



SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Zahngesundheit von Kindern in Kindertagesstätten und Schulen in Sachsen-Anhalt Update Nr. 1

Zahngesundheit von Kindern
in Kindertagesstätten und
Schulen in Sachsen-Anhalt:
Ergebnisse der
zahnärztlichen Untersuchungen
der Gesundheitsämter

Update Nr. 1
Schuljahre 2009/2010 - 011/2012
und 5-Jahres-Zeittrend seit
2007/2008

Fokusbericht der
Gesundheitsberichterstattung für
das Land Sachsen-Anhalt 2013



SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Impressum

Herausgeber: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
Fachbereich Hygiene
Große Steinernetischstraße 4
39104 Magdeburg

www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de

Inhalt: Dr. rer. nat. Goetz Wahl

Unter Mitarbeit von:
Dr. med. dent. Dieter Heese,
Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst, Fachdienst Gesundheit,
Landkreis Börde, Sachsen-Anhalt

LAV 05/2013-214

Stand: Juli 2013

© Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, alle Rechte vorbehalten

Dieser Bericht wurde mit Sorgfalt und nach vorhandenem Wissen erarbeitet. Eventuelle Fehler sowie inzwischen geänderter und erweiterter Kenntnisstand können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Wenden Sie sich in diesem Fall direkt an die Redaktion.

Für weitere Informationen steht der Internetauftritt des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt unter www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de und der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt unter www.gbe.sachsen-anhalt.de zur Verfügung.

Bei Fragen zu einzelnen Themen wenden Sie sich bitte an dez13@lav.ms.sachsen-anhalt.de.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Zusammenfassung	1
3	Schlussfolgerungen	2
4	Methodische Anmerkungen	2
	ZRU_01, ZRU_02, ZRU_03: Jährliche Anzahl von in Kitas und Schulen gemeldeten, von den Gesundheits- ämtern zahnmedizinisch untersuchten und vom LAV elektronisch ausgewerteten Kindern/Jugendlichen.	6
	ZRU_04: Altersstruktur der zahnmedizinisch untersuchten Kinder/Jugendlichen.	7
	ZRU_05: Altersabhängige Entwicklung von kariösen (d-), extrahierten (m-) und sanierten (f-) Milchzähnen.	8
	ZRU_06: Altersabhängige Entwicklung von kariösen (D-), extrahierten (M-) und sanierten (F-) Zähnen des Dauergebisses	9
	ZRU_07: Altersabhängige Entwicklung des Kariesbefalls (dmf-t- und DMF-T-Werte)	10
	ZRU_08: Zahngesundheit von 3- bis 6-Jährigen in Kitas	11
	ZRU_09: Zahngesundheit von 6- bis 7-Jährigen in Grundschulen	12
	ZRU_10: Zahngesundheit von 12-Jährigen an weiterführenden Regelschulen	13
	ZRU_11: Zahngesundheit bei 15-Jährigen an weiterführenden Regelschulen.	14
	ZRU_12: Behandlungsbedürftigkeit der Gebisse	15
	ZRU_13: Sanierungsgrad der Zähne.	16
	ZRU_14 und ZRU_15: Versiegelungsquote und Anzahl versiegelter Zähne pro Kind	17
	ZRU_16: Kieferorthopädische Anomalien	19
	ZRU_17: Zahngesundheit und zahnmedizinische Versorgung nach Art der besuchten Schule	20
	ZRU_18: Zahngesundheit und zahnmedizinische Versorgung nach Trägerschaft der besuchten Einrichtung	21
	ZRU_19: Kariesprotektive Effekte (I): Einfluss des Versiegelungsstatus und des KFO-Betreuungsstatus	22
	ZRU_20: Kariesprotektive Effekte (II): DMF-T in Abhängigkeit von der Anzahl der versiegelten Zähne	23
	ZRU_21: Zahngesundheit von Kindern/Jugendlichen in Sachsen-Anhalt/Deutschland.	24
	ZRU_22: Teilnahme an Gruppenprophylaxe-Impulsen und Fluoridierungen	25
	ZRU_23: Regionale Unterschiede des dmf-t- bzw. DMF-T-Wertes bei 6- bis 7- und 12-Jährigen.	27

1 Einleitung

In Sachsen-Anhalt werden im Auftrag des § 21 SGB V jährlich etwa 150.000 Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen zahnmedizinisch untersucht und gruppenprophylaktisch betreut. Das sind etwa 75 % der in den betreffenden Einrichtungen insgesamt gemeldeten Heranwachsenden. Die Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen werden in Sachsen-Anhalt fast ausschließlich von den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten (KJZD) der Gesundheitsämter¹ durchgeführt. Seit dem Schuljahr 2007/2008 schicken fast alle Gesundheitsämter die Daten auf elektronischem Wege (per E-Mail-Anhang) in Form von anonymisierten Einzeldatensätzen (1 Datensatz = 1 Kind) an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV). Dort werden die Daten in SPSS® eingelesen und ausgewertet. Die ersten landesweiten Ergebnisse der Untersuchungen der Schuljahre 2007/2008 und 2008/2009 wurden in einem **Basisbericht** „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt“ veröffentlicht (Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, 2010).

Der vorliegende Folgebericht ist der erste in einer periodisch erscheinenden Publikationsreihe des LAV. Die Folgeberichte sollen - getrennt für den ärztlichen und den zahnärztlichen Bereich - die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Reihenuntersuchungen in Kitas und Schulen in Sachsen-Anhalt darstellen und den Zeittrend seit Beginn der Auswertungen (2007/2008) aufzeigen. Die Folgeberichte sind bewusst sehr kurz gehalten. Sie bestehen aus halbseitigen Diagrammen mit einem ebenfalls maximal halbseitigen Kommentar. Die den Diagrammen zugrundeliegenden Werte sind in entsprechend nummerierten Tabellen eines neuen „**Kinder-und-Jugend-Indikatorensatzes**“ auf der Internetseite der Gesundheitsberichterstattung abzurufen (www.gbe.sachsen-anhalt.de). Im Zusammenspiel zwischen den Folgeberichten und dem neuen Indikatorensatz wurde ein leistungsstarkes Instrumentarium für das Monitoring der Kinder- und Jugend-(Zahn-)Gesundheit in Sachsen-Anhalt geschaffen.

¹ in diesem Bericht wird zur sprachlichen Vereinfachung durchgängig der Begriff „Gesundheitsamt“ verwendet, obwohl in einigen Landkreisen/kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt die entsprechenden Körperschaften anders strukturiert sind und die entsprechende funktionale Einheit z. B. als „Fachdienst Gesundheit“ bezeichnet wird.

2 Zusammenfassung

Folgende Ergebnisse des Basisberichts wurden durch die aktuellen Analysen bestätigt:

1. Die Zahngesundheit von Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt hat sich weiterhin verbessert.
2. Die Zahngesundheit von 12-Jährigen und 15-Jährigen entspricht inzwischen (2011/2012) in etwa dem Bundesdurchschnitt von 2009.
3. Die Milchzahngesundheit von Kindern ist in Sachsen-Anhalt nach wie vor deutlich schlechter als im Bundesdurchschnitt.
4. Jungen (in Sachsen-Anhalt) nehmen zahnärztliche Versorgungsleistungen (Sanierungen, Versiegelungen, KFO-(kieferorthopädische)Behandlungen) seltener in Anspruch als gleichaltrige Mädchen.
5. Jungen haben eine schlechtere Milchzahngesundheit als Mädchen. Bei den bleibenden Zähnen haben Mädchen aufgrund ihres „entwicklungsphysiologischen Vorsprungs“ hingegen etwas häufiger und etwas mehr Karies als Jungen.
6. Jugendliche in Sachsen-Anhalt mit einem oder mehr versiegelten Backenzähnen weisen deutlich weniger kariesgeschädigte Zähne auf als Jugendliche ohne jegliche Versiegelung.
7. In Sachsen-Anhalt herrscht bei Heranwachsenden eine starke Abstufung der Zahngesundheit und der zahnärztlichen Versorgung proportional zum „Bildungsniveau“ der besuchten Schule (in Gymnasien besser als in Sekundarschulen, in diesen besser als in Förderschulen).
8. Die meisten Kennziffern zu Zahngesundheit/zahnärztlicher Versorgung von Kindern sind in Sachsen-Anhalt in Einrichtungen in freier Trägerschaft besser als in öffentlichen Einrichtungen.
9. Der Sanierungsgrad der Zähne (ein Indikator für die Intensität der zahnärztlichen Versorgung) ist bei Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt höher als im Bundesdurchschnitt.
10. Der Untersuchungsgrad (Anteil von zahnmedizinisch untersuchten an insgesamt in den Einrichtungen gemeldeten Kindern/Jugendlichen) ist in allen betrachteten Alters- und Einrichtungsgruppen in Sachsen-Anhalt deutlich besser (höher) als im Bundesdurchschnitt.
11. Die gruppenprophylaktische Betreuung (Impulse, Fluoridierungen) ist in Sachsen-Anhalt in allen betrachteten Alters- und Einrichtungsgruppen deutlich intensiver als im Bundesdurchschnitt.

Folgende neue Ergebnisse wurden durch aktuelle Analysen gefunden:

1. Die in Vorjahren beobachtete Verbesserung der Milchzahngesundheit von Kindern in Sachsen-Anhalt hat sich in den aktuellen Untersuchungsjahren verlangsamt.
2. Die in Vorjahren beobachtete Verbesserung der Zahngesundheit von 15-Jährigen an Regelschulen in Sachsen-Anhalt stagnierte in den Schuljahren 2008/2009 - 2010/2011, hat sich jedoch im letzten Untersuchungsjahr (2011/2012) wieder deutlich verbessert.
3. Die Versiegelungsquote und die Anzahl versiegelter Zähne pro Kind stagniert oder sinkt in Sachsen-Anhalt in den letzten Untersuchungsjahren in fast allen betrachteten Altersgruppen.
4. Der kariesprotektive Effekt von Versiegelungen ist (in Sachsen-Anhalt) direkt proportional der Anzahl versiegelter Zähne (je mehr versiegelte Zähne desto geringer der DMF-T-Wert).
5. Nur 59 % der ≥ 10 -Jährigen mit einer behandlungsbedürftigen kieferorthopädischen Anomalie waren zum Zeitpunkt der Untersuchung in Behandlung. Das heißt, dass 41 % eine erstmalige oder erneute Aufforderung zu einer KFO-Behandlung erst durch den KJZD erhielten.

3 Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund des hohen Anteils sozial schwacher Familien in Sachsen-Anhalt, deren Kinder erwiesenermaßen meist ein besonders hohes Kariesrisiko haben, ist es als großer Erfolg zu werten, dass die Zahngesundheit der 12- und 15-Jährigen inzwischen dem Bundesdurchschnitt von 2009 entspricht und dass bei den 12-Jährigen schon seit einigen Jahren das WHO-Zahngesundheitsziel „DMF-T <1 bei 12-Jährigen bis zum Jahr 2020“ erreicht ist. Stagnierende bzw. sich wieder verschlechternde Werte bei der Milchzahngesundheit von Kindern und bei der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Versorgungsangeboten zeigen jedoch, dass die intensive gruppenprophylaktische Betreuung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in Sachsen-Anhalt unbedingt aufrecht erhalten werden muss, dass die Betreuung von über 12-Jährigen nicht vernachlässigt werden darf und dass der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und „öffentlichen“ Zahnärztinnen/Zahnärzten im Dienste der Verbesserung der Zahngesundheit in Sachsen-Anhalt noch weiter intensiviert werden sollte.

4 Methodische Anmerkungen

1. In den Gesundheitsämtern verwendete EDV-Software und Kompatibilität der Daten

In Sachsen-Anhalt gibt es auf Landesebene keine Vorgaben bzgl. einer bestimmten in den Gesundheitsämtern zu verwendenden EDV-Software für die Dokumentation von Daten. Während sich der überwiegende Teil (inzwischen 13 von 14) der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt für die Software Octoware® der Firma easy-soft-dresden GmbH entschied, erfasst das Gesundheitsamt Dessau-Roßlau seine Daten in der Software ISGA® des Computerzentrums Strausberg. Da die Übermittlung von Daten für die Gesundheitsberichterstattung des Landes verpflichtend ist und die elektronische Übermittlung für alle Beteiligten von großem Vorteil ist, hat das Gesundheitsamt Dessau-Roßlau beim Computerzentrum Strausberg zwei Schnittstellen analog den vom LAV bei der Firma easy-soft-dresden bestellten Schnittstellen in Auftrag gegeben. Da bis jetzt noch einige Variablen in den ISGA®-Schnittstellen in Format und/oder Inhalt von den Variablen in den Octoware®-Schnittstellen abweichen, konnten die Daten des Landkreises Dessau-Roßlau noch nicht in die Auswertungen des Basisberichts und des vorliegenden 1. Folgeberichts einbezogen werden. Es ist jedoch geplant, die noch bestehenden Abweichungen zu beseitigen (durch Umkodierungen in SPSS® und/oder durch Überarbeitungen in den ISGA®-Schnittstellen), sodass ein Großteil der Variablen aus Dessau-Roßlau auch rückwirkend bis zum Schuljahr 2007/2008 in die Landesauswertungen einbezogen werden können.

2. Weiterer Ausschluss von Datensätzen aus den Auswertungen

Datensätze ohne Geschlechts- und/oder Altersangabe wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Ebenso wurden Datensätze mit unplausiblen Alters-Einrichtungskombinationen ausgeschlossen. Als plausible Alters-Einrichtungskombinationen gelten für diesen Bericht:

- Kita: 1 - 7 Jahre; • Grundschule: 5 - 12 Jahre;
- Sekundarschulen und Gymnasien: 9 - 20 Jahre;
- Gesamtschulen / sonstige weiterführende Schulen: 5 - 20 Jahre;
- Förderschulen: 6 - 20 Jahre

Insgesamt mussten in den 4 bisherigen Untersuchungsjahren aufgrund der obigen Kriterien nur 1.162 von 540.017 Datensätzen (0,22 %) ausgeschlossen werden.

3. Auswahl der dargestellten Alters- und Einrichtungsgruppen

Von den verbleibenden **538.854 gültigen Datensätzen** der 4 bisherigen Untersuchungsjahre wurden für die Diagramme im vorliegenden 1. Folgebericht jeweils nur ein (meist relativ kleiner) Anteil verwendet. Dies geschah deshalb, weil für Vergleiche von möglichen Einflussfaktoren (z. B. Geschlecht, besuchte Einrichtungsart, Versiegelungsstatus usw.) oder von Regionen (Deutschland/Sachsen-Anhalt, Landkreise und kreisfreie Städte) jeweils Gruppen mit **möglichst gleichen Randbedingungen** verglichen werden müssen (z. B. gleiche Altersgruppen und/oder gleiche besuchte Einrichtungsart). So reduzierte sich z. B. die Zahl der ausgewerteten Datensätze für den Vergleich Sachsen-Anhalt/Deutschland (Pieperstudie 2009) von 538.854 auf 106.946 = 20 % (73.284 6- bis 7-jährige Grundschüler + 28.273 12-jährige Regelschüler + 5.389 15-jährige Regelschüler).

4. Darstellung von Zeitreihen versus Kumulierung von Untersuchungsjahren

Die meisten Diagramme des vorliegenden Folgeberichts sind in Form von **Zeitreihen** dargestellt, weil hier Befundhäufigkeiten (z. B. % naturgesunde Gebisse) oder Mittelwerte (z. B. dmf-t) gezeigt sind, bei denen eine zeitliche Veränderung erwartet werden kann und diese von großer Wichtigkeit für die Planung von Gesundheitsstrategien ist (**Monitoring**). In einigen Diagrammen sind hingegen **kumulierte Daten** aus allen Untersuchungsjahren dargestellt (z. B. Abhängigkeit des mittleren dmf-t-Wertes von der Trägerschaft der besuchten Grundschule). Es handelt sich in diesen Diagrammen um Einflussfaktoren, bei denen keine kurz- oder mittelfristige zeitliche Veränderung zu erwarten ist und bei denen die Belastbarkeit der Auswertungen (große Untersuchtenzahlen durch Kumulierung) wichtiger ist als eine mögliche geringfügige Verzerrung durch eventuelle geringfügige Veränderungen des Einflussgeschehens innerhalb weniger Untersuchungsjahre (z. B. Angleichung des sozialen Hintergrundes zwischen Grundschulen in öffentlicher und freier Trägerschaft).

5. Schwierigkeiten beim Vergleich von zahnärztlichen Daten Sachsen-Anhalt/Deutschland

In der Pieperstudie wird bei der Berechnung des Gebissstatus in den verschiedenen Altersgruppen das Milch- bzw. Dauergebiss anders berücksichtigt als in Sachsen-Anhalt. Ebenso ist die Berechnung der Impuls- bzw. Fluoridierungs-Betreuungsgrade in den Dokumentationen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege anders als in der EDV-Erfassung in Sachsen-Anhalt (impulsbezogen vs. kindbezogen). Deshalb mussten für einige Vergleiche beide Berechnungsarten dargestellt werden (vgl. **ZRU_21** und **ZRU_22**).

