

Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2010/2011

Ergebnisse in Kürze

Indikatoren zur Darstellung der Mundgesundheit in Berlin

- Z 1 Zahnstatus
- Z 2 Prophylaxemaßnahmen
- Z 3 Kinderschutz
- Z 4 Öffentlichkeitsarbeit
- Z 5 Leistungen der niedergelassenen Zahnärzte und -ärztinnen

Eine gute **Mundgesundheit** ist abhängig von Mundhygienemaßnahmen, Kariesprophylaxe, der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, der Ernährung und Verhaltensweisen wie zu langem Nuckeln im Kleinkindalter. Eine bereits im frühen Kindesalter beginnende Prophylaxe kann Zähne, Zahnfleisch und Zahnbett rechtzeitig vor Karies, Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Zahnbettentzündung) schützen und gleichzeitig die Gesundheit und natürliche Schönheit der Zähne bis ins hohe Alter bewahren. Denn werden Munderkrankungen nicht früh genug erkannt, kann dies zu frühzeitigem Zahnverlust führen und sogar das Risiko für Allgemeinerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Frühgeburtlichkeit erhöhen. Bereits für Kinder kann eine schlechte Mundgesundheit das Abbeißen und Kauen von Nahrung erschweren, durch Zahn- oder Kieferfehlstellungen können viele Laute mit der Zunge nicht richtig gebildet werden und es stellen sich teilweise erhebliche Sprachstörungen, zum Beispiel Lispeln, ein.

In der Statistischen Kurzinformation werden die Daten zur Mundgesundheit **Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2010/2011** vorgestellt. Dazu wurden wie im Vorjahr die Untersuchungs- und Prophylaxedaten der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) der Berliner Bezirke, der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) und der Tätigkeiten der niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen mit Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin (KZV Berlin) ausgewertet.

Neu ist die **indikatorengestützte Auswertung der Daten**. Jeder Indikator wird auf einem Datenblatt dargestellt und enthält eine Kurzbeschreibung der Daten sowie Besonderheiten, standardisierte Abbildungen zur zeitlichen Entwicklung und regionalen Verteilung, eine kurze Begriffserklärung bzw. Erläuterung zur Methodik und die Datenquelle. Ergänzt wird diese kompakte Darstellung durch umfangreiche Anhangstabellen.

Die einzelnen Indikatoren sowie ergänzende Tabellen sind im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) unter: <http://www.gsi-berlin.info/> verfügbar.

Impressum:

Autor/innen: Kathleen Häßler*, Dr. Sabine Hermann*, Inis Adloff**1,
Rainer Grahlen²

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
*Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
**Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung
¹ Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin, Zahnärztlicher Dienst
² Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG)
(beteiligt an Z 1.1, Z 1.5, Z 2.3, Z 4)

Herausgeber: Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Statistische Kurzinformation 2012-1

ISSN 1863-9305

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067

E-mail: Gerhard.Meinschmidt@sengs.Berlin.de

Redaktionsschluss: Mai 2012

Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Publikationsverzeichnis: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/erwerb.html>

Gesundheits- und Sozial-
informationssystem: <http://www.gsi-berlin.info>

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Zum Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistisches Berichtswesens

Anliegen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und des Sozialstatistischen Berichtswesens (SBW) in Berlin ist, die differenzierten Lebensverhältnisse und Lebenslagen sowie die gesundheitliche und soziale Versorgungssituation in ihrem zeitlichen Verlauf und in ihrer kleinräumigen Ausprägung systematisch zu erfassen, darzustellen und zu bewerten. Als Mittel dazu dienen Daten bzw. indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen. Soziale Problemlagen in der Berliner Bevölkerung und deren Konzentration im städtischen Raum sind herauszuarbeiten, um eine fundierte Grundlage für die Entwicklung zielgerichteter und passgenauer Handlungsstrategien zu schaffen.

Die Berichterstattung dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Sie informiert das Parlament und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung und sie stellt ihre Datenbestände der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung. Die Berichterstattung ist in diesem Sinne ein öffentliches Gut.

Bei der **Gesundheitsberichterstattung** handelt es sich um eine verdichtende, zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die die Gesundheitssituation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind.

Die Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendet folgende Berichtsformen:

- Der **Basisbericht** enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie Ergebnisbeschreibungen zu ausgewählten Schwerpunkten aus den behandelten Themenfeldern. Die Basisberichte werden jährlich herausgegeben.
- **Spezialberichte** werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und enthalten Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die Verantwortlichen der GBE sowie die politisch Verantwortlichen. Zu den Spezialberichten gehören auch die Sozialstrukturatlanten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- **Statistische Kurzinformationen** fokussieren in aller Kürze auf aktuellpolitische Themen und dienen als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. Die Kurzinformationen erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- In **Diskussionspapieren** werden aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert. Das „Experimentieren“ mit Methoden und der Analyse von Inhalten im Sinne von „Werkstattberichten“ steht hierbei im Vordergrund. Kollegen und Interessierte werden aufgerufen, diese zu kommentieren, Anstöße zu geben und auf mögliche Fehler hinzuweisen. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.
- Die **Grundausswertungen** enthalten Basisdaten z. B. zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin aus den Einschulungsuntersuchungen. Die Daten bieten einen deskriptiven Überblick ohne tiefer gehende Kommentierung oder Interpretation. Jedem Inhaltsbereich ist eine kurze Darstellung zur Methodik der Datenerhebung vorangestellt.

Das **Sozialstatistische Berichtswesen** des Landes Berlin umfasst die systematische und regelmäßige Beobachtung und Auswertung von statistischen Daten auf den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, des SGB II, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Landespflegegeldgesetzes und damit im Zusammenhang stehenden sozialen Entwicklungen. Das Sozialstatistische Berichtswesen beinhaltet die Generierung, Aufbereitung und Auswertung der Sozialstatistik des Landes Berlin auf den genannten Rechtsgebieten ebenso wie die Berichterstattung über relevante Entwicklungen von Lebensverhältnissen und Lebenslagen in Berlin. **Ergebnisformen** des Sozialstatistischen Berichtswesens sind Daten und Statistiken und thematische Spezialberichte:

- In der **Sozialstatistik** werden zum einen die nach Leistungsarten differenzierten Einnahmen und Ausgaben und zum anderen die Empfänger der sozialen Leistungen unter Beachtung sozialstruktureller Merkmale betrachtet. Beide Betrachtungsperspektiven werden mit der räumlichen Sichtweise verschränkt.
- **Spezialberichte im Rahmen des Sozialstatistischen Berichtswesens** verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens werden in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Statistikerferates der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eingespeist und sind damit über das Internet unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html zugänglich. Die Nutzer finden hier die Fülle der Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Umfangreiche Suchfunktionen unterstützen das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen oder Grafiken.

Einen Überblick über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens im GSI gibt die folgende Abbildung:

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales



Ergebnisse in Kürze

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) haben im Schuljahr 2010/2011 in Berlin 191.196 Kinder und Jugendliche untersucht. Zusätzlich wurden von den Teams der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) 13.283 Kinder in speziellen kleineren Formen der Kindertagespflegeeinrichtungen untersucht.

Von den vom ZÄD untersuchten Kindern und Jugendlichen hatten 57 % ein kariesfreies Gebiss. Die seit Jahren positive Entwicklung scheint jedoch zu stagnieren: Während in den letzten 4 Jahren der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit kariesfreiem Gebiss kontinuierlich jeweils um ca. 2 Prozentpunkte anstieg, blieb er im aktuellen Schuljahr auf Vorjahresniveau. Eine Ursache dafür ist die personelle Ausstattung der ZÄD, die noch immer unter den Festlegungen des Mustergesundheitsamtes von 32,25 Vollzeitstellen für Zahnärztinnen und Zahnärzten und 43,00 für Zahnarzthelferinnen liegt: mit Stand vom 1.1.2011 waren nur 26,88 bzw. 30,72 Vollzeitstellen besetzt. Deshalb wurden von den Bezirken schwerpunktmäßig Einrichtungen in sozialen Brennpunkten untersucht, bedingt durch den sozialen Gradienten ist der Zahnstatus in diesen Gebieten etwas schlechter, wodurch sich die berlinweiten Durchschnittswerte negativ verändern.

Tabelle 1:
Zahnstatus der 3-, 6- und 12-Jährigen aus den
Vorsorgeuntersuchungen des ZÄD in Berlin im Schuljahr
2020/2011
- Anzahl der Kinder und Anteil in Prozent

Kinder nach Alter	kariesfrei	behandlungs- bedürftig	saniiert
		Anteil in Prozent	
3-Jährige	81,2	16,2	2,6
6-Jährige	50,9	34,6	14,5
12-Jährige	63,9	16,6	19,5
		Anzahl	
3-Jährige	8.854	1.763	283
6-Jährige	9.911	6.730	2.817
12-Jährige	7.906	2.058	2.418

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung:
SenGesSoz - I A -)

Eine positive Entwicklung zeigt sich bei den untersuchten **3-Jährigen**: Der Anteil kariesfreier Gebisse liegt bei 81 %. Trotzdem findet sich aber ein großer Bedarf an Sanierungsmaßnahmen in kariösen Gebissen. Ein geringer Sanierungsgrad (3 %) steht im deutlichen Gegensatz zu den hohen Werten der festgestellten Behandlungsbedürftigkeit (16 %). Der dmf(t)-Wert für Milchzähne (d-decayed (kariös), m-missing (fehlend), f-filled (gefüllt), t-teeth (Zahn)) unterliegt einer hohen Spannweite. Bei den 3-Jährigen liegt er beispielsweise im Bezirk Pankow bei 0,4 und im Bezirk Neukölln bei 1,4; d.h. dass in Neukölln durchschnittlich jedes 3-jährige Kind mindestens einen Milchzahn hat, der an Karies erkrankt, gefüllt oder extrahiert worden ist.

Von dem von der Bundeszahnärztekammer für 2020 formulierten Mundgesundheitsziel, nach dem der Anteil der kariesfreien Milchgebisse der **6-Jährigen** bei 80 % liegen soll, ist Berlin mit einem Anteil von 51 % kariesfreien Milchgebissen noch weit entfernt. Es gibt erhöhten Bedarf an effektiven Maßnahmen zur Mundgesundheitspflege bei Kitakindern. Schon die einfache Maßnahme „Eltern putzen Kinderzähne“, ist als abendliches Mundhygienieritual bei allen Kindern bis zu dieser Altersgruppe empfehlenswert. Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse (35 %) der 6-Jährigen ist mehr als doppelt so hoch, wie deren Sanierungsgrad (14 %). Auch hier sollten Eltern aktiver werden und alle bei ihrem Kind notwendigen zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und auch Sanierungsmaßnahmen durchführen lassen. Mit dem seit Oktober 2009 existierenden „Berliner Kinderzahnpass“ - herausgegeben von der Zahnärztekammer Berlin und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin - wird den Eltern ein Wegweiser zu den erforderlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen analog der bereits bekannten kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gegeben. Hierbei sind die Sanierungsmaßnahmen der Milchzähne durch die niedergelassenen Zahnärzte und -ärztinnen gefragt.

Für die Altersgruppe der **12-Jährigen** wird als Mundgesundheitsziel für 2020 ein DMFT-Wert für das bleibende Gebiss unter 1 angestrebt (D-decayed (kariös), M-missing (fehlend), F-filled (gefüllt), T-teeth (Zahn)). Auch wenn die Untersuchungsergebnisse für einige Bezirke noch Werte über 1 aufweisen, so ist das Ziel im Berliner Durchschnitt erreicht. Der DMF(T)-Wert in dieser Altersgrup-

pe ist mit 0,5 in Steglitz-Zehlendorf deutlich niedriger als in Tempelhof-Schöneberg mit 2,1. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass aufgrund von Personalmangel im Zahnärztlichen Dienst vorrangig Kinder in Einrichtungen untersucht worden sind, die in sozialen Brennpunkten liegen. In Tempelhof-Schöneberg konnten insgesamt nur 22,5 % der im Bezirk wohnenden Kinder untersucht werden, während es im Berliner Durchschnitt 47,0 % waren. Betrachtet werden für dieses Ziel nur die bleibenden Zähne der 12-Jährigen, doch auch das Kariesgeschehen der noch vorhandenen Milchzähne in dieser Altersgruppe nimmt Einfluss auf die Gesundheit des bleibenden Gebisses.

Umfangreiche **Prophylaxemaßnahmen** sollen die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen fördern und verbessern. Im Schuljahr 2010/2011 wurden von den ZÄD über 200.000 Kinder und Jugendliche mit theoretischen und praktischen Prophylaxemaßnahmen in Berlin erreicht, die LAG gab 32.070 Gruppenprophylaxeimpulse. Dabei liegt der Schwerpunkt der Prophylaxetätigkeit im Grundschul- und Kitabereich. Das Mundgesundheitsziel der Bundeszahnärztekammer für 2020 lautet hier, dass der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad für Kinder und Jugendliche zwischen dem 3. und 16. Lebensjahr auf 80 % erhöht werden soll. Durch die Zahnärztlichen Dienste und die Arbeit der Prophylaxehelferinnen der LAG allein ist das nicht leistbar. Die effektivste Gruppenprophylaxemaßnahme, das tägliche Zähneputzen mit fluoridierter Zahncreme, ist nur mit Multiplikatoren in den Einrichtungen vor Ort umsetzbar. Abgekoppelt von den Vorsorgeuntersuchungen würden deshalb Maßnahmen der gemeinschaftlichen Zahnpflege im Schulalltag die Zahngesundheit deutlich verbessern.

69.078 **Fluoridierungsmaßnahmen** erfolgten im Schuljahr 2010/2011 in Berlin hauptsächlich im Grund- und Sonderschulbereich, nach dem Organisationskonzept der LAG wurde vorrangig Fluorid-Gelee verwendet. Neben dem täglichen Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahncreme sollten zusätzliche Konzepte mit Fluoridlack entsprechend den Empfehlungen der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der deutschen Zahnärzte für die unter 6-Jährigen etabliert werden. Von den niedergelassenen Zahnärzten und Zahnärztinnen wurden vom 3. Quartal 2010 bis zum 2. Quartal 2011 1.079.397 Maßnahmen im Rahmen der **kassenärztlichen Prophylaxetätigkeit** für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr abgerechnet. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Versiegelung der bleibenden Backenzähne und der lokalen Fluoridierung.

