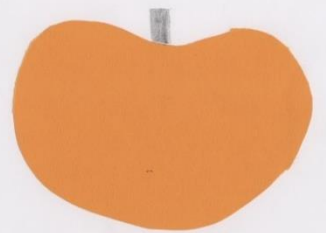


Gesundheit



**Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung
zur Mundgesundheit des Schuljahres 2015/2016**

Einleitung

Wie wichtig gesunde Zähne für Sprachentwicklung, Kommunikation, Ästhetik und vor allem die Ernährung sind, darüber besteht kein Zweifel. Zähne und auch das sie umgebende Gewebe gesund zu erhalten, den Zahndurchbruch, das Wachstum sowie den Zahnwechsel zu beobachten und auf Erkrankungsanzeichen rechtzeitig zu reagieren, ist für die Gesundheit der Kinder wichtig. Daher werden schuljährlich auf Grundlage der Brandenburgischen Kita-, Schul- und Gesundheitsdienstgesetzgebung zahnärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach standardisierten Kriterien sowie zur Erhebung von Angaben für die Gesundheitsberichterstattung durchgeführt. Die Eltern werden anschließend über Behandlungsnotwendigkeiten ihrer Kinder informiert.

Kinder und Jugendliche werden unabhängig von ihrer Lebenssituation erreicht, sodass diese Untersuchungen auch eine sozialkompensatorische Funktion haben. Unter dem Aspekt des Kinderschutzes haben sie einen weiteren wichtigen Stellenwert, denn bei auffälligen zahnmedizinischen Befunden wird im Rahmen des Betreuungscontrollings darauf hingewirkt, dass notwendige zahnärztliche Behandlungen durchgeführt werden.

Werden die Untersuchungen zusammen mit weiteren präventiven Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V wie Mundhygienetraining, Anwendung von Fluoriden und Ernährungslenkung erbracht, ist die Effektivität besonders hoch und auch die Akzeptanz bei Kindern, Eltern, Erzieherinnen/Erziehern sowie Lehrerinnen/Lehrern.

Veröffentlicht werden die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung in Gesundheitsberichten, auf der Gesundheitsplattform¹ des Landes Brandenburg und im Datenmonitor² des „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“. Ein abgestimmtes Arbeiten regelt der „Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter zur standardisierten Durchführung und Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen und Umsetzung präventiver Betreuungsprogramme“.

Bundesweit wurden die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Gesundheitsämter für die Untersuchungen im Schuljahr 2015/2016 speziell fortgebildet (kalibriert), da die Untersuchungsergebnisse festgelegter Altersgruppen dieses Schuljahres in die Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) eingeflossen sind.

1. Untersuchte Kinder und Jugendliche

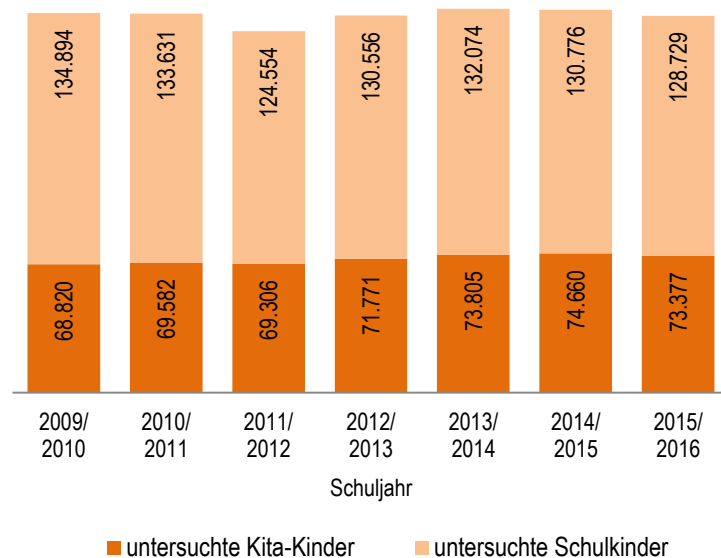
Im Land Brandenburg haben die Teams der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Schuljahr 2015/2016 202.106 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren zahnärztlich untersucht. Die Anzahl der untersuchten Kinder in Kindertagesstätten ist im Vergleich zum Beginn des Betrachtungszeitraumes, dem Schuljahr 2009/2010, gestiegen und spiegelt die Entwicklung der wachsenden Kinderzahl in diesen Altersgruppen wider. Die Anzahl der untersuchten Schülerinnen und Schüler ist leicht rückläufig (Abbildung 1).