Literatur

- Pieper, K (2010) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe - Jahresauswertung 2007/08
http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Doku_daj07_08.pdf

Region	Untersuchungsjahr	Insgesamt in Kitas ¹ + allg. bild. Schul. ² untersucht	darunter hauptsächlich für die zahnärztliche Betreuung nach SGBV §21 relevant ...				
			Kita ¹	Grundschule ³	weiterf. Schulen Klasse 5+6 ³	Förderschule ³	Gesamt
Dessau-Roßlau	2007/2008	*	2.817	2.233	1.124	401	6.575
	2008/2009	9.051	2.808	2.234	1.135	404	6.581
	2009/2010	8.990	2.883	2.216	1.125	410	6.634
	2010/2011	9.039	2.881	2.198	1.342	414	6.835
	2011/2012	§	2.961	2.184	1.099	379	6.623
Halle	2007/2008	*	8.913	5.970	2.652	2.362	19.897
	2008/2009	27.674	9.208	6.103	2.848	2.304	20.463
	2009/2010	27.494	9.215	6.246	3.008	2.216	20.685
	2010/2011	28.351	9.612	6.373	3.095	2.212	21.292
	2011/2012	§	9.782	6.612	3.213	2.057	21.664
Magdeburg, Landeshauptstadt	2007/2008	*	8.004	5.604	2.724	1.331	17.663
	2008/2009	25.000	8.190	5.718	2.866	1.292	18.066
	2009/2010	25.076	8.378	5.843	2.896	1.229	18.346
	2010/2011	25.688	8.695	5.911	2.901	1.060	18.567
	2011/2012	§	8.888	6.084	2.982	1.171	19.125
Altmarkkreis Salzwedel	2007/2008	*	3.275	3.036	1.337	499	8.147
	2008/2009	11.363	3.382	3.030	1.364	510	8.286
	2009/2010	11.228	3.510	2.896	1.380	507	8.293
	2010/2011	11.066	3.466	2.814	1.403	492	8.175
	2011/2012	§	3.498	2.746	1.409	440	8.093
Anhalt-Bitterfeld	2007/2008	*	5.775	4.954	2.054	1.045	13.828
	2008/2009	18.574	5.923	4.950	2.161	984	14.018
	2009/2010	18.292	6.023	4.901	2.166	923	14.013
	2010/2011	18.354	5.979	4.818	2.202	897	13.896
	2011/2012	§	6.066	4.740	2.301	802	13.909
Börde	2007/2008	*	6.745	5.947	2.217	799	15.708
	2008/2009	21.165	7.039	5.842	2.431	759	16.071
	2009/2010	21.123	7.234	5.712	2.579	687	16.212
	2010/2011	21.247	7.210	5.576	2.707	666	16.159
	2011/2012	§	7.315	5.613	2.553	630	16.111
Burgenlandkreis	2007/2008	*	6.710	5.363	2.149	995	15.217
	2008/2009	20.822	6.889	5.419	2.320	980	15.608
	2009/2010	20.711	6.948	5.451	2.336	944	15.679
	2010/2011	20.889	6.938	5.419	2.457	922	15.736
	2011/2012	§	6.954	5.435	2.540	877	15.806
Harz	2007/2008	*	8.081	6.709	2.866	1.586	19.242
	2008/2009	26.383	8.282	6.691	3.051	1.529	19.553
	2009/2010	26.276	8.402	6.738	3.086	1.451	19.677
	2010/2011	26.424	8.313	6.650	3.183	1.407	19.553
	2011/2012	§	8.256	6.608	3.347	1.375	19.586
Jerichower Land	2007/2008	*	3.597	2.793	1.152	457	7.999
	2008/2009	10.566	3.582	2.846	1.169	461	8.058
	2009/2010	10.523	3.638	2.791	1.206	423	8.058
	2010/2011	10.561	3.652	2.791	1.223	388	8.054
	2011/2012	§	3.631	2.744	1.260	372	8.007
Mansfeld-Südharz	2007/2008	*	4.955	4.195	1.677	962	11.789
	2008/2009	15.768	4.970	4.183	1.759	943	11.855
	2009/2010	15.611	4.941	4.237	1.851	896	11.925
	2010/2011	15.611	4.958	4.162	1.872	879	11.871
	2011/2012	§	4.975	4.081	1.944	807	11.807
Saalekreis	2007/2008	*	7.092	5.629	2.221	783	15.725
	2008/2009	20.670	7.244	5.758	2.254	685	15.941
	2009/2010	20.637	7.297	5.725	2.295	680	15.997
	2010/2011	20.858	7.412	5.634	2.475	619	16.140
	2011/2012	§	7.444	5.747	2.510	577	16.278
Salzlandkreis	2007/2008	*	7.379	5.945	2.574	1.425	17.323
	2008/2009	23.212	7.510	5.922	2.627	1.372	17.431
	2009/2010	22.908	7.545	5.847	2.667	1.324	17.383
	2010/2011	22.949	7.517	5.800	2.772	1.244	17.333
	2011/2012	§	7.573	5.744	2.804	1.171	17.292
Stendal	2007/2008	*	4.421	3.858	1.798	976	11.053
	2008/2009	15.039	4.473	3.885	1.774	932	11.064
	2009/2010	14.751	4.428	3.861	1.768	824	10.881
	2010/2011	14.736	4.352	3.764	1.904	824	10.844
	2011/2012	§	4.384	3.665	1.876	776	10.701
Wittenberg	2007/2008	*	4.777	3.782	1.623	689	10.871
	2008/2009	14.603	4.779	3.813	1.671	678	10.941
	2009/2010	14.494	4.739	3.799	1.703	682	10.923
	2010/2011	14.542	4.791	3.734	1.797	702	11.024
	2011/2012	§	4.784	3.721	1.842	677	11.024
Sachsen-Anhalt	2011/2012	*	82.541	66.018	28.168	14.310	191.037
	2008/2009	259.890	84.279	66.394	29.430	13.833	193.936
	2009/2010	258.114	85.181	66.263	30.066	13.196	194.706
	2010/2011	260.315	85.776	65.644	31.333	12.726	195.479
	2011/2012	§	86.511	65.724	31.680	12.111	196.026

¹ Kinderkrippen und Kindergärten (ohne reine Schulhorte); Datenquelle: KITA-Statistik des Landesverwaltungsamtes Blatt 1

² inklusive Klassenstufen >=7 an weiterf. Schulen; Datenquelle: Schuljahresanfangsstatistik des Statistischen Landesamtes (Tab. 2.3.1)

³ Kultusministerium Sachsen-Anhalt, pers. Mitteilung und eigene Berechnungen des LAV

• keine Daten verfügbar, § Daten bis Redaktionsschluss (18.04.2013) noch nicht veröffentlicht

Region	Untersuchungsjahr	Insgesamt in Kitas ¹ + allg. bild. Schul. ² untersucht	darunter hauptsächlich für die zahnärztliche Betreuung nach SGBV §21 relevant ...				
			Kita ¹	Grundschule	weiterf. Schulen Klasse 5+6	Förderschule	Gesamt
Dessau-Roßlau ³	2007/2008	5.451	1.982	2.090	1.045	334	5.451
	2008/2009	5.374	1.835	2.126	1.088	325	5.374
	2009/2010	5.394	1.990	2.045	1.019	340	5.394
	2010/2011	5.138	1.717	2.060	1.057	304	5.138
	2011/2012	5.417	1.973	2.073	1.044	327	5.417
Halle ⁴	2007/2008	14.365	5.177	5.045	1.992	2.085	14.299
	2008/2009	11.709	4.790	4.159	655	1.719	11.323
	2009/2010	13.290	4.917	5.598	860	1.841	13.216
	2010/2011	15.646	5.689	5.794	2.037	1.892	15.412
	2011/2012	17.040	5.689	6.239	2.973	1.821	16.722
Magdeburg, Landeshauptstadt	2007/2008	8.336	4.095	2.320	1.235	686	8.336
	2008/2009	10.371	3.508	4.153	2.044	666	10.371
	2009/2010	7.595	3.858	2.182	1.192	363	7.595
	2010/2011	7.996	3.150	2.940	1.285	621	7.996
	2011/2012	9.334	4.266	2.977	1.517	574	9.334
Altmarkkreis Salzwedel	2007/2008	6.679	2.165	2.833	1.242	439	6.679
	2008/2009	6.837	1.803	2.438	1.167	411	5.819
	2009/2010	8.314	2.581	2.781	1.297	469	7.128
	2010/2011	8.030	2.420	2.649	1.305	416	6.790
	2011/2012	7.328	2.321	2.598	1.349	399	6.667
Anhalt-Bitterfeld	2007/2008	8.741	2.932	4.043	1.073	693	8.741
	2008/2009	10.788	4.113	4.256	1.679	603	10.651
	2009/2010	11.329	4.053	4.535	1.965	776	11.329
	2010/2011	10.968	3.731	4.485	2.009	743	10.968
	2011/2012	11.493	4.142	4.510	2.163	678	11.493
Börde	2007/2008	13.661	5.309	5.633	2.066	653	13.661
	2008/2009	14.234	5.808	5.530	2.283	613	14.234
	2009/2010	14.040	5.675	5.375	2.402	588	14.040
	2010/2011	13.314	5.184	5.106	2.498	526	13.314
	2011/2012	11.965	3.870	5.336	2.339	420	11.965
Burgenlandkreis	2007/2008	11.525	4.513	4.489	1.662	861	11.525
	2008/2009	12.497	4.424	5.071	2.174	828	12.497
	2009/2010	12.680	4.594	5.112	2.174	800	12.680
	2010/2011	10.520	3.620	4.118	2.000	782	10.520
	2011/2012	10.922	3.447	4.553	2.073	849	10.922
Harz	2007/2008	16.342	5.184	6.356	2.375	1.364	15.279
	2008/2009	11.306	3.639	4.709	1.721	886	10.955
	2009/2010	16.933	6.115	6.354	2.862	1.210	16.541
	2010/2011	12.700	3.978	5.216	2.283	1.223	12.700
	2011/2012	16.515	6.027	6.294	3.140	1.054	16.515
Jerichower Land ⁴	2007/2008	5.705	2.606	2.731	0	368	5.705
	2008/2009	4.449	1.770	2.359	0	320	4.449
	2009/2010	6.075	2.457	2.664	687	267	6.075
	2010/2011	6.604	2.548	2.599	1.149	308	6.604
	2011/2012	6.541	2.475	2.598	1.181	287	6.541
Mansfeld-Südharz	2007/2008	10.096	3.618	3.975	1.571	785	9.949
	2008/2009	9.960	3.607	3.936	1.608	809	9.960
	2009/2010	10.529	4.030	3.997	1.724	778	10.529
	2010/2011	9.825	3.884	3.767	1.414	760	9.825
	2011/2012	10.281	4.037	3.820	1.734	690	10.281
Saalekreis	2007/2008	13.084	3.424	5.265	1.914	686	11.289
	2008/2009	14.564	4.578	5.404	2.130	571	12.683
	2009/2010	15.191	5.250	5.355	2.102	508	13.215
	2010/2011	14.706	4.817	5.355	2.018	523	12.713
	2011/2012	16.297	5.840	5.337	2.355	488	14.020
Salzlandkreis	2007/2008	13.814	4.721	5.272	1.754	918	12.665
	2008/2009	13.720	4.402	5.554	1.890	1.070	12.916
	2009/2010	15.355	5.391	5.490	2.510	994	14.385
	2010/2011	14.594	5.279	5.081	2.364	811	13.535
	2011/2012	13.365	4.311	4.726	2.580	823	12.440
Stendal	2007/2008	9.870	3.295	3.680	1.666	798	9.439
	2008/2009	9.649	3.337	3.742	1.639	801	9.519
	2009/2010	9.277	3.225	3.652	1.661	739	9.277
	2010/2011	9.432	3.314	3.596	1.774	748	9.432
	2011/2012	7.599	3.470	3.479	0	650	7.599
Wittenberg	2007/2008	9.607	3.711	3.653	1.539	466	9.369
	2008/2009	9.306	3.458	3.637	1.410	532	9.037
	2009/2010	8.945	3.444	3.435	1.541	525	8.945
	2010/2011	9.429	3.625	3.569	1.676	559	9.429
	2011/2012	9.434	3.814	3.553	1.481	586	9.434
Sachsen-Anhalt	2011/2012	147.276	52.732	57.385	21.134	11.136	142.387
	2008/2009	144.764	51.072	57.074	21.488	10.154	139.788
	2009/2010	154.947	57.580	58.575	23.996	10.198	150.349
	2010/2011	148.902	52.956	56.335	24.869	10.216	144.376
	2011/2012	153.531	55.682	58.093	25.929	9.646	149.350

¹ Kinderkrippen und Kindergärten (ohne reine Schulhorte), ² inklusive Klassenstufen >=7-10 an weiterf. Schulen mit erhöhtem Kariesrisiko

³ Daten werden ab 09/10 elektron. übermittelt, sind aber aufgr. z. T. abweichender EDV-Dokumentation noch nicht in die Auswert. einbezogen

⁴ Im Jahr 2007/2008 (Halle) bzw. in allen bisherigen Jahren (Jerichower Land) noch keine EDV-gestützte Übermittlung der Daten an das LAV nicht in die elektronische Auswertungen für diesen Bericht einbezogen

* Datenquelle: A2-Berichte der Gesundheitsämter an die Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Sachsen-Anhalt (LAGJ)

	Untersuchungs- jahr		darunter hauptsächlich für die zahnärztliche Betreuung nach SGBV §21 relevant ...											
			Insgesamt ¹		Kita ²		Grundschule		weiterf. Schulen Klasse 5+6		Förderschule		Gesamt	
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sachsen- Anhalt	2007/ 2008	gemeldet ³	•		82.541		66.018		28.168		14.310		191.037	
		untersucht (% ⁴)	147.276		52.732 63,9%		57.385 86,9%		21.134 75,0%		11.136 77,8%		142.387 74,5%	
		elektron. aus- gewertet (% ⁵)	122.397 83,1%		42.572 80,7%		47.414 82,6%		18.053 85,4%		8.502 76,3%		116.541 81,8%	
	2008/ 2009	gemeldet ³	259.890		84.279		66.394		29.430		13.833		193.936	
		untersucht (% ⁴)	144.764 55,7%		51.072 60,6%		57.074 86,0%		21.488 73,0%		10.154 73,4%		139.788 72,1%	
		elektron. aus- gewertet (% ⁵)	136.739 94,5%		47.551 93,1%		53.274 93,3%		20.541 95,6%		9.996 98,4%		131.362 94,0%	
	2009/ 2010	gemeldet ³	258.114		85.181		66.263		30.066		13.196		194.706	
		untersucht (% ⁴)	154.947 60,0%		57.580 67,6%		58.575 88,4%		23.996 79,8%		10.198 77,3%		150.349 77,2%	
		elektron. aus- gewertet (% ⁵)	143.146 92,4%		52.796 91,7%		53.739 91,7%		22.284 92,9%		9.542		138.361 92,0%	
	2010/ 2011	gemeldet ³	260.315		85.776		65.644		31.333		12.726		195.479	
		untersucht (% ⁴)	148.902 57,2%		52.956 61,7%		56.335 85,8%		24.869 79,4%		10.216 80,3%		144.376 73,9%	
		elektron. aus- gewertet (% ⁵)	136.572 91,7%		48.349 91,3%		51.364 91,2%		22.578 90,8%		9.546 93,4%		131.837 91,3%	
	2011/ 2012	gemeldet ³	§		86.511		65.724		31.680		12.111		196.026	
		untersucht (% ⁴)	153.531 §		55.682 64,4%		58.093 88,4%		25.929 81,8%		9.646 79,6%		149.350 76,2%	
		elektron. aus- gewertet (% ⁵)	147.559 96,1%		53.375 95,9%		55.731 95,9%		24.807 95,7%		9.261 96,0%		143.174 95,9%	
Deutschland ⁶	2007/ 2008	gemeldet ³	X		2.621.071		3.085.787		1.592.027		399.790		7.698.675	
		untersucht (% ⁴)	X		1.114.005 42,5%		1.769.279 57,3%		422.835 26,6%		186.858 46,7%		3.492.977 45,4%	

¹ inklusive Schüler/innen Klassenstufen >=7 an weiterf. Schulen und inkl. Schüler/innen ohne bzw. mit unplausiblen Klassenzuordnungen

² Kinder in Kinderkrippen und Kindergärten, keine Kinder in reinen Schulhorten

³ Gesamtzahlen: Schuljahresanfangsstatistik, Statist. Landesamt; einrichtungsbezog. Zahlen: Kultusministerium pers. Mitteil. und eigene Berechnungen des LAV

⁴ % von den Gemeldeten

⁵ % von den Untersuchten

⁶ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ): Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe 2007/2008

* Datensätze ohne Alter, ohne Geschlecht, mit Alter <1 Jahr und/oder mit unplausibler Alters-Einrichtung-Zuordnung (siehe Text) wurden ausgeschlossen

§ Daten der Schuljahresanfangsstatistik 2011/2012 bei Redaktionsschluss (18.04.2013) noch nicht veröffentlicht

ZRU_03 Elektronisch ausgewertete Datensätze von zahnmedizinisch untersuchten Kinder/Jugendlichen in Kitas und Schulen, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

ZRU_01, ZRU_02, ZRU_03: Jährliche Anzahl von in Kitas und Schulen gemeldeten, von den Gesundheitsämtern zahnmedizinisch untersuchten und vom LAV elektronisch ausgewerteten Kindern/Jugendlichen

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	besser
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	in etwa gleichbleibend
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

In Sachsen-Anhalt untersuchen die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZD) der Gesundheitsämter im Rahmen der gruppenprophylaktischen Betreuung von Heranwachsenden in Kitas und Schulen **jährlich etwa 150.000 Kinder/Schüler (ZRU_02)**. Das entspricht etwa **58 %** aller in Kitas und Schulen gemeldeten Kinder/Schüler und etwa **75 %** der Hauptzielgruppe nach SGB V § 21 (< 12-Jährige in Kitas und Regelschulen und alle Förderschüler/innen). An keiner anderen Stelle des Gesundheitswesens erfolgt eine vergleichsweise flächendeckende jährliche medizinische Untersuchung von Heranwachsenden.

Der „Untersuchungsgrad“ (% Untersuchte von Gemeldeten) war in Sachsen-Anhalt in allen 5 Untersuchungsjahren und in allen Einrichtungsarten **deutlich höher (1,4- bis 3,0-mal) als die letzten diesbezüglich veröffentlichten Werte für Deutschland insgesamt (ZRU_03)**.

In Sachsen-Anhalt ist der Untersuchungsgrad in Grundschulen (87 %), 5. + 6. Klassen (78 %) und Förderschulen (78 %) höher als in Kitas (64 %). Im Bundesdurchschnitt wird hingegen in den 5. + 6. Klassen ein deutlich geringerer Anteil der Kinder

(27 %) als in Kitas (43 %), Grundschulen (57 %) und Förderschulen (47 %) untersucht (**ZRU_03**).

Die Zahl der in den einzelnen Landkreisen/kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt zahnmedizinisch untersuchten Kinder/Jugendlichen variierte in den 5 Untersuchungsjahren **zwischen 4.500 und 17.000 (ZRU_02)**. Diese großen Unterschiede der Untersuchungszahlen sind vor allem der unterschiedlichen Bevölkerungsstärke und (ggf.) Altersstruktur der Landkreise/kreisfreien Städte geschuldet. Allerdings spielt auch die personelle Ausstattung der Gesundheitsämter, d. h. die Untersuchungskapazität der einzelnen Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste eine große Rolle. Dies zeigt sich in der Tatsache, dass der Untersuchungsgrad (bezogen auf alle in Kitas, Grundschulen, 5. + 6. Klassen und Förderschulen Gemeldeten) in den Landkreisen/kreisfreien Städten in den 4 Untersuchungsjahren zwischen **41 % und 89 %** variierte (**ZRU_02/ZRU_01**).

Seit dem Schuljahr 2008/2009 werden in Sachsen-Anhalt bei über **90 %** der insgesamt im Land von den KJZD untersuchten Kindern die Untersuchungsergebnisse elektronisch erfasst, als anonymisierte Einzeldatensätze an das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (LAV) geschickt und dort zentral in SPSS® ausgewertet. Auf dem Hintergrund des hohen landesweiten Untersuchungsgrades (siehe oben) kann so zurzeit bei etwa **73 % der Heranwachsenden der „SGB-V-§-21-Hauptzielgruppe“ eine detaillierte, EDV-gestützte Auswertung der Zahngesundheit** erfolgen. Insgesamt besteht am LAV derzeit ein Pool von zahnmedizinischen Daten von etwa 680.000 untersuchten Kindern/Jugendlichen. Dieser Datenpool wächst jährlich um etwa 150.000 Datensätze.

