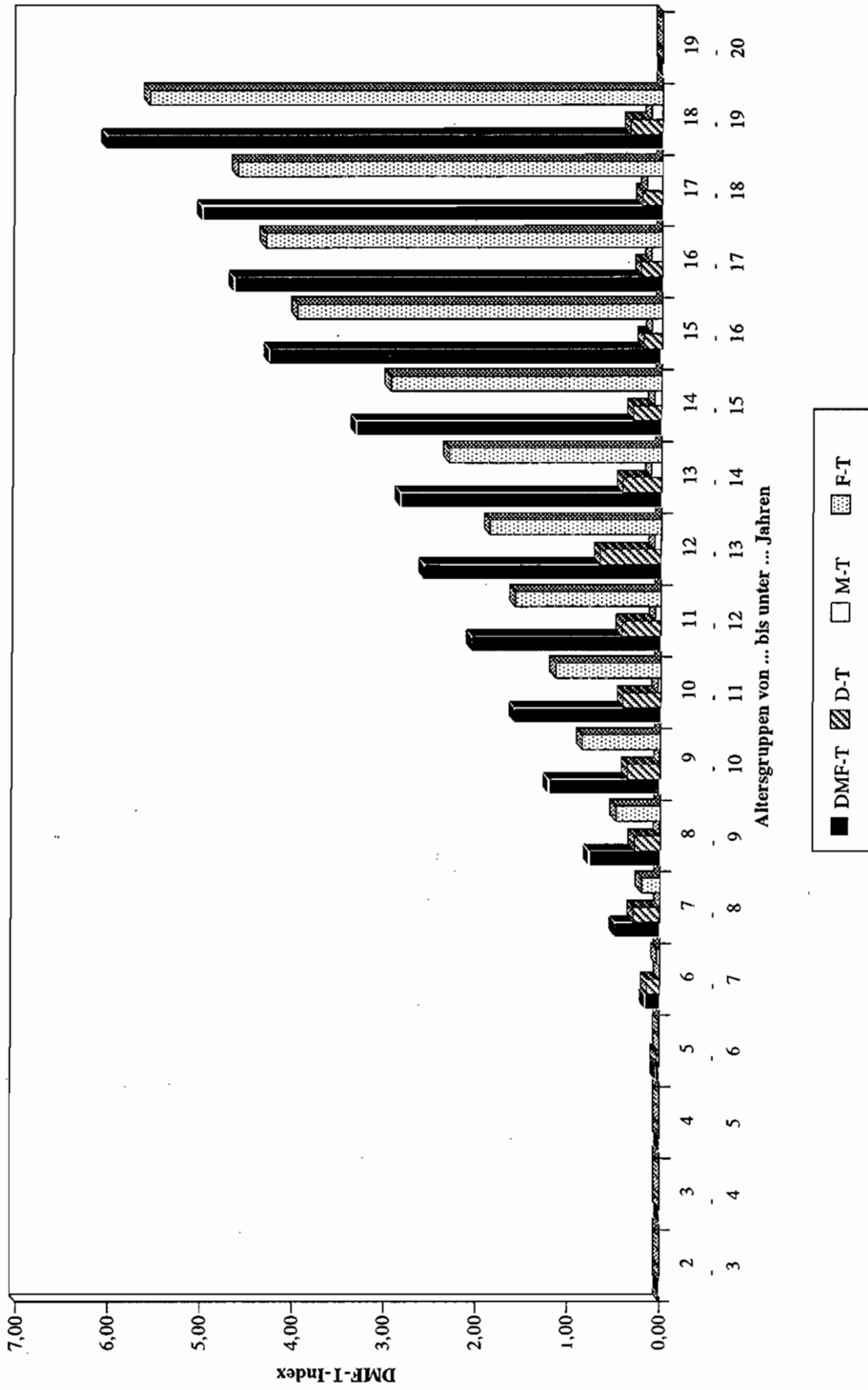


Abbildung 7: dmf- \bar{u} /DMF-T bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sowie bei Kindern mit nicht naturgesunden Zähnen im Bezirk Spandau 1992/1993