¹ www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

² http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/fileadmin/redaktion/dokumente/datenmonitor/BGA-Datenmonitor_Stand_14_04_2016.pdf

Abbildung 1

Anzahl zahnärztlich untersuchter Kinder nach Kita-/ Schulbesuch



Auf der Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg werden ausgewählte Mundgesundheitsangaben der 3-, 5-, 6- und 12-Jährigen im 10-Jahrestrend und im Kreisvergleich des jeweils letzten Schuljahres beschrieben, so dass Aussagen zur Mundgesundheit zu Beginn und zum Ende der Kita- bzw. der Grundschulzeit verfügbar sind. In dieser Fachexpertise werden diese Schwerpunktaltersgruppen betrachtet.

2. Brandenburger Mundgesundheitsziele 2020

Unabhängig von ihrer sozialen Herkunft haben Kinder und Jugendliche gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten.

So lautet gemäß Beschluss des 3. Plenums des „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ aus dem Jahr 2010 das globale Mundgesundheitsziel für das Land Brandenburg, das bis zum Jahr 2020 erreicht werden soll. Unter setzt wird diese Zielstellung für die 3- und 5-Jährigen mit Aussagen zum Gebisszustand, für die 12-Jährigen mit Aussagen zum DMF-T-Index³ sowie zum SiC⁴ und für die 15-Jährigen mit dem DMF-T-Index.

³ Der DMF-T-Index ist ein von der WHO empfohlener Indikator und wird definiert als die Summe aus kariösen (D für decayed), fehlenden (M für missing) und gefüllten (F für filled) bleibenden Zähnen (T für Teeth) pro Person. Bei einem kariessfreien Gebiss ist der durchschnittliche DMF-T gleich 0.

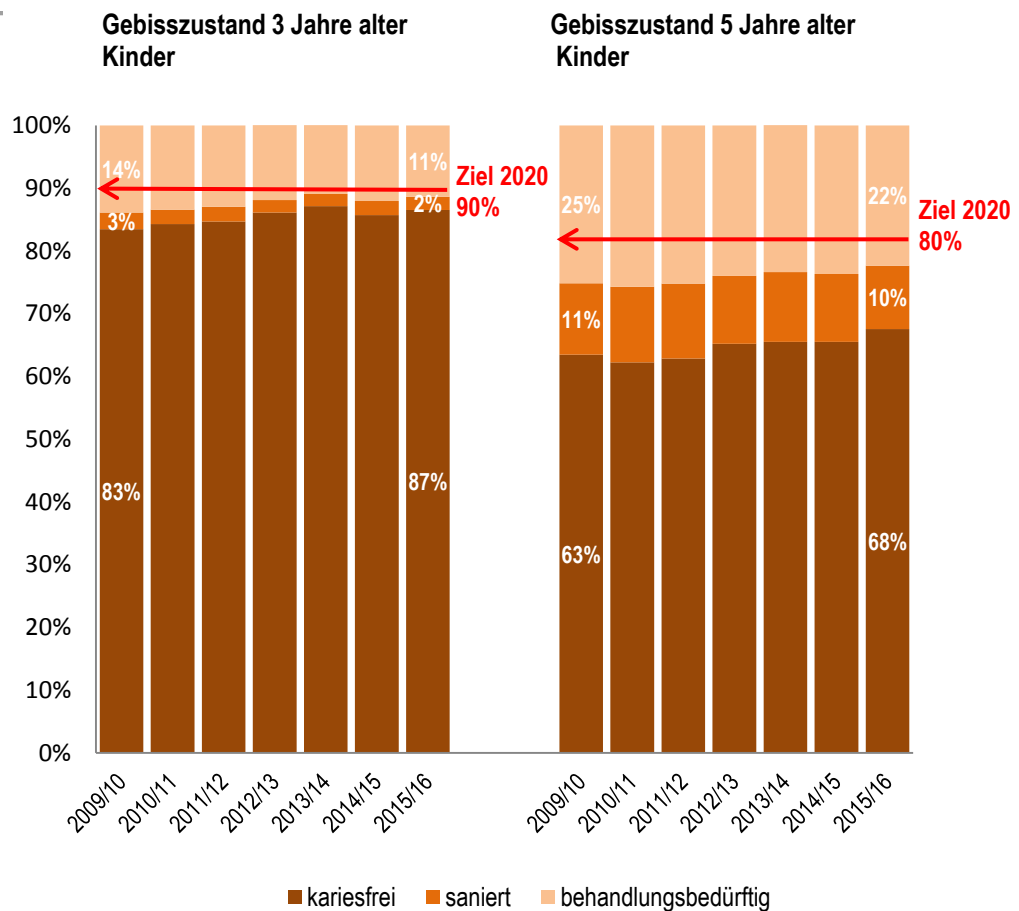
⁴ Der Significant Caries Index (SiC) nach Bratthal ist eine Maßzahl, die den Mittelwert in dem Drittel der Population mit den höchsten DMF-T-Werten bestimmt. Da sich der Kariesbefall nicht gleichmäßig über die Bevölkerung verteilt, ist der SiC eine Ergänzung zum DMF-T.