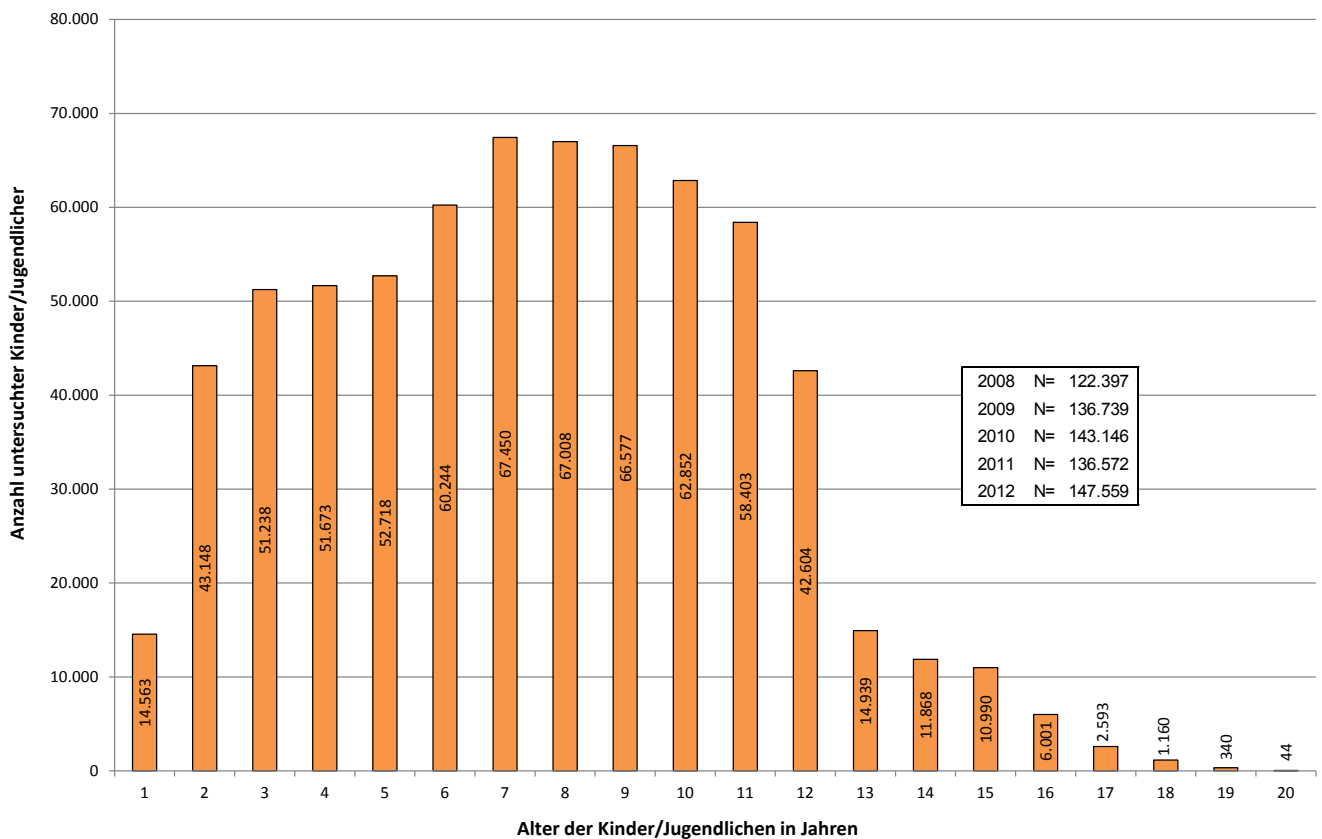
ZRU_04: Altersstruktur der zahnmedizinisch untersuchten Kinder/ Jugendlichen

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	kein Vergleich durchgeführt
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	gleichbleibend
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Mehr als 96 % der seit dem Schuljahr 2007/2008 untersuchten Kinder waren < 12 Jahre alt. Dies entspricht dem gesetzlichen Auftrag nach SGB V § 21, der eine zahnärztliche Betreuung in der Regel nur bis zu einem Alter von 12 Jahren vorsieht. Nur

in Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko sollen und wurden auch ältere Kinder/Jugendliche untersucht und betreut. Die Altersverteilung war in den einzelnen Untersuchungsjahren fast identisch (Daten nicht gezeigt).

In der Altersgruppe 1 - 12 Jahre werden in Sachsen-Anhalt jährlich in jeder Jahresaltersstufe eine erhebliche Anzahl Kinder untersucht. Durch Kumulierung von Untersuchungsjahren können detaillierte und sehr belastbare Analysen der altersabhängigen Entwicklung des Gebissstatus, des Zahnstatus, der kieferorthopädischen Anomalien, des Sanierungsgrades der Gebisse und Zähne und des Versiegelungsgrades durchgeführt werden (siehe nachfolgende Diagramme).



ZRU_04 Altersstruktur der zahnmedizinisch untersuchten Kinder/ Jugendlichen*, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012 (kumuliert)
 * < 1-Jährige, > 20-Jährige und Kinder/Jugendliche ohne Geschlechtsangabe wurden aus der Untersuchungspopulation ausgeschlossen. Außerdem wurden Kinder/Jugendliche mit „unplausibler Altersangabe“** in Bezug auf die besuchte Schulart und Klassenstufe ausgeschlossen.

** in die Auswertung eingeschlossene Altersgruppen: Kita: 1 - 7 Jahre; Grundschule: 5 - 12 Jahre; Sekundarschulen und Gymnasien: 9 - 20 Jahre; Gesamtschulen und sonst. weiterf. Schulen: 5 - 20 Jahre; Förderschulen: 6 - 20 Jahre

ZRU_05: Altersabhängige Entwicklung von kariösen (d-), extrahierten (m-) und sanierten (f-) Milchzähnen

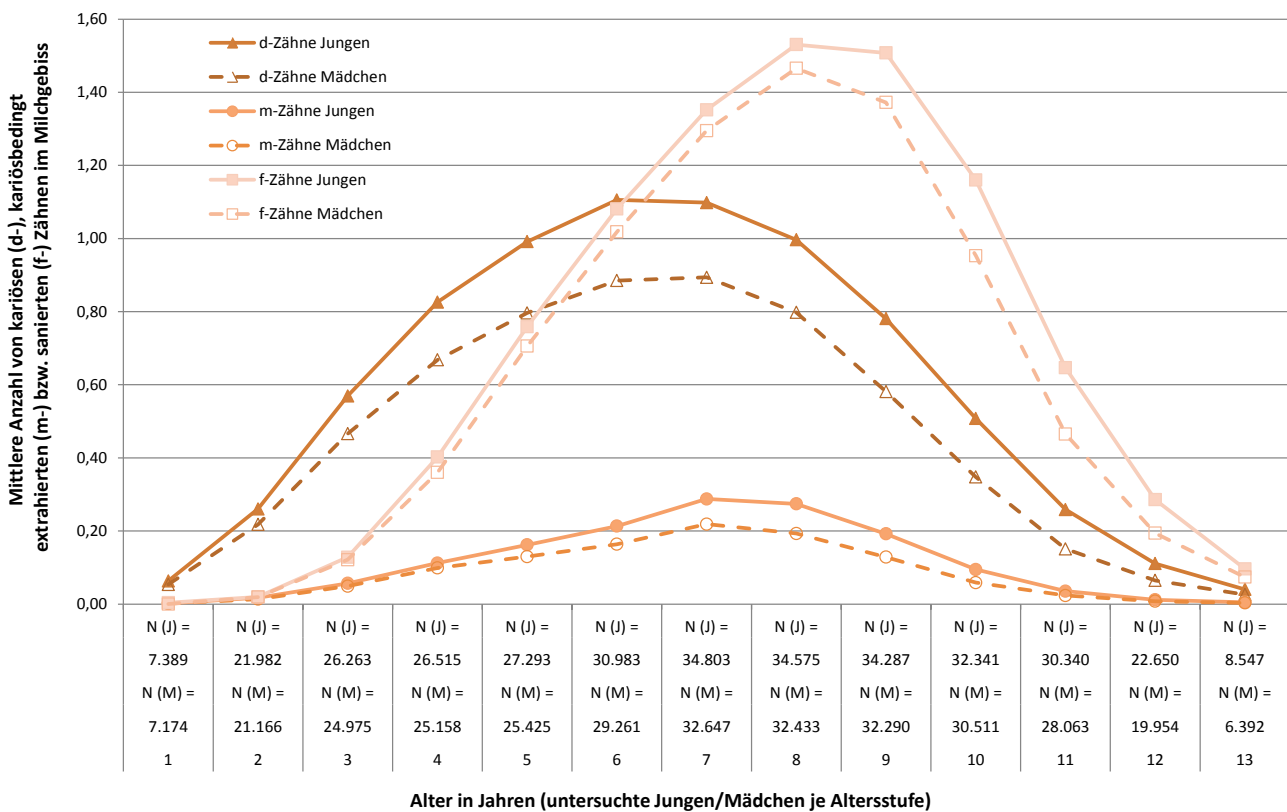
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	kein Vergleich durchgeführt
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	kein Vergleich durchgeführt
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Eine genaue Besprechung der empirischen Daten in Sachsen-Anhalt zur altersabhängigen Entwicklung der Milchzahngesundheit findet sich schon im Basisbericht 2010. Durch Kumulierung der Daten mit den aktuellen Untersuchungsjahren

(2009/10 - 2011/12) wurden die Ergebnisse des Basisberichts bestätigt:

Die Häufigkeit von kariösen Milchzähnen (d) steigt im Alter von 1 - 8 Jahren rapide an, die Häufigkeit von sanierten Milchzähnen (f) „folgt“ zeitversetzt um ein Jahr, wenn die meisten der bei der Untersuchung durch die KJZD mit kariösen Milchzähnen auffällig gewordenen Kinder bis zur nächsten Reihenuntersuchung bei einem niedergelassenen Zahnarzt in Behandlung gewesen sind.

Die scheinbare Verbesserung der Milchzahngesundheit ab 8 Jahre (Abnahme der Häufigkeit von d-, m- und f-Zähnen) kann durch den natürlichen Ausfall von Milchzähnen erklärt werden.



ZRU_05 Altersabhängige Entwicklung von kariösen (d-), kariösbedingt extrahierten (m-) und sanierten (f-) Zähnen im Milchgebiss von Mädchen/Jungen, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012 (kumuliert)

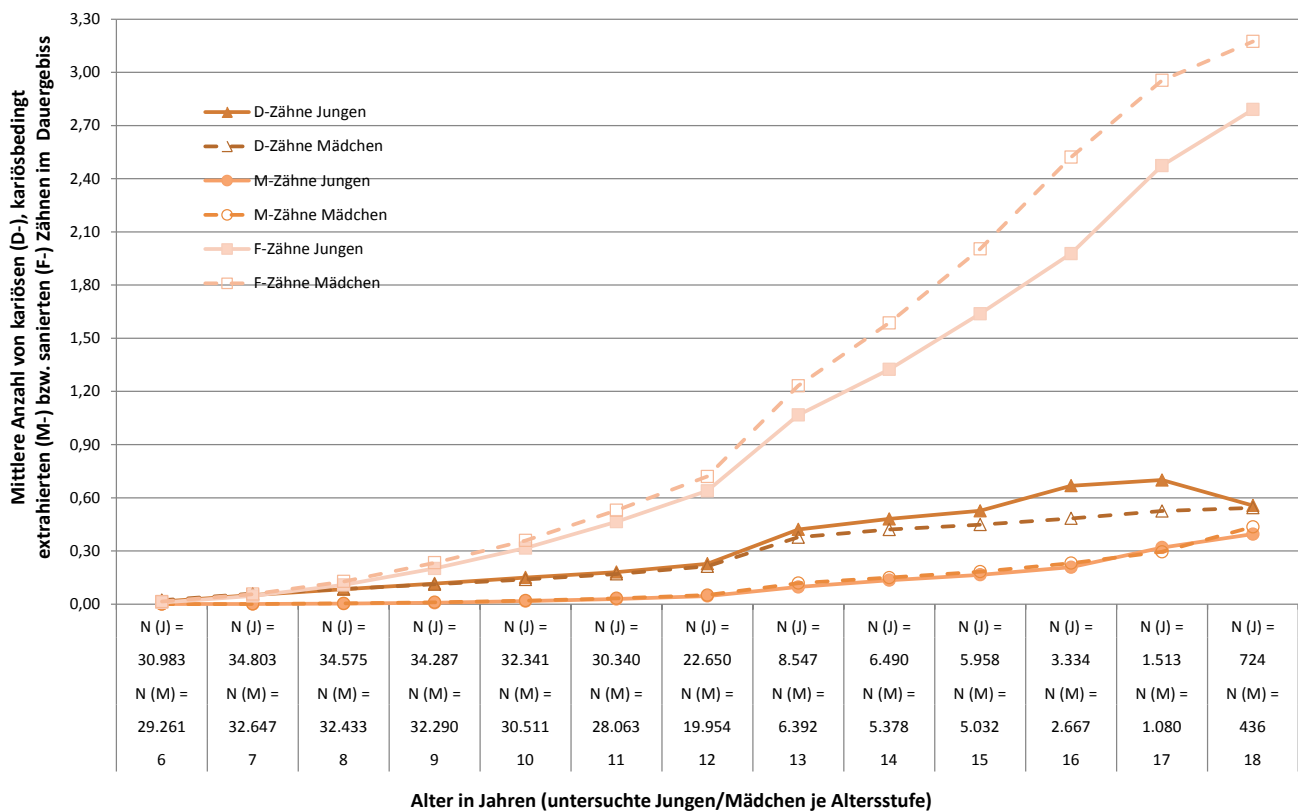
ZRU_06: Altersabhängige Entwicklung von kariösen (D-), extrahierten (M-) und sanierten (F-) Zähnen des Dauergebisses

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	kein Vergleich durchgeführt
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	kein Vergleich durchgeführt
Bestätigung/ Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Eine genaue Besprechung der empirischen Daten in Sachsen-Anhalt zur altersabhängigen Entwicklung der Zahngesundheit des Dauergebisses bei Jugendlichen findet sich im Basisbericht 2010. Durch Kumulierung der Daten mit den aktuellen Untersuchungsjahren (2009/10 - 2011/12) wurden die Ergebnisse des Basisberichts bestätigt:

Die Häufigkeit von sanierten Zähnen (F) im Dauergebiss von Kindern/ Jugendlichen steigt im Alter von 6 bis 18 Jahren kontinuierlich und rapide an (natürliche Alterung des Gebisses und anhaltende Exposition des Gebisses bzgl. natürlichen und künstlichen schädigenden Einflüssen, dadurch bedingt: Sanierung eines zunehmenden Anteils der Zähne durch niedergelassene Zahnärzte).

Der Anteil unversorgter, akut-kariöser Zähne (D) und infolge Karies extrahierter Zähne (M) zeigt einen deutlich geringeren Anstieg. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Kinder und Jugendliche in Sachsen-Anhalt relativ zeitnah und intensiv zahnärztlich-kurativ versorgt sind.



ZRU_06 Altersabhängige Entwicklung von kariösen (D-), kariösbedingt extrahierten (M-) und sanierten (F-) Zähnen im bleibenden Gebiss von Mädchen/Jungen, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012 (kumuliert)

ZRU_07: Altersabhängige Entwicklung des Kariesbefalls (dmf-t- und DMF-T-Werte)

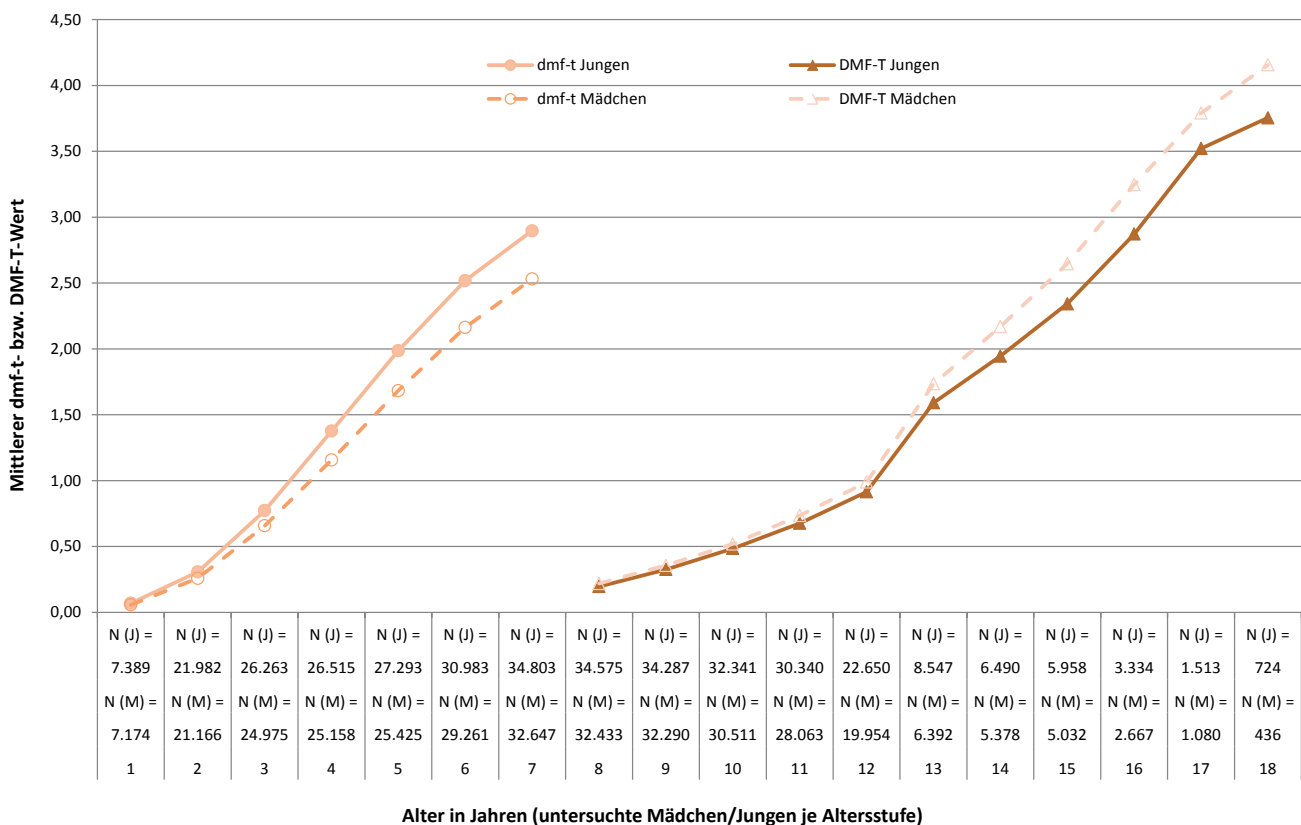
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	kein Vergleich durchgeführt
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	kein Vergleich durchgeführt
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Eine genaue Besprechung der empirischen Daten in Sachsen-Anhalt zur altersabhängigen Entwicklung der Zahngesundheit des Milch- und Dauergebisses bei Kindern/Jugendlichen findet sich im Basisbericht 2010. Durch Kumulierung der Daten mit den aktuellen Untersuchungsjahren (2009/10 - 2011/12) wurden die Ergebnisse des Basisberichts bestätigt:

Bei Kindern im Alter von 1 - 7 Jahren haben Jungen in jeder Jahresaltersstufe eine schlechtere Milchzahngesundheit als gleichaltrige Mädchen: der dmf-t-Wert steigt schneller. Dies ist wahrscheinlich auf ein schlechteres Zahnpflegeverhalten bei Jungen zurückzuführen.

Bei Kindern/Jugendlichen im Alter von 8 - 18 Jahren zeigen Mädchen in jeder Jahresaltersstufe eine schlechtere Gesundheit der bleibenden Zähne als gleichaltrige Jungen. Dies ist dadurch zu erklären, dass der positive Effekt eines mutmaßlich besseren Zahnpflegeverhaltens bei Mädchen durch die Tatsache überkompensiert wird, dass Mädchen einen „entwicklungsphysiologischen Vorsprung“ haben und dadurch schneller bleibende Zähne entwickeln, die dann statistisch auch früher von Karies befallen werden.

Im Alter zwischen 12 und 13 Jahren findet sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen ein besonders starker Anstieg des DMF-T-Wertes statt. Dies ist wahrscheinlich auf ein vorübergehend nachlassendes Zahnpflege- und Prophylaxeverhalten beim Herannahen/Eintreten der Pubertät (ab einem Alter von etwa 11 Jahren) zu erklären und belegt, wie wichtig die intensive zahnärztliche und gruppenprophylaktische Betreuung gerade dieser Altersgruppe ist.