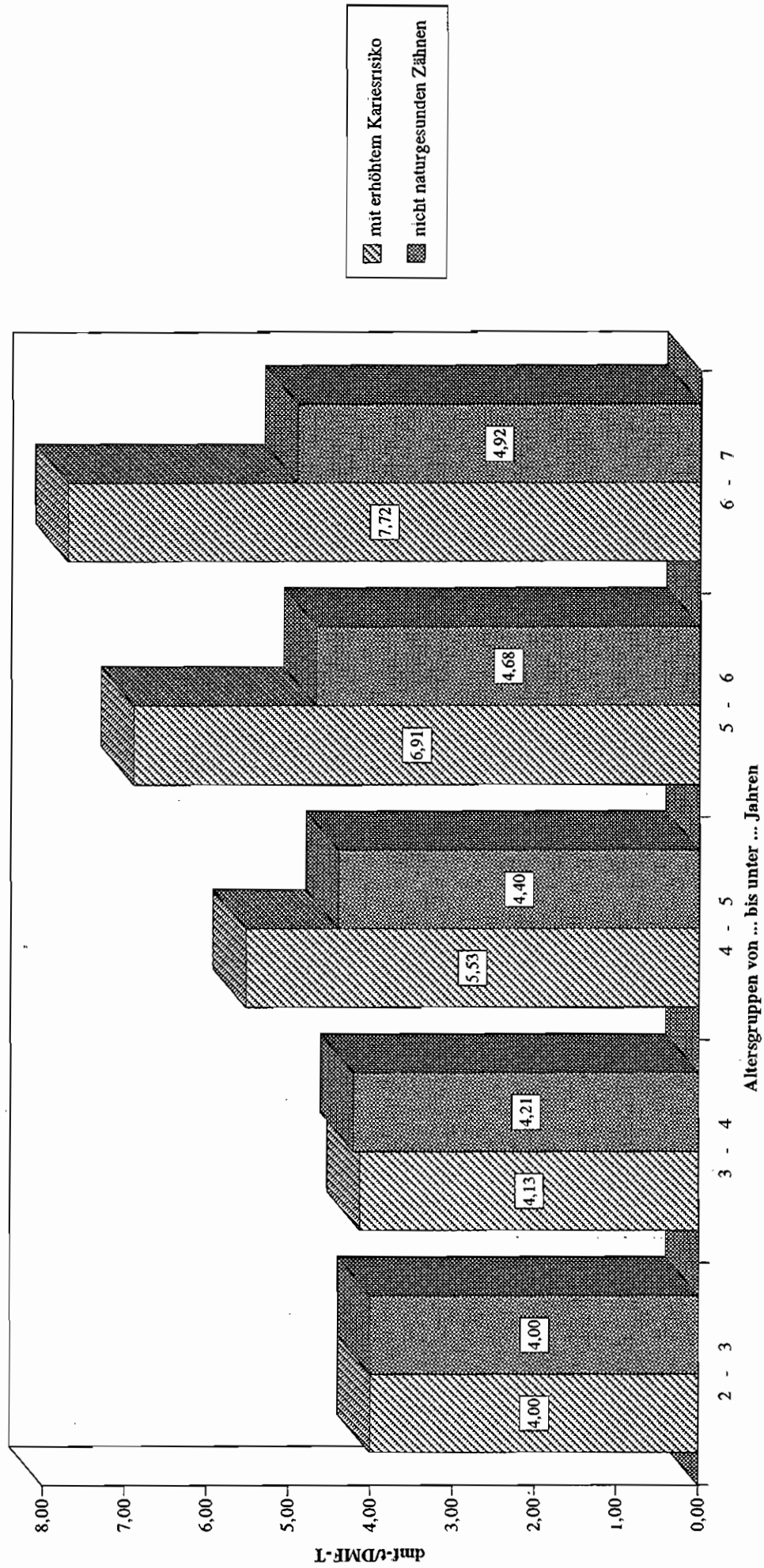


Tabelle 8:

dmf-t /DMF-T aller Kindern und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von bis unter Jahren	Gesamt- schule	Grund- schule	Haupt- schule	Real- schule	Gymna- sium	Sonder- schule	Kinder- tages- stätte
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,80
3 - 4	-	-	-	-	-	-	1,18
4 - 5	-	-	-	-	-	-	2,00
5 - 6	-	2,92	-	-	-	1,86	2,64
6 - 7	-	3,43	-	-	-	3,23	3,42
7 - 8	-	4,35	-	-	-	4,49	2,79
8 - 9	-	4,29	-	-	-	6,00	-
9 - 10	-	4,11	-	-	-	5,50	-
10 - 11	-	3,61	-	-	-	4,12	-
11 - 12	-	3,24	-	-	-	4,24	-
12 - 13	-	3,12	-	4,00	2,32	4,44	-
13 - 14	-	-	-	2,95	2,32	5,33	-
14 - 15	-	-	-	4,04	2,70	5,23	-
15 - 16	-	-	-	5,15	3,72	6,00	-
16 - 17	-	-	-	5,79	3,76	6,71	-
17 - 18	-	-	-	5,29	4,96	3,50	-
18 - 19	-	-	-	-	3,50	-	-
insgesamt	-	3,77	-	4,55	3,15	4,79	2,28