Indikatoren zur Darstellung der Mundgesundheit in Berlin

		Seite
Z 1	Zahnstatus (ZÄD + LAG)	
Z 1.1	Zahnstatus Berlin insgesamt (ZÄD + LAG)	9
Z 1.2	Zahnstatus 3-Jähriger (ZÄD)	13
Z 1.3	Zahnstatus 6-Jähriger (ZÄD)	17
Z 1.4	Zahnstatus 12-Jähriger (ZÄD)	21
Z 1.5	Zahnstatus Kitakinder (LAG)	25
Z 1.6	Versiegelungen bei bleibenden Backenzähnen (ZÄD)	27
Z 1.7	Zahn- und Kieferfehlstellungen (ZÄD)	29
Z 2	Prophylaxemaßnahmen (ZÄD + LAG)	
Z 2.1	Theoretische und praktische Prophylaxe (ZÄD)	31
Z 2.2	Fluoridierungen (ZÄD)	33
Z 2.3	Prophylaxemaßnahmen (LAG)	37
Z 3	Kinderschutz (ZÄD)	39
Z 4	Öffentlichkeitsarbeit (ZÄD + LAG)	41
Z 5	Leistungen der niedergelassenen Zahnärzte und -ärztinnen (KZV)	43

ZÄD = Zahnärztlicher Dienst der Bezirksämter von Berlin

LAG = Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.

KZV = Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin

Z 1.1 Zahnstatus Berlin insgesamt (ZÄD + LAG)

Z 1.1

Kurzbeschreibung

Von den 191.196 im Schuljahr 2010/2011 in Berlin bei Vorsorgeuntersuchungen durch den ZÄD erfassten Kitakindern und Schülern und Schülerinnen (Altersgruppe von 0 bis 18 Jahre) wiesen

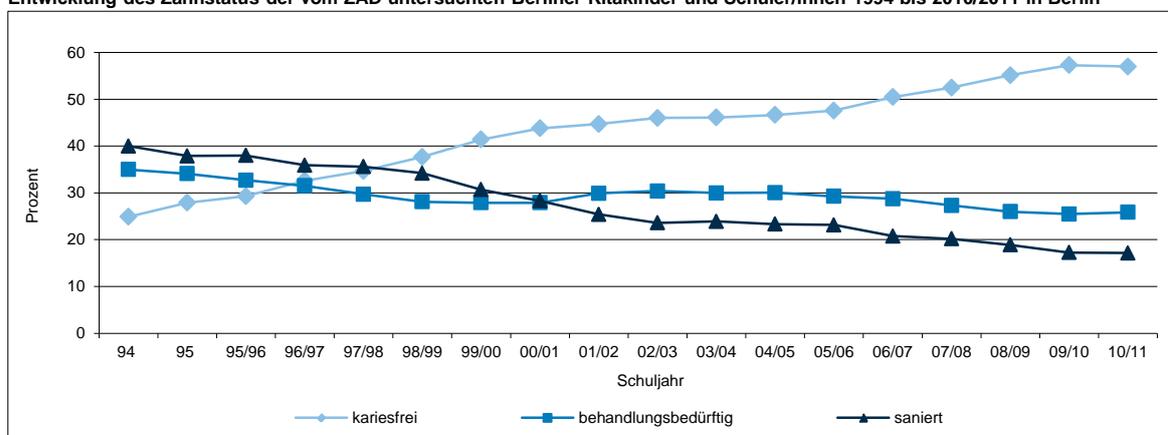
108.959	(57,0 %)	ein kariesfreies
49.439	(25,9 %)	ein behandlungsbedürftiges
32.798	(17,1 %)	ein saniertes

Gebiss auf.

Ein erhöhtes Risiko (gemäß den Kriterien der DAJ, siehe Methodik), an Karies zu erkranken, hatten 11,6 % aller untersuchten Kinder im Alter von bis zu 12 Jahren. Die Untersuchungsteams der LAG Berlin haben in dem Schuljahr in den Elterninitiativkindertagesstätten (EKT), Eltern-Kind-Gruppen (EKG) und Kindertagespflegestellen (KTPS) 13.283 Kinder untersucht, davon hatten:

11.027	(83,0 %)	ein kariesfreies
1.716	(12,9 %)	ein behandlungsbedürftiges
540	(4,1 %)	ein saniertes Gebiss.

Abbildung 1:
Entwicklung des Zahnstatus der vom ZÄD untersuchten Berliner Kitakinder und Schüler/innen 1994 bis 2010/2011 in Berlin



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheiten

Erstmalig ist der Anteil der Kitakinder und Schüler und Schülerinnen mit einem kariesfreien Zahnstatus im Schuljahr 2010/2011 nicht weiter gestiegen. Die seit Jahren positive Entwicklung scheint unterbrochen. Der Anteil der Kinder, bei denen Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde, ist im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht. Dieser Fakt ist vermutlich der zum Teil reduzierten personellen Ausstattung der Zahnärztlichen Dienste geschuldet. Nicht alle Zahnärztlichen Dienste können alle Einrichtungen in ihrem Bezirk bedarfsgerecht betreuen. Das in Berlin praktizierte bedarfsorientierte Konzept (Rankingliste, gebildet aus den zahnärztlichen Befunden und dem jeder Einrichtung zugeordneten Sozialindex) sieht vor, dass Kindertageseinrichtungen und Schulen in sozialen Brennpunktgebieten (nach dem Ranking in Bedarfsgruppe 4, siehe Methodik Indikator Z 2.3) - rund 400 Einrichtungen in Berlin - mindestens einmal im Jahr betreut werden und Schulen

mit besseren Vorjahresergebnissen und in sozial weniger belasteten Gebieten größeren Untersuchungsintervallen unterliegen. Die Befunde aus den Schulen in den weniger sozial belasteten Gebieten, die dann noch mit in den Pool der Untersuchten einfließen, verbessern für das jeweilige Jahr den Durchschnitt.

In den einzelnen Bezirken ist die Bandbreite der untersuchten Einrichtungstypen sehr unterschiedlich: In 5 Bezirken wurden nur Kinder und Jugendliche aus dem Kita-, Grundschul- und Sonderschulbereich untersucht, in 7 Bezirken zusätzlich noch Oberschüler und -schülerinnen. Die Zuordnung zu alten oder neuen Oberschulformen ist noch nicht in allen Bezirken abgeschlossen, so dass sich Schüler und Schülerinnen, die sich gemäß der Stichtagsdaten von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (SenBJW) noch in Haupt-, Gesamt- oder Realschulen befinden, am Tag der Untersuchung bereits einer Gemeinschafts- oder Sekundarschule zugeordnet wurden.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):

<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

[Tabelle 1.1:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Kitakinder und Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin

[Tabelle 1.1a:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste und der Honorarzahnärzte/ärztinnen erfassten Kitakinder und der durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin

[Tabelle 1.2:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Kitakinder und Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin – nach Bezirken

[Tabelle 1.2a:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste und der Honorarzahnärzte/ärztinnen erfassten Kitakinder und der durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

Methodik/Begriffserklärung

Die Aufbereitung der Befunddaten erfolgt nach dem Gebissstatus „kariesfrei, behandlungsbedürftig und saniert“. Dabei gehen die kariösen und zerstörten Milchzähne nur bis zur Altersgruppe der 10-Jährigen in die Auswertungen zum Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ ein. Die Erfassung des Befundes zum Zahnstatus erfolgt kindbezogen. Die Beurteilung wird dabei zahnbezogen dokumentiert. Der dmf/DMF(t/T)-Wert stellt die Summe der kariesgeschädigten Zähne und Milchzähne wie folgt dar:

D (d) = decayed = kariös

M (m) = missing = fehlend

F (f) = filled = gefüllt

T (t) = teeth = Zahn

S (s) = surfaces = Zahnflächen

Der DMF(T)-Wert eines naturgesunden Kindes ist somit 0 (Null), der höchste DMF(T)-Wert im Befund einer Vorsorgeuntersuchung ist 28, wenn alle zu befundenen Zähne kariesbelastet sind. Der maximal mögliche Wert im Milchgebiss liegt bei dmf(t) 20. Die Kariesbelastung steigt mit der Höhe des Wertes.

Das Kariesrisiko wird auf Grundlage der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (DAJ) ermittelt. Ein erhöhtes Kariesrisiko nach DAJ-Kriterien liegt ab folgenden Grenzwerten vor:

- 0-3 Jahre dmf(t) >0 (0=kariesfrei)
- 4 Jahre dmf(t) > 2
- 5 Jahre dmf(t) > 4
- 6-7 Jahre dmf/DMF(t/T) > 5 oder D(T) > 0
- 8-9 Jahre dmf/DMF(t/T) > 7 oder D(T) > 2
- 10-12 Jahre DMF(S) > 0 an Glatt- und Approximalflächen.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke und der LAG über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

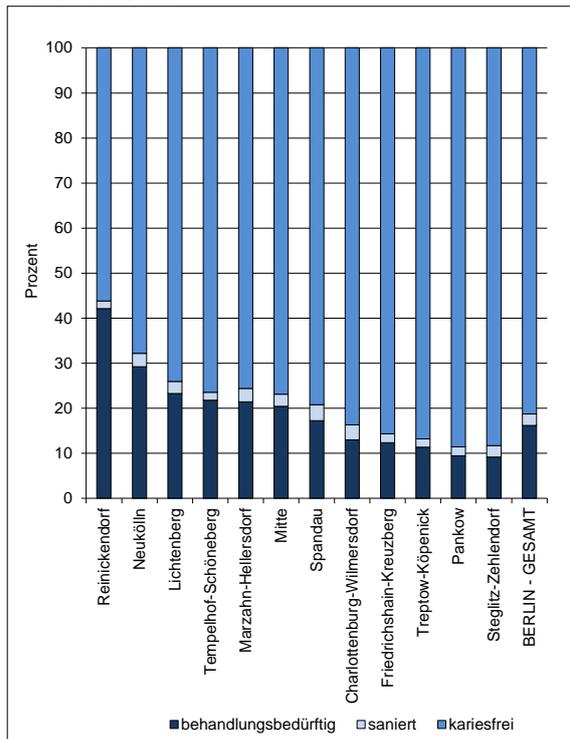
Z 1.2 Zahnstatus 3-Jähriger (ZÄD)

Z 1.2

Kurzbeschreibung

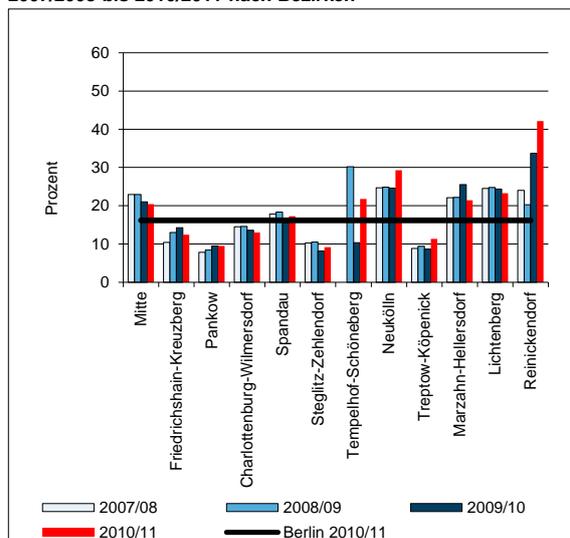
Von den Teams der Zahnärztlichen Dienste wurden im Schuljahr 2010/2011 insgesamt 10.900 3-Jährige untersucht (36 % aller 3-Jährigen in Berlin). 81,2 % der untersuchten 3-Jährigen wiesen dabei ein kariesfreies Gebiss auf, 16,2 % waren behandlungsbedürftig und 2,6 % saniert. Im deutlichen Gegensatz zu den hohen Werten der Behandlungsbedürftigkeit bei den 3-Jährigen steht der geringe Sanierungsgrad.

Abbildung 1: Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 3-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2: Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder an den Untersuchten im Alter von 3 Jahren in Berlin, Schuljahr 2007/2008 bis 2010/2011 nach Bezirken



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Der Anteil der kariesfreien Kitakinder im Alter von 3 Jahren schwankt zwischen 88,6 % im Bezirk Pankow und 56,1 % im Bezirk Reinickendorf. Im dmf(t)-Wert der 3-Jährigen zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Bezirken. So liegt der dmf(t)-Wert im Bezirk Pankow bei 0,4 und im Bezirk Neukölln bei 1,4, d.h. dass in Neukölln durchschnittlich jedes 3-jährige Kind mindestens einen Milchzahn hat, der an Karies erkrankt, gefüllt oder schon extrahiert worden ist.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der behandlungsbedürftigen Gebisse in der Altersgruppe in sechs Bezirken angestiegen.