ZRU_07 Altersabhängige Entwicklung des dmf-t- und DMF-T-Wertes von Mädchen/Jungen, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012 (kumuliert)

ZRU_08: Zahngesundheit von 3- bis 6-Jährigen in Kitas

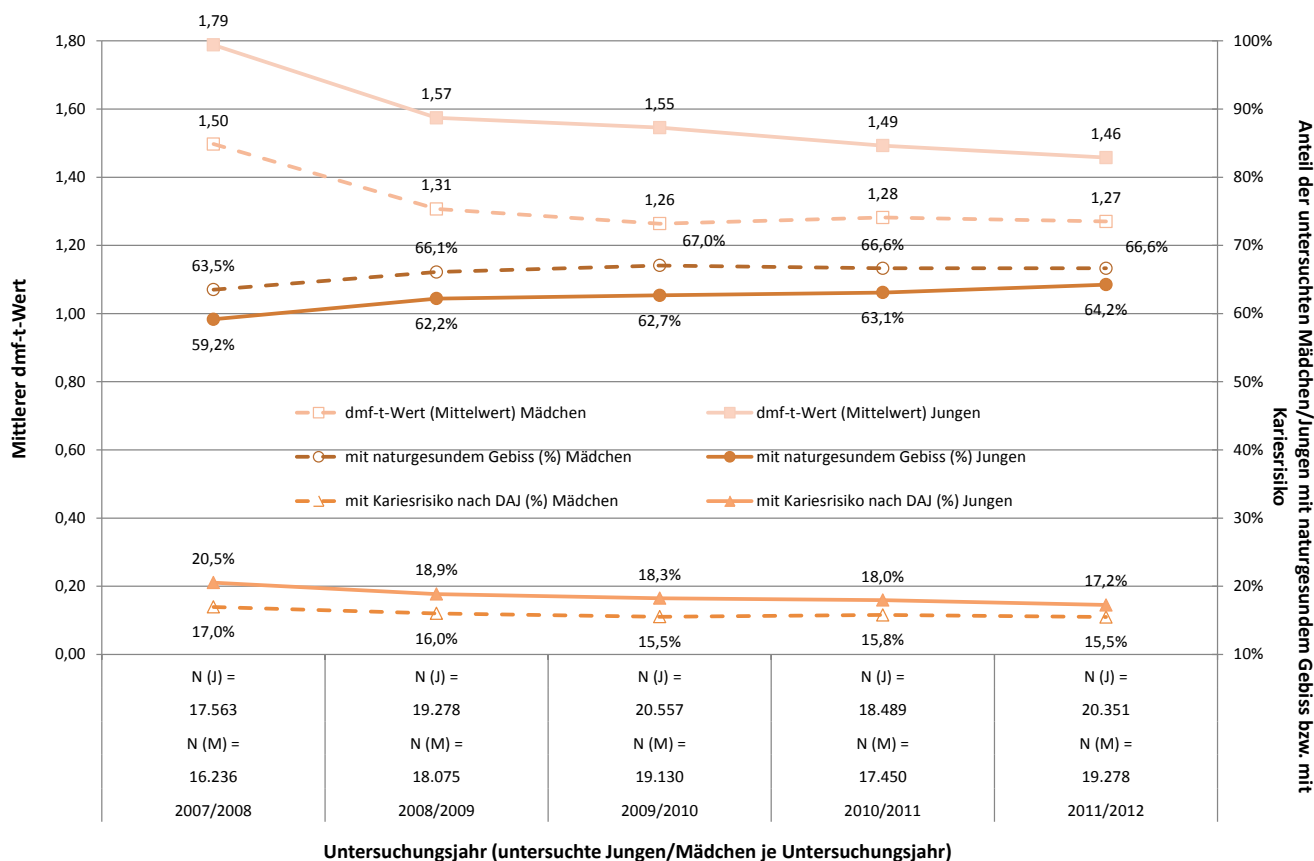
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	keine Vergleichsdaten verfügbar
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	keine Vergleichsdaten verfügbar
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Verbesserung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Die Milchzahngesundheit von Kita-Kindern in Sachsen-Anhalt hat sich seit 2001/2002 Jahren stetig verbessert (vgl. Basisbericht). Die Zahngesundheit der enger umgrenzten Altersgruppe der 3- bis 6-jährigen Kita-Kinder wird durch die Gesundheitsberichterstattung auf Landesebene seit 2007/2008 dokumentiert. Hier zeigt sich, dass seit 2008/2009 anscheinend

eine Verlangsamung des bis dahin sehr positiven Trends eingetreten ist. Bei Mädchen fand zwischen 2009/2010 und 2010/2011 sogar erstmalig wieder eine geringfügige Verschlechterung der Milchzahngesundheit statt (Verringerung des Anteils der Mädchen mit naturgesundem Gebiss, Anstieg des mittleren dmf-t-Wertes, Erhöhung des Anteils der Mädchen mit erhöhtem Kariesrisiko).

Im Schuljahr 2011/2012 hatten 3- bis 6-jährige Kita-Kinder (ohne Geschlechtsdifferenzierung) in Sachsen-Anhalt einen mittleren dmf-t-Wert von immerhin **1,36**, nur **65,4 %** hatten ein naturgesundes Milchgebiss und immerhin **16,4 %** zeigten ein erhöhtes Kariesrisiko.

Die Darstellung in **ZRU_08** bestätigt die Ausführungen zu **ZRU_07**, indem sich auch hier zeigt, dass Jungen eine schlechtere Milchzahngesundheit als Mädchen aufweisen.



ZRU_08 Zahngesundheit von 3- bis 6-jährigen Mädchen/Jungen in Kitas, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

ZRU_09: Zahngesundheit von 6- bis 7-Jährigen in Grundschulen

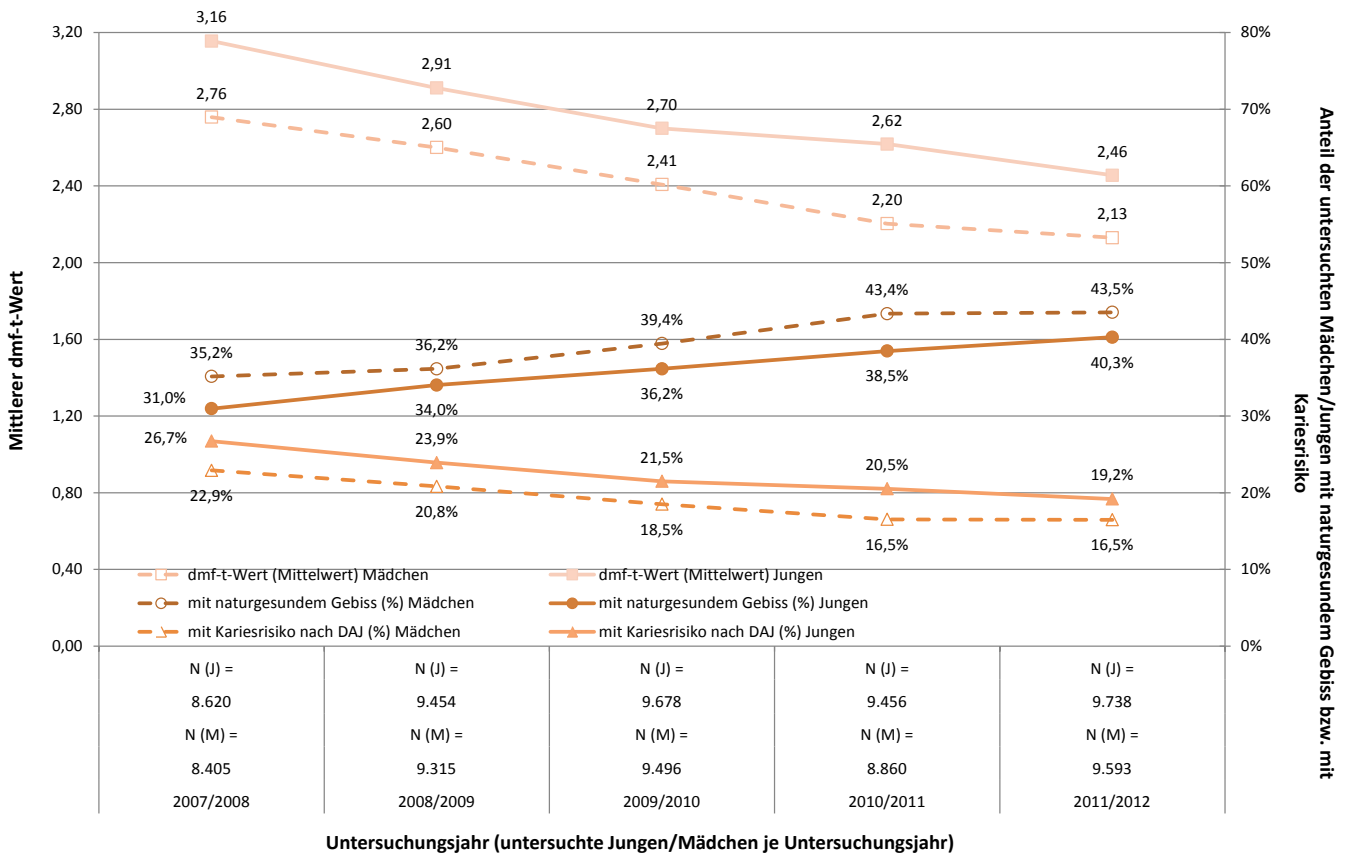
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt 2009	schlechter
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Verbesserung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Die Milchzahngesundheit von 6- bis 7-jährigen Grundschüler/innen in Sachsen-Anhalt hat sich seit 2008/2009 entsprechend dem im Basisbericht aufgezeigten Trend kontinuierlich und deutlich verbessert.

Der mittlere dmf-t-Wert der 6- bis 7-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Jahr 2011/2012 (**2,29**) und der Anteil dieser Kinder mit naturgesundem Milchgebiss (**42,8 %**) waren allerdings immer noch schlechter als die betreffenden gewichteten Ländermittelwerte bei 6- bis 7-Jährigen (**1,87** bzw. **53,2 %**) in der bundesweiten epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe (Pieperstudie) des Jahres 2009 (vgl. **ZRU_21**).

Das auf Deutschland adaptierte WHO-Gesundheitsziel: „80 % naturgesunde Gebisse bei 6- bis 7-Jährigen bis zum Jahr 2020“ ist damit in Sachsen-Anhalt noch immer in weiter Ferne.

Auch in dieser Altersgruppe zeigten Jungen wieder eine schlechtere Milchzahngesundheit als Mädchen.



ZRU_09 Zahngesundheit von 6- bis 7-jährigen Mädchen/Jungen in Grundschulen, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

ZRU_10: Zahngesundheit von 12-Jährigen an weiterführenden Regelschulen

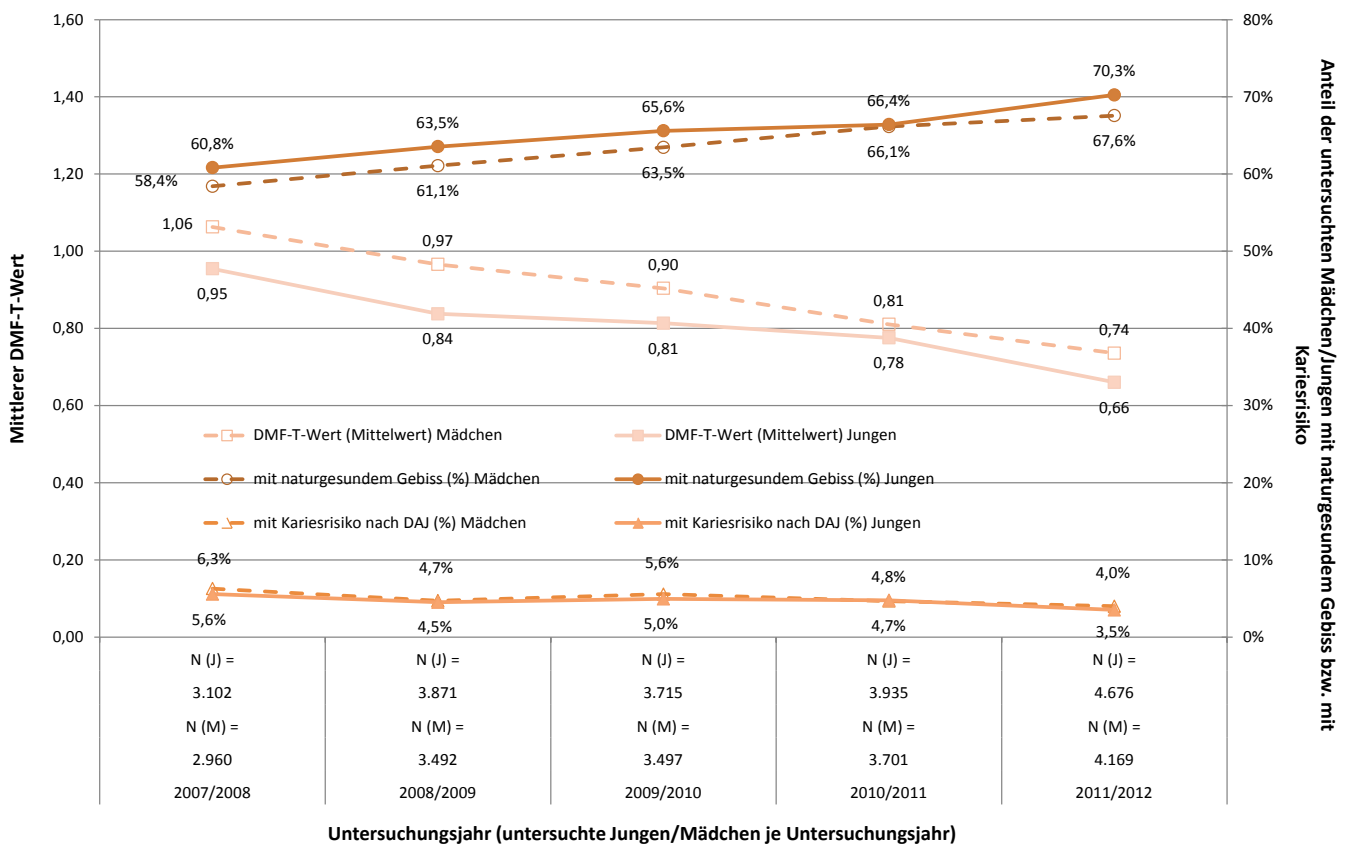
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt 2009	inzwischen besser
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Verbesserung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Die wichtigsten Kennziffern der Zahngesundheit des Dauergebisses (mittlerer DMF-T-Wert, Anteil naturgesunder Gebisse) haben sich in Sachsen-Anhalt bei den 12-jährigen Regelschülern

(Sekundarschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und sonstige weiterführende Schulen) seit 2008/2009 weiterhin kontinuierlich und deutlich verbessert.

Der mittlere DMF-T-Wert der 12-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Jahr 2011/2012 (**0,69**) und der Anteil der Kinder mit naturgesundem Dauergebiss (**69,1 %**) waren inzwischen besser bzw. ebenso gut wie die betreffenden Ländermittelwerte (**0,72** bzw. **69,2 %**) der 12-Jährigen in der Pieperstudie 2009 (vgl. ZRU_21).

Das auf Deutschland adaptierte WHO-Gesundheitsziel: „DMF-T-Wert < 1 bei 12-Jährigen bis zum Jahr 2020“ ist bei Regelschülern in Sachsen-Anhalt bei Jungen seit 2007/2008, bei Mädchen seit 2009/2010 erreicht!



ZRU_010 Zahngesundheit von 12-jährigen Mädchen/Jungen in weiterführenden Regelschulen (Sekundarschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und sonstige weiterführende Schulen), Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

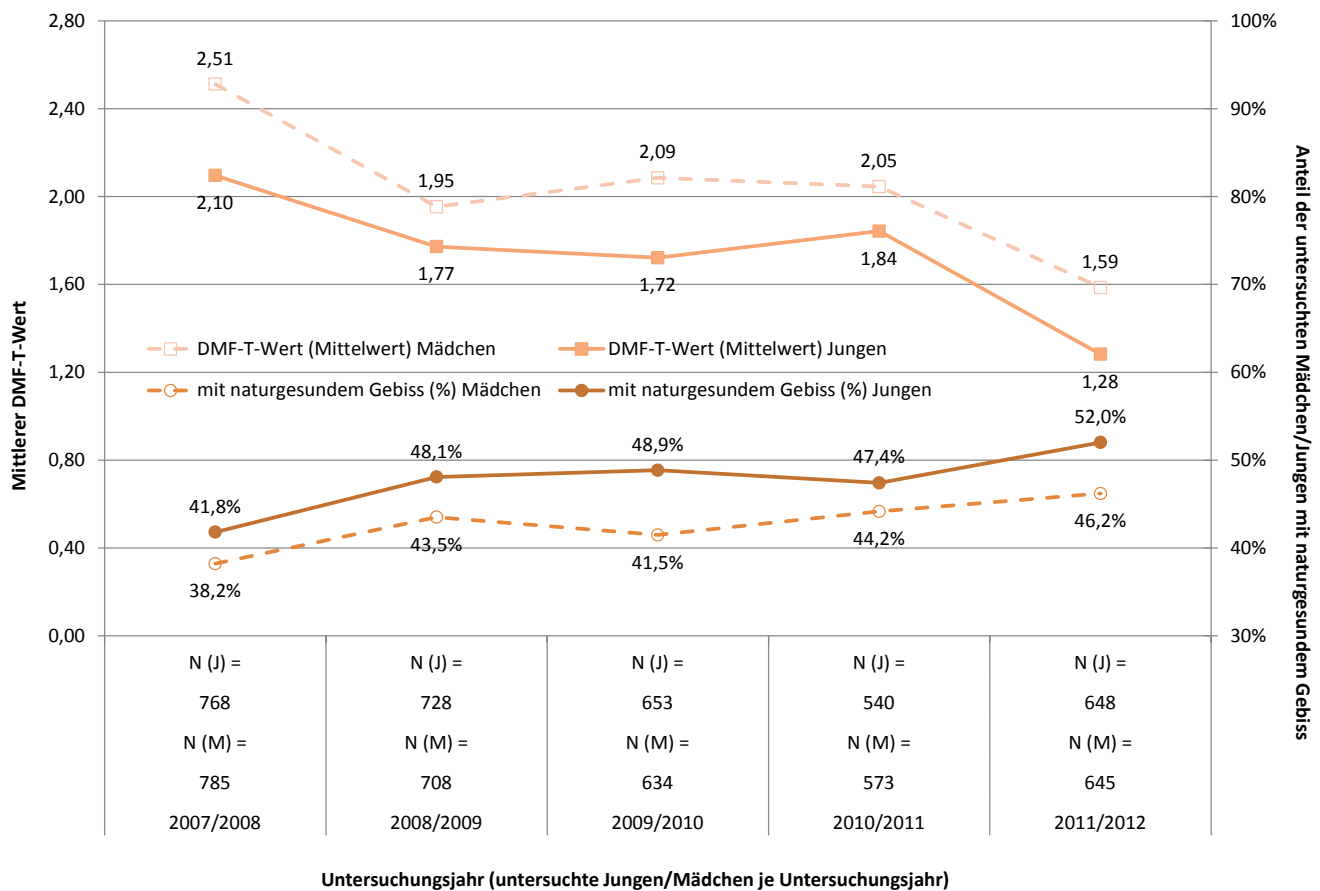
ZRU_11: Zahngesundheit bei 15-Jährigen an weiterführenden Regelschulen

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt 2009	teilw. schlechter, teilw. gleich
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Verbesserung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	nein

Nach einer Phase der Stagnation in den Jahren 2008/2009 bis 2010/2011 hat sich in Sachsen-Anhalt die Zahngesundheit der 15-jährigen Regelschüler/innen im letzten Beobachtungsjahr (2011/2012) wieder deutlich verbessert.

Zwar war bei 15-Jährigen in Sachsen-Anhalt im letzten Untersuchungsjahr (2011/2012) der Anteil der Jugendlichen mit naturgesundem Dauergebiss (**49,1 %**) immer noch schlechter als im Mittelwert der Bundesländer in der Pieperstudie 2009 (**56,2 %**), der mittlere DMF-T-Wert (**1,43**) entsprach aber inzwischen in etwa dem Ländermittelwert der Pieperstudie 2009 (**1,41**, vgl. **ZRU_21**).