Tabelle 9:

d-t der Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von bis unter Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,63
3 - 4	-	-	-	-	-	-	0,98
4 - 5	-	-	-	-	-	-	1,40
5 - 6	-	1,67	-	-	-	-	1,65
6 - 7	-	1,67	-	-	-	1,47	1,85
7 - 8	-	1,60	-	-	-	1,59	1,58
8 - 9	-	1,16	-	-	-	1,55	-
9 - 10	-	0,88	-	-	-	2,07	-
10 - 11	-	0,51	-	-	-	0,76	-
11 - 12	-	0,25	-	-	-	0,55	-
12 - 13	-	0,11	-	0,21	0,05	0,22	-
13 - 14	-	0,13	-	0,01	0,02	0,21	-
14 - 15	-	0,14	-	0,01	0,01	0,11	-
15 - 16	-	-	-	-	0,01	-	-
16 - 17	-	-	-	-	-	-	-
17 - 18	-	-	-	-	-	-	-
18 - 19	-	-	-	-	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	-	0,88	-	0,01	0,01	0,66	1,47

Abbildung 8: dmf-t/dmf-T aller Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau 1992/1993

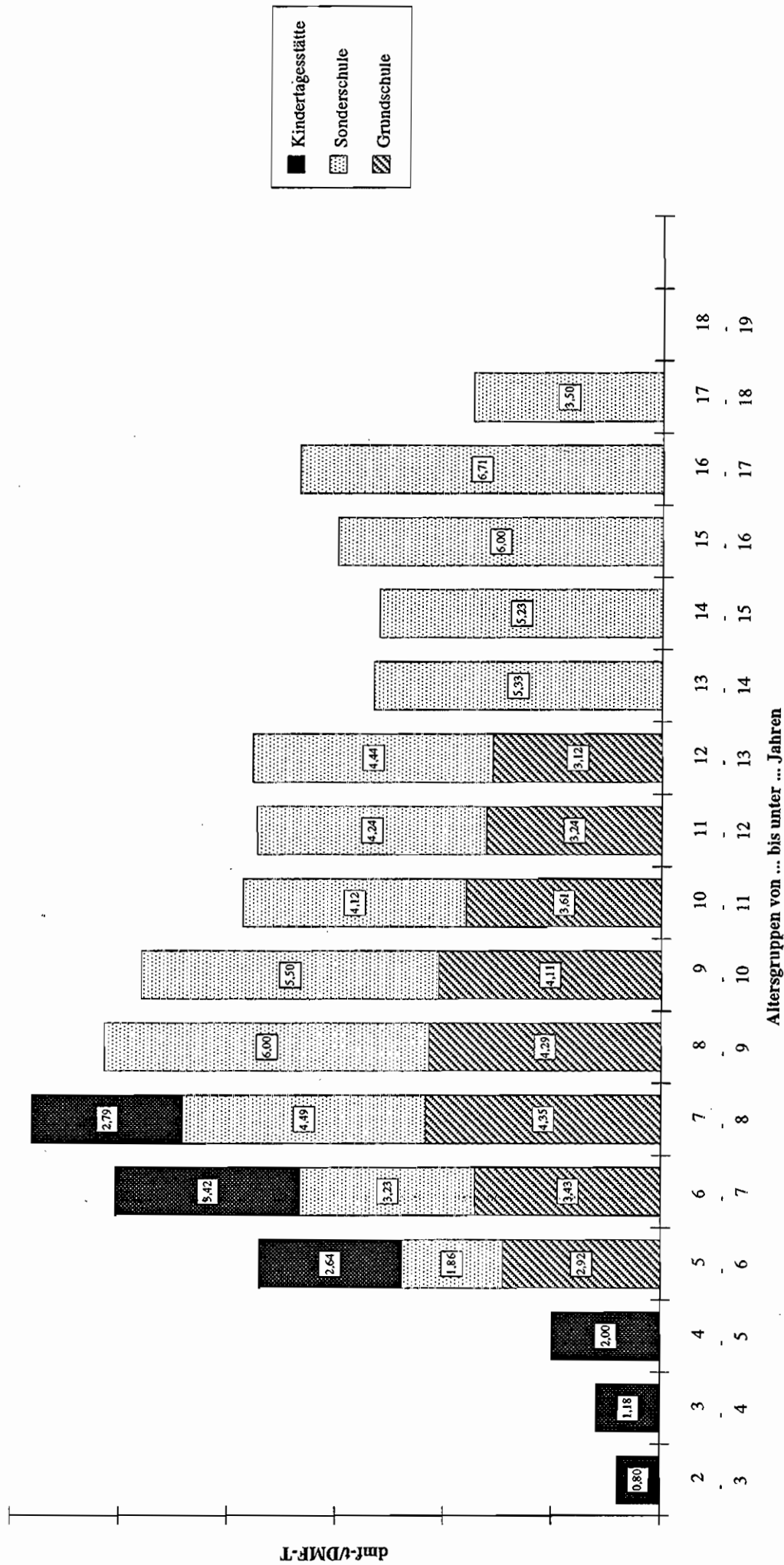


Abbildung 8.1: dmf-t/dmf-T aller Kinder und Jugendlichen im Bezirk Spandau 1992/1993