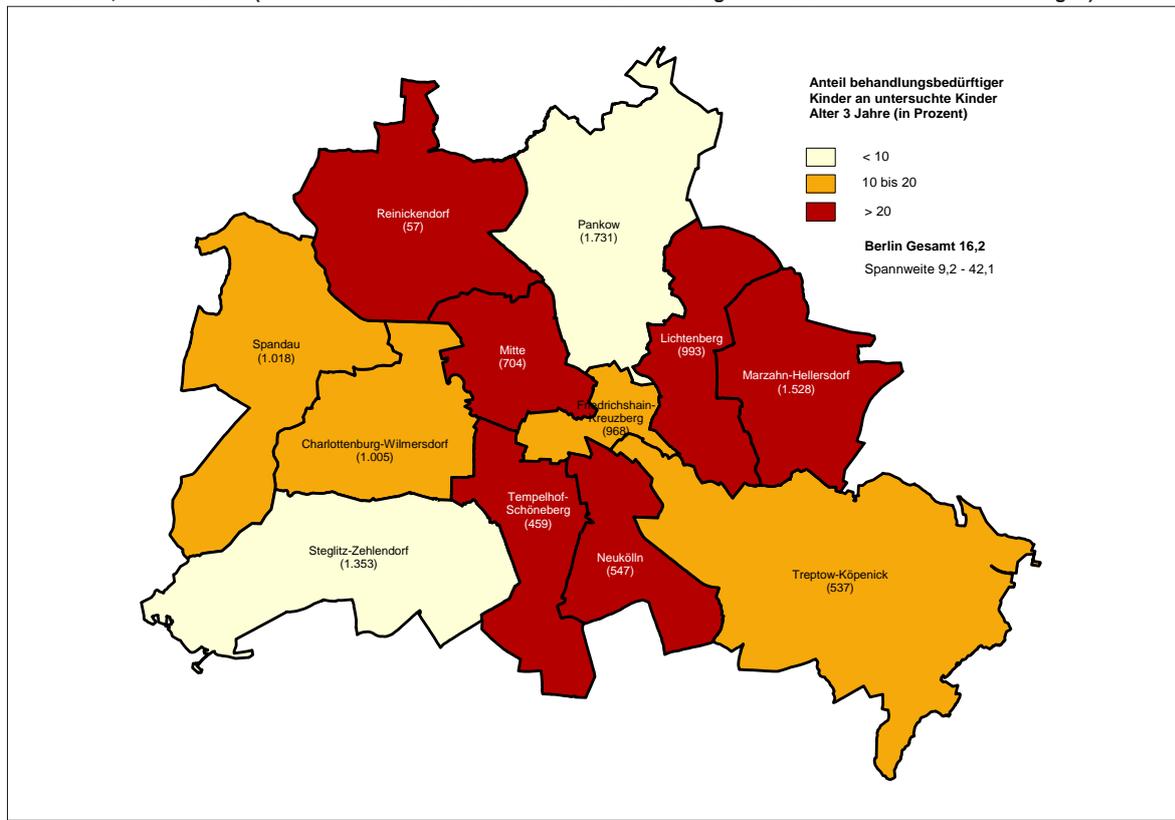
Besonderheiten

Bei der Interpretation des Gebisszustandes der 3-Jährigen muss beachtet werden, dass in einigen Bezirken auf Grund von Personalmangel im Zahnärztlichen Dienst vorrangig Kinder in Einrichtungen untersucht worden sind, die in sozialen Brennpunkten liegen.

Die Anzahl der Untersuchten reicht von 547 bzw. 19 % der 3-Jährigen des Bezirkes Neukölln bis 1.528 bzw. 69 % in Marzahn-Hellersdorf. Im Bezirk Pankow wurden insgesamt mehr 3-Jährige untersucht (1.731), aufgrund der steigenden Kinderzahlen im Bezirk jedoch nur 45 % der Altersgruppe erreicht. Der Bezirk Reinickendorf nimmt mit nur 57 untersuchten 3-Jährigen (3 % der Altersgruppe des Bezirkes) eine nicht beurteilbare Sonderstellung ein.

Zur Vorsorgeuntersuchung von Kindern in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege wird das schriftliche Einverständnis der Eltern benötigt. Das Vorhandensein dieser Unterlagen be-

Abbildung 3:
Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebiss an den vom ZÄD untersuchten 3-Jährigen
 - in Prozent, nach Bezirken (der Wert unter dem Bezirksnamen in Klammern zeigt die Anzahl der untersuchten 3-Jährigen)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz – I A -)

stimmt die Anzahl der „zur Untersuchung vorbereitete Kinder“. Der danach tatsächlich erreichte Betreuungsgrad liegt zwischen 63,1 und 88,4 %, eine Erhöhung ist wünschenswert.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

[Tabelle 1.5:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 3-Jährigen, 6-Jährigen und 12-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

[Tabelle 1.5a:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 3-Jährigen, 6-Jährigen und 12-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin – nach Geschlecht und Bezirken

Methodik/Begriffserklärung

Die Aufbereitung der Befunddaten erfolgt nach dem Gebissstatus „kariesfrei, behandlungsbedürftig und saniert“.

Die Erfassung des Befundes zum Zahnstatus erfolgt kindbezogen. Die Beurteilung wird dabei zahnbezogen dokumentiert. Der dmf/DMF(t/T)-Wert stellt die Summe der kariesgeschädigten Zähne und Milchzähne wie folgt dar:

D (d) = decayed = kariös
M (m) = missing = fehlend
F (f) = filled = gefüllt
T (t) = teeth = Zahn
S (s) = surfaces = Zahnflächen

Der DMF(T)-Wert eines naturgesunden Kindes ist somit 0 (Null), der höchste DMF(T)-Wert im Befund einer Vorsorgeuntersuchung ist 28, wenn alle zu befundenen Zähne kariesbelastet sind. Der maximal mögliche Wert im Milchgebiss liegt bei dmf(t) 20. Mit der Höhe des Wertes steigt die Kariesbelastung.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

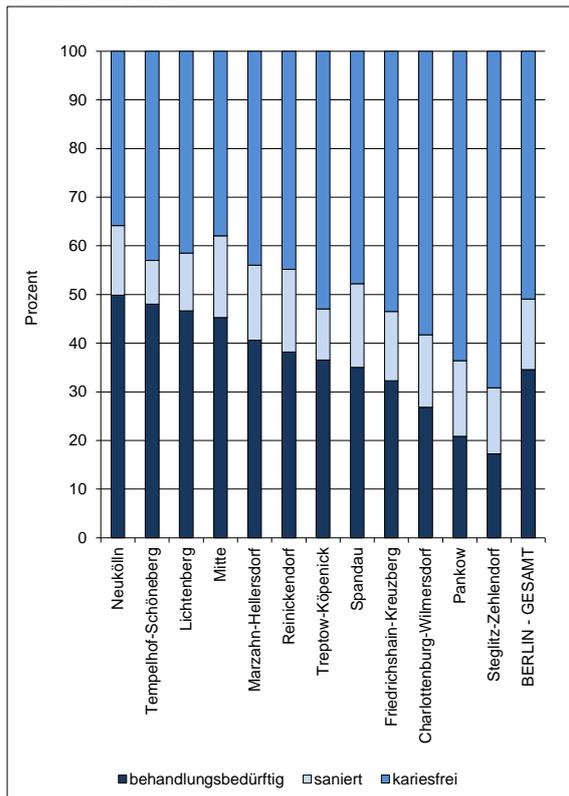
Z 1.3 Zahnstatus 6-Jähriger (ZÄD)

Z 1.3

Kurzbeschreibung

Im Schuljahr 2010/2011 wurden insgesamt 19.458 6-Jährige von den Teams der Zahnärztlichen Dienste untersucht, das sind 71 % der im Bezirk wohnhaften Kinder im Alter von 6 Jahren. Von den

Abbildung 1:
Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 6-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin



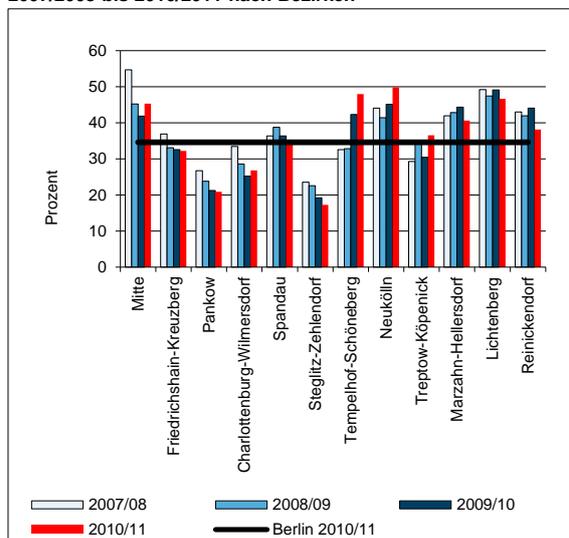
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Untersuchten wiesen 50,9 % der 6-Jährigen ein kariesfreies Gebiss auf, 34,6 % waren behandlungsbedürftig und 14,5 % saniert. Der Anteil der kariesfreien Schüler und Schülerinnen im Alter von 6 Jahren schwankt zwischen 35,9 % im Bezirk Neukölln und 69,1 % im Bezirk Steglitz-Zehlendorf. Im dmf(t)-Wert der 6-Jährigen zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Bezirken. So liegt der dmf(t)-Wert im Bezirk Neukölln bei 3,1 und im Bezirk Steglitz-Zehlendorf bei 1,1. Damit hat in Neukölln durchschnittlich jedes 6-jährige Kind mindestens drei an Karies erkrankte, gefüllte oder schon extrahierte Milchzähne. Die gleichzeitige Behandlungsbedürftigkeit von 49,9 % zeigt eine deutliche Unterlassung notwendiger Behandlungsmaßnahmen in dieser Neuköllner Altersgruppe.

In fünf Bezirken - Mitte, Charlottenburg-Wilmersdorf, Tempelhof-Schöneberg, Neukölln und Treptow-Köpenick - ist im Vergleich zum Vorjahr der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse in der Altersgruppe der 6-Jährigen angestiegen.

Besonderheiten

Abbildung 2:
Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder an den Untersuchten im Alter von 6 Jahren in Berlin, Schuljahr 2007/2008 bis 2010/2011 nach Bezirken

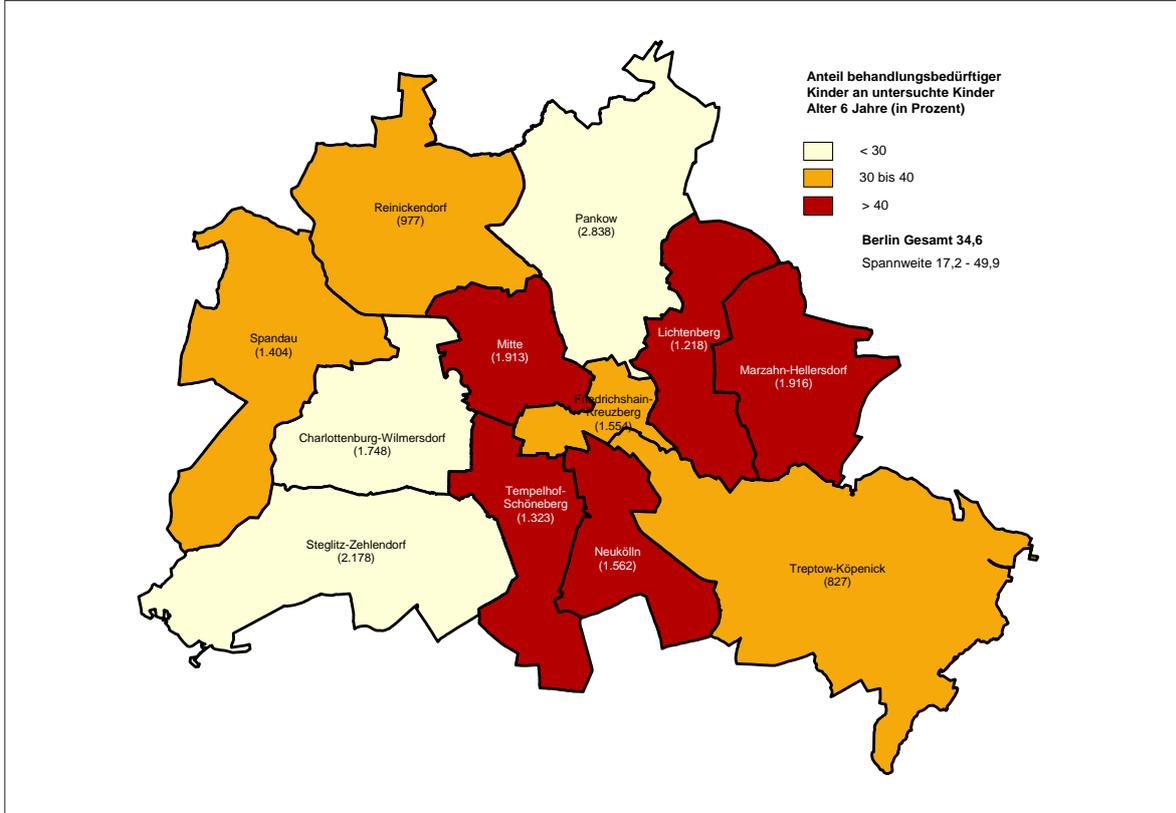


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Bei der Interpretation des Gebisszustandes der 6-Jährigen muss beachtet werden, dass in einigen Bezirken auf Grund von Personalmangel im Zahnärztlichen Dienst vorrangig Kinder in Einrichtungen untersucht worden sind, die in sozialen Brennpunkten liegen. Die Anzahl der Untersuchten reicht von nur 827 bzw. 46 % der 6-Jährigen in Treptow-Köpenick bis zu 2.838 bzw. 91 % untersuchten Kindern dieser Altersgruppe im Bezirk Pankow. Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf wurden 98 % aller 6-Jährigen untersucht (1.916 Kinder).

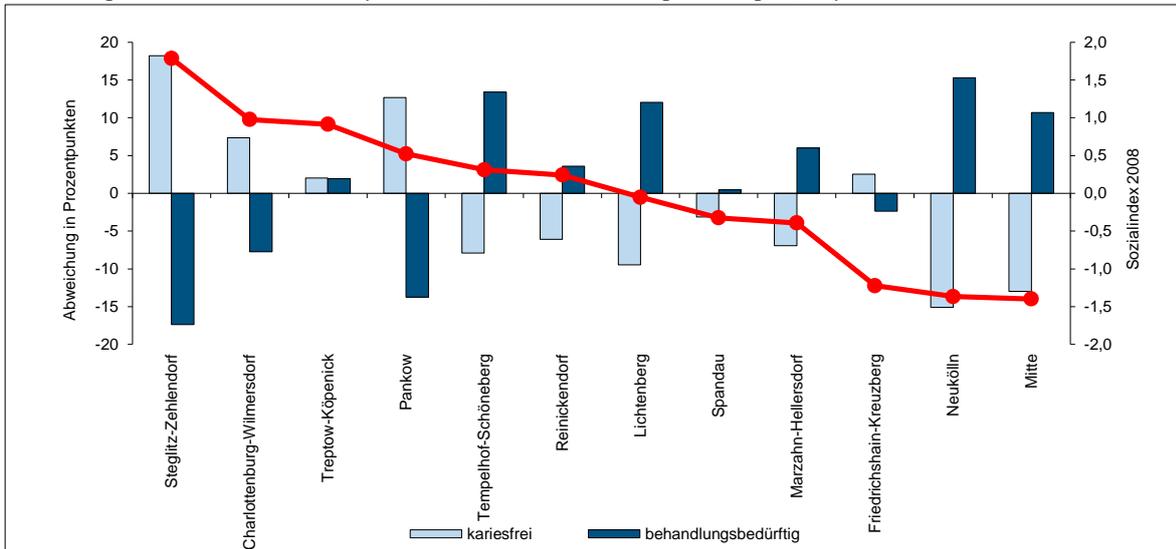
In den von der Bundeszahnärztekammer für 2020 formulierten Mundgesundheitszielen soll der Anteil der kariesfreien Milchgebisse bei den 6-Jährigen in Deutschland 80 % betragen. Davon sind die Berliner Kinder noch deutlich entfernt und somit der Bedarf an effektiveren Maßnahmen bei den Kitakindern offensichtlich.