In dieser Altersgruppe hatten Mädchen einen deutlich höheren DMF-T-Wert und deutlich seltener ein naturgesundes Dauergebiss (zur Begründung vgl. **ZRU_07** und Basisbericht 2010).



ZRU_11 Zahngesundheit von 15-jährigen Mädchen/Jungen in weiterführenden Regelschulen (Sekundarschulen, Gymnasien, Gesamtschulen und sonstige weiterführende Schulen), Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

ZRU_12: Behandlungsbedürftigkeit der Gebisse

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	teilw. besser, teilw. schlechter
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Verbesserung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Der Anteil der Untersuchten mit behandlungsbedürftigem Milch- bzw. Dauergebiss hat sich in Sachsen-Anhalt fast durchgängig vermindert/verbessert (Ausnahme: 15-Jährige zwischen 2008/2009 und 2010/2011). Im Jahr 2011/2012 hatten jedoch immerhin noch zwischen **9 %** (12-Jährige) und **38 %** (6- bis 7-Jährige) ein behandlungsbedürftiges Gebiss. Im Kita- und Grundschulalter hatten Jungen deutlich häufiger behandlungsbedürftige Milchgebisse als Mädchen.

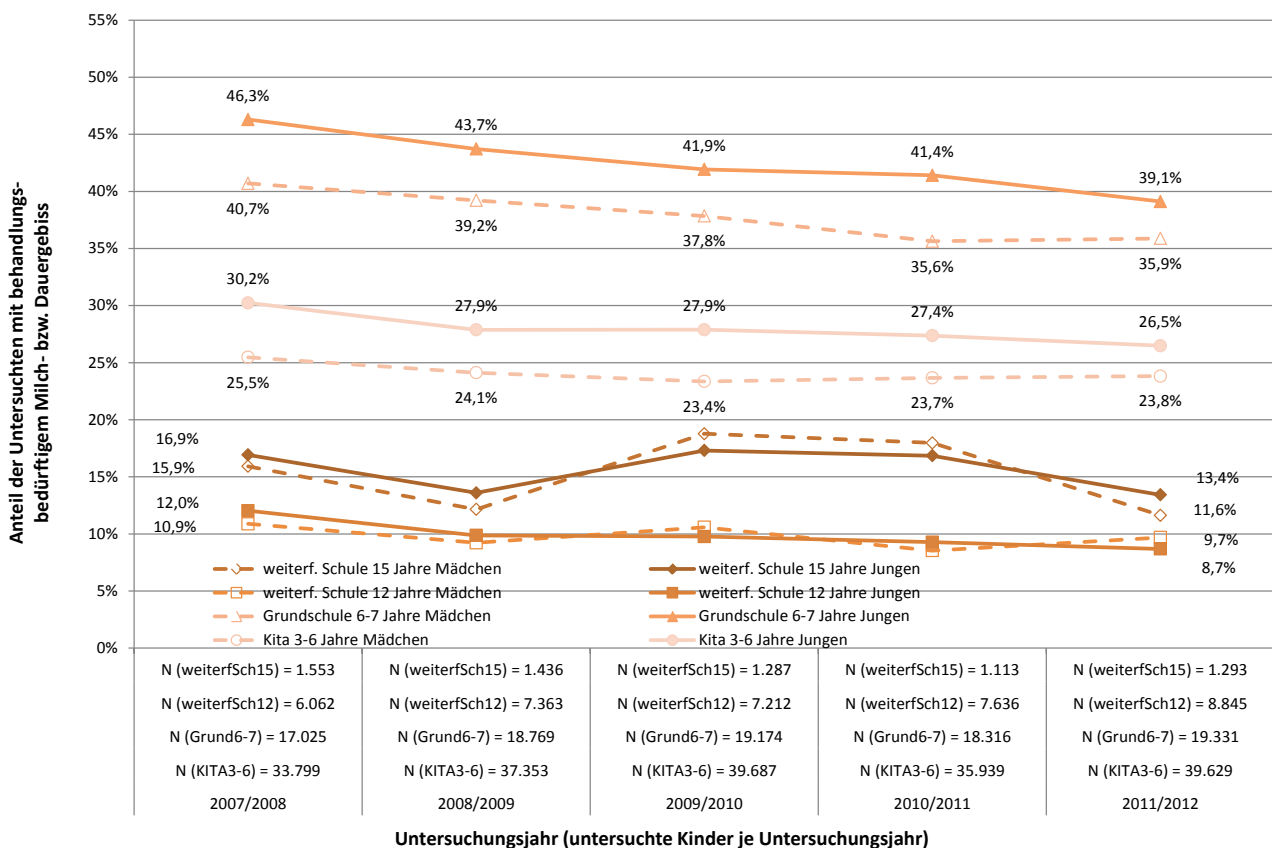
Der Anteil der Untersuchten mit behandlungsbedürftigem Gebiss (bezogen auf Milch- **und** Dauergebiss) war in Sachsen-Anhalt im Schuljahr 2011/2012 bei 6- bis 7-Jährigen weiterhin schlechter als im Bundesdurchschnitt der Pieperstudie 2009 (37,5 % bzw. 32,6 %). Bei 12-Jährigen (13,3 %) und 15-Jährigen (12,6 %) waren diese Werte hingegen inzwischen besser als in den entsprechenden Altersgruppen in der Pieperstudie 2009 (16,2 % bzw. 16,4 %, vgl. **ZRU_21**).

Die Häufigkeit behandlungsbedürftiger Gebisse bei Kindern/Jugendlichen hängt einerseits von der Zahngesundheit dieser Altersgruppe ab, andererseits wird sie maßgeblich vom „Ge-

bissanierungsquotient“ beeinflusst (Verhältnis von sanierten zu behandlungsbedürftigen Gebissen). So kann in einer Population mit schlechter Zahngesundheit die Häufigkeit behandlungsbedürftiger Gebisse gering sein, weil die zahnärztliche Versorgung zeitnah und intensiv ist. Dies trifft zum Beispiel auf die 15-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Jahr 2011/2012 zu, bei denen die Behandlungsbedürftigkeit der Gebisse inzwischen geringer ist als im Bundesdurchschnitt 2009, obwohl die Gebissgesundheit noch deutlich schlechter ist als im Bundesdurchschnitt 2009 (vgl. **ZRU_21**). Der Gebissanierungsquotient (% Kinder mit saniertem Gebiss dividiert durch % Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss) ist in Sachsen-Anhalt besser (höher) als im Bundesdurchschnitt.

Tab. 1 Gebiss-Sanierungsquote (% Kinder mit saniertem Gebiss / % Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss (bezogen auf Milch- und Dauergebiss), Sachsen-Anhalt/Deutschland im Vergleich

	6 - 7 Jahre Grundschule	12 Jahre weiterf. Schule	15 Jahre weiterf. Schule
Deutschland (Pieperstudie 2009)	0,48	1,71	2,22
Sachsen-Anhalt (2011/12)	0,54	2,06	3,07
Sachsen-Anhalt (Mittelw. 2007/08 - 2011/12)	0,66	2,34	2,67



ZRU_12 Behandlungsbedürftigkeit (Anteil der Untersuchten mit behandlungsbedürftigem Milch- (KITA 3 - 6 J., Grundschule 6 - 7 J.) bzw. Dauergebiss (weiterführende Schulen 12 + 15 J.) der Gebisse von Mädchen/Jungen in Kitas, Grundschulen und weiterführenden Regelschulen (Sekundarschulen, Gymnasien, Gesamtschulen, sonstige weiterführende Schulen), Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

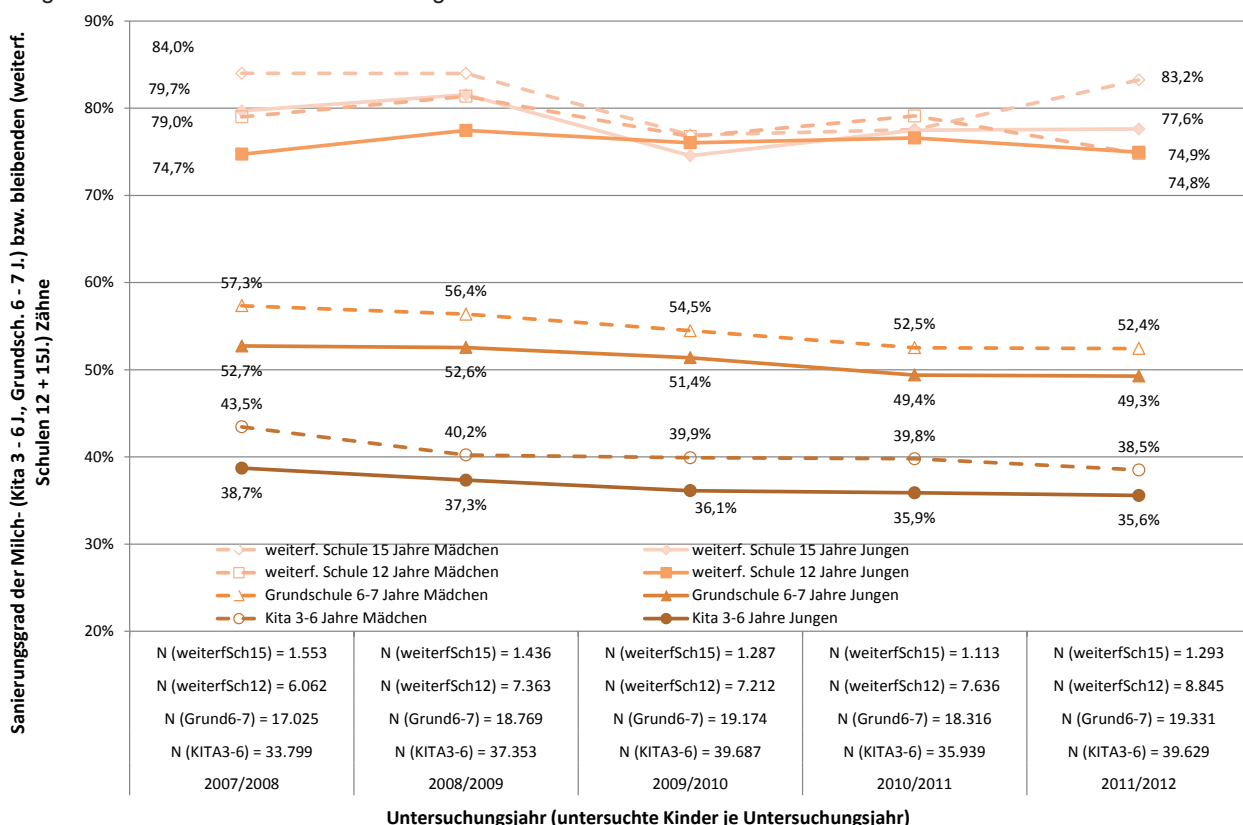
ZRU_13: Sanierungsgrad der Zähne

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	besser
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Stagnation/Verschlechterung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Der Zahnsanierungsgrad (Anteil sanierter (f- bzw. F-) Zähne am gesamten dmf-t- bzw. DMF-T-Wert) ist ein Indikator für die Intensität der Inanspruchnahme von zahnärztlicher Versorgung: ein niedriger Sanierungsgrad bedeutet, dass ein hoher Anteil der kariösen Zähne unversorgt ist oder im kariösen Endstadium extrahiert wurde. Seit 2007/2008 ist der Sanierungsgrad in Sachsen-Anhalt bei 12- und 15-jährigen Regelschülern in etwa gleichgeblieben (ca. 77 % bzw. 80 %) und hat sich bei 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern und 6- bis 7-jährigen Grundschulern sogar etwas verschlechtert (von 41 % auf 37 % bzw. von 55 % auf 51 %). Dies weist auf eine Stagnation oder sogar Verschlechterung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung hin. Der Zahnsanierungsgrad war in allen Altersgruppen bei Jungen geringer als bei Mädchen. Dies weist auf eine schlechtere Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung bei Jungen hin. Der Zahnsanierungsgrad in Sachsen-Anhalt im Jahr 2011/2012 war in den 3 „Pieperaltersgruppen“ (6 - 7 J: **46,8 %**, 12 J: **71,9 %**, 15 J: **80,4 %**) allerdings immer noch höher als die Bundesdurchschnitt in den entsprechenden 3 Altersgruppen in der Pieperstudie 2009 (**43,4 %** bzw. **69,3 %** bzw. **72,6 %**, vgl. **ZRU_21**). Zusammengefasst mit den Werten zur Gebissanierungsquote (siehe oben) weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass die zahnärztliche Versorgung (bzw. deren Inanspruchnahme) bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundes-

durchschnitt gut (intensiv) ist. Der Anteil unversorgter (d/D- und m/M-) Zähne (**15 % - 44 %**) und behandlungsbedürftiger Gebisse (**9 % - 38 %**) ist jedoch auch in Sachsen-Anhalt noch deutlich verbesserungswürdig. Es muss Sorge getragen werden, dass der Zahnsanierungsgrad - vor allem bei Milchzähnen von Kita- und Grundschulkindern - nicht weiter sinkt.

Kinder aus sozial schwachen Familien haben fast immer eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als Kinder aus sozial besser gestellten Familien. Da der Anteil sozial schwacher Familien in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt ist, wäre mit einer deutlich schlechteren Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen zu rechnen. Die Tatsache, dass die Zahngesundheit der 12-Jährigen in Sachsen-Anhalt inzwischen fast dem Bundesdurchschnitt entspricht (vgl. **ZRU_21**), ist als großer Erfolg zu werten. Dieser Erfolg geht in erster Linie auf die jahrelange intensive Betreuung durch die Zahnärzt/innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gruppenprophylaxe und Aufdeckung von Behandlungsbedarf) und durch die niedergelassenen Zahnärzt/innen zurück (Individualprophylaxe und kurative Behandlung). Dass in Sachsen-Anhalt die Verbesserung der Zahngesundheit in der Altersgruppe der 15-Jährigen langsamer voranschreitet als bei den 12-Jährigen (vgl. DMF-T-Werte und Anteile naturgesunder Gebisse Sachsen-Anhalt/Deutschland in **ZRU_21**), zeigt, dass bei nachlassender Betreuung (die Betreuungspflicht nach SGB V § 21 endet mit 12 Jahren, der ÖGD beschränkt aufgrund knapper personeller Ressourcen seine Arbeit vorwiegend auf < 12-Jährige) der Einfluss der sozialen Lage auf die Zahngesundheit der Jugendlichen wieder „die Oberhand“ gewinnt. Eine intensive zahnärztliche Aufklärung, Prophylaxe und Betreuung über das Alter von 12 Jahren hinaus könnte dem negativen Einfluss von (zahn)ungesunden Lebensstilen (welche in sozial schwächeren Familien häufiger sind) entgegenwirken.



ZRU_14 und ZRU_15: Versiegelungsquote und Anzahl versiegelter Zähne pro Kind

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	teilw. besser, teilw. schlechter
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Stagnation/Verschlechterung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	teilw. ja, teilw. nein

Als „Versiegelungsquote“ wird hier der Anteil der Kinder/Jugendlichen definiert, der mindestens einen versiegelten bleibenden Backenzahn aufweist. Eine weitere Maßzahl für die Intensität von Versiegelungen ist die Anzahl versiegelter bleibender Backenzähne pro untersuchtem Kind. Anders als bei der Versiegelungsquote, geht bei dieser Maßzahl ein, wie viele Zähne versiegelt wurden.

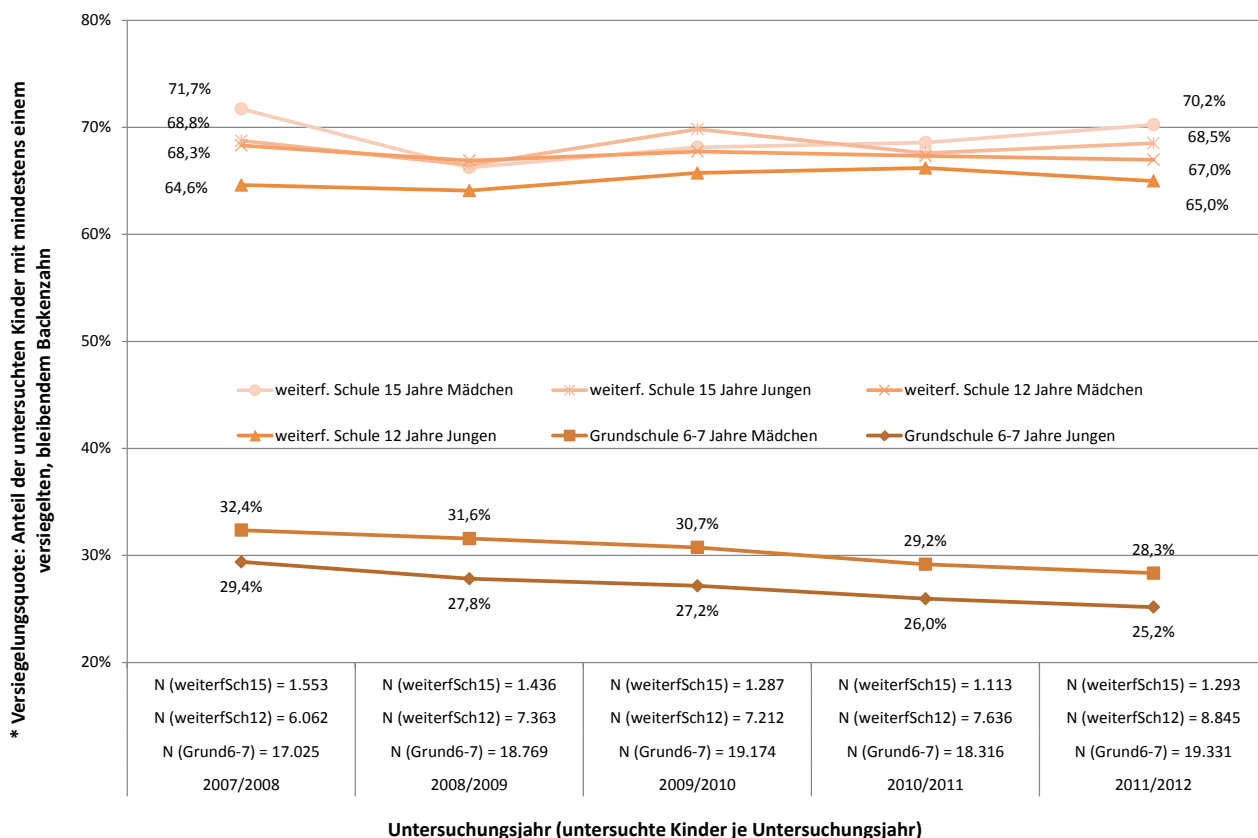
Während die Versiegelungsquote bei 12- und 15-Jährigen und die Anzahl versiegelter Zähne bei 12-Jährigen in den letzten Jahren in etwa auf gleichem Niveau geblieben sind, hat sich die Anzahl versiegelter Zähne bei 15-Jährigen bis zum Jahr 2010/2011 geringfügig verschlechtert; bei 6- bis 7-Jährigen ist sowohl die Versiegelungsquote als auch die Anzahl der versiegelten Zähne in den 5 Beobachtungsjahren kontinuierlich (wenn auch geringfügig) gefallen.