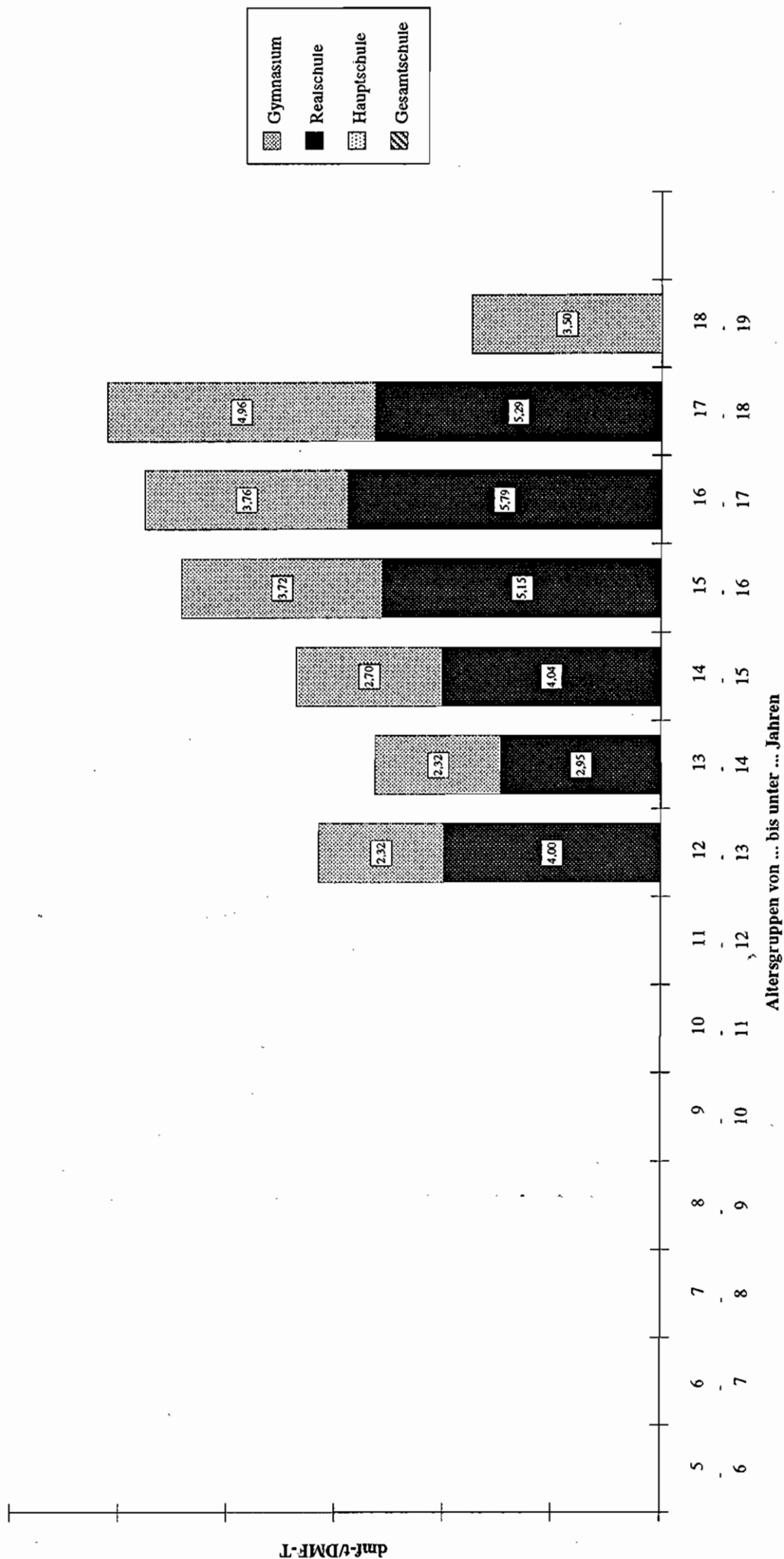


Tabelle 10:

m-t der Kindern und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,05
3 - 4	-	-	-	-	-	-	0,03
4 - 5	-	-	-	-	-	-	0,09
5 - 6	-	0,12	-	-	-	-	0,15
6 - 7	-	0,45	-	-	-	0,77	0,38
7 - 8	-	0,75	-	-	-	0,95	0,29
8 - 9	-	0,69	-	-	-	1,45	-
9 - 10	-	0,55	-	-	-	0,43	-
10 - 11	-	0,43	-	-	-	0,41	-
11 - 12	-	0,31	-	-	-	0,48	-
12 - 13	-	0,19	-	-	0,09	0,56	-
13 - 14	-	0,22	-	-	0,04	0,07	-
14 - 15	-	0,07	-	0,01	0,01	0,06	-
15 - 16	-	-	-	-	-	-	-
16 - 17	-	-	-	-	-	-	-
17 - 18	-	-	-	-	-	-	-
18 - 19	-	-	-	-	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	-	0,48	-	-	0,01	0,42	0,15

Tabelle 11:

f-t der Kindern und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,08
3 - 4	-	-	-	-	-	-	0,17
4 - 5	-	-	-	-	-	-	0,51
5 - 6	-	1,10	-	-	-	0,71	0,80
6 - 7	-	1,13	-	-	-	0,73	1,08
7 - 8	-	1,50	-	-	-	1,46	0,75
8 - 9	-	1,66	-	-	-	2,27	-
9 - 10	-	1,47	-	-	-	0,43	-
10 - 11	-	1,08	-	-	-	0,94	-