Abbildung 3:
Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebiss an den vom ZÄD untersuchten 6-Jährigen
- in Prozent, nach Bezirken (der Wert unter dem Bezirksnamen in Klammern zeigt die Anzahl der untersuchten 6-Jährigen)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz – I A -)

Abbildung 4:
Gegenüberstellung Sozialindex und Zahnstatus kariesfrei bzw. behandlungsbedürftig der 6-Jährigen in Berlin 2010/2011
Abweichung vom Berliner Durchschnitt (kariesfrei: 50,9 % und behandlungsbedürftig: 34,6 %)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

[Tabelle 1.5:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 3-Jährigen, 6-Jährigen und 12-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

[Tabelle 1.5a:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 3-Jährigen, 6-Jährigen und 12-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin – nach Geschlecht und Bezirken

Methodik/Begriffserklärung

Die Aufbereitung der Befunddaten erfolgt nach dem Gebissstatus „kariesfrei, behandlungsbedürftig und saniert“. Die Erfassung des Befundes zum Zahnstatus erfolgt kindbezogen. Die Beurteilung wird dabei zahnbezogen dokumentiert. Der dmf/DMF(t/T)-Wert stellt die Summe der kariesgeschädigten Zähne und Milchzähne wie folgt dar:

D (d) = decayed = kariös

M (m) = missing = fehlend

F (f) = filled = gefüllt

T (t) = teeth = Zahn

S (s) = surfaces = Zahnflächen

Der DMF(T)-Wert eines naturgesunden Kindes ist somit 0 (Null), der höchste DMF(T)-Wert im Befund einer Vorsorgeuntersuchung ist 28, wenn alle zu befundenen Zähne kariesbelastet sind. Der maximal mögliche Wert im Milchgebiss liegt bei dmf(t) 20. Mit der Höhe des Wertes steigt die Kariesbelastung.

Der Sozialindex charakterisiert die soziale Lage eines Bezirkes. Die größte soziale Belastung lässt sich für die Bezirke Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg feststellen - dies sind Gebiete mit z. B. einer hohen Arbeitslosenquote, einem hohen Anteil von Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen, ausländischen Personen und gleichzeitig einem geringen Pro-Kopf-Einkommen und einer geringen Lebenserwartung.

Für die Gegenüberstellung Sozialindex – Mundgesundheit wurde für den Zahnstatus der Anteil der Kinder an den Untersuchten eines Bezirkes in Abweichung zum Berliner Durchschnittswert verwendet.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

Sozialindex 2008 aus Sozialstrukturatlas Berlin 2008 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung, G. Meinlschmidt (Hrsg.), 2009 Berlin.

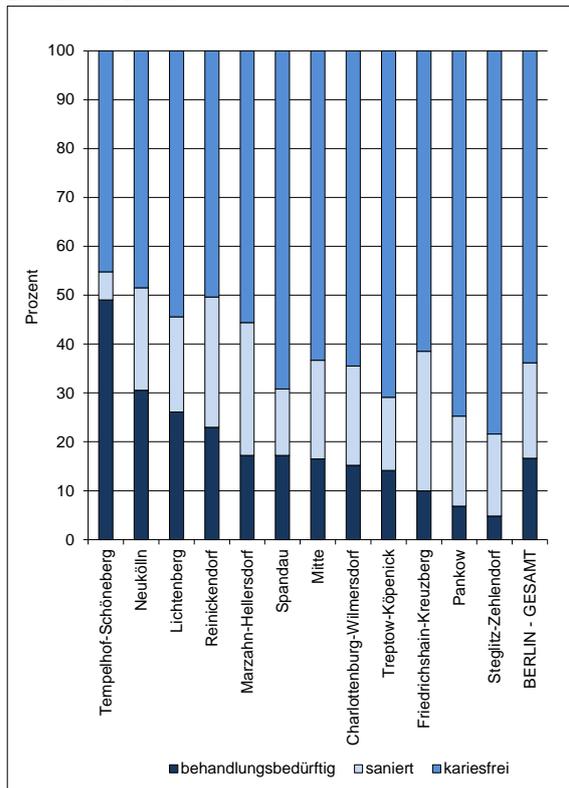
Z 1.4 Zahnstatus 12-Jähriger (ZÄD)

Z 1.4

Kurzbeschreibung

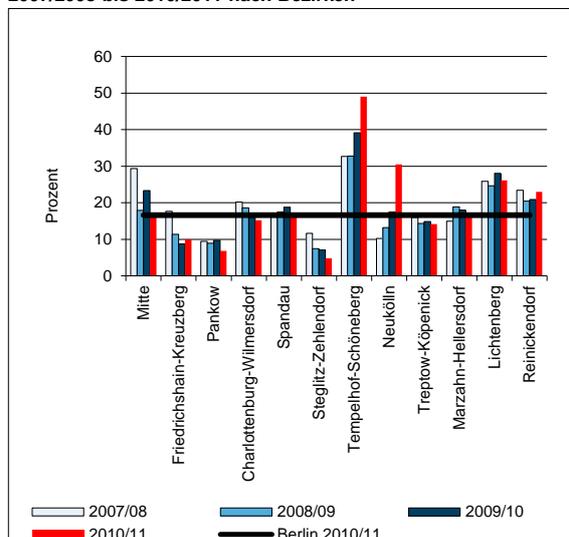
Im Schuljahr 2010/2011 wurden insgesamt 12.382 12-Jährige von den Teams der Zahnärztlichen Dienste untersucht, das sind 47 % aller 12-Jährigen in Berlin. Von den Untersuchten wiesen 63,9 %

Abbildung 1:
Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 12-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2:
Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder an den Untersuchten im Alter von 12 Jahren in Berlin, Schuljahr 2007/2008 bis 2010/2011 nach Bezirken



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

ein kariesfreies Gebiss auf, 16,6 % waren behandlungsbedürftig und 19,5 % saniert. Der Anteil der kariesfreien Schüler und Schülerinnen im Alter von 12 Jahren schwankt zwischen 45,2 % im Bezirk Tempelhof-Schöneberg und 78,4 % im Bezirk Steglitz-Zehlendorf. Der DMF(T)-Wert in der Altersgruppe ist in Steglitz-Zehlendorf mit 0,5 deutlich niedriger als vergleichsweise im Bezirk Tempelhof-Schöneberg mit 2,1. Damit hat in Tempelhof-Schöneberg bereits durchschnittlich jedes 12-jährige Kind mindestens zwei bleibende Zähne, die an Karies erkrankt, gefüllt oder schon extrahiert worden sind.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der behandlungsbedürftigen Gebisse in der Altersgruppe in vier Bezirken - Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg, Neukölln und Reinickendorf - angestiegen.

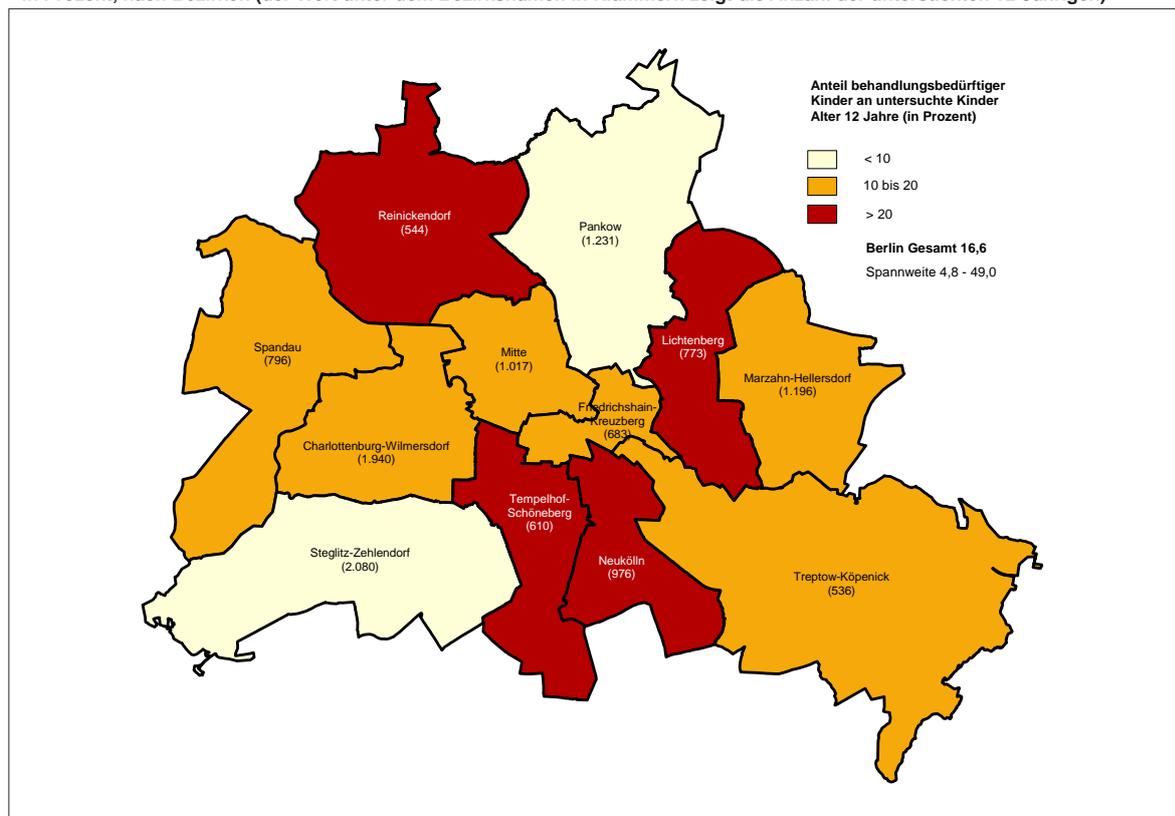
Besonderheiten

Bei der Interpretation des Gebisszustandes der 12-Jährigen muss beachtet werden, dass in einigen Bezirken auf Grund von Personalmangel im Zahnärztlichen Dienst vorrangig Kinder in Einrichtungen untersucht worden sind, die in sozialen Brennpunkten liegen. Die hauptsächliche Betreuung lag dabei im Grundschulbereich: So wurden in Treptow-Köpenick nur 536 bzw. 34 % der 12-Jährigen untersucht, dagegen im Bezirk Steglitz-Zehlendorf 2.080 bzw. 79 % der Kinder dieser Altersgruppe.

Die Zuordnung zu alten oder neuen Oberschulformen ist noch nicht in allen Bezirken abgeschlossen, so dass sich Schüler und Schülerinnen, die sich gemäß der Stichtagsdaten der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (SenBJW) noch in Haupt-, Gesamt- oder Realschulen befinden, am Tag der Untersuchung bereits einer Gemeinschafts- oder Sekundarschule zugeordnet wurden. In 5 Bezirken wurden keine Oberschüler und -schülerinnen untersucht, somit konnten hier die 12-Jährigen der 7. Klassen nicht erreicht werden.

Abbildung 3:

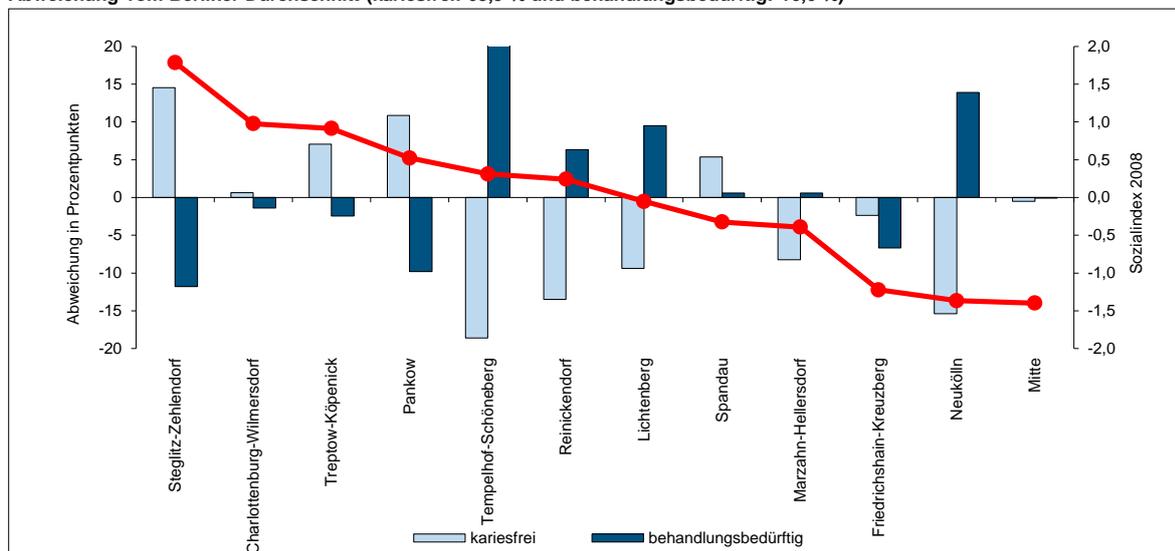
Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebiss an den vom ZÄD untersuchten 12-Jährigen
- in Prozent, nach Bezirken (der Wert unter dem Bezirksnamen in Klammern zeigt die Anzahl der untersuchten 12-Jährigen)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz – I A -)

Abbildung 4:

Gegenüberstellung Sozialindex und Zahnstatus kariesfrei bzw. behandlungsbedürftig der 12-Jährigen in Berlin 2010/2011
Abweichung vom Berliner Durchschnitt (kariesfrei: 63,9 % und behandlungsbedürftig: 16,6 %)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die Mundgesundheitsziele 2020 der Bundeszahnärztekammer sehen für die 12-Jährigen einen DMF(T)-Wert von unter 1 vor. Dies ist im Durchschnitt für Berlin erreicht, doch gibt es mit Lichtenberg (1,1), Marzahn-Hellersdorf (1,2), Neukölln (1,4) und Tempelhof-Schöneberg (2,1) noch 4 Bezirke, die über dem Wert von 1 liegen.