Versiegelungen von bleibenden Zähnen bei Kindern < 10 Jahre sind (zzt.) in Deutschland vergleichsweise selten: im Mittel hatten in der Pieperstudie 2009 die 6- bis 7-Jährigen nur **0,44** versiegelte bleibende Zähne. In Sachsen-Anhalt waren es

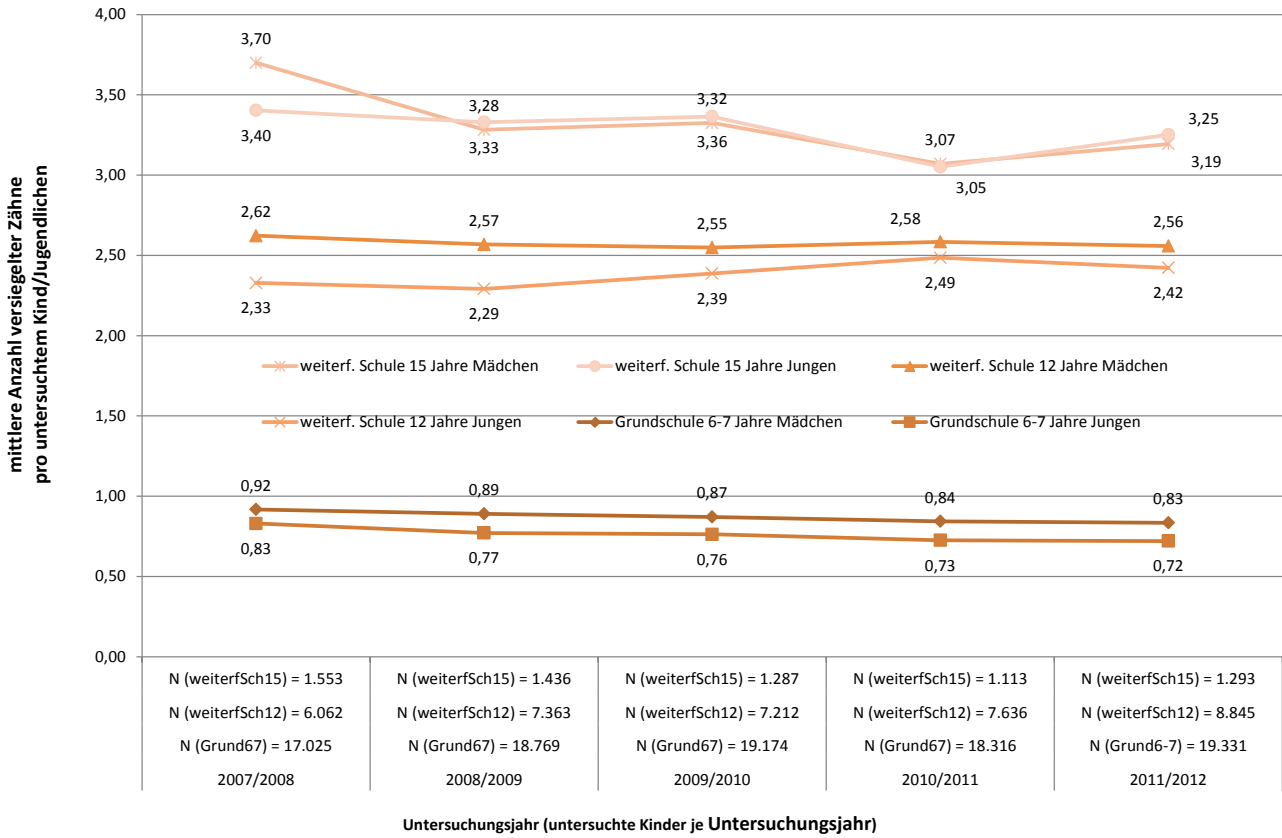
im Jahr 2011/2012 in dieser Altersgruppe immerhin **0,78** und damit deutlich mehr als im Bundesdurchschnitt (vgl. **ZRU_21**). 12- und 15-Jährige hatten in Sachsen-Anhalt im Jahr 2011/2012 im Mittel geringfügig weniger versiegelte bleibende Zähne (**2,49** bzw. **3,22**) als Gleichaltrige in der Pieperstudie 2009 (**2,78** bzw. **3,84**, vgl. **ZRU_21**).

Jungen im Alter von 6 - 7 Jahren hatten in allen Untersuchungsjahren eine geringere Versiegelungsquote und eine geringere Anzahl versiegelter Zähne als Mädchen. Dies bestätigt die Ergebnisse bzgl. des Gebiss- und Zahnstatus von ≤ 7-Jährigen (**ZRU_07** bis **ZRU_09**) und bzgl. der Behandlungsbedürftigkeit der Gebisse, der Gebissanierungsquote und des Sanierungsgrades (vgl. **ZRU_12** bis **ZRU_13**) und weist darauf hin, dass Jungen anscheinend seltener zahnärztliche Versorgung in Anspruch nehmen und deshalb (sowie aufgrund eines schlechteren Zahnpflegeverhaltens) eine schlechtere Zahngesundheit haben als gleichaltrige Mädchen. Dies zeigt sich jedoch nur im Milchgebiss. Im späten Kindes- und im Jugendalter wird das schlechtere Zahnpflege- und Inanspruchnahmeverhalten von Jungen durch den „physiologischen Entwicklungsvorsprung“ und die dadurch bedingte statistisch frühere Entwicklung von Karies überkompensiert (vgl. **ZRU_07** und Basisbericht 2010).

In Anbetracht des sehr wirksamen Kariesschutzes von Versiegelungen (vgl. **ZRU_19** und **ZRU_20**) sollten Maßnahmen ergriffen werden, damit die Inanspruchnahme von Versiegelungen durch Kinder und Jugendliche in Sachsen-Anhalt nicht (weiter) sinkt. Außerdem sollten Versiegelungen regelmäßig erneuert werden, da diese mit der Zeit „ausgewaschen“ werden.



ZRU_14 Versiegelungsquote (Anteil der untersuchten Kinder/Jugendlichen mit mindestens einem versiegelten, bleibenden Backenzahn) bei Mädchen/Jungen in Grundschulen und weiterführenden Regelschulen (Sekundarschulen, Gymnasien, Gesamtschulen, sonstige weiterführende Schulen), Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich



ZRU_15 Anzahl versiegelter bleibender Backenzähne bei Mädchen/Jungen in Grundschulen und weiterführenden Regelschulen (Sekundarschulen, Gymnasien, Gesamtschulen, sonstige weiterführende Schulen), Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

ZRU_16: Kieferorthopädische Anomalien

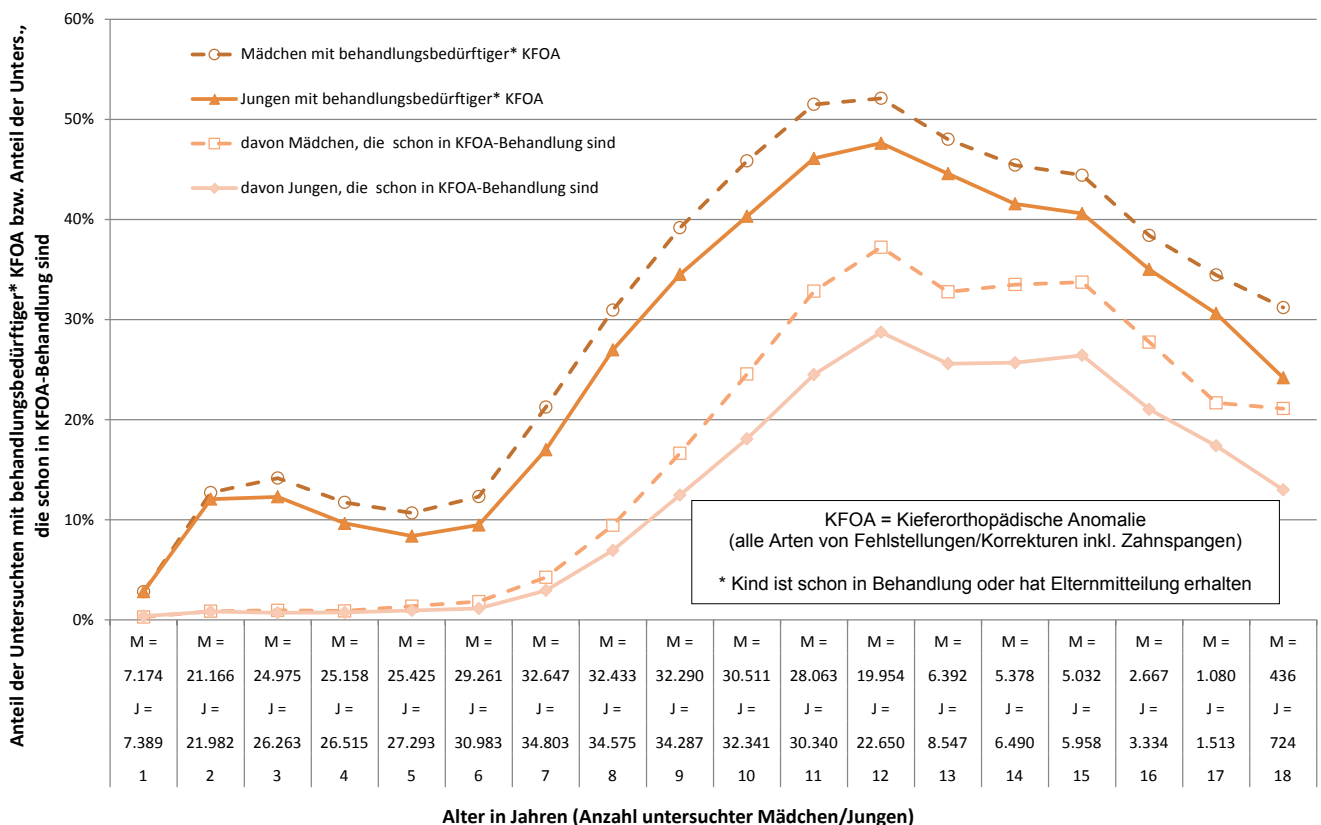
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	keine Vergleichsdaten verfügbar
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	keine Vergleichsdaten verfügbar
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	nicht untersucht
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Als „Kieferorthopädische Anomalie“ (KFOA) werden hier alle Arten von Fehlstellungen/Korrekturen (inklusive Zahnspangen) ohne nähere Spezifizierung definiert. Als „behandlungsbedürftige kieferorthopädische Anomalie“ (bKFOA) wird eine KFOA definiert, die so gravierend ist, dass das Kind schon in Behandlung ist (inkl. Tragen einer Zahnspange) oder dass die Eltern anlässlich der Untersuchung des Kindes eine Mitteilung über den erstmaligen oder erneuten Behandlungsbedarf erhalten. Insgesamt (alle Altersstufen 1 - 18 Jahre) hatten 27 % der untersuchten Kinder/Jugendlichen eine behandlungsbedürftige kieferorthopädische Anomalie (bKFOA), unter den 10- bis 18-Jährigen waren es 46 %. Die Häufigkeit der Diagnose einer bKFOA steigt bis zum Alter von 3 Jahren und fällt dann bis zum Alter von 6 Jahren wieder ab. Dies ist auf eine natürliche Rückbildung von KFOA zurückzuführen, die teils durch den natürlichen Milchzahnausfall, teils durch das Absetzen von Nuckelflaschen, Saugern usw. ermöglicht wird. Im Alter von 7 - 12 Jahren steigt die Häufigkeit von bKFOA-Diagnosen dann rapide an. Dies ist einerseits durch die zunehmende Manifestation von KFOAs im sich entwickel-

den Dauergebiss bedingt, andererseits dadurch, dass die Zahnärztinnen/Zahnärzte häufig erst mit zunehmendem Alter der Kinder eine KFOA-Behandlung empfehlen, weil die gesetzlichen Krankenkassen diese in der Regel erst ab 10 - 12 Jahren erstatten. Der Rückgang der bKFOA-Diagnosen ab 12 Jahre ist wahrscheinlich auf den zunehmenden Erfolg von KFOA-Behandlungen zurückzuführen, die in jüngerem Alter begonnen wurden.

Bezogen auf alle Kinder/Jugendlichen (1 - 18 Jahre), die eine behandlungsbedürftige kieferorthopädische Anomalie hatten, waren etwa 42 % schon in Behandlung; unter den 10- bis 18-Jährigen mit bKFOA waren es etwa 59 %. Das bedeutet, dass selbst in einem Alter, in dem KFOA-Behandlungen spätestens eingeleitet werden sollten (ab 10 Jahre), bei 41 % der Heranwachsenden mit bKFOA, aktuell keine Behandlung erfolgte und der erstmalige oder erneute Behandlungsbedarf erst durch die Untersuchungen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste aufgedeckt wurde.

Mädchen erhielten in allen Jahresaltersstufen häufiger die Diagnose bKFOA als Jungen. Ob dies ausschließlich auf eine tatsächlich schlechtere Zahnstellung/Kiefergesundheit bei Mädchen zurückzuführen ist, oder ob auch oder vor allem die Sensibilität der Eltern und Zahnärzt/innen bzgl. KFOA bei Mädchen größer ist als bei Jungen, kann hier nicht entschieden werden. Dass in allen Jahresaltersstufen bei Kindern/Jugendlichen mit bKFOA der Anteil schon in Behandlung Befindlicher bei Mädchen größer war als bei Jungen, scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass der KFOA-Handlungsbedarf bei Jungen geringer eingeschätzt wird als bei Mädchen.



ZRU_16 Kieferorthopädische Anomalien bei Mädchen/Jungen nach Alter, Sachsen-Anhalt, 2007/2008 - 2011/2012 (kumulierte Daten)

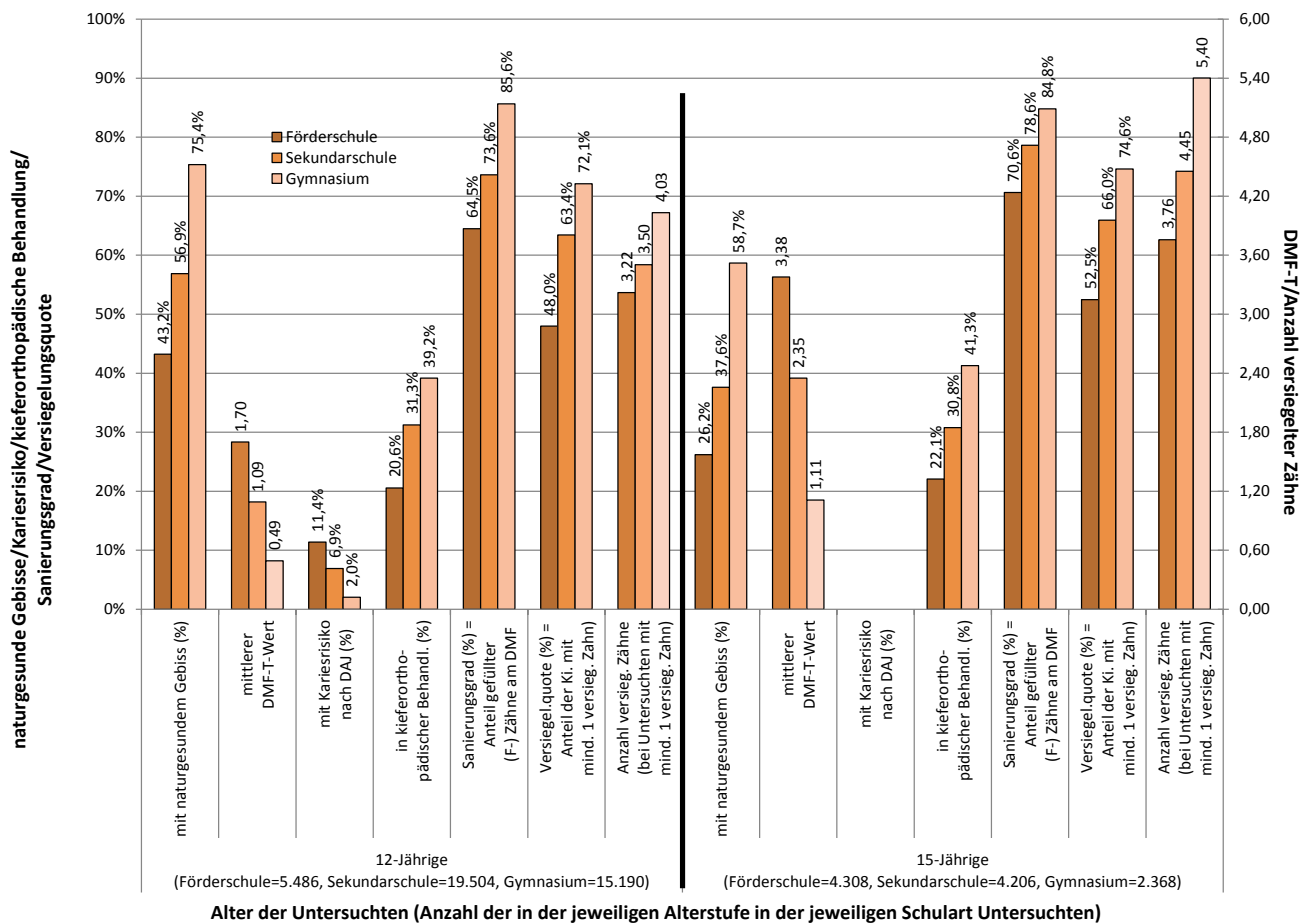
ZRU_17: Zahngesundheit und zahnmedizinische Versorgung nach Art der besuchten Schule

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	Bestätigung anderer Studien
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	Bestätigung anderer Studien
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	nicht untersucht
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Die soziale Lage der Familie hat einen entscheidenden Einfluss auf die Zahngesundheit der Kinder. Kinder aus sozial schwachen Familien haben fast immer eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als Kinder aus sozial besser gestellten Familien. Da der Sozialstatus der Kinder/Jugendlichen vom KJZD nicht direkt erhoben wird, wurde hier die Sozialstatus-Abhängigkeit der Zahngesundheit „indirekt“ über die Art der besuchten Schule untersucht: nachweislich ist nämlich in Deutschland der

Anteil von Kindern aus sozial schwachen Familien umso höher, umso niedriger das „Bildungsniveau“ (Gymnasium > Sekundarschule > Förderschule) der Schule ist.

Die Analyse nach besuchter Schulart zeigt, dass in beiden hier relevanten Altersgruppen (12- und 15-Jährige) sämtliche Zahngesundheits- und Zahnversorgungsindikatoren in Förderschulen schlechter als in Sekundarschulen und in Sekundarschulen wiederum schlechter als in Gymnasien waren. Die einzige scheinbare Ausnahme bildete die Häufigkeit einer bestehenden KFOA-Behandlung, welche - wenn man sie als Zahngesundheitsindikator versteht - eine „umgekehrte“ Rangfolge in den drei Schularten zeigte (Gym. > Sek. > Förd.). Tatsächlich handelt es sich hierbei aber eher um einen Versorgungsindikator, der dann wieder die erwartete Rangfolge zeigt (schlechteste Inanspruchnahme der Versorgung bei Förderschülern und beste Versorgung bei Gymnasiasten).