11 - 12	-	0,63	-	-	-	0,36	-
12 - 13	-	0,26	-	0,14	0,23	0,28	-
13 - 14	-	0,16	-	0,03	0,08	-	-
14 - 15	-	0,79	-	0,02	0,02	0,09	-
15 - 16	-	-	-	-	0,01	-	-
16 - 17	-	-	-	-	0,01	-	-
17 - 18	-	-	-	-	-	-	-
18 - 19	-	-	-	-	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	-	1,13	-	0,01	0,03	0,50	0,63

Tabelle 12:
D-T der Kindern und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,01
3 - 4	-	-	-	-	-	-	-
4 - 5	-	-	-	-	-	-	-
5 - 6	-	0,03	-	-	-	-	0,03
6 - 7	-	0,17	-	-	-	0,27	0,08
7 - 8	-	0,29	-	-	-	0,35	0,17
8 - 9	-	0,28	-	-	-	0,64	-
9 - 10	-	0,34	-	-	-	2,14	-
10 - 11	-	0,40	-	-	-	1,24	-
11 - 12	-	0,40	-	-	-	1,30	-
12 - 13	-	0,65	-	0,50	0,14	1,50	-
13 - 14	-	0,78	-	0,20	0,09	2,21	-
14 - 15	-	0,64	-	0,21	0,11	2,06	-
15 - 16	-	-	-	0,24	0,09	1,25	-
16 - 17	-	-	-	0,28	0,04	2,35	-
17 - 18	-	-	-	0,33	0,12	0,25	-
18 - 19	-	-	-	0,38	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	-	0,36	-	0,25	0,09	1,34	0,03