Teilziel 1:

90% der 3 und 80% der 5 Jahre alten Kinder haben kariesfreie Milchzähne. Das Auftreten der frühkindlichen Karies wird vermieden. Milchzahnkaries wird rechtzeitig erkannt und behandelt.

Im Schuljahr 2015/2016 konnten bei 87% der dreijährigen Kinder kariesfreie Gebisse registriert werden. Bei den fünfjährigen Kindern wurde ein Wert von 68% erreicht. Deutlich wird aus Abbildung 2, dass es in den zurückliegenden 6 Jahren in beiden Altersgruppen eine Verbesserung um 4 bzw. 5 Prozentpunkte gab. Der Anteil der Kinder mit sanierten Gebissen ist in diesen Altersgruppen um einen Prozentpunkt und der Behandlungsbedarf um 3 Prozentpunkte gesunken. Die erreichte Verbesserung der Mundgesundheit resultiert somit aus der Zunahme naturgesunder kariesfreier Gebisse.

Abbildung 2



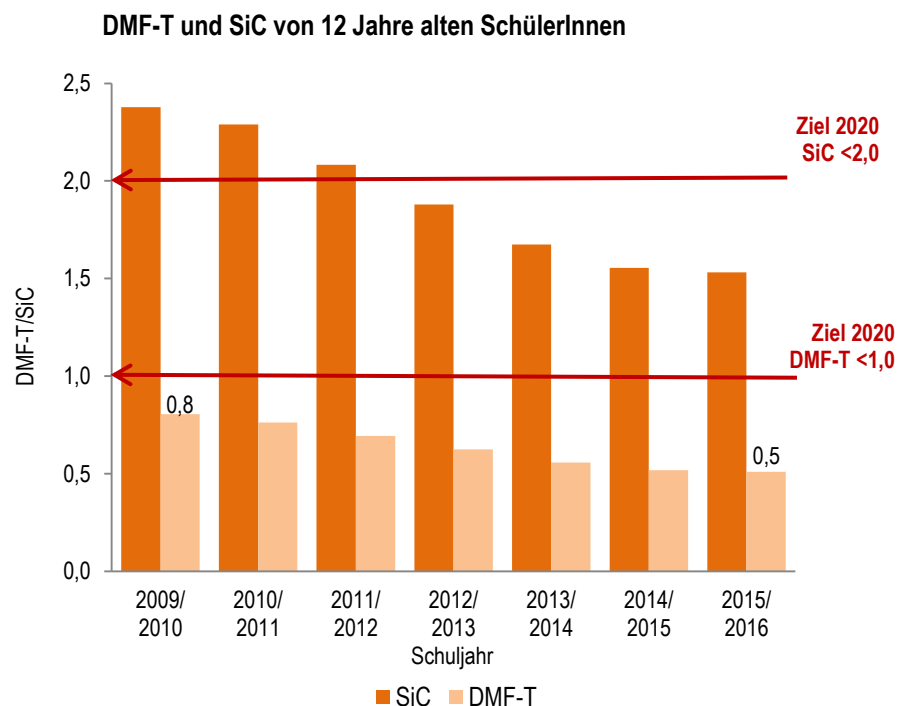
Milchzahnkaries ist nach wie vor ein gesundheitliches Problem kleiner Kinder und betrifft im Alter von 1 bis 6 Jahren aktuell etwa 18.312 Kinder.