Für den Gebissstatus „kariesfrei“ werden kariöse und zerstörte Milchzähne in dieser Altersgruppe nicht mitgerechnet. Bei der Betrachtung des dmf(t)-Wertes der 12-Jährigen zeigen sich Werte zwischen 0,7 im Bezirk Tempelhof-Schöneberg und 1,3 im Bezirk Mitte. Das Kariesgeschehen an den Milchzähnen nimmt jedoch natürlichen Einfluss auf das bleibende Gebiss.

Die Differenzierung zwischen den Anteilen an behandlungsbedürftigen und sanierten Milchzähnen kann für das Schuljahr 2010/2011 noch nicht dargestellt werden, die dafür nötige Auswertung nach Einzelkind-Daten ist in Vorbereitung.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

[Tabelle 1.5:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 3-Jährigen, 6-Jährigen und 12-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

[Tabelle 1.5a:](#) Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten 3-Jährigen, 6-Jährigen und 12-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin – nach Geschlecht und Bezirken

Methodik/Begriffserklärung

Die Aufbereitung der Befunddaten erfolgt nach dem Gebissstatus „kariesfrei, behandlungsbedürftig und saniert“. Dabei gehen die kariösen und zerstörten Milchzähne nur bis zur Altersgruppe der 10-Jährigen in die Auswertungen zum Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ ein.

Die Erfassung des Befundes zum Zahnstatus erfolgt kindbezogen. Die Beurteilung wird dabei zahnbezogen dokumentiert. Der dmf/DMF(t/T)-Wert stellt die Summe der kariesgeschädigten Zähne und Milchzähne wie folgt dar:

D (d) = decayed = kariös

M (m) = missing = fehlend

F (f) = filled = gefüllt

T (t) = teeth = Zahn

S (s) = surfaces = Zahnflächen

Der DMF(T)-Wert eines naturgesunden Kindes ist somit 0 (Null), der höchste DMF(T)-Wert im Befund einer Vorsorgeuntersuchung ist 28, wenn alle zu befundenen Zähne kariesbelastet sind. Der maximal mögliche Wert im Milchgebiss liegt bei dmf(t) 20. Mit der Höhe des Wertes steigt die Kariesbelastung.

Der Sozialindex charakterisiert die soziale Lage eines Bezirkes. Die größte soziale Belastung lässt sich für die Bezirke Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg feststellen - dies sind Gebiet mit z. B. einer hohen Arbeitslosenquote, einem hohen Anteil von Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen, ausländischen Personen und gleichzeitig einem geringen Pro-Kopf-Einkommen und einer geringen Lebenserwartung. Für die Gegenüberstellung Sozialindex – Mundgesundheit wurde für den Zahnstatus der Anteil der Kinder an den Untersuchten eines Bezirkes in Abweichung zum Berliner Durchschnittswert verwendet.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

Sozialindex 2008 aus Sozialstrukturatlas Berlin 2008 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung, G. Meinlschmidt (Hrsg.), 2009 Berlin.

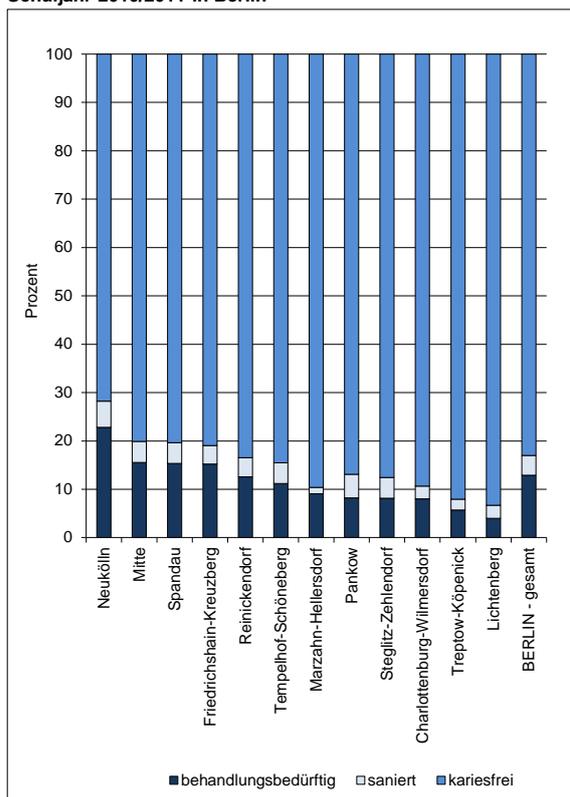
Z 1.5 Zahnstatus Kitakinder (LAG)

Z 1.5

Kurzbeschreibung

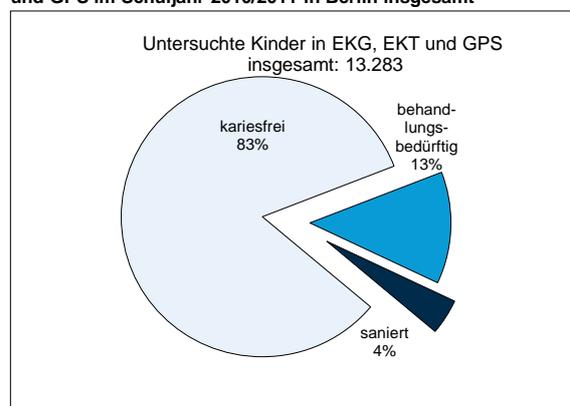
Im Schuljahr 2010/2011 waren 4 Untersuchungsteams der LAG – bestehend aus einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt und einer zahnmedizinischen Fachangestellten tätig. Von diesen Teams wurden 13.283 Kinder in Elterninitiativkindertagesstätten (EKT), Eltern-Kind-Gruppen (EKG) und Kindertagespflegestellen (KTPS) untersucht.

Abbildung 1:
Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch
Untersuchungsteams der LAG erfassten Kitakinder im
Schuljahr 2010/2011 in Berlin



(Datenquelle: LAG Berlin, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2:
Zahnstatus der von der LAG untersuchten Kinder in EKT, EKG
und GPS im Schuljahr 2010/2011 in Berlin insgesamt



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: LAG Berlin)

Tabelle 1.2a: Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Kitakinder und Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin

Tabelle 1.4: Zahnstatus der von der LAG untersuchten Kinder in den EKG, EKT, GPS im Schuljahr 2010/2011 nach Bezirken und Einrichtungen

Der Zahnstatus stellt sich hierbei wie folgt dar:

kariesfrei: 83,0 %

behandlungsbedürftig: 12,9 %

saniert: 4,1 %.

Besonderheiten

Im Vergleich zum Schuljahr 2009/2010 ist ein erfreulicher Trend festzustellen: Der Anteil kariesfreier Gebisse ist um 2,3 % und der Anteil sanierter Gebisse um 0,1 % gestiegen. Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse – das heißt offene Karies – ist um 2,4 % gesunken.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken. In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

Tabelle 1.1a: Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste und der Honorarzahnärzte/ärztinnen erfassten Kitakinder und der durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin

Methodik/Begriffserklärung

Die Erfassung des Befundes zum Zahnstatus erfolgt kindbezogen. Die Beurteilung wird dabei zahnbezogen dokumentiert. Der dmf/DMF(t/T)-Wert stellt die Summe der kariesgeschädigten Zähne und Milchzähne wie folgt dar:

D (d) = decayed = kariös
M (m) = missing = fehlend
F (f) = filled = gefüllt
T (t) = teeth = Zahn
S (s) = surfaces = Zahnflächen

Der DMF(T)-Wert eines naturgesunden Kindes ist somit 0 (Null), der höchste DMF(T)-Wert im Befund einer Vorsorgeuntersuchung ist 28, wenn alle zu befundenen Zähne kariesbelastet sind. Der maximal mögliche Wert im Milchgebiss liegt bei dmf(t) 20. Mit der Höhe des Wertes steigt die Kariesbelastung.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der LAG über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

Z 1.6 Versiegelungen bei bleibenden Backenzähnen (ZÄD)

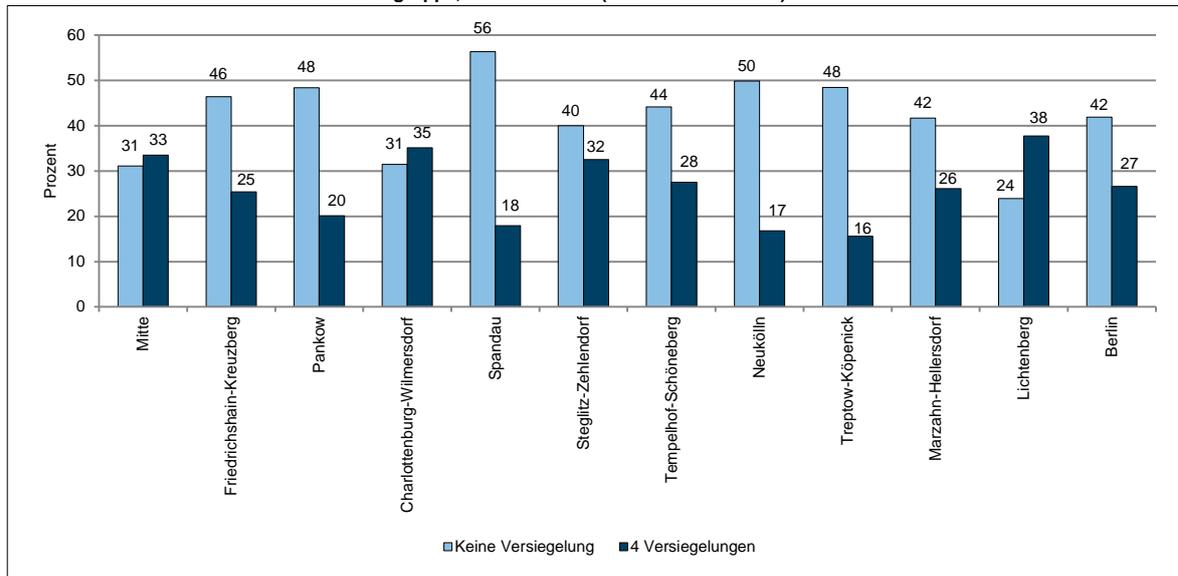
Z 1.6

Kurzbeschreibung

Im Schuljahr 2010/2011 wurden erstmalig die bei den Vorsorgeuntersuchungen erfassten Versiegelungen ausgewertet. Die Versiegelung erfolgt in der Regel nach dem Durchbruch der ersten vier bleibenden Backenzähne (Molaren) ca. im Alter von 5 bis 7 Jahren. Diese vier großen Backenzähne sollten möglichst früh versiegelt werden. Die zweiten vier großen Backenzähne erscheinen erst in der Pubertät zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr. Diese können erst zu diesem Zeitpunkt versiegelt

Abbildung 1:
Anteil der 9-jährigen Kinder, die bei der Untersuchung durch den ZÄD keine bzw. 4 Versiegelungen der bleibenden Backenzähne aufwiesen in Berlin im Schuljahr 2010/2011

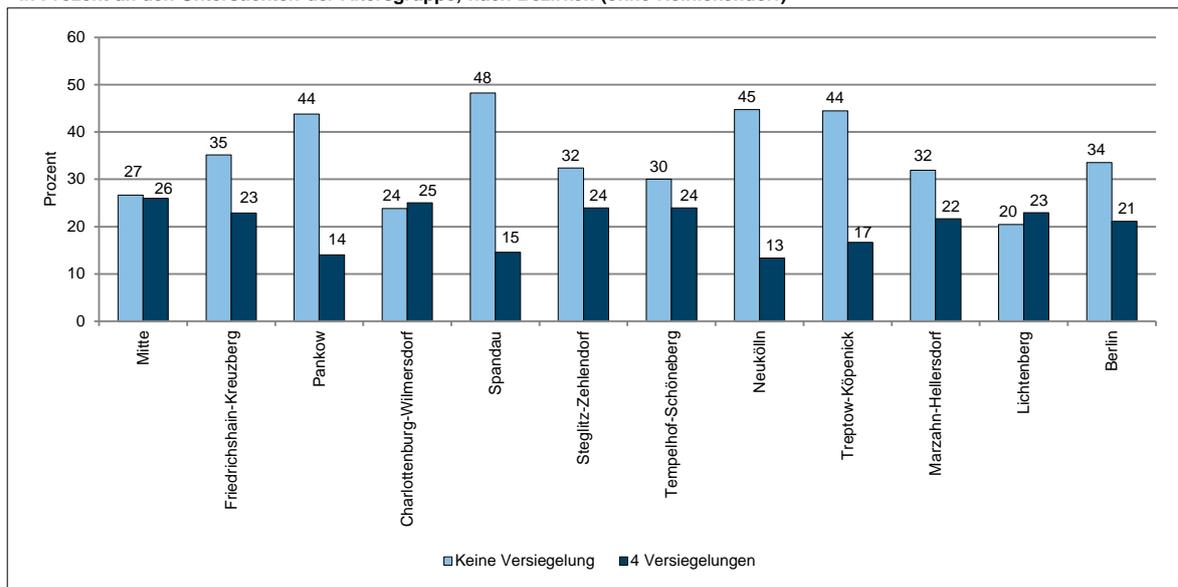
- in Prozent an den Untersuchten der Altersgruppe, nach Bezirken (ohne Reinickendorf)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2:
Anteil der 12-jährigen Kinder, die bei der Untersuchung durch den ZÄD keine bzw. 4 Versiegelungen der bleibenden Backenzähne aufwiesen in Berlin im Schuljahr 2010/2011

- in Prozent an den Untersuchten der Altersgruppe, nach Bezirken (ohne Reinickendorf)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

werden. Das Augenmerk wird auf die Versiegelung der Backenzähne im bleibenden Gebiss für die Gruppe der 9- und 12-Jährigen gelegt.