Tabelle 13:
M-T der Kindern und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	-
3 - 4	-	-	-	-	-	-	-
4 - 5	-	-	-	-	-	-	-
5 - 6	-	-	-	-	-	-	-
6 - 7	-	-	-	-	-	-	-
7 - 8	-	-	-	-	-	-	-
8 - 9	-	0,01	-	-	-	-	-
9 - 10	-	0,01	-	-	-	-	-
10 - 11	-	0,03	-	-	-	-	-
11 - 12	-	0,06	-	-	-	0,03	-
12 - 13	-	0,07	-	0,21	-	0,19	-
13 - 14	-	0,15	-	0,12	0,03	0,45	-
14 - 15	-	0,21	-	0,11	0,04	0,14	-
15 - 16	-	-	-	0,13	0,04	0,75	-
16 - 17	-	-	-	0,15	0,08	0,35	-
17 - 18	-	-	-	0,17	0,12	0,50	-
18 - 19	-	-	-	0,19	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	-	0,03	-	0,13	0,05	0,19	-

Tabelle 14:

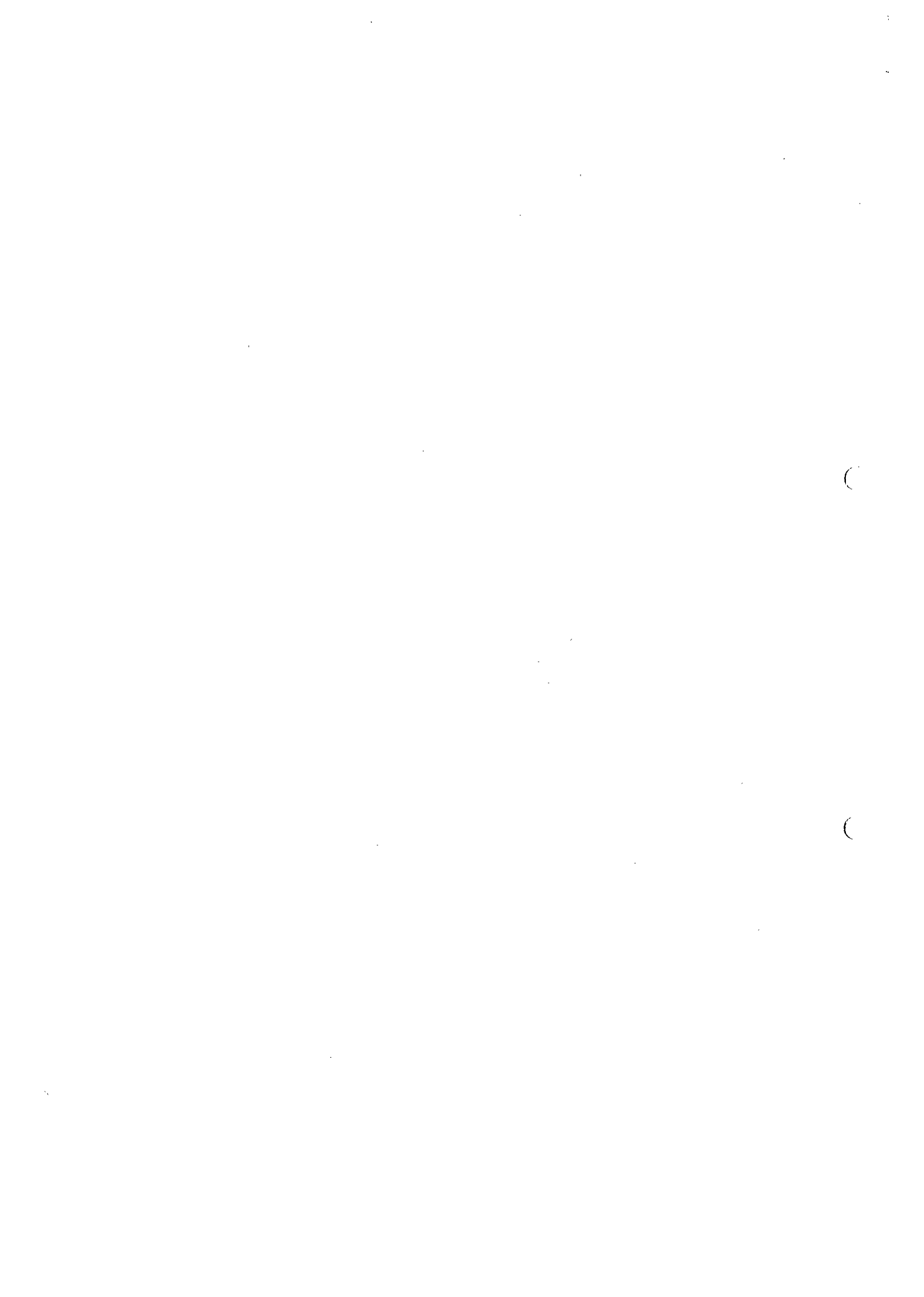
F-I der Kindern und Jugendlichen im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Schulart