Teilziel 2:

Reduzierung des DMF-T-Index auf einen Wert unter 1 und Verringerung des SiC-Wertes auf 2,0 bei 12 Jahre alten SchülerInnen.

Die Zielstellungen für beide Indizes sind erreicht, wie aus der Abbildung 3 hervorgeht. Etwa drei Viertel der Schülerinnen und Schüler beendeten im Schuljahr 2015/2016 die Grundschulzeit mit kariesfreien Gebissen. Vor 6 Jahren lag dieser Wert noch bei 65%. Gleichzeitig ist der Behandlungsbedarf gesunken, lediglich 7% der Schülerinnen und Schüler weisen derzeit unversorgte kariöse Zähne auf, ein Wert der 2009/2010 bei 9% lag. Die Kinder mit dem höchsten Kariesbefall profitieren ebenfalls vom Trend des Kariesrückgangs wie die SiC-Angaben zeigen. Er ist von 2,4 auf 1,5 gesunken.

Abbildung 3

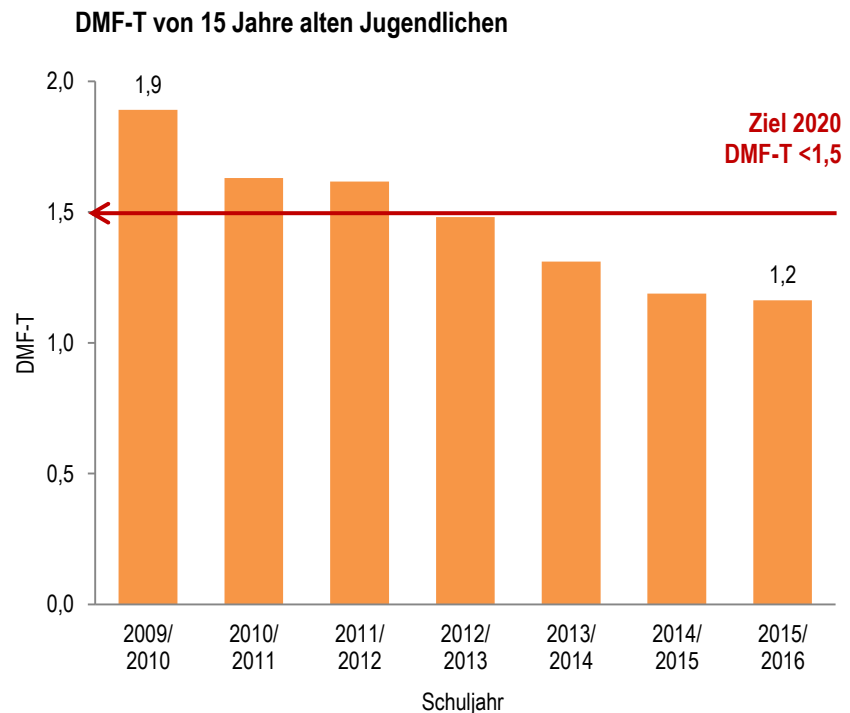


Teilziel 3:

Reduzierung des DMF-T-Index bei 15 Jahre alten Jugendlichen auf einen Wert unter 1,5.

Ein Gesundheitsgewinn ist auch bei den Jugendlichen zu verzeichnen. Hatten sie vor 6 Jahren noch durchschnittlich fast 2 Zähne mit Karieserfahrung, liegt dieser Wert aktuell etwas über 1. Mit kariesfreien Gebissen konnten 60% der Jugendlichen ihre Regelschulzeit beenden und 9% hatten unversorgte kariöse Zähne. Die Ausgangswerte 2009/2010 lagen bei 45% und bei 13%.