Von den insgesamt 18.421 untersuchten 9-jährigen Schülern und Schülerinnen (69 % der Altersgruppe) hatten nur 26,6 % vier versiegelte Backenzähne. 41,8 % der Untersuchten wiesen keine Versiegelung auf. In der Altersgruppe der 12-Jährigen (11.832 Untersuchte, entspricht 45 % der Altersgruppe) waren bei 21,1 % vier bleibende Backenzähne versiegelt und 33,5 % wiesen keine Versiegelungen auf.

Besonderheiten

Der öffentliche Gesundheitsdienst gibt entsprechend den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Versiegelungsempfehlungen aus, führt diese Prophylaxemaßnahmen aber nicht selber durch. Versiegelungen gelten als optimaler Kariesschutz, wenn alle kariesfreien Rillen (Fissuren) und Grübchen der Zahnoberfläche mit einem Kunststoffmaterial verschlossen werden. Die Versiegelung ist eine dauerhafte präventive Maßnahme und steht allen 6- bis 17-Jährigen als Kassenleistung für die ersten und zweiten bleibenden Molaren zur Verfügung. Die entsprechenden Empfehlungen sollten in den genannten Altersgruppen vermittelt werden.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabelle zum Indikator:

Table 1.8: Anzahl der versiegelten bleibenden Backenzähnen und Anteil an den Untersuchten mit mindestens einem bleibenden Backenzahn im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

Methodik/Begriffserklärung

Bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung werden im Rahmen der Erhebung des Zahnbefundes auch die Anzahl der versiegelten bleibenden Molaren (Backenzähne) erfasst. Unter einer Versiegelung wird der präventive Verschluss der Fissuren und Grübchen verstanden, um Karies vorzubeugen. Kinder und Jugendliche profitieren am meisten von dieser präventiven Maßnahme unmittelbar nach dem Durchbruch der bleibenden Molaren.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

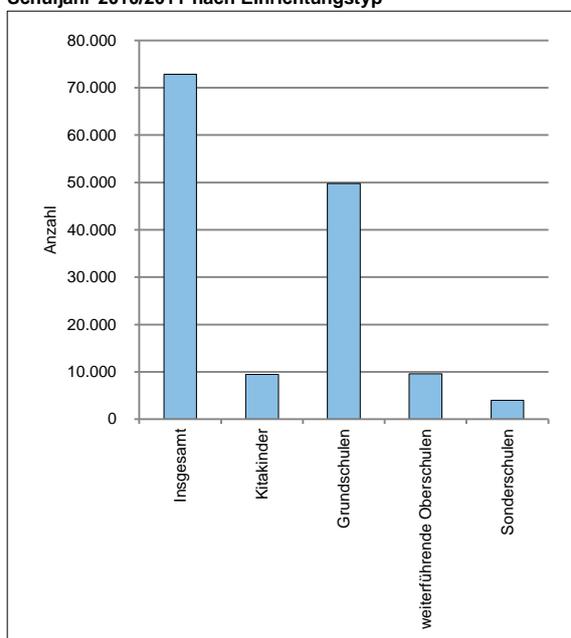
Z 1.7 Zahn- und Kieferfehlstellungen (ZÄD)

Z 1.7

Kurzbeschreibung

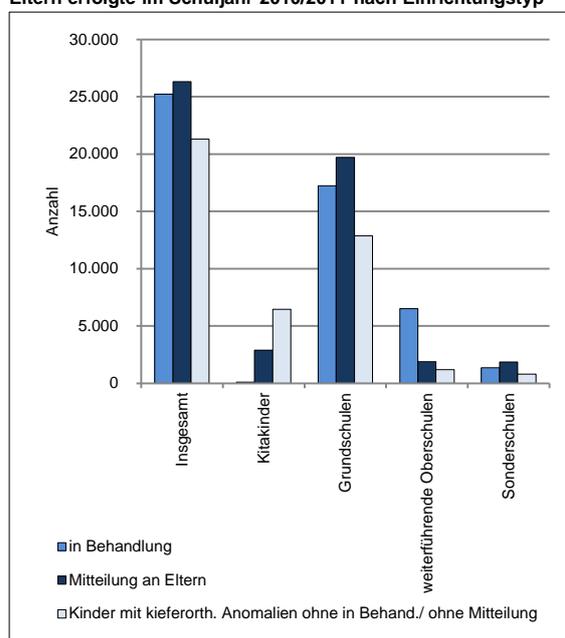
Bei 72.847 von 191.195 untersuchten Kitakindern und Schülern und Schülerinnen wurden kieferorthopädische Anomalien festgestellt (jedes 5. Kitakind; jede/r 2. Schüler/in). Insgesamt waren bereits 34,6 % der Kinder und Schüler und Schülerinnen mit Anomalien in kieferorthopädischer Behandlung. 36,1 % erhielten die Mitteilung, eine kieferorthopädische Beratung für ihr Kind in Anspruch zu nehmen. Knapp ein Drittel der Kinder, bei denen eine kieferorthopädische Anomalie festgestellt wurde, waren weder in Behandlung noch erhielten sie eine Mitteilung für die Eltern, da bereits eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wurde bzw. die Anomalie noch nicht in den Bereich der Kassenleistungen eingestuft werden konnte.

Abbildung 1:
Anzahl der vom ZÄD untersuchten Kinder und Jugendlichen mit festgestellten kieferorthopädischen Anomalien im Schuljahr 2010/2011 nach Einrichtungstyp



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2:
Anzahl der vom ZÄD untersuchten Kinder und Jugendlichen mit festgestellten kieferorthopädischen Anomalien, die sich in Behandlung befinden bzw. bei denen eine Mitteilung an die Eltern erfolgte im Schuljahr 2010/2011 nach Einrichtungstyp



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheiten

Die Spannweite des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit kieferorthopädischen Anomalien zwischen den Bezirken liegt zwischen 22 % in Neukölln und 64 % in Charlottenburg-Wilmersdorf. Dieses gibt Anlass, die Sichtweise der Zahnärzte und Zahnärztinnen hinsichtlich einer vorliegenden kieferorthopädischen Anomalie zu überprüfen und zu schulen sowie die Art der Dokumentation anzupassen.

Das Zusammenspiel vom Grad der Fehlstellung (KIG) und dem Zeitfenster der Kassenleistung bestimmen ebenfalls den maßgeblichen Anteil der Kinder und Jugendlichen mit laufender kieferorthopädischer Therapie.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

Tabelle 1.1: Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Kitakinder und Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin

Tabelle 1.1a: Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste und der Honorarzahnärzte/ärztinnen erfassten Kitakinder und der durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin

Tabelle 1.2: Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Kitakinder und Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin – nach Bezirken

Tabelle 1.2a: Zahnstatus der in Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste und der Honorarzahnärzte/ärztinnen erfassten Kitakinder und der durch die Zahnärztlichen Dienste erfassten Schüler/innen im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

Methodik/Begriffserklärung

In jeder Altersstufe beinhaltet die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung neben der Erhebung des Zahnbefundes auch die Diagnostik zur Zahn- und Kieferentwicklung (auch im reinen Milchgebiss). Hierbei werden kieferorthopädische Anomalien erfasst und ermittelt, ob sich das Kind mit den Zahnfehlstellungen bereits in kieferorthopädischer Behandlung befindet bzw. es wird ggf. eine entsprechende Mitteilung/ Empfehlung für eine kieferorthopädische Beratung an die Eltern mitgegeben.

Zahn- und Kieferfehlstellungen können angeboren sein oder erst im Laufe des Lebens erworben werden, z. B. durch Angewohnheiten wie Daumenlutschen, Nuckeln an der Flasche oder Einsaugen und Beißen an der Unterlippe und durch den frühzeitigen Verlust von Milchzähnen.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

Z 2.1 Theoretische und praktische Prophylaxe (ZÄD)

Z 2.1

Kurzbeschreibung

Im Schuljahr 2010/2011 erhielten insgesamt 200.994 Kinder und Jugendliche eine theoretische (z.B. Gesprächsrunden zu zahnmedizinischen Themen bzw. Ernährung) und 161.331 eine praktische Prophylaxe (z.B. Zahnputzübung) durch den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD).

Damit wurden im Kitabereich 44 % der gemeldeten Kinder mit einer theoretischen und 34 % mit einer praktischen Prophylaxe erreicht. Im Grundschulbereich waren es für die theoretische Prophylaxe 80 % der gemeldeten Schüler und Schülerinnen und 67 % wurden mit praktischen Maßnahmen erreicht. (weiterführende Schulen – theoretische: 14 %, praktische: 8 %)

Hervorzuheben ist der hohe Anteil der erreichten Kinder im Sonderschulbereich. Trotz des höheren Aufwandes (zeitlich und personell) wurden in den Sonderschulen 83 % der gemeldeten Kinder mit einer theoretischen Prophylaxe und 79 % mit einer praktischen Prophylaxe erreicht.

Tabelle 1:
Anzahl der Prophylaxekontakte durch den Zahnärztlichen Dienst und der LAG und Anzahl der erreichten Kinder in Berlin im Schuljahr 2010/2011

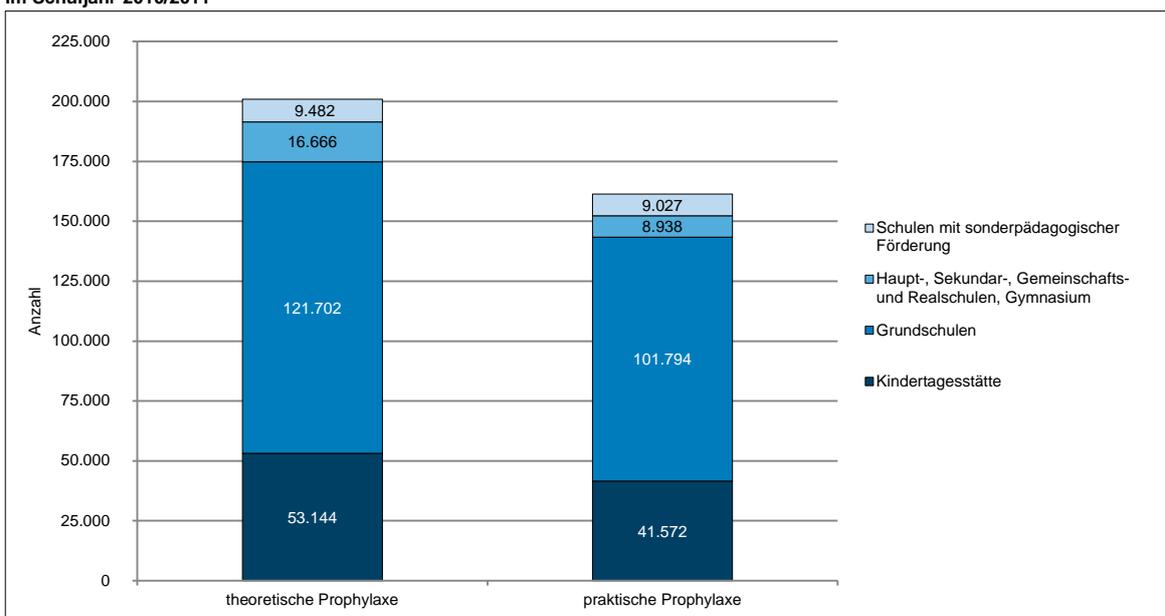
Anzahl der Kontakte	Erreichte Kinder (0 bis unter 18 Jahre)
1 x	151.284
2 x	26.152
3 x	24.359
4 x	2.142
5 x	134

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Der Hauptanteil der Prophylaxetätigkeit der ZÄD liegt im Bereich der Grundschulen mit über 60 % der theoretischen und praktischen Prophylaxemaßnahmen. Ein Viertel der Prophylaxetätigkeit erfolgt in den Kindertagesstätten.

Immer wiederkehrende Prophylaxeimpulse haben einen positiven Einfluss auf die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Schuljahr 2010/2011 hatte ein Viertel der unter 18-Jährigen zwei und mehr Kontakte anlässlich von Vorsorgeuntersuchungen und Terminen zur Fluoridierung.

Abbildung 1:
Anzahl der vom ZÄD mit theoretischer und praktischer Prophylaxe erreichten Kitakinder und Schüler sowie Schülerinnen in Berlin im Schuljahr 2010/2011



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Ein bis drei Kontakte entstehen durch Untersuchungen und Fluoridierungen, vier bis fünf Kontakte können sich durch spezielle Projekte, Nachuntersuchungen oder Wechsel der Einrichtung ergeben.

Die rein pädagogischen Prophylaxen durch die LAG-Teams fließen in die ausgewiesenen Impulse nicht ein, da diese Kontakte nicht Kind bezogen dokumentiert werden.

Besonderheiten

Entsprechend dem Organisationskonzept der LAG erhalten Kitakinder und Schüler bzw. Schülerinnen zur Vorsorgeuntersuchung auch einen Gruppenprophylaxeimpuls. Somit zeigt sich der größte Anteil an theoretischen und praktischen Prophylaxen im Grundschulbereich, da dort auch die größte Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen zu verbuchen ist. Die Bundeszahnärztekammer hat für 2020 ein Mundgesundheitsziel im Bereich der Gruppenprophylaxe formuliert: Für Kinder und Jugendliche zwischen dem 3. und 16. Lebensjahr soll der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad auf 80 % erhöht werden. Durch die Zahnärztlichen Dienste und die Arbeit der Prophylaxehelferinnen der LAG allein ist das nicht leistbar. Die effektivste Gruppenprophylaxemaßnahme, das tägliche Zähneputzen mit fluoridierter Zahncreme, ist nur mit Multiplikatoren in den Einrichtungen vor Ort umsetzbar. Abgekoppelt von den Vorsorgeuntersuchungen, würden deshalb Maßnahmen der gemeinschaftlichen Zahnpflege im Schulalltag die Zahngesundheit dieser Altersgruppen signifikant verbessern.