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gesamt- schulen	Grund- schulen	Haupt- schulen	Real- schulen	Gymna- sien	Sonder- schulen	Kinder- tages- stätten
	1	2	3	4	5	6	7
2 - 3	-	-	-	-	-	-	0,03
3 - 4	-	-	-	-	-	-	-
4 - 5	-	-	-	-	-	-	-
5 - 6	-	-	-	-	-	1,14	-
6 - 7	-	0,02	-	-	-	-	0,03
7 - 8	-	0,20	-	-	-	0,14	-
8 - 9	-	0,49	-	-	-	0,09	-
9 - 10	-	0,85	-	-	-	0,43	-
10 - 11	-	1,15	-	-	-	0,76	-
11 - 12	-	1,58	-	-	-	1,52	-
12 - 13	-	1,85	-	2,93	1,82	1,69	-
13 - 14	-	2,50	-	2,57	2,06	2,38	-
14 - 15	-	3,00	-	3,69	2,52	2,77	-
15 - 16	-	-	-	4,78	3,57	4,00	-
16 - 17	-	-	-	5,36	3,64	4,00	-
17 - 18	-	-	-	4,79	4,72	2,75	-
18 - 19	-	-	-	5,50	3,50	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	-	0,89	-	4,14	2,95	1,68	0,01

Tabelle 15:

Kinder und Jugendliche mit Parodontopathien (Zahnbetterkrankungen) im Bezirk Spandau
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von ... bis unter ... Jahren	Untersuchte Kinder und Jugendliche						
	insge- samt	darunter mit Parodontopathien					
		insgesamt		weiblich		männlich	
		absolut	in % v. Sp.1	absolut	in % v. Sp.2	absolut	in % v. Sp.2
1	2	3	4	5	6	7	
2 - 3	77	-	-	-	-	-	-
3 - 4	704	-	-	-	-	-	-
4 - 5	1262	-	-	-	-	-	-
5 - 6	1203	-	-	-	-	-	-
6 - 7	1511	-	-	-	-	-	-
7 - 8	1517	2	0,1	2	100,0	-	-
8 - 9	1531	2	0,1	-	-	2	100,0
9 - 10	1506	5	0,3	4	80,0	1	20,0
10 - 11	1435	5	0,3	2	40,0	3	60,0
11 - 12	1533	3	0,2	1	33,3	2	66,7
12 - 13	1097	4	0,4	3	75,0	1	25,0
13 - 14	661	4	0,6	1	25,0	3	75,0
14 - 15	463	1	0,2	1	100,0	-	-
15 - 16	426	2	0,5	1	50,0	1	50,0
16 - 17	393	-	-	-	-	-	-
17 - 18	103	-	-	-	-	-	-
18 - 19	17	-	-	-	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	15439	28	0,2	15	53,6	13	46,4



LAG



Tabelle 16:
DMF-T, dmf-t, dmf-t/DMF-T und fraktionierte Indices (Einzelwerte) der von der LAG betreuten Kinder und Jugendlichen in Berlin
im Schuljahr 1992/1993 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	dmf-t/ DMF-T	dmf-t	DMF-T	d-t	m-t	f-t	D-T	M-T	F-T	Gesamtzahl von der LAG betreuten Kinder
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2 - 3	0,51	0,51	-	0,47	-	0,03	-	-	-	224
3 - 4	0,97	0,97	-	0,87	0,01	0,10	-	-	-	1.165
4 - 5	1,75	1,74	-	1,34	0,04	0,36	-	-	-	1.561
5 - 6	2,30	2,29	0,01	1,58	0,06	0,65	0,01	-	-	1.259
6 - 7	2,53	2,43	0,10	1,43	0,13	0,87	0,07	-	0,03	359
7 - 8	1,35	1,35	-	0,47	0,06	0,82	-	-	-	17
8 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 - 10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 - 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 - 13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14 - 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16 - 17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17 - 18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19 - 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	1,70	1,69	0,01	1,25	0,04	0,40	0,01	0,01	-	4.585