Abbildung 4



Ein rückläufiger Trend des DMF-T-Index und damit eine Verbesserung der Mundgesundheit kann für alle Jugendlichen verzeichnet werden. Auch in dieser Altersgruppe sind sozial bedingte Unterschiede des DMF-T-Index zwischen den Schulformen feststellbar.

Ein weiterer sozial bedingter Unterschied wird bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, wie zum Beispiel den kieferorthopädischen Behandlungen, deutlich. Der Anteil der Schüler und Schülerinnen, die in kieferorthopädischer Behandlung sind, ist bei den Gymnasiasten am höchsten. Etwa 3 von 4 Schülern und Schülerinnen in Gymnasien mit kieferorthopädischen Anomalien sind in Behandlung, bei Förderschülern ist es nur jeder Zweite.

3. Regionale Unterschiede

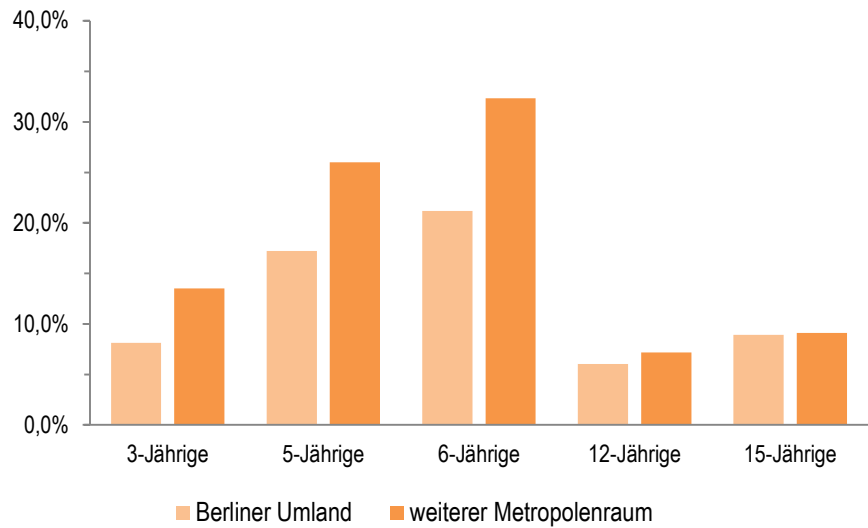
In allen Altersgruppen gibt es regionale Unterschiede in der Mundgesundheit. Betrachtet werden Gesundheitsindikatoren im Land Brandenburg einheitlich nach dem Berliner Umland und dem weiteren Metropolitanraum. Zum Berliner Umland zählen 50 Gemeinden des Landes Brandenburgs, die den „stark mit der Metropole Berlin verflochteten Raum [...]“ beschreiben⁵. Alle anderen Regionen bilden den weiteren Metropolitanraum.

Die Unterschiede zeigen sich u.a. beim Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss. Bei dreijährigen Kindern reicht die Spanne von 76% bis 91%. Kinder und Jugendliche im weiteren Metropolitanraum haben in allen Altersgruppen einen geringeren Anteil kariesfreier Gebisse als Gleichaltrige im Berliner Umland. Diese Unterschiede gehen bis zum 6. Lebensjahr mit einem erhöhten Anteil von Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen einher (Abbildung 5). Bei den 12- und 15-Jährigen ist sowohl der Anteil als auch der Unterschied deutlich geringer.

⁵ www.berlin-brandenburg.de; www.statistik-berlin-brandenburg.de

Abbildung 5

Regionale Verteilung des Anteils von Kindern und Jugendlichen ausgewählter Altersgruppen mit behandlungsbedürftigen Gebissen im Schuljahr 2015/2016



Diese Differenzen sind ein Hinweis auf soziodemografische Unterschiede⁶, auf Versorgungsunterschiede im präventiven und therapeutischen Bereich sowie auf unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems.

4. Geschlechtsunterschiede

Es gibt Unterschiede in der Mundgesundheit von Mädchen und Jungen: Bis zu einem Alter von 9 Jahren haben mehr Mädchen als Jungen ein kariesfreies Gebiss, danach haben Jungen häufiger gesunde Zähne. Mädchen weisen einen höheren Sanierungsgrad auf und Jungen haben in allen Altersjahren häufiger behandlungsbedürftige Zähne.