ZRU_17 Zahngesundheit und zahnmedizinische Versorgung von 12- und 15-Jährigen nach Art der besuchten Schule, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/08 - 2011/12 (kumuliert)

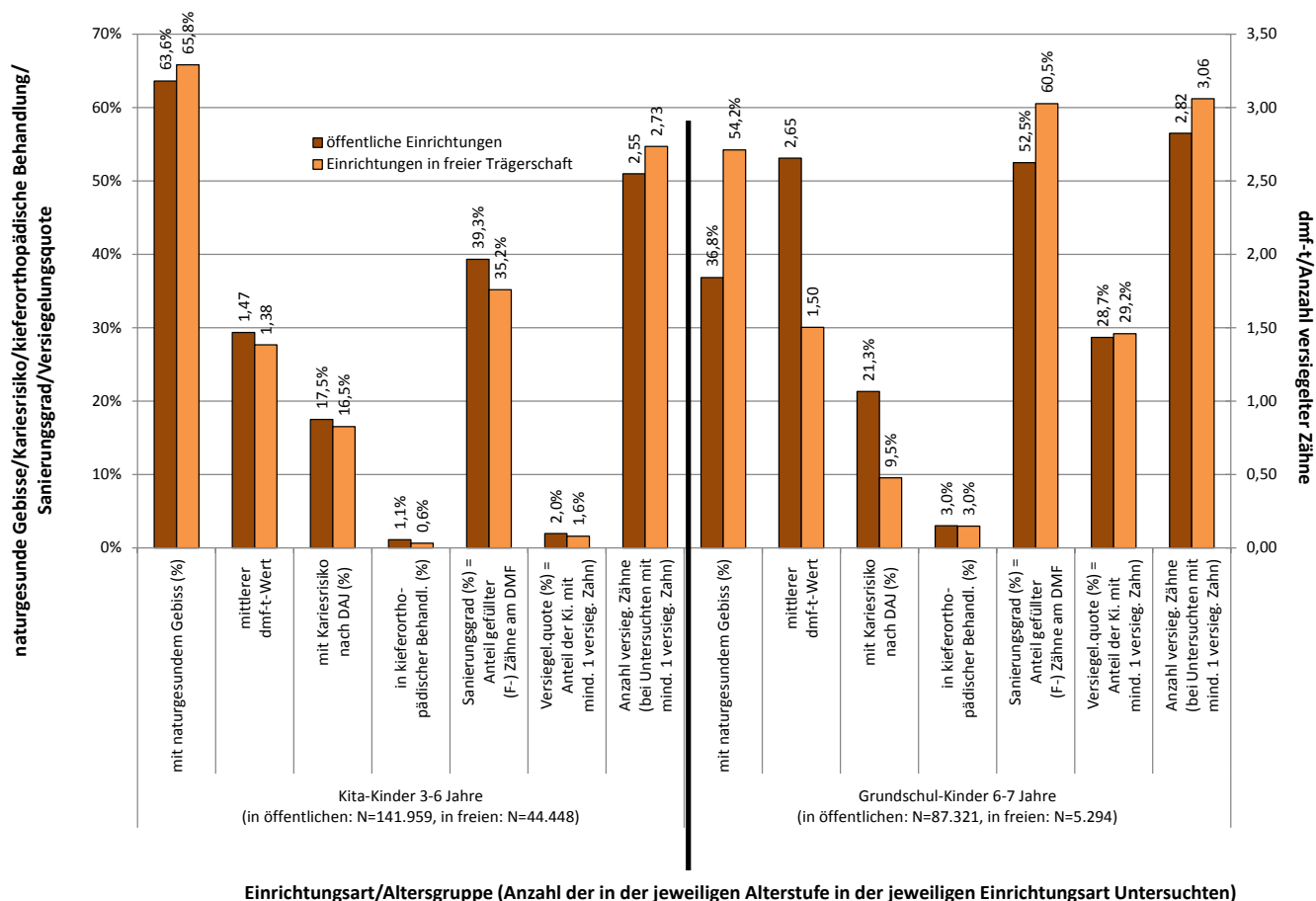
ZRU_18: Zahngesundheit und zahnmedizinische Versorgung nach Trägerschaft der besuchten Einrichtung

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	keine Vergleichsdaten verfügbar
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	keine Vergleichsdaten verfügbar
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	nicht untersucht
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Ebenso wie der Besuch einer Schule mit „hohem Bildungsniveau“ (z. B. Gymnasium) gilt der Besuch von Einrichtungen in freier Trägerschaft (im Vergleich zu öffentlichen Einrichtungen) in Deutschland als Indikator für die Zugehörigkeit der betreffenden Kinder/Jugendlichen zu sozial gut/besser gestellten Familien. Die Analyse derselben Zahngesundheits- und Zahnversorgungsindikatoren wie in **ZRU_17** in öffentlichen bzw. „freien“ Einrichtungen bestätigte einmal mehr die soziale Abhängigkeit der Zahngesundheit und -versorgung: in beiden hier relevanten Altersgruppen war die überwiegende Zahl der Indikatoren in Einrichtungen in freier Trägerschaft besser als in öffentlichen

Einrichtungen. Diese Unterschiede waren bei den 6- bis 7-Jährigen viel stärker als bei den 3- bis 6-Jährigen, vielleicht, weil die Trägerschaft bei Kitas in Sachsen-Anhalt ein weniger selektives Merkmal ist als die Trägerschaft bei Grundschulen (freie Kitas gibt es recht viele, freie Grundschulen deutlich weniger), vielleicht auch, weil mögliche Unterschiede in der Zahngesundheit und -versorgung sich bei Kita-Kindern noch nicht so deutlich manifestieren.

Einige Variablen folgten in einer oder in beiden Altersgruppen allerdings nicht dem erwarteten Schema: 1) der Prozentsatz der Kinder mit Kariesrisiko war in freien und öffentlichen Kitas in etwa gleich, 2) der Zahnsanierungsgrad war in freien Kitas sogar schlechter als in öffentlichen Kitas, 3) die Versiegelungsquote (Anteil der Kinder mit mindestens einem versiegelten Zahn) war in öffentlichen und freien Grundschulen in etwa gleich, 4) der Anteil der Kinder in KFOA-Behandlung war in öffentlichen und freien Einrichtungen in etwa gleich. Tiefergehende Analysen zu möglichen Gründen für diese „Abweichungen von der Regel“ konnten im Rahmen dieses Berichtes nicht geleistet werden.



ZRU_18 Zahngesundheit und zahnmedizinische Versorgung von Kita-Kindern (3 - 6 Jahre) und Grundschulkindern (6 - 7 Jahre) nach Trägerschaft der besuchten Einrichtung, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012 (kumuliert)

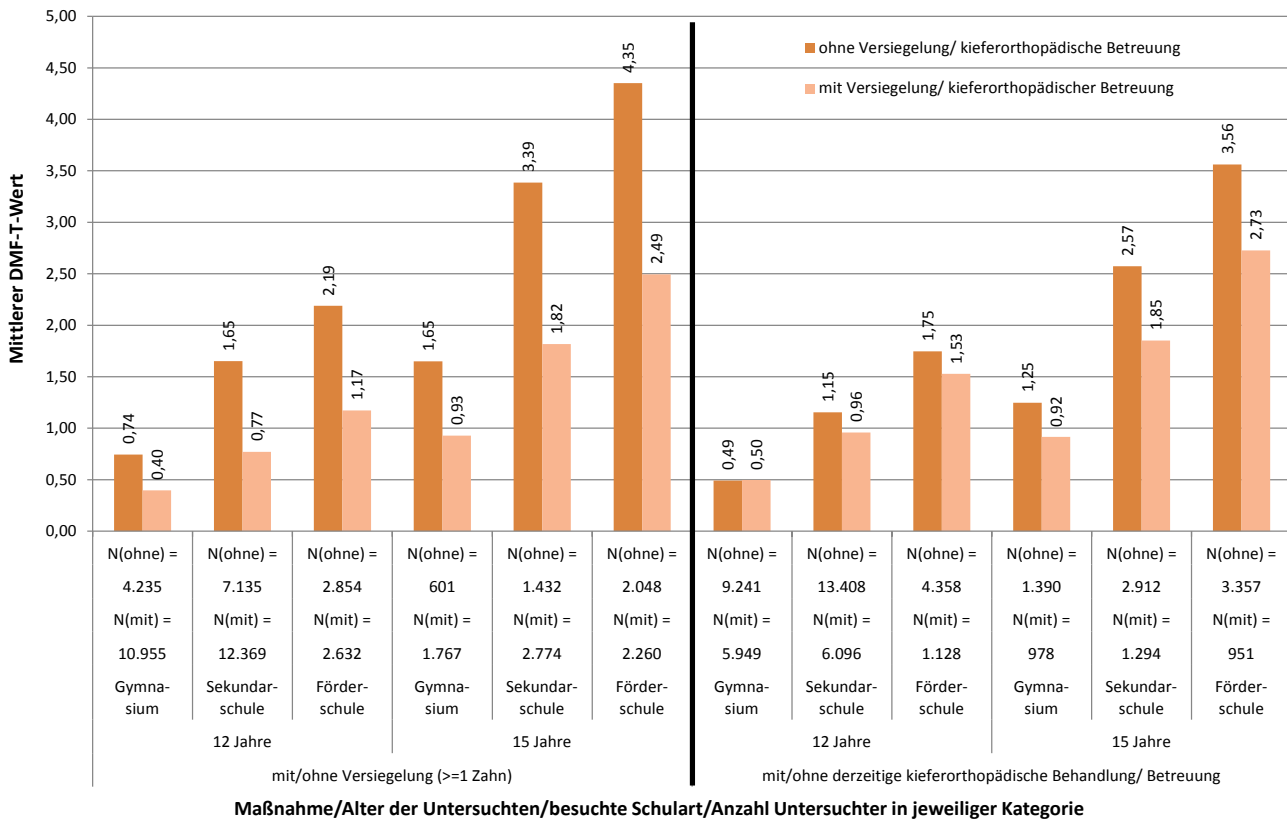
ZRU_19: Kariesprotektive Effekte (I): Einfluss des Versiegelungsstatus und des KFO-Betreuungsstatus

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	Bestätigung anderer Studien
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	Bestätigung anderer Studien
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	nicht untersucht
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/ Zeittrends des Basisberichts	ja

Die Versiegelung der Fissuren von bleibenden Backenzähnen (Molaren) hat bekanntermaßen einen kariesprotektiven Effekt. Dies konnte im vorliegenden Datensatz eindrucksvoll bestätigt werden: In zwei diskreten Altersstufen (12- bzw. 15-Jährige) zeigten Schüler/innen, die mindestens einen versiegelten bleibenden Backenzahn hatten, einen deutlich niedrigeren mittleren DMF-T-Wert als Schüler/innen ohne jegliche Versiegelung. Dieser Befund zeigte sich unabhängig von der besuchten Schulart, sowohl in Förderschulen als auch in Sekundarschulen als auch in Gymnasien. Dabei waren die DMF-T-Werte **bei Schü-**

ler/innen ohne Versiegelung durchgängig etwa doppelt so hoch wie bei Schüler/innen mit mindestens einem versiegelten Zahn.

Auch die Tatsache, dass eine Schülerin/ein Schüler sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in kieferorthopädischer Behandlung/Betreuung befand, hatte einen kariesprotektiven Effekt. Diese Kinder/Jugendlichen hatten im Mittel einen um den Faktor 0,82 niedrigeren DMF-T-Wert als Schüler/innen, die nicht in KFOA-Behandlung waren. Erklärungen für diesen Befund könnten sein, dass 1) Schüler/innen in kieferorthopädischer Behandlung durch die häufigen Zahnarztbesuche über einen langen Zeitraum auch häufigere Kontroll- und Prophylaxeleistungen erhalten, 2) Schüler/innen mit kieferorthopädischer Behandlung/Betreuung von sich aus oder durch ihr Elternhaus stärker für den allgemeinen Erhalt der Zahngesundheit sensibilisiert sind und deshalb ein besseres Zahnpflegeverhalten haben und häufiger selbstinitiativ zahnärztliche Kontrolle und Prophylaxe in Anspruch nehmen.



ZRU_19 Kariesprotektive Effekte (I): DMF-T bei 12- und 15-Jährigen in Abhängigkeit vom Versiegelungsstatus (mindestens 1 versiegelter bleibender Backenzahn) und vom KFO-Betreuungsstatus (Schüler/in befindet sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in kieferorthopädischer Behandlung/Betreuung), Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012 (kumuliert)

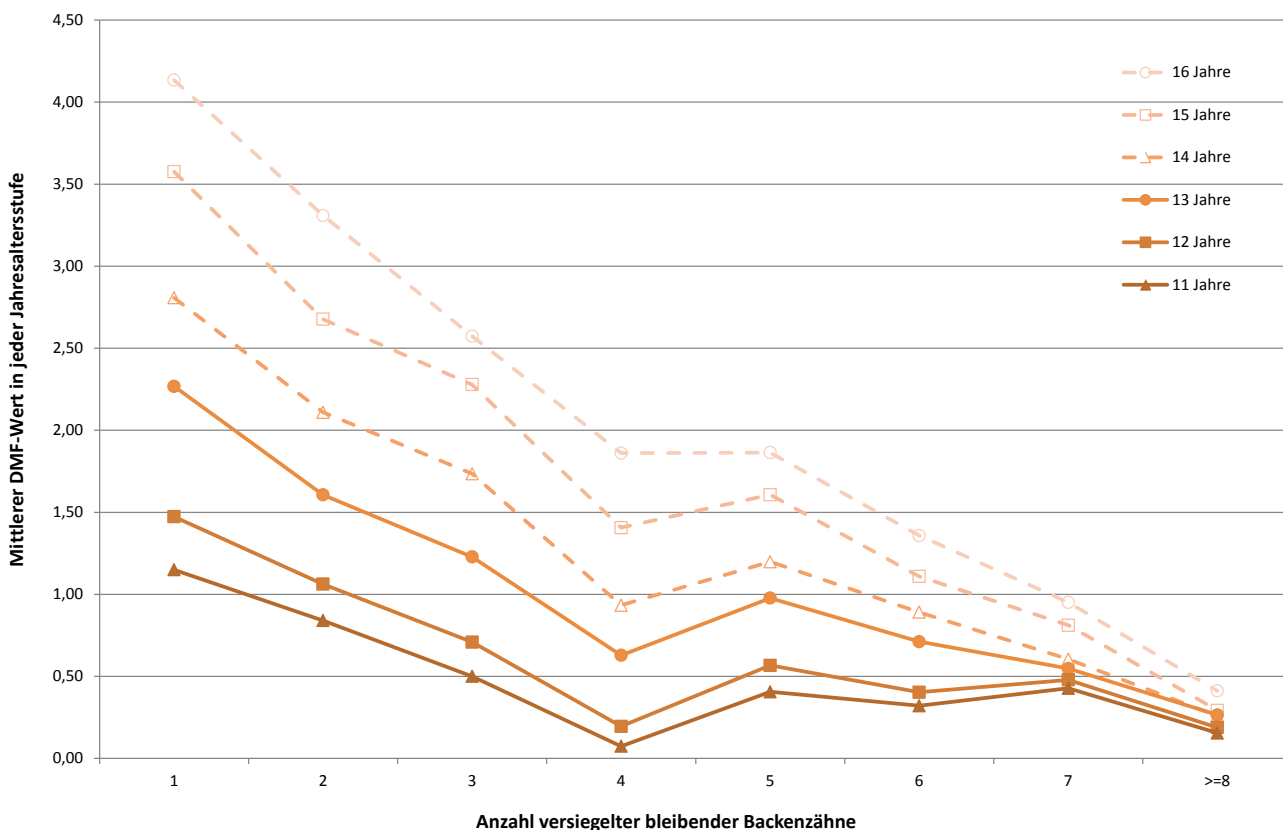
ZRU_20: Kariesprotektive Effekte (II): DMF-T in Abhängigkeit von der Anzahl der versiegelten Zähne

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	keine Vergleichsdaten verfügbar
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	keine Vergleichsdaten verfügbar
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	nicht untersucht
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	keine Vergleichsdaten verfügbar

Bei Jugendlichen im Alter von 11 - 16 Jahren zeigte sich eine frappierende, nahezu lineare Abhängigkeit des kariesprotektiven Effekts von Versiegelungen von der Anzahl versiegelter Zähne. Diese Abhängigkeit zeigte sich in nahezu identischer Weise in jeder der 6 untersuchten Jahressalterstufen. Der scheinbare „Bruch“ in der linearen Abhängigkeit (Wiederanstieg des DMF-T-Wertes zwischen 4 und 5 versiegelten Zähnen) ist darauf zurückzuführen, dass ein großer zeitlicher Abstand zwischen der 4. und 5. Versiegelung liegt und dass in dieser Zeit - altersbe-

dingt - der Kariesbefall zunimmt (zwischen Durchbruch der 1. Molaren (max. Versiegelung = 4) und dem Durchbruch der 2. Molaren (Versiegelung > 5) liegen im Mittel 4 - 5 Jahre).

Extrapoliert man die zwischen dem 1. und 4. versiegelten Zahn gefundene lineare Abhängigkeit des kariesprotektiven Effekts von der Anzahl der versiegelten Zähne, so wäre bei Jugendlichen mit null (0) versiegelten Zähnen eigentlich ein deutlich schlechterer (höherer) DMF-T-Wert zu erwarten, als in den betreffenden nicht versiegelten Altersgruppen tatsächlich gefunden wurde (Daten nicht gezeigt). Eventuell finden sich in der „0-Gruppe“ (ohne jegliche Versiegelung) besonders viele Jugendliche mit genetisch und/oder verhaltensbedingt guter Zahngesundheit, die gar nicht zum Zahnarzt gehen (müssen) und deshalb auch nie das Angebot einer Versiegelung erhalten. In der realen „0-Gruppe“ (keine Versiegelung) ist der natürliche DMF-T-Wert deshalb eventuell geringer als der fiktive, durch Extrapolation in der „Versiegelungsgruppe“ erwartete „DMF-T-Wert bei null (0) versiegelten Zähnen“.



ZRU_20 Kariesprotektive Effekte (II): DMF-T bei 11- bis 16-Jährigen in Abhängigkeit von der Anzahl versiegelter Zähne, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012 (kumuliert)

ZRU_21: Zahngesundheit von Kindern/Jugendlichen in Sachsen-Anhalt/ Deutschland

Werte Sachsen-Anhalt 2011/2012 im Vergl. zum Bundesdurchschnitt 2009	teilw. schlechter, teilw. besser
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Verbesserung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/Zeittrends des Basisberichts	ja

Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt hat sich in den letzten Jahren in allen Alters- und Einrichtungsgruppen durchgängig verbessert. In diesem Bericht wird dies exemplarisch bei 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern, 6- bis 7-jährigen Grundschulern und 12- und 15-Jährigen in weiterführenden Regelschulen gezeigt (**ZRU_08** bis **ZRU_11**). Diese Gruppen wurden gewählt, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien, vor allem mit den epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe (sog. „Pieperstudie“) zu gewährleisten.

Aufgrund der kontinuierlichen Verbesserung war die Zahngesundheit von Kindern/Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im letzten Untersuchungsjahr (2011/2012) nur noch bzgl. des Milchgebisses von 6- bis 7-Jährigen auffallend schlechter als im Bundesdurchschnitt der Pieperstudie 2009. Die mittleren DMF-

T-Werte der 12- und 15-Jährigen haben inzwischen in etwa den Bundesdurchschnitt von 2009 erreicht.

Die kontinuierliche Verbesserung der Zahngesundheit in allen Alters- und Einrichtungsgruppen ist auf dem Hintergrund des hohen Anteils sozial schwacher Familien in Sachsen-Anhalt als großer Erfolg zu werten. Dieser war nur möglich, weil die zahnärztliche Betreuung der Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt bis jetzt sehr intensiv war. Dies zeigt sich an einer im Bundesvergleich intensiveren gruppenprophylaktischen Betreuung durch den ÖGD (**ZRU_22**), einer höheren Gebissanierungsquote (vgl. Besprechung zu **ZRU_12**), einem höheren Zahnsanierungsgrad (**ZRU_21**) und einer höheren (6 - 7-Jährige) bzw. nur noch wenig geringeren (12- und 15-Jährige) Anzahl versiegelter Zähne pro Kind (**ZRU_21**) in Sachsen-Anhalt. Die bisherige gute zahnmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt ist vor allem auf die regelmäßige und flächendeckende Kontrolle von Kita-Kindern und Schülern durch den ÖGD und das etablierte Benachrichtigungswesen an die Eltern zurückzuführen. Damit die Zahngesundheit der Heranwachsenden in Sachsen-Anhalt sich weiter verbessert (bzw. nicht wieder verschlechtert), sollte die hohe Intensität der zahnärztlichen Betreuung unbedingt aufrechterhalten werden.