Abbildung 16: dmf-t/DMF-T der von der LAG betreuten Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993

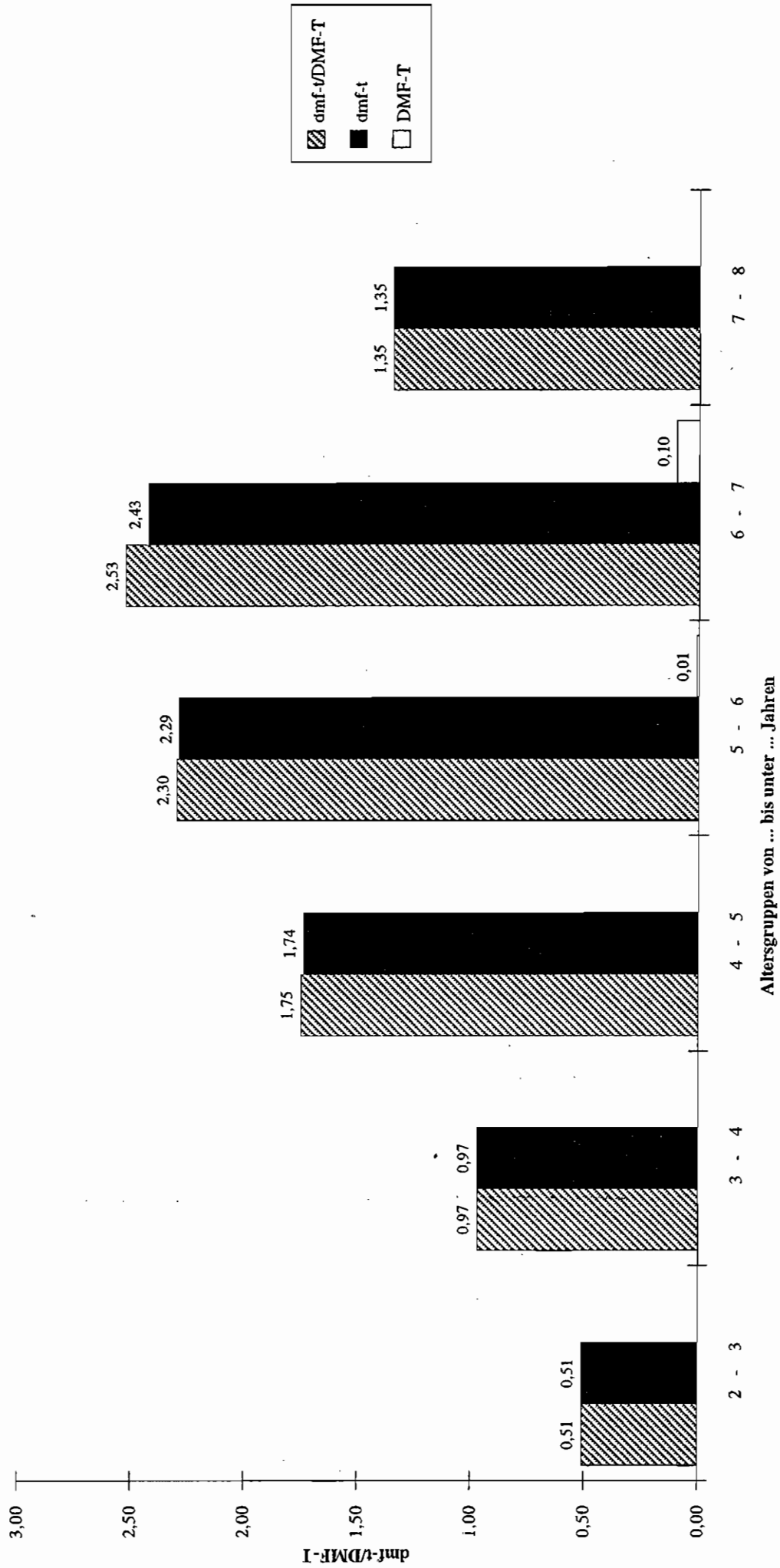


Abbildung 16.1: dmf-t/dmft-T - Einzelwerte der von der LAG betreuten Kinder in Berlin im Schuljahr 1992/1993