Auch beim Kariesindex kann die Umkehrung der Rangfolge der Geschlechter mit dem Zahnwechsel beobachtet werden: Der dmf-t für das Milchgebiss ist bei den Mädchen in allen Altersgruppen besser als der der Jungen. Beim DMF-T des bleibenden Gebisses weisen die Jungen bessere Ergebnisse auf.

5. Individuelle präventive Betreuung in Zahnarztpraxen

Gesunde Zähne sind besonders wichtig für die Sprachentwicklung, Kommunikation, Ästhetik und vor allem die Ernährung. Der Weg dorthin führt über das Erlernen, selbst Verantwortung für die Gesundheit zu übernehmen. Tägliche Zahnpflege, Anwendung von Fluoriden, gesunde kauintensive Ernährung und der regelmäßige Zahnarztbesuch gehören zu den Eckpfeilern einer wirksamen Kariesvorbeugung. Der Gesetzgeber hat insbesondere für Kinder und Jugendliche individuelle und gruppenorientierte präventive Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen festgelegt, die seit 1989 im Sozialgesetzbuch Fünf verankert sind und in Folgejahren aktualisiert wurden.

⁶ Deichsel, M. et al. (2012): Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg. In: Bundesgesundheitsblatt. Vol. 55. No. 11, pp. 1504- 1511.

Für Kleinkinder werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres gem. 26 SGB V Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten durchgeführt. Hierzu gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung bzw. Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung.

Auf die Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) gem. § 22 SGB V haben Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren einen Anspruch. Sie umfassen halbjährlich zahnärztliche Untersuchungen und Beratungen sowie Fluoridanwendungen und die Versiegelungen bleibender Backenzähne (Molaren). Als Privatleistung bieten die Zahnarztpraxen auch die Versiegelung der kleinen Backenzähne (Prämolaren) an.

Die Versiegelungen der Zähne werden bei den Untersuchungen durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Gesundheitsämter dokumentiert und die Auswertungen zeigen folgende Ergebnisse:

Im Alter von 7 Jahren hat ein Drittel aller Schüler versiegelte Zähne, Mädchen etwas häufiger als Jungen (35,9% vs. 32,1%). Bei 12 Jahre alten Schülerinnen und Schülern beträgt die Quote 64%. Mädchen haben diese Vorsorgemaßnahme in allen Altersjahrgängen häufiger in Anspruch genommen.

Die mittlere Anzahl versiegelter Zähne ist bei Mädchen insgesamt etwas höher als bei Jungen. Im Alter von 7 Jahren hat im Durchschnitt ein Drittel der Kinder 2,8 versiegelte Zähne von 4 in diesem Alter möglichen Zähnen.

12-jährige Gymnasiasten weisen deutlich häufiger als Ober- und Förderschüler versiegelte Zähne (73% vs. 67% und 56%) auf. Auch die durchschnittliche Anzahl versiegelter Zähne ist bei Gymnasiasten mit 4,5 höher als die der altersgleichen Förderschüler mit 3,5. Der Unterschied zwischen Jugendlichen mit versiegelten Zähnen aus dem Berliner Umland und denen im weiteren Metropolenraum ist mit sechs Prozentpunkten deutlich (68% vs. 62%). Mit 16 Jahren haben zwei Drittel der Jugendlichen durchschnittlich 5 versiegelte Zähne. Insgesamt wären 8 Molaren als vertragszahnärztliche Leistung und 8 Prämolaren als Privatleistung möglich.

6. Gruppenorientierte präventive Betreuung in Kindereinrichtungen

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V erreicht bis zum 12. Lebensjahr die Kinder in Kitas, Tagespflegestätten und Schulen. Darüber hinaus werden Jugendliche in Förderschulen bis zum Ende der Schulzeit betreut. Zahnärztliche Untersuchungen und Maßnahmen wie altersgerechtes Mundhygienetraining, Fluoridanwendungen, Ernährungslenkung und die Motivation zum Zahnarztbesuch werden jährlich durchgeführt und mit den Eintragungen im „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass für Vorschul- und Schulkinder“ auch für die Eltern transparent. Kinder werden zu gesundem Verhalten motiviert, das Zähneputzen in der Gruppe wird zum Erlebnis und erste Erfahrungen beim Untersuchen der eigenen Zähne können gemacht werden. Frühstücksaktionen, thematische Projekte und die Arbeit mit Eltern, Pädagogen und Partnern zeigen, dass die Gruppenprophylaxe sehr vielschichtig ist.

