

Zahngesundheit der Kinder im Bezirk Berlin Mitte

Spezialbericht

Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung

Band 11

Berlin Mitte



Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk

April 2009

Herausgeber:

Bezirksamt Mitte von Berlin
Abteilung Gesundheit und Personal

Bearbeitet von:

Jeffrey Butler
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination
Mathilde-Jacob-Platz 1
10551 Berlin
Tel.: 9018-32575
E-mail: Jeffrey.Butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de

www.berlin.de/ba-mitte2/org/gesplanleit

unter Mitarbeit von:

Dr. Ursula Uhlig, Dr. Matthias Brockstedt

mit technischer Unterstützung von:

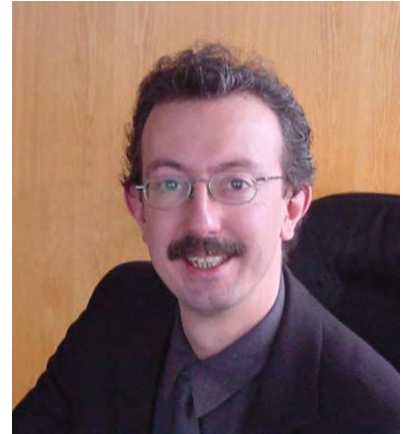
Uwe Stutzke, Landesamt für Gesundheit und Soziales, Tobias Prey, Karin Pommerening

2. Auflage, Juli 2009



Die Reihe “Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung” ist eine Veröffentlichungsreihe der OE Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination Berlin-Mitte

Die Beiträge sind im Internet als Download verfügbar.



Vorwort des Bezirksbürgermeisters

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Bürgerinnen und Bürger von Mitte,

Ich freue mich, Ihnen den Bericht zur Zahngesundheit der Kinder im Bezirk Berlin Mitte vorstellen zu können.

In Deutschland ist im Allgemeinen eine Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern zu erkennen. Es lässt sich jedoch feststellen, dass sich diese Entwicklung nicht gleichermaßen auf alle Bevölkerungsgruppen bezieht. Insbesondere in sozial benachteiligten Bezirken wie Mitte profitieren einzelne Bevölkerungsteile nicht von der allgemeinen Verbesserung.

In diesem Bericht wird neben der Betrachtung der Bevölkerung und der sozialen Lage im Bezirk ausführlich auf das Thema der Zahngesundheit eingegangen. Hierbei sind einige Neuheiten für unsere Berichterstattung anzumerken. Bei den Bevölkerungsdaten sind zum ersten Mal Daten zu einem erweiterten Migrationshintergrund der Bewohner von Mitte verfügbar, die über die Erfassung der Staatsangehörigkeit hinausgehen. Hinsichtlich der sozialen Lage ist es erstmals möglich, durch eine kleinräumige Analyse der Daten zum Empfang von ALG II besonders belastete Kieze zu identifizieren. Durch die Analyse der Daten des Zahnärztlichen Dienstes in Verbindung mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung konnten besondere Risikogruppen ausgemacht werden.

Zahngesundheitliche Defizite werden nach Aussage der Daten insbesondere bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien sowie bei Kindern nichtdeutscher Herkunft deutlich. Mithilfe dieser Analyse wollen wir geeignete Präventionsmaßnahmen für diese Risikogruppen entwickeln. Wenn sie rechtzeitig erreicht werden, können Beschwerden für die betroffenen Personen sowie sich in Zukunft ergebende Kosten für das Gesundheitssystem verringert werden.

An dieser Stelle möchte ich auch allen danken, die an der Erstellung dieses Berichtes beteiligt waren.

Ihr

Dr. Christian Hanke

Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Bezirksbürgermeisters	I
Inhaltsverzeichnis	II
Einleitung	1
Teil I Bevölkerung und Soziale Lage	2
1 Bevölkerung.....	3
1.1 Bevölkerungsstruktur.....	4
1.2 Migration	6
1.2.1 Anteil der Migranten an der Bevölkerung unterhalb der Bezirksebene	8
1.2.2 Migrationshintergrund der untersuchten Kinder im Zahnärztlichen Dienst.....	9
1.3 Bevölkerungsentwicklung	10
1.4 Zusammenfassung	13
2 Soziale Lage.....	15
2.1 Arbeitslosengeld II.....	16
2.1.1 ALG-II-Empfänger in den LORs von Berlin.....	17
2.1.2 Arbeitslosengeld II-Empfänger unterhalb der Bezirksebene in Mitte	18
2.2 Armut und Reichtum in Berlin	20
2.3 ESU-Index der sozialen Lage	22
2.4 Zusammenfassung	25
Teil II Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen	27
3 Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxe für Kinder und Jugendliche in Berlin.....	28
3.1 Grundbegriffe der Mundgesundheit	28
3.1.1 Mundgesundheit	28
3.1.2 Zahnstatus.....	29
3.1.3 Kariesrisikodiagnostik.....	30
3.1.4 Kariesprophylaxe.....	30
3.2 Lokale Akteure der zahnärztlichen Vorsorge und Prophylaxe in Berlin	31
3.2.1 Zahnärztliche Dienste der Bezirke	32
3.2.2 Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG).....	32
3.3 Zusammenfassung	33