Methodik/Begriffserklärung

Die Prophylaxeimpulse der ZÄD orientieren sich am Organisationskonzept und variieren je nach Bedarfsgruppe, Altersgruppe und bezirklichen Gegebenheiten (z.B. altersentsprechende Gesprächsrunden zu zahnmedizinischen Themen bzw. Ernährung, Zahnputzübung, Anfärben von Zahnbelägen, Fluoridierungsmaßnahmen, Kennenlernen des zahnärztlichen Behandlungstuhles, Video- oder Filmvorführung zu zahnmedizinischen Themen).

Die Berechnung auf die gemeldeten Kitakinder und gemeldeten Schüler bzw. Schülerinnen bezieht sich auf Daten aus der Schulstatistik und der Kitakinder der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):

<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

[Tabelle 2.1:](#) Gruppenprophylaxe durch die Zahnärztlichen Dienste - Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken und Einrichtungen

[Tabelle 2.2:](#) Anzahl der Kinder nach Häufigkeit der Prophylaxekontakte durch die Zahnärztlichen Dienste und die LAG - Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken und Einrichtungen

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

Z 2.2 Fluoridierungen

Z 2.2

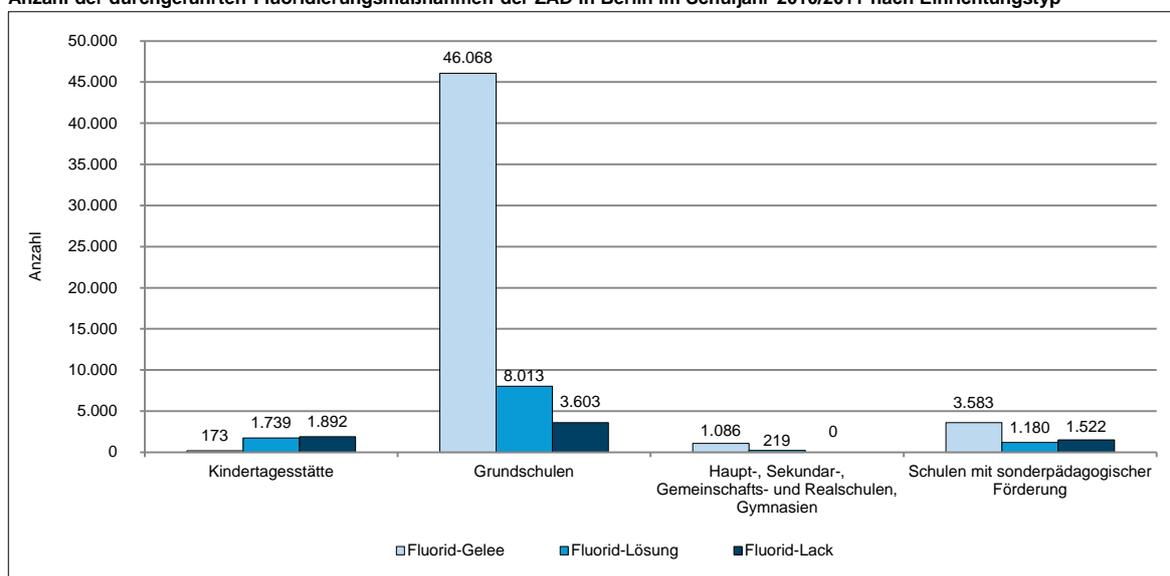
Kurzbeschreibung

Im Schuljahr 2010/2011 erfolgten insgesamt 69.078 Fluoridierungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen in Berlin durch den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD).

Hauptsächlich wurde in Berlin gemäß dem Organisationskonzept der LAG Fluorid-Gelee verwendet. Der Schwerpunkt der Fluoridierungsmaßnahmen liegt auf den Grund- und Sonderschulen. Grundschulen der Bedarfsgruppe 4 mit dem höchsten Bedarf an Prophylaxemaßnahmen und die Sonderschulen sollten von Fluoridierungsmaßnahmen profitieren.

In den Grundschulen wurde 46.068-mal Fluoridgelee eingebürstet, 8.013-mal Fluoridlösung und 3.603-mal wurden Zähne mit Fluorid-Lack behandelt.

Abbildung 1:
Anzahl der durchgeführten Fluoridierungsmaßnahmen der ZÄD in Berlin im Schuljahr 2010/2011 nach Einrichtungstyp



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheiten

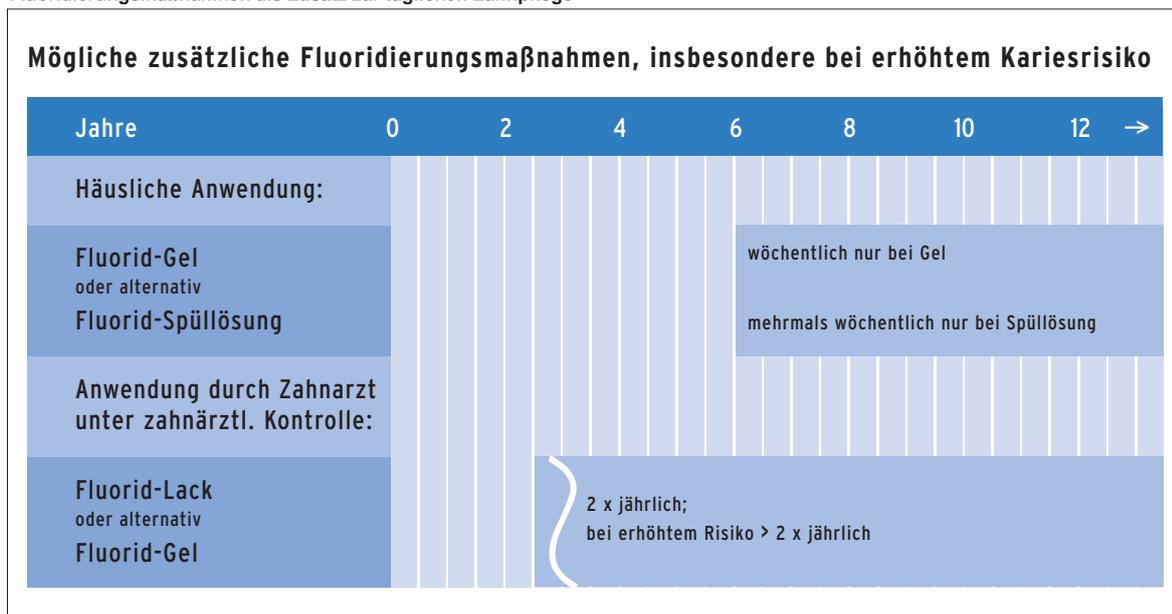
Alle Schulen mit sonderpädagogischer Förderung sind im Fluoridierungskonzept enthalten, dennoch wurden im Berichtszeitraum dort mangels fehlender Einverständniserklärung der Eltern nur 6.285 Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt, d. h. bei 74 % der insgesamt 8.479 Untersuchten. Möglicherweise werden diese nicht fluoridierten Kinder durch eine Maßnahme der LAG erreicht, was derzeit auf Grund der nicht Kind bezogenen Auswertung nicht überprüft werden kann (vgl. auch Indikator Z 2.3).

Erfolg versprechende Fluoridierungsmaßnahmen im Kindergartenbereich müssen noch vermehrt etabliert werden: In dieser Altersgruppe sollte neben dem täglichen Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta an zusätzlichen Konzepten mit Fluoridlack entsprechend den Empfehlungen der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte gearbeitet werden. Bei Fluoridlack ist eine 2 x jährliche Anwendung als Kariesprophylaxe ausreichend.

Methodik/Begriffserklärung

Fluoride sollen kontinuierlich und regelmäßig angewandt werden, um eine gute kariesprophylaktische Wirkung zu erreichen.

Abbildung 2:
Fluoridierungsmaßnahmen als Zusatz zur täglichen Zahnpflege



(Abbildung aus: Patienteninformation „Fluoridierung“ der Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte)

Grundsätzlich sollte die tägliche Zahnpflege mit einer fluoridhaltigen Zahncreme erfolgen. Patienten mit einem erhöhten Kariesrisiko benötigen zusätzlich höher dosierte Fluorid-Präventionsmaßnahmen. Höherkonzentrierter Fluoridlack kann schon bei Kitakindern aufgetragen werden. Hier bringen 2-4 - malige Applikationen pro Jahr durch den Zahnarzt bzw. die Zahnärztin deutliche Effekte. Kariesrisikokinder erfahren durch Fluorid-Gelee und -lösungen eine markante Kariesreduktion bei mehrfacher Anwendung pro Jahr. Empfohlen wird für Fluorid-Gelee die einmal wöchentliche Einbürstung im häuslichen Bereich. Mundspüllösungen sind primär nicht für den Einsatz in der Gruppenprophylaxe geeignet.

Die Einteilung der Einrichtungen (Kindertageseinrichtungen sowie Schulen) erfolgt nach dem Organisationskonzept der LAG (Festlegung der Aktivitäten zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe) in die Bedarfsgruppen 1 bis 4. Das Konzept berücksichtigt sowohl die zahnärztlichen Untersuchungsergebnisse der Vorjahre als auch die Sozialstruktur. In Bedarfsgruppe 1 befinden sich danach Einrichtungen mit durchschnittlichen geringen Kariesaufkommen, welche in Mehrjahresintervallen vom ZÄD untersucht werden und einmal jährlich einen Prophylaxeimpuls erhalten. Bedarfsgruppe 4 enthält Einrichtungen mit hohem Kariesaufkommen, in denen jährlich eine Vorsorgeuntersuchung (ZÄD) erfolgt sowie drei Prophylaxeimpulse (ZÄD und LAG) durchgeführt werden.

Die Erstfluoridierung wird in jedem Falle von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Zahnärztlichen Dienste durchgeführt, während die Folgefluoridierungen von den Mitarbeiterinnen der LAG vorgenommen werden (unter Z 2.3 enthalten).

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabelle zum Indikator:

[Tabelle 2.3:](#) Fluoridierungsmaßnahmen (Anzahl der Maßnahmen) der Zahnärztlichen Dienste im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken und Einrichtungen

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

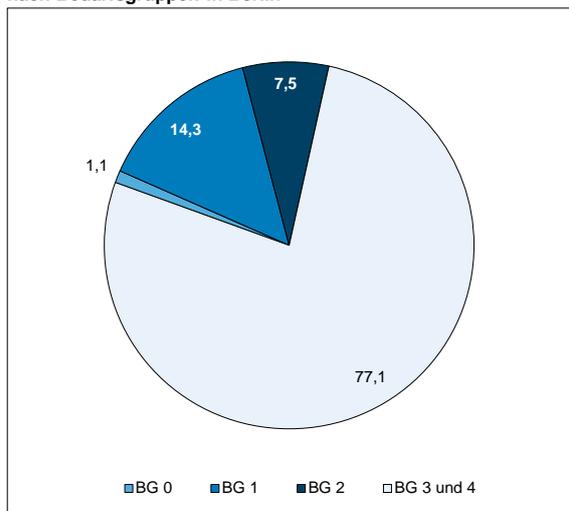
Z 2.3 Prophylaxemaßnahmen (LAG)

Z 2.3

Kurzbeschreibung

Gruppenprophylaxefachkräfte der LAG Berlin übernehmen in Tageseinrichtungen, Kindertagespflegestellen und Schulen die Durchführung von pädagogischen Prophylaxeimpulsen, sowie in Absprache mit den zahnärztlichen Diensten auch Fluoridierungsmaßnahmen. Die Verteilung der Ressourcen erfolgt nach einem bedarfsorientierten Konzept: Wo viel Karies anzutreffen ist, wird mehr an Prophylaxeleistungen erbracht, als dort, wo der Mundgesundheitsstatus besser ist.

Abbildung 1:
Bedarfsorientierte Verteilung der pädagogischen Gruppenprophylaxeimpulse der LAG im Schuljahr 2010/2011 nach Bedarfgruppen in Berlin



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: LAG Berlin)

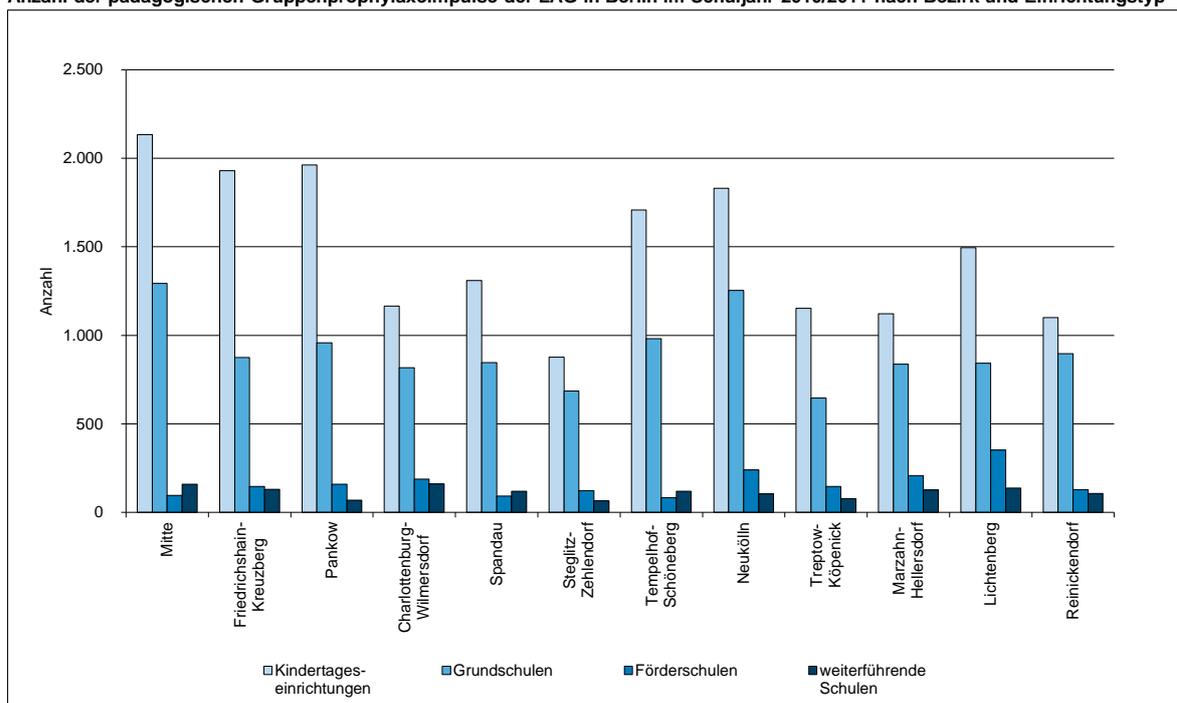
Insgesamt erfolgten 32.070 Prophylaxeimpulse durch die LAG, welche zu 77 % in Einrichtungen der Bedarfgruppe (BG) 3 und 4 (siehe Methodik) mit dem höchsten Prophylaxebedarf stattfanden. Dabei wurden ca. 20.000 Kitagruppen und Schulklassen in 3.100 Einrichtungen mit bis zu 3 Besuchen betreut.