		6-7-Jährige, Grundschule		12-Jährige, weiterführende Schulen		15-Jährige, weiterführende Schulen	
		Deutschland ¹ (Pieperstudie 2009)	Sachsen-Anhalt (ZRU 2011/2012)	Deutschland ¹ (Pieperstudie 2009)	Sachsen-Anhalt (ZRU 2011/2012) ²	Deutschland ¹ (Pieperstudie 2009)	Sachsen-Anhalt (ZRU 2011/2012) ²
Untersuchte		29.153	19.331	31.937	8.781	26.134	1.293
Gebissstatus	Anteil der Untersuchten mit naturgesundem Gebiss ³ (bezogen auf Milch- <u>und</u> Dauergebiss in allen Altersgruppen)	52,4%	41,9%	60,8%	58,9%	55,6%	48,6%
	Anteil der Untersuchten mit naturgesundem Gebiss ³ (bezogen auf Milch- (6-7-Jähr.) <u>bzw.</u> Dauergebiss (12-, 15-Jähr.))	53,2%	42,8%	69,2%	69,1%	56,2%	49,1%
	Anteil der Unters. mit behandlungsbedürftigem Gebiss ³ (bezogen auf Milch- <u>und</u> Dauergebiss in allen Altersgruppen)	32,6%	37,5%	16,2%	13,3%	16,4%	12,6%
	Anteil der Unters. mit behandlungsbedürftigem Gebiss ³ (bezogen auf Milch- (6-7-Jähr.) <u>bzw.</u> Dauergebiss (12-, 15-Jähr.))	•	36,8%	•	9,0%	•	12,5%
Zahnstatus	mittlerer dmf-t-Wert ⁴ (6-7-Jährige) bzw. mittlerer DMF-T-Wert ⁴ (12- und 15-Jährige)	1,87	2,29	0,72	0,69	1,41	1,43
	Anteil der durch Füllung sanierten Zähne unter allen Zähnen mit aktueller oder früherer Karies ³ (6-7-Jährige: f/dmf; 12- und 15-Jährige: F/DMF)	43,4%	46,8%	69,3%	71,9%	72,6%	80,4%
	Anteil der behandlungsbedürftigen Zähne unter allen Zähnen mit aktueller oder früherer Karies ³ (6-7-Jährige: d/dmf; 12- und 15-Jährige: D/DMF)	47,4%	44,2%	28,3%	24,5%	24,6%	15,3%
Versiegelungen	Anzahl versiegelter bleibender Zähne pro untersuchtem Kind/ Jugendlichen ³	0,44	0,78	2,78	2,49	3,84	3,22

¹ inklusive Sachsen-Anhalt

² in Sekundarschulen, Gymnasien, Gesamtschulen oder sonstigen weiterführenden Schulen

³ Deutschlandwerte: eigene Berechnung über das gewichtete Mittel* der Länderwerte in der Pieperstudie 2009
(*nach Anzahl der gemeldeten Schüler in der 1., 6., 9. Klasse in den verschiedenen Bundesländern im Jahr 2009. Quelle: www.destatis.de)

⁴ Deutschlandwerte: Originalwerte aus der Veröffentlichung der Pieperstudie 2009

• keine Daten verfügbar

ZRU_21 Vergleich der wichtigsten zahnmedizinischen Parameter von Kindern/Jugendlichen in ausgewählten Altersgruppen, Sachsen-Anhalt (2011/2012)/Deutschland (2009)

ZRU_22: Teilnahme an Gruppenprophylaxe-Impulsen und Fluoridierungen

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	besser
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	kein Vergleich durchgeführt
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	gleichbleib. bzw. Verbesserung
Bestätigung/Fortführung der Ergebnisse/ Zeittrends des Basisberichts	ja

Die Teilnahme an Gruppenprophylaxeimpulsen und Fluoridierungen kann entweder impulsbezogen oder kindbezogen dargestellt werden. Im ersten Fall bedeutet „85 % Teilnahme an 1. Impuls“, dass 85 % der Kinder an dem Impuls mit der höchsten Teilnehmerzahl (meist der erste Impuls) im Schuljahr teilgenommen haben. Im zweiten Fall bedeutet „85 % Teilnahme an einem Impuls“, dass 85 % der Kinder an mindestens einem Impuls teilgenommen haben. Hierunter zählt also auch ein Kind, das krankheitsbedingt erst am 4. (u. U. schlecht frequentierten) Impuls im Schuljahr teilgenommen hat. Während die DAJ die Daten impulsbezogen darstellt, werden in der GBE in Sachsen-Anhalt die Daten kindbezogen geführt (hier können allerdings

nur Daten von Landkreisen/kreisfreien Städten berücksichtigt werden, die ihre Daten elektronisch schicken). **ZRU_22 a** zeigt, dass in Sachsen-Anhalt im Mittel der Untersuchungsjahre und Einrichtungs-/Altersgruppen etwa **77 %** der in den betreffenden Einrichtungen gemeldeten Heranwachsenden an mindestens einem Prophylaxeimpuls teilnahmen und etwa **25 %** mindestens eine Fluoridierung (Gel, Lösung, Lack oder Tabletten) erhielten. An mindestens 2 Impulsen bzw. an mindestens 2 Fluoridierungen nahmen immerhin etwa **34 %** bzw. **14 %** teil. **ZRU_22 b** zeigt, dass die gruppenprophylaktische Betreuung der Heranwachsenden (Teilnahme an Impulsen und Fluoridierungen) durch die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt sowohl nach impulsbezogener als auch nach kindbezogener Darstellung **deutlich besser (höher) als im Bundesdurchschnitt ist** (einzige Ausnahme: DAJ-Angaben zur Gruppenprophylaxe in Kitas in Sachsen-Anhalt im Schuljahr 2007/2008; hier wurde eventuell eine andere Bezugsgröße für Sachsen-Anhalt verwendet). Am auffälligsten sind der mehr als doppelt so hohe Anteil gruppenprophylaktisch erreichter Schüler in den 5. und 6. Klassen und die 2- bis 4-mal höheren Anteile fluoridierter Kinder in allen Einrichtungen/Altersgruppen.

		Anzahl der in den Einricht. gemeldeten Kinder/Jugendliche*	Teilnahme an mindestens einem Gruppenprophylaxe-Impuls**	Teilnahme an 2 oder mehr Gruppenprophylaxe-Impulsen**	Teilnahme an mindestens einer Fluoridierung	Teilnahme an 2 oder mehr Fluoridierungen
2007/2008 ¹	Kita	67.214	73,9 %	38,3 %	14,9 %	2,7 %
	Grundschule	55.022	85,4 %	37,5 %	31,8 %	14,6 %
	Regelschule 5.+6. Kl.	23.240	64,8 %	8,3 %	12,0 %	3,2 %
	Förderschule	11.090	70,3 %	33,0 %	39,0 %	22,3 %
2008/2009 ²	Kita	77.889	76,9 %	37,4 %	10,4 %	2,7 %
	Grundschule	61.314	86,3%	44,6 %	30,0 %	19,2 %
	Regelschule 5.+6. Kl.	27.126	59,7 %	12,1 %	11,0 %	4,9 %
	Förderschule	12.968	72,6 %	38,9 %	44,3 %	28,0 %
2009/2010 ²	Kita	78.660	74,4 %	39,1 %	14,9 %	6,7 %
	Grundschule	61.256	91,3 %	45,6 %	30,6 %	18,6 %
	Regelschule 5.+6. Kl.	27.735	68,0 %	17,1 %	11,3 %	4,6 %
	Förderschule	12.363	78,2 %	44,9 %	44,2 %	30,0 %
2010/2011 ²	Kita	79.243	74,3 %	37,9 %	13,2 %	1,9 %
	Grundschule	60.655	90,6 %	44,0 %	32,7 %	17,9 %
	Regelschule 5.+6. Kl.	28.823	73,5 %	15,5 %	14,3 %	4,2 %
	Förderschule	11.924	77,0 %	43,0 %	43,0 %	31,1 %
2011/2012 ³	Kita	83.550	73,8 %	37,0 %	13,1 %	5,7 %
	Grundschule	63.540	91,2 %	39,5 %	32,4 %	19,8 %
	Regelschule 5.+6. Kl.	30.581	73,2 %	17,2 %	13,5 %	3,9 %
	Förderschule	11.732	77,6 %	42,8 %	42,6 %	27,5 %

¹ ohne die Daten von Halle, Dessau-Roßlau und Jerichower Land,

² ohne die Daten von Dessau-Roßlau und Jerichower Land,

³ ohne die Daten von Dessau-Roßlau

* Kita-Statistik des Landesverwaltungsamts (www.sachsen-anhalt.de) und Schuljahresanfangsstatistik des Kultusministeriums Sachsen-Anhalt

** kindbezogene Darstellung: für jedes einzelne Kind wird ermittelt, an wie vielen Impulsen es teilgenommen hat

ZRU_22 a Teilnahme der nach SGB V § 21 zu betreuenden Kinder/Jugendlichen an der Gruppenprophylaxe der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

	Schuljahr	Region	Kita	Grundschule	Klasse 5 + 6 in weiterf. Schulen	Sonder-/ Förderschule
Teilnahme an mindestens einem Gruppenprophylaxe-Impuls*	2007/2008	Sachsen-Anhalt	62,6 %	85,0 %	65,5 %	69,4 %
		Deutschland	70,1 %	72,8 %	32,1 %	49,3 %
	2008/2009	Sachsen-Anhalt	75,5 %	83,1 %	63,6 %	67,0 %
		Deutschland	77,3 %	77,4 %	32,5 %	51,8 %
	2009/2010	Sachsen-Anhalt	75,2 %	88,5 %	68,1 %	71,9 %
		Deutschland	80,0 %	80,6 %	33,8 %	54,2 %
	2010/2011	Sachsen-Anhalt	72,3 %	88,2 %	71,6 %	71,6 %
		Deutschland	80,4 %	81,1 %	35,0 %	54,3 %
Teilnahme an mindestens einer Fluoridierung*	2007/2008	Sachsen-Anhalt	11,1 %	33,4 %	10,6 %	42,1 %
		Deutschland	3,4 %	17,2 %	5,4 %	20,8 %
	2008/2009	Sachsen-Anhalt	11,9 %	31,2 %	12,5 %	44,6 %
		Deutschland	3,8 %	16,0 %	5,6 %	20,4 %
	2009/2010	Sachsen-Anhalt	17,8 %	35,4 %	12,6 %	48,1 %
		Deutschland	3,8 %	16,1 %	5,6 %	21,0 %
	2010/2011	Sachsen-Anhalt	15,5 %	28,9 %	15,6 %	46,3 %
		Deutschland	4,7 %	17,5 %	6,1 %	22,3 %

* Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe (impulsbezogene Darstellung: es wird die Anzahl Kinder in demjenigen Impuls des betreffenden Schuljahres verwendet, bei dem die meisten Kinder anwesend waren)

ZRU_22 b Gruppenprophylaktische Betreuung nach SGB V § 21, Sachsen-Anhalt/Deutschland

ZRU_23: Regionale Unterschiede des dmf-t- bzw. DMF-T-Wertes bei 6- bis 7- und 12-Jährigen

Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	keine Vergleichbarkeit
Werte in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu ausgewählten Bundesländern	keine Vergleichbarkeit
Zeittrend in Sachsen-Anhalt seit 2007/2008	Verbesserung
Bestätigung/ Fortführung der Ergebnisse/ Zeittrends des Basisberichts	ja

Im Basisbericht wurden in mehreren Altersgruppen deutliche regionale Unterschiede bzgl. zweier Zahnindikatoren festgestellt. Aufgrund der Tatsache, dass sich bezüglich 12 verschiedener Indikator-Altersgruppen-Kombinationen Landkreise/kreisfreie Städte mit „besserer Zahngesundheit“ und solche mit „schlechterer Zahngesundheit“ ausmachen ließen, wurde vermutet, dass es sich bei den regionalen Unterschieden nicht in erster Linie um methodische Variabilität, sondern um echte zahnmedizinische Unterschiede handelte. Diese Vermutung kann hier bestätigt und konkretisiert werden. Die wichtigsten Indikatoren zur Zahngesundheit (dmf-t- bzw. DMF-T-Wert) und zur Zahnversorgung (Zahnsanierungsgrad und Anzahl versiegelter Zähne) wurden in zwei häufig verwendeten Altersgruppen (6- bis 7-jährige Grundschüler und 12-jährige Schüler an weiterführenden Schulen) in zwei Berichtsperioden (2007/08 - 2008/09 bzw. 2009/10 - 2010/11) auf regionale Abweichungen überprüft (ZRU_23). Das Ergebnis war:

- Die Unterschiede des dmf-t- bzw. DMF-T-Wertes waren zwischen einzelnen Landkreisen/kreisfreien Städten erheblich und fanden sich in beiden Altersgruppen und beiden Berichtsperioden wieder.
- Die dmf-t- und DMF-T-Rangpositionen der 12 untersuchten Landkreise/kreisfreien Städte zwischen 1. und 2. Berichtsperiode änderten sich nur geringfügig (maximal um 3 Positionen, im Mittel um nur 1,08 Rangpositionen), d.h. die „zahngesundheitliche Lage“ der Landkreise/kreisfreien Städte bestätigte sich jeweils in der 1. und 2. Berichtsperiode.
- Die Rangpositionen der einzelnen Landkreise/kreisfreien Städte bzgl. des dmf-t-Wertes bei 6- bis 7-Jährigen und bzgl. des DMF-T-Wertes bei 12-Jährigen unterschieden sich ebenfalls nicht grundlegend (im Mittel um 1,8 Rangpositionen), d. h. es handelt sich anscheinend um allgemeine (nicht nur das Milchgebiss oder nur das Dauergebiss betreffende) Unterschiede der Zahngesundheit der Heranwachsenden zwischen den Regionen. Eine Ausnahme bildete die Stadt Halle (Saale), wo der mittlere DMF-T-Wert von 12-Jährigen im regionalen Vergleich deutlich schlechter war (Rang 7) als der mittlere dmf-t-Wert von 6- bis 7-Jährigen im Regionalvergleich (Rang 1). Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass in Halle (Saale) im gesamten Berichtszeitraum (2007/08 - 2010/11) bei den 12-Jährigen der Anteil Gymnasialschüler geringer (und der Anteil Sekundarschüler höher) war als bei den 12-Jährigen in den anderen Landkreisen/kreisfreien Städten.
- Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Beobachtungszeitraum die Verbesserung der Zahngesundheit der Heranwachsenden, welche in allen Regionen Sachsen-Anhalts festzustellen ist, anscheinend in Wittenberg besonders weit und im Salzlandkreis deutlich weniger weit fortgeschritten ist. Interessanterweise war dies in nachvollziehbarer Weise mit den „Versorgungsindikatoren“ in den beiden Regionen gekoppelt: die Inanspruchnahme von konservierenden Maßnahmen bei niedergelassenen Zahnärztinnen/Zahnärzten (gemessen als der bei den Untersuchungen des ÖGD festgestellte Zahnsanierungsgrad) war bei den Heranwachsenden in Wittenberg am höchsten und im Salzlandkreis am geringsten. Auch der Versiegelungsgrad war im Salzlandkreis am geringsten. Dass Wittenberg bzgl. der Versiegelungen nur Rang 5 einnimmt, könnte eventuell an der Nicht-Inanspruchnahme von Versiegelungen bei Kindern mit naturgesundem Gebiss liegen (vgl. Besprechung ZRU_20).

	Region	Berichtsperiode (BP) 1			Berichtsperiode (BP) 2			Rang- differenz BP2 - BP1	BP1+BP2	
		2007/2008 - 2008/09			2009/10 - 2010/11				2007/08 - 2010/11	
		untersucht	dmf-t/DMF-T	Rang	untersucht	dmf-t/DMF-T	Rang		dmf-t/DMF-T	Rang
mittlerer dmf-t-Wert von 6- bis 7-Jährigen an Grundschulen	Halle	1.553	2,12	1	4.077	2,07	2	1	2,08	1
	Magdeburg	2.296	2,66	4	1.794	2,01	1	-3	2,37	4
	Altmarkkr. Salzwedel	1.670	2,90	7	1.783	2,30	5	-2	2,59	5
	Anhalt-Bitterfeld	2.939	3,14	11	3.061	2,63	8	-3	2,88	10
	Börde	4.243	2,43	3	3.865	2,17	4	1	2,31	3
	Burgenlandkreis	3.285	3,10	9	3.297	2,64	9	0	2,87	9
	Harz	4.285	2,81	6	4.381	2,46	6	0	2,63	6
	Mansfeld-Südharz	2.563	3,12	10	2.507	2,84	11	1	2,98	11
	Saalekreis	3.735	2,77	5	3.748	2,52	7	2	2,65	7
	Salzlandkreis	3.643	3,39	12	3.498	3,25	12	0	3,32	12
	Stendal	3.023	3,06	8	3.062	2,67	10	2	2,86	8
	Wittenberg	2.559	2,41	2	2.417	2,13	3	1	2,28	2
	Sachsen-Anhalt	35.794	2,85		37.490	2,49			2,67	
mittlerer DMF-T-Wert von 12-Jährigen an weiterführenden Schulen	Halle	223	1,03	8	864	0,90	8	0	0,93	7
	Magdeburg	1.234	0,70	3	768	0,57	2	-1	0,65	3
	Altmarkkr. Salzwedel	1.058	0,85	4	1.247	0,57	3	-1	0,70	4
	Anhalt-Bitterfeld	1.005	1,15	10	1.319	1,11	11	1	1,12	10
	Börde	1.287	0,91	5	1.376	0,73	5	0	0,82	5
	Burgenlandkreis	1.284	1,22	12	1.296	1,13	12	0	1,18	12
	Harz	1.340	0,69	2	1.576	0,61	4	2	0,64	2
	Mansfeld-Südharz	1.241	1,14	9	1.119	0,96	9	0	1,05	9
	Saalekreis	1.292	0,98	6	1.487	0,79	6	0	0,88	6
	Salzlandkreis	900	1,18	11	1.237	1,10	10	-1	1,13	11
	Stendal	1.207	1,02	7	1.104	0,89	7	0	0,96	8
	Wittenberg	1.156	0,55	1	1.298	0,46	1	0	0,51	1
	Sachsen-Anhalt	13.227	0,94		14.691	0,82			0,88	
Vergleich	Region	untersucht BP1+BP2, 6-7J+12J	Rang- differenz dmf6-7J - DMF12J	Mittlerer Rang dmf6-7J + DMF12J	Sanierungsgrad (f+F) / (dmf+DMF)		Anzahl ver- siegelter Zähne			
					Wert	Rang	Wert	Rang		
	Halle	6.717	-6	4,0	0,54	11	0,84	12		
	Magdeburg	6.092	1	3,5	0,57	7	1,15	10		
	Altmarkkr. Salzwedel	5.758	1	4,5	0,63	3	1,23	8		
	Anhalt-Bitterfeld	8.324	0	10,0	0,57	8	1,23	7		
	Börde	10.771	-2	4,0	0,55	10	1,51	2		
	Burgenlandkreis	9.162	-3	10,5	0,61	5	1,56	1		
	Harz	11.582	4	4,0	0,56	9	1,42	3		
	Mansfeld-Südharz	7.430	2	10,0	0,62	4	1,41	4		
	Saalekreis	10.262	1	6,5	0,64	2	1,22	9		
	Salzlandkreis	9.278	1	11,5	0,52	12	1,04	11		
	Stendal	8.396	0	8,0	0,58	6	1,28	6		
Wittenberg	7.430	1	1,5	0,66	1	1,29	5			
Sachsen-Anhalt	101.202				0,58		1,28			

ZRU_23 Regionale Unterschiede der Zahngesundheit bei 6- bis 7- bzw. 12-Jährigen, Sachsen-Anhalt 2007/08 - 2010/11

www.gbe.sachsen-anhalt.de
www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de