Den fachlichen Rahmen für die Umsetzung der Gruppenprophylaxe bilden das „Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg“ unter Berücksichtigung der Festlegungen im Gesundheitsdienst-, Kita- und Schulgesetz sowie der „Leitfaden zur standardisierten Durchführung und Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen und Umsetzung präventiver Betreuungsprogramme“.

Dokumentation und Erfolgskontrolle der Gruppenprophylaxe sind Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung der Zahnärztlichen Dienste, die jährlich in Zusammenarbeit mit dem Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) und dem Gesundheitsministerium erfolgt. Grundlagen für die Maßnahmendokumentation sind landeseinheitliche Festlegungen und die Vorgaben der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ).

Im Schuljahr 2015/2016 wurden 90% der Kindertagesstätten, 86% der Grundschulen und 93% der Förderschulen betreut. 163.246 Kinder im Alter von 2 bis 12 Jahren wurden mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen erreicht. Der Betreuungsgrad lag bei 80% und wie in den Vorjahren ist es gelungen, die geforderte Flächendeckung umzusetzen. Auch 9.359 Kinder unter 2 Jahren und 3.693 Jugendliche in Förderschulen wurden in die Betreuung einbezogen. An Veranstaltungen der Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit nahmen 2.549 Multiplikatoren und 14.878 Kinder und Jugendliche teil.

Als Erfolgskontrolle werden Mundgesundheitsangaben für die 3-, 5-, 6- und 12-Jährigen im 10-Jahrestrend auf der Internetseite www.gesundheitsplattform.brandenburg.de und für die Brandenburger Mundgesundheitsziele unter www.buendnis-gesund-aufwachsen.de veröffentlicht.

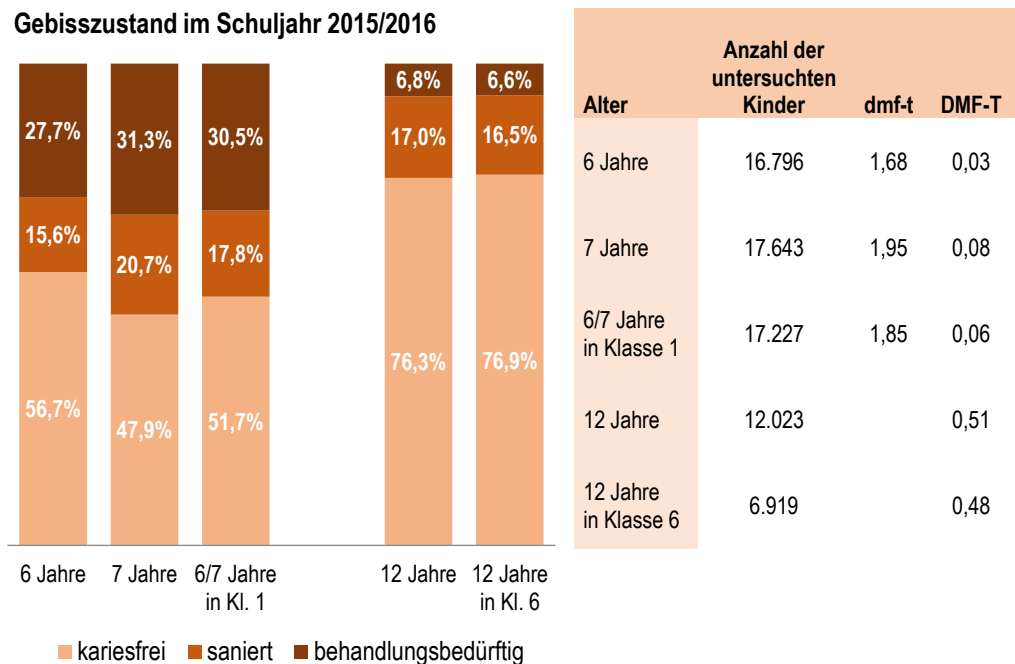
Im Auftrag der DAJ werden seit 1995 in allen Bundesländern in mehrjährigen Abständen Epidemiologische Begleituntersuchungen zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe (DAJ-Studien) durchgeführt. Die aktuelle DAJ-Studie erfolgte im Schuljahr 2015/2016. Aus dem Land Brandenburg wurden für die von der DAJ festgelegten Altersgruppen der 3-Jährigen, der 6- bis 7-jährigen Erstklässler und der 12-jährigen Sechstklässler Angaben aus der Gesundheitsberichterstattung ausgewertet und zur Verfügung gestellt.