4	Zahngesundheit in den Berliner Bezirken.....	35
4.1	Zahnstatus	36
4.2	Kariesrisiko im bezirklichen Vergleich	43
4.3	Zusammenfassung	46
5	Zahngesundheit der Kinder im Bezirk Mitte.....	48
5.1	Zahngesundheit in den lebensweltorientierten Räumen (LORs) in Mitte	48
5.1.1	Zahngesundheit in den Prognoseräumen in Mitte	48
5.1.2	Kariesbelastung der Kinder in den Planungsräumen in Mitte	52
5.2	Zahngesundheit der Kinder in Mitte nach sozialer Lage und Migrationshintergrund – Sonderauswertung.....	53
5.2.1	Zusammenführung der ESU- und ZÄD-Daten.....	53
5.2.2	Prävalenz von Karies (dmf/t).....	54
5.2.3	Zahnstatus	57
5.2.4	Kariesrisikostatus.....	59
5.2.5	Einfluss weiterer Faktoren auf die Zahngesundheit.....	60
5.2.6	(Zahn-)ärztliche Untersuchung bei der ESU – ein Sparmodell?	62
Teil III	Fazit.....	67
	Anhang.....	70
	Glossar	70
	Abkürzungen	72
	Bestimmung der sozialen Schicht bei der Einschulungsuntersuchung.....	73
	Ergebnisse der Regressionsanalyse	73
	Tabellen	75
	Schaubilder – Mundgesundheit der Kitakinder	82
	Literatur	87

Einleitung

Die Zahngesundheit der Kinder ist ein sehr wichtiges Thema in einem sozial benachteiligten Bezirk wie Mitte. Durch die im Kindesalter entstandenen Probleme der Zahngesundheit werden sowohl Ausgaben im Gesundheitssystem als auch sehr viel individuelles Leid bei den betroffenen Menschen verursacht. Während insgesamt die Zahngesundheit bei Kindern in Deutschland in den letzten Jahren besser geworden ist, passiert dies leider nicht gleichmäßig in allen Bevölkerungsteilen. Eine Betrachtung der Zahngesundheit der Kinder in den Berliner Bezirken (vgl. S. 35ff.) zeigt dies in eindrucksvoller Art und Weise – trotz aller Fortschritte bleiben die z.T. eklatanten Unterschiede zwischen den gut situierten und sozial schwächeren Bezirken bestehen. In diesem Bericht wird daher ein besonderes Augenmerk auf die schwer zu erreichenden Risikogruppen im Bezirk gerichtet.

Nach einer Betrachtung der Bevölkerung und der sozialen Lage im Bezirk werden kurz die Rahmenbedingungen für die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Berlin dargestellt. Im deskriptiven Teil des Berichtes wird in erster Linie die Statistik des Zahnärztlichen Dienstes die Basis für die Analyse bilden. Dies wird auf verschiedenen Ebenen stattfinden. In einer ersten Positionsbestimmung wird anhand der in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz zusammengeführten Statistik der bezirklichen Zahnärztlichen Dienste die Problemlage in Mitte im Vergleich der Bezirke analysiert.

Auf bezirklicher Ebene wird anhand der eigenen Daten die Situation eingehender betrachtet – sowohl kleinräumlich nach den Planungsräumen (LOR) und Schulen als auch inhaltlich im Sinne der Bestimmung von Risikogruppen durch die Auswertung eines Teils der schulzahnärztlichen Daten nach sozialer Schicht und Migrationshintergrund. Für diesen Bericht wurde durch die „Verknüpfung“ der Daten des schulzahnärztlichen Dienstes mit Daten zur sozialen Lage und Migrationshintergrund der gleichen Schüler aus der Schuleingangsuntersuchung diese Information für die Analyse der zahnärztlichen Daten fruchtbar gemacht.

Lesehinweis

Wie in unseren früheren Berichten wird nicht die Schreibweise benutzt, die vorsieht, dass bei allen Personenbeschreibungen, die männliche und weibliche Formen haben, beide Formen bzw. die Endung /-innen verwendet werden soll. Insbesondere in komplizierten Sachverhalten führt dies schnell zur Unübersichtlichkeit. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird daher in diesem Bericht die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind. Für die eiligen Leser ist anzumerken, dass jedes Kapitel mit einer Zusammenfassung beendet wird.

Danksagung

Am Schluss möchten wir uns bei einigen externen Kooperationspartnern bedanken, die durch ihre schnelle, unkomplizierte Kooperation viel zum Gelingen dieses Berichtes beigetragen haben. Hierbei sind insbesondere Herr Uwe Stutzke vom LAGESO zu erwähnen, der uns sehr mit unserer Sonderauswertung der zahnärztlichen Statistik geholfen hat, sowie Herr Gerd Schulze vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, der unsere thematische Karten erstellte.

Teil I Bevölkerung und Soziale Lage

Kein gesundheitliches Thema kann unabhängig von der Zusammensetzung der Bevölkerung und ihrer sozialen Lage betrachtet werden. Wie in vielen einschlägigen Publikationen gezeigt (u.a. Mielck 2005, Tiesmeyer et al. 2008), ist die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Menschen untrennbar mit ihren Arbeitsbedingungen, ihrer sozialen Lage und ihrer Herkunft verbunden. In vielen Bereichen, u.a. in der Zahngesundheit, gehen gesundheitlichen Ungleichheiten sehr stark mit sozialen Ungleichheiten einher. Diesem Prinzip folgend werden wir uns im ersten Teil dieses Berichtes – wie in den vorangegangenen Berichten – mit einer Betrachtung der Bevölkerung und der sozialen Lage im Bezirk befassen.

Da der Bezirk in sich sehr heterogen ist, muss diese Betrachtung so kleinräumig wie möglich erfolgen. In diesem Bericht werden erstmalig kleinräumige Daten, die im Rahmen des einheitlichen Datenpools bereitgestellt worden sind, vorgestellt. Dies betrifft zum einen kleinräumige Daten zum erweiterten Migrationshintergrund der Bevölkerung über die Staatsangehörigkeit hinaus sowie zum anderen Daten zum Bezug von Grundsicherung nach dem SGB II (Hartz IV Bezug). Durch die Erweiterung des Datenangebots des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg um diese Daten werden die Rahmenbedingungen für Gesundheits- und Sozialberichterstattung in Berlin erheblich verbessert.

In diesem Bericht werden ausschließlich die neuen kleinräumigen Unterteilungen der Berliner Bezirke verwendet, die im Basisgesundheitsbericht eingeführt wurden (vgl. BA Mitte 2006, S. 7 ff.) Hiernach gibt es drei neue Unterteilungsebenen der Berliner Bezirke, die in der Planung und Berichterstattung verwendet werden. In diesem Bericht werden insbesondere die Prognose-räume als größte und die Planungsräume als kleinste Unterteilungen für die Analyse benutzt. Die mittlere Ebene, die Bezirksregion, wird hier nicht betrachtet. Eine Übersicht der neuen Unterteilungen in Mitte ist im Anhang in Tabelle A1 auf Seite 75 zu finden.

Das hervorstechendste Merkmal bei der Zusammensetzung der Bevölkerung im Bezirk Mitte ist die Tatsache, dass ein sehr großer Anteil der Bewohner des Bezirks nichtdeutscher Herkunft ist. Insbesondere Migranten aus der Türkei wohnen in den Ortsteilen der ehemaligen Bezirke Tiergarten und Wedding, aber es gibt auch relativ hohe Anteile an Migranten aus anderen Herkunftsländern in Bezirk. Diese Tatsache muss bei der Gestaltung und Planung von Angeboten der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Dadurch, dass auch die kleinräumige Konzentration von Menschen mit Migrationshintergrund verdeutlicht werden kann, können entsprechende Planungen im Bezirk hierauf eingestellt werden.

Wie aus der Betrachtung der sozialen Lage in vorhergegangenen Berichten zu sehen war, ist Mitte – trotz einiger besser situierter Wohngebiete – in vielfacher Hinsicht ein sozial benachteiligter Bezirk. Da diese Situation eine große Rolle im letzten Basisbericht des Bezirks einnahm (vgl. BA Mitte 2006), wird hier in erster Linie auf neue Entwicklungen sowie neue Datenquellen eingegangen.

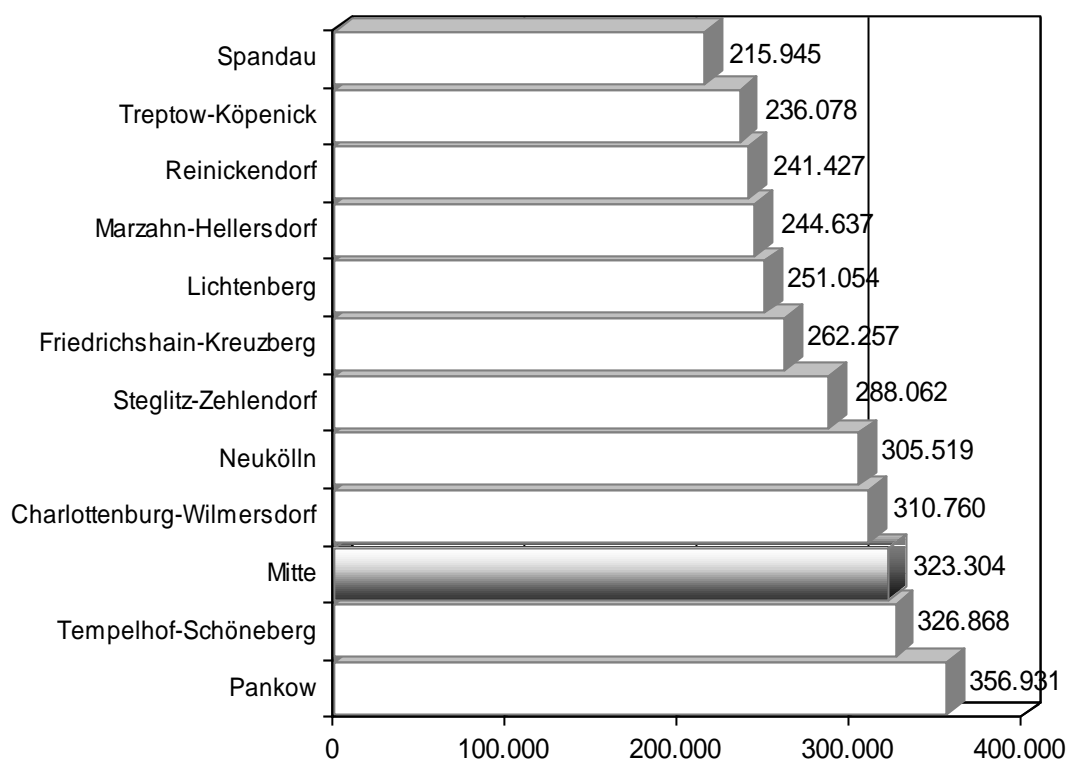
1 Bevölkerung

Bevölkerung (31.12.2008):	323.304
männlich:	165.954
weiblich:	157.350

Schaubild 1.1 zeigt die 12 Berliner Bezirke nach ihrer melderechtlich registrierten Bevölkerung am 31.12. 2008. Wie in den letzten Jahren bewegt sich die Bevölkerung der Berliner Bezirke zwischen ca. 216.000 in Spandau und ca. 350.000 in Pankow. Mit 323.304 Einwohnern ist Mitte der drittgrößte Berliner Bezirk. Während in den meisten Bezirken die Bevölkerung ungefähr gleich geblieben oder leicht gestiegen ist, ging die Einwohnerzahl in Marzahn-Hellersdorf im letzten Jahr um mehr als 1.500 Personen zurück.

Im Rahmen dieses Spezialberichtes werden lediglich einige aktuelle Eckdaten zur Bevölkerung im Bezirk vorgestellt.¹ Dabei wird in erster Linie auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, die Hauptklientel des bezirklichen Zahnärztlichen Dienstes, eingegangen.

Schaubild 1.1: Berliner Bezirke nach Bevölkerung (31.12.2008)

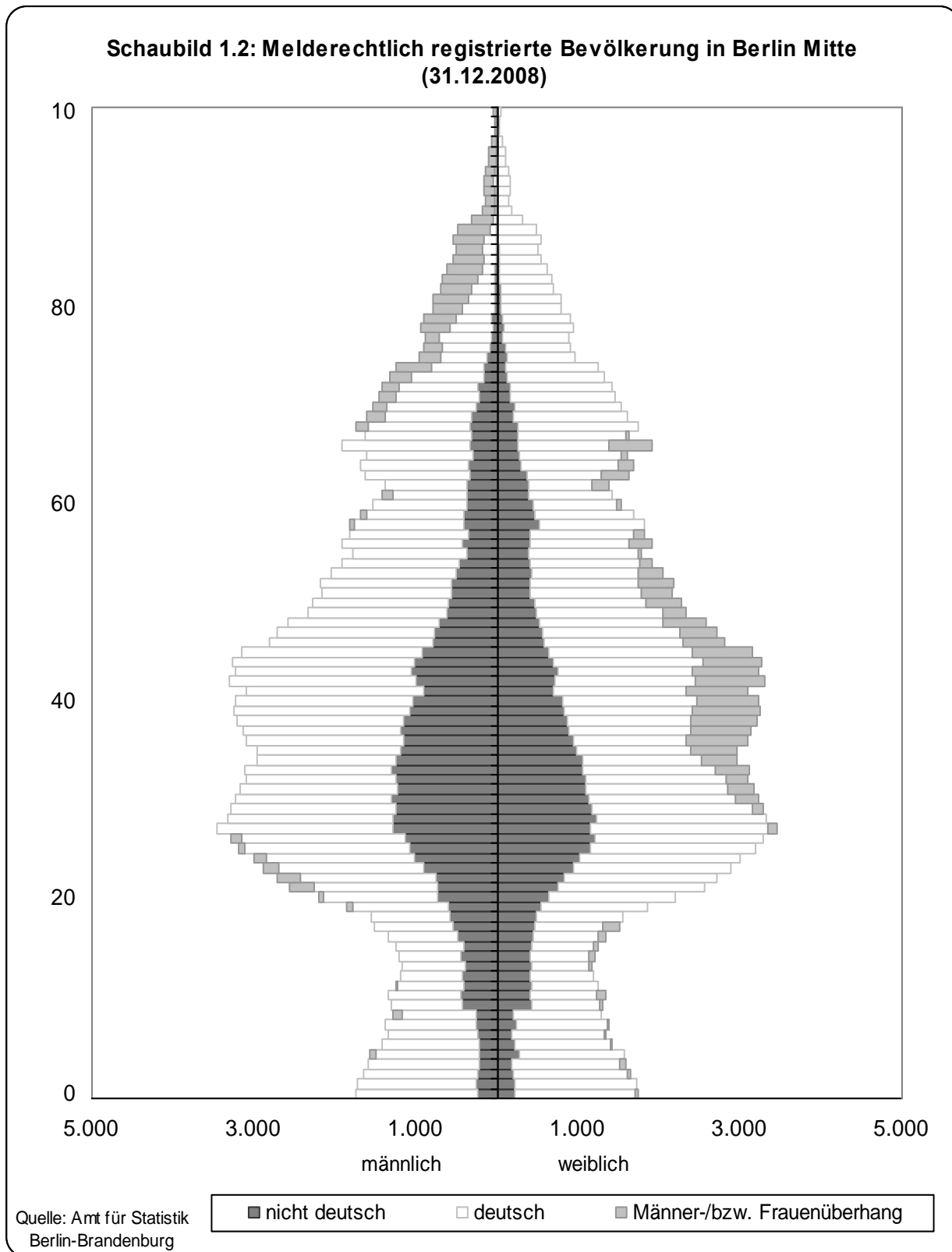


Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

¹ Der im November 2006 erschienene Basisgesundheitsbericht enthält eine ausführliche Analyse der Bevölkerung und sozialen Lage im Bezirk (vgl. BA Mitte 2006, S. 12ff.). In vielerlei Hinsicht ist diese Analyse immer noch aktuell und wird deshalb an dieser Stelle nicht wiederholt. Darüber hinaus werden auf der Homepage des Bezirks aktuellere Daten zu wichtigen Kennziffern publiziert (vgl. www.berlin.de/ba-mitte2/org/gesplanleit).

1.1 Bevölkerungsstruktur

Schaubild 1.2 zeigt die Bevölkerung von Mitte am 31.12.2008 nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit. Neben dem hohen Ausländeranteil in den Jahrgängen bis ca. 60 Jahre sind insbesondere größere Männerüberhänge bei der jüngeren erwachsenen Bevölkerung auffällig.



Wichtig gerade für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen ist die auffällig kleine Zahl der Ausländer in den jüngeren Altersgruppen, die durch das neue Staatsbürgerschaftsrecht verursacht wird, das Anfang 2000 in Kraft getreten ist (vgl. BA Mitte 2006). Dadurch, dass viele Kinder mit einem Migrationshintergrund in der Familie automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit bei der Geburt bekommen, erfasst das Merkmal Nationalität nur noch unscharf einen Migrationshintergrund. Migrationspezifische Problemlagen und entsprechender Förderbedarf können dadurch verschleiert werden. Das Ausmaß dieses Phänomens im Bezirk Mitte wird durch eine Auswertung der Schuleingangsuntersuchung evident. Obgleich bei der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2006/2007 weniger als 25% der Schulanfänger nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, weisen 65% einen Migrationshintergrund auf.

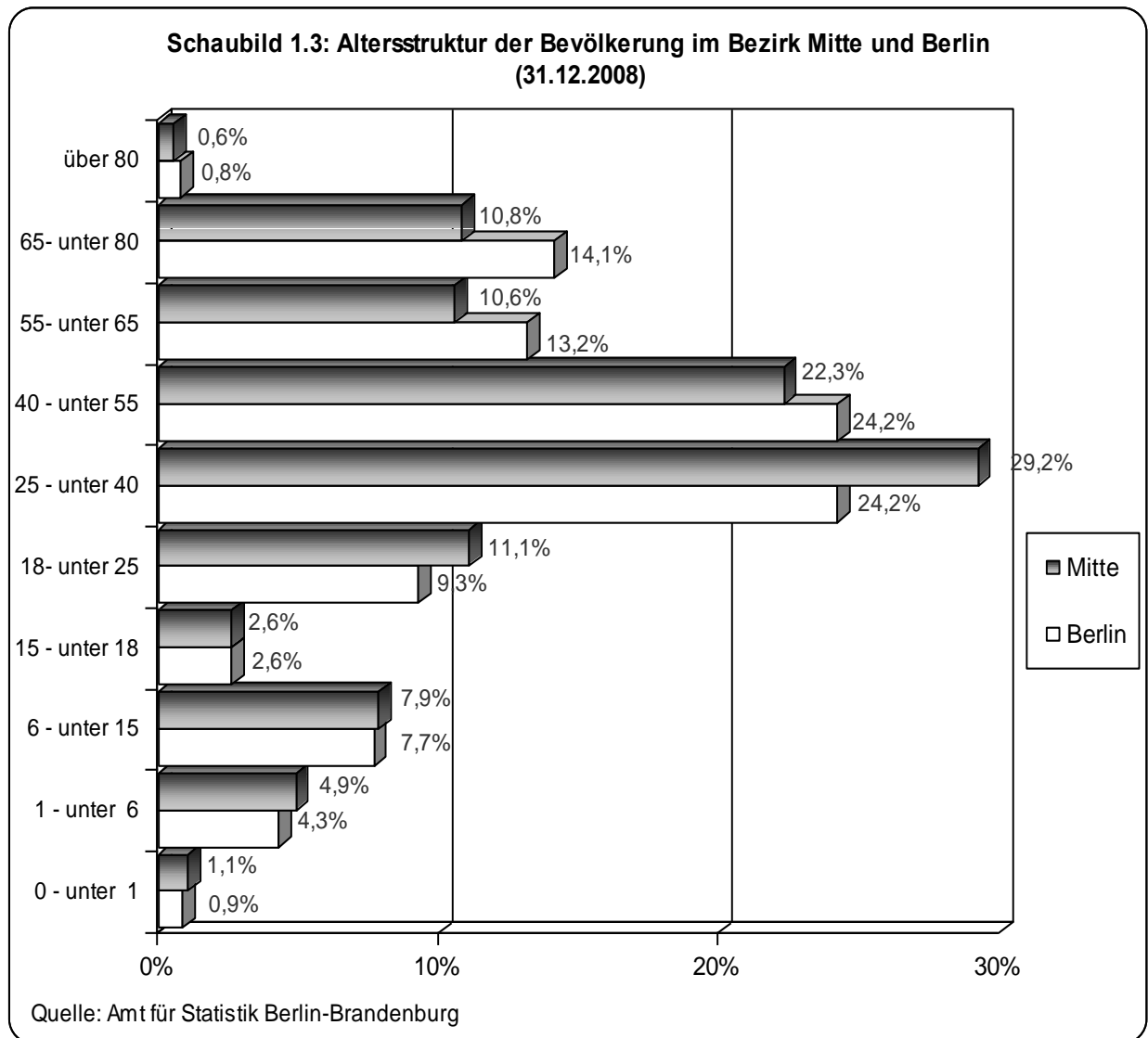