Besonderheiten

Die Prophylaxemaßnahmen der LAG incl. der Fluoridierungsmaßnahmen werden nach Anzahl der Impulse – also der pro Gruppe erbrachten Leistungen – ausgewertet.

Die pädagogische Gruppenprophylaxe erfolgt incl. Fluoridierung mit Gelee in der Bedarfgruppe 3 und 4. Eine Kind bezogene Fluoridierung kann derzeit gesondert noch nicht erfolgen.

Abbildung 2:
Anzahl der pädagogischen Gruppenprophylaxeimpulse der LAG in Berlin im Schuljahr 2010/2011 nach Bezirk und Einrichtungstyp



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: LAG Berlin)

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

[Tabelle 2.1:](#) Gruppenprophylaxe durch die Zahnärztlichen Dienste - Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken und Einrichtungen

[Tabelle 2.2:](#) Anzahl der Kinder nach Häufigkeit der Prophylaxekontakte durch die Zahnärztlichen Dienste und die LAG - Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken und Einrichtungen

Methodik/Begriffserklärung

Die Einteilung der Einrichtungen (Kindertageseinrichtungen sowie Schulen) erfolgt nach dem Organisationskonzept der LAG (Festlegung der Aktivitäten zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe) in die Bedarfsgruppen 1 bis 4. Das Konzept berücksichtigt sowohl die zahnärztlichen Untersuchungsergebnisse der Vorjahre als auch die Sozialstruktur. In Bedarfsgruppe 1 befinden sich danach Einrichtungen mit durchschnittlichen geringen Kariesaufkommen, welche in Mehrjahresintervallen vom ZÄD untersucht werden und einmal jährlich einen Prophylaxeimpuls erhalten. Bedarfsgruppe 4 enthält Einrichtungen mit hohem Kariesaufkommen, in denen jährlich eine Vorsorgeuntersuchung (ZÄD) erfolgt sowie drei Prophylaxeimpulse (ZÄD und LAG) durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Struktur und weiterer Einzelheiten der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Berlin wird auf den Spezialbericht „Mundgesundheit der Berliner Kinder“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz aus dem Schuljahr 2009/2010 verwiesen.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der LAG über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

Z 3 Kinderschutz (ZÄD)

Z 3

Kurzbeschreibung

Bei den zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen werden auch die Kriterien

- unzureichende Zahnpflege,
- unterlassen notwendiger zahnmedizinischer Behandlungen sowie
- unzureichender Schutz vor Risiken und Gefahren

berücksichtigt, um mögliche Verdachtsmomente einer Vernachlässigung frühzeitig zu erkennen. Eltern werden nach jeder Vorsorgeuntersuchung schriftlich über das Untersuchungsergebnis informiert und erhalten Handlungsempfehlungen, die den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde entsprechen.

Bei dem begründeten Verdacht der Vernachlässigung notwendiger zahnmedizinischer Maßnahmen wird zuallererst der Elternkontakt gesucht, um sich ein Bild von der familiären Lage, möglichen Ursachen des gesundheitlichen Zustandes und passenden Beratungsangeboten zu machen. Damit wird ein erster Grundstein gelegt, befundauffällige Kinder und Jugendliche während der Vorsorgeuntersuchungen nicht nur zu erfassen, sondern im Nachgang gezielt Maßnahmen einleiten zu können, die den Erfordernissen des Berliner Kinderschutzgesetzes Rechnung tragen. Der erste Elternkontakt wird telefonisch oder mittels Einladung in den Zahnärztlichen Diensten (ZÄD) gesucht, um in einem Beratungsgespräch konkrete Hilfen für das Kind absprechen zu können. Nutzen Eltern diese Möglichkeit mehrfach nicht und handelt es sich beim Befund um Folgen langfristiger Vernachlässigung notwendiger Maßnahmen, muss gegebenenfalls Kontakt zu einem bezirklichen Kinderschutzkoordinator gesucht werden, um Hilfe für das Kind zu erhalten. Danach finden sich verschiedenste Möglichkeiten, je nachdem, ob Familien schon vom Amt betreut werden, ob Helfer eingesetzt werden oder einfach nur eine passende Praxis gefunden werden muss.

Langfristiges Ziel ist die Erstellung eines befundorientierten Maßnahmenkataloges als Handlungsleitfaden für die einzelnen Dienste und Ämter.

Besonderheiten

Im Schuljahr 2010/2011 erfolgt erstmalig eine Auswertung zur Beratungstätigkeit im Sinne des Kinderschutzgedankens. Insgesamt wurden in Berlin 1.289 Kinder und deren Eltern von den ZÄD im Schuljahr 2010/2011 intensiver beraten bzw. betreut, da Unterlassungen notwendiger Behandlungsmaßnahmen in größerem Umfang diagnostiziert wurden.

Nach den Kriterien für ein intensiveres Controlling wird dann jeweils eine Einzelfallentscheidung bezüglich weiterer Hilfe getroffen. Kriterien zur einheitlichen Erfassung in allen Bezirken werden derzeit erarbeitet.

Methodik/Begriffserklärung

Orientierend an den Indikatoren für eine Zuordnung zum Betreuungscontrolling im Land Brandenburg haben sich die ZÄD auf berlineinheitliche, befundorientierte Kriterien zu Verdachtsfällen einer dentalen Vernachlässigung verständigt. Im Verdachtsfall wird dann nach einem ersten Ablaufplan verfahren. Die nach der Vorsorgeuntersuchung zu kontrollierenden C-Fälle (C=Controlling) werden im Befundteil der Dokumentationssoftware markiert. Damit ist eine befundgebundene statistische Auswertung möglich.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“.

Z 4 Öffentlichkeitsarbeit (ZÄD + LAG)

Z 4

Kurzbeschreibung

Ein nicht zu vernachlässigender Teil der prophylaktischen Arbeit sind Aktionen mit großer Wirkung für die Öffentlichkeit. Darunter zählen die Teilnahme an Kita-, Schul- und Straßenfesten, sowie Vorträge mit epidemiologisch aufbereiteten Daten z.B. auf Gesundheitskonferenzen. Derartige Veranstaltungen sind sehr gut dazu geeignet, das Bewusstsein der Bevölkerung für die Wichtigkeit der Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern.

Auch die Beratungen von Eltern, Sorgeberechtigten, Bürgern und weiteren Multiplikatoren sowie die Schulung von Stadtteil- bzw. Kiezmüttern ist ein wichtiger Punkt in der Öffentlichkeitsarbeit. Dabei wurden in Berlin ca. 1.600 Kinder und ca. 500 Multiplikatoren von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) erreicht.

Insgesamt wurden im Schuljahr 2010/2011 89 Veranstaltungen gemeinsam von der LAG und den ZÄD durchgeführt. Dabei wurden ca. 16.600 Kinder und Jugendliche sowie ca. 8.300 Multiplikatoren erreicht.

Von den Veranstaltungen, die die LAG mit den jeweils zuständigen bezirklichen Zahnärztlichen Diensten durchgeführt hat, seien exemplarisch – hinsichtlich der großen Menge der dabei erreichten Kinder, Jugendlichen und Multiplikatoren - die folgenden Veranstaltungen erwähnt:

- Tag der offenen Tür im Bundesgesundheitsministerium (Infostand und Kroko-Aktion),
- Weltkindertag Potsdamer Platz (Kariestunnel, Putzbrunnen, Glücksrad, Beratung etc.),
- „YOU“-Jugendmesse auf dem ehemaligen Flughafen Tempelhof und
- 23. NISAN Riesen-Kinderfest am Brandenburger Tor (Kariestunnel, Putzbrunnen etc.).

Besonderheiten

Angesichts der nach wie vor präsenten frühkindlichen Karies ist es wichtig, insbesondere Eltern von Kleinkindern in die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe einzubeziehen (vgl. Indikatoren Z 2.1, Z 2.2, Z 2.3).

Ein Erreichen von Eltern ist einerseits möglich in der sogenannten „Abholsituation“, das heißt in den Nachmittagsstunden, wenn die Eltern ihre Kinder aus der Tageseinrichtung abholen, denn Eltern, die zu den Problemgruppen gehören, erscheinen üblicherweise nicht zu den Elternabenden. In der Abholsituation ist es einfacher diese Eltern anzusprechen und das Thema Mundgesundheit – gemeinsam mit den Kindern – zu thematisieren.

Für Familien, deren Kinder nicht in Tageseinrichtungen betreut werden, sind speziellere Beratungsmöglichkeiten bis hin zu Angeboten der aufsuchenden Betreuung notwendig. Die Verschiedenheit der bezirklichen Gegebenheiten lässt hier Entwicklungen von Angebotsformen unterschiedlichster Art zu, über die zukünftig unter diesem Indikator berichtet wird.

Die anonymisierte Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen in Gesprächen mit Schul- bzw. Kitaleitungen zeigt ebenfalls Notwendigkeiten zu Veränderungen auf und trägt zu einer guten Zusammenarbeit und Entwicklung von Projekten bei. Gesunde Schule beinhaltet danach unter Umständen nicht nur eine positive Veränderung im Pausen und Freizeitbereich. Das gemeinsame tägliche Zähneputzen in der Schule ist hierbei ein noch deutlich zu fördernder Punkt zur Verbesserung der Zahngesundheit.

Abruf der Tabellen

Aufrufen der Startseite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems (GSI):
<http://www.gsi-berlin.info>.

Abruf sämtlicher Auswertungen des Mundgesundheitsberichtes 2010/2011:

Auf der GSI-Startseite links in der Navigation auf „erweiterte Suche“ klicken.

In der sich öffnenden Suchmaske folgende Festlegungen treffen:

Kontext: Mundgesundheit der Berliner Kinder 2010/2011

Die übrigen Auswahlfelder frei lassen.

Als Suchergebnis werden alle Tabellen zum Mundgesundheitsbericht 2010/2011 angezeigt.

Tabellen zum Indikator:

[Tabelle 4.1:](#) Anzahl der durchgeführten Gruppengespräche mit Eltern (z.B. Elternabend, Elternnachmittag) und der dabei erreichten Teilnehmer nach Einrichtungsart im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

[Tabelle 4.2:](#) Prophylaxeinformationen für werdende Mütter bzw. Mütter/Väter von Kleinkindern im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

[Tabelle 4.3:](#) Sonstige Einzelberatungen und Gutachten im Schuljahr 2010/2011 in Berlin - nach Bezirken

Methodik/Begriffserklärung

Im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Arbeit mit Öffentlichkeitswirkung der Zahnärztlichen Dienste und der LAG von besonderer Bedeutung. Hierbei werden viele Multiplikatoren erreicht, die im Rahmen der Untersuchungs- und Prophylaxetätigkeit der Zahnärztlichen Dienste nicht immer erreicht werden können.

Datenquelle

Auswertungen (Reports) der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Bezirke über das Modul für den Jugendzahnärztlichen Dienst des Programmsystems „Octoware“ sowie Auflistungen der einzelnen Aktivitäten auf einem die Reports ergänzenden Erhebungsbogen.

Auflistung der gemeinsam von LAG und ZÄD durchgeführten Veranstaltungen.

Z 5 Leistungen der niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen (KZV)

Z 5

Kurzbeschreibung

Insgesamt wurden im Schuljahr 2010/2011 1.079.397 Maßnahmen in den Zahnarztpraxen, die an der Versorgung im Rahmen der GKV teilnehmen, abgerechnet. Die Frühuntersuchung erscheint hier unterrepräsentiert, was aber den Abrechnungsbestimmungen geschuldet ist. Da sie nur im Alter von 30 bis 72 Monaten abrechnungsfähig ist, bildet sie zusammen mit den ca. 200.000 eingehenden Untersuchungen die Basis für die erfolgreiche Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Den größten Anteil in der Prophylaxetätigkeit der niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen nimmt die Versiegelung der bleibenden Backenzähne (Molaren) ein. Aber auch die Erhebung des Mundhygienestatus, die Mundgesundheitsaufklärung sowie die Fluoridierung nehmen einen sehr großen Anteil an der Prophylaxetätigkeit ein.

Tabelle 1:
Abrechnungsdaten zu Prophylaxetätigkeiten der niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen bei Kindern bis 18 Jahre für das Schuljahr 2010/2011 in Berlin

Leistung	2010		2011		Gesamt
	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal	2. Quartal	
Erhebung des Mundhygienestatus (IP1)	58.874	68.816	64.513	62.478	254.681
Mundgesundheitsaufklärung (IP2)	58.387	67.881	63.831	61.829	251.928
Lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung (IP4)	60.508	71.550	66.538	63.842	262.438
Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (IP5)	60.606	75.117	70.885	72.460	279.068
Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat (FU)	7.399	7.875	8.125	7.883	31.282
Insgesamt	245.774	291.239	273.892	268.492	1.079.397

(Datenquelle: KZV Berlin / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Methodik/Begriffserklärung

Für die Darstellung der Mundgesundheit aller Berliner Kinder muss die Tätigkeit der niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen einbezogen werden. Hierfür liegen quartalsweise Abrechnungsdaten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin (KZV) vor.

Datenquelle

Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin (KZV); Abrechnungsdaten zur Prophylaxetätigkeit (Aufklärung zur Mundgesundheit, Fluoridierung, Früherkennungsuntersuchungen, Versiegelung) der niedergelassenen Zahnärzteschaft.