Die Ergebnisse für die 3-Jährigen sind im Kapitel 2 dargestellt. Es ist die jüngste Altersgruppe im Gesundheitszieleprozess zur Kindergesundheit, für die landesweite Ergebnisse zur Mundgesundheit veröffentlicht werden, denn die Mundgesundheit ist ein integraler Bestandteil der Kindergesundheit.

In der Abbildung 6 werden die Ergebnisse zum Gebisszustand und zu den dmf-t/DMF-T-Werten für die Altersgruppen der 6-, 7- und 12-Jährigen sowie der 6- bis 7-jährigen Erst- und 12-jährigen Sechstklässler dargestellt. Insbesondere bei den jungen Schulkindern hat das Alter einen großen Einfluss auf die Mundgesundheit. Es wird deutlich, dass die Kennziffern für einen Klassenverband von der Altersstruktur der Kinder in dieser Klasse abhängig sind. Die Altersstruktur, insbesondere der ersten Klassen, ist abhängig vom gesetzlich festgelegten Einschulungsalter. Der Einschulungstichtag differiert in den Bundesländern vom 30. Juni bis zum 31. Dezember des Jahres. Um die Angaben zur Mundgesundheit bundesweit vergleichen zu können, sollte die DAJ daher zukünftig in ihren Studien nicht die besuchten Klassestufen, sondern das Alter betrachten. Im Land Brandenburg werden die Angaben zur Mundgesundheit bereits seit dem Schuljahr 2007/2008 nach dem Alter der Kinder und Jugendlichen

ausgewiesen. Diese Verfahrensweise hat sich für Vergleiche zwischen den Regionen des Landes ebenfalls bewährt.

Abbildung 6



7. Fazit

Die Ergebnisse aus den zahnärztlichen Untersuchungen des Schuljahres 2015/2016 und die Trendanalyse zeigen, dass sich die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg positiv entwickelt hat. Ein messbarer Gesundheitsgewinn durch Kariesrückgang ist feststellbar, fällt im Milchgebiss allerdings geringer aus als im bleibenden Gebiss. Von dieser Entwicklung profitieren auch Kinder und Jugendliche aus niedrigen sozioökonomischen Verhältnissen.

Die Inanspruchnahme individueller präventiver Leistungen wird durch das Nachfrageverhalten bestimmt und ist vom Sozialstatus abhängig. Die aufsuchenden präventiven Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe werden jährlich flächendeckend umgesetzt. Diese Maßnahmen erreichen Kinder in ihrer Lebenswelt. Das sozialspezifische Inanspruchnahmeverhalten präventiver Leistungen wird durch diese niedrighschwellige Betreuung für Kinder bis zum 12. Lebensjahr ausgeglichen.

Kontinuität der präventiven Betreuung der Kinder und Jugendlichen ist erforderlich, um Erreichtes nachhaltig zu sichern und den Trend der Verbesserung der Mundgesundheit fortzusetzen. Die zur Untersetzung der Mundgesundheitsziele im "Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg" beschriebenen Maßnahmen werden erfolgreich umgesetzt. Die Verbesserung der Mundgesundheit ist ein Beispiel für das Potential von Prävention und Gesundheitsförderung und ein Ergebnis der gemeinsamen und zielorientiert abgestimmten Arbeit vieler Akteure.

Impressum

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit

Abteilung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst

im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Titelblatt: Zeichnung aus dem Schülerwettbewerb „Tolle Zähne - na logo!“

Wünsdorfer Platz

15806 Zossen

Tel.: 0331/86683 801

Fax: 0331/86683 809

Mai 2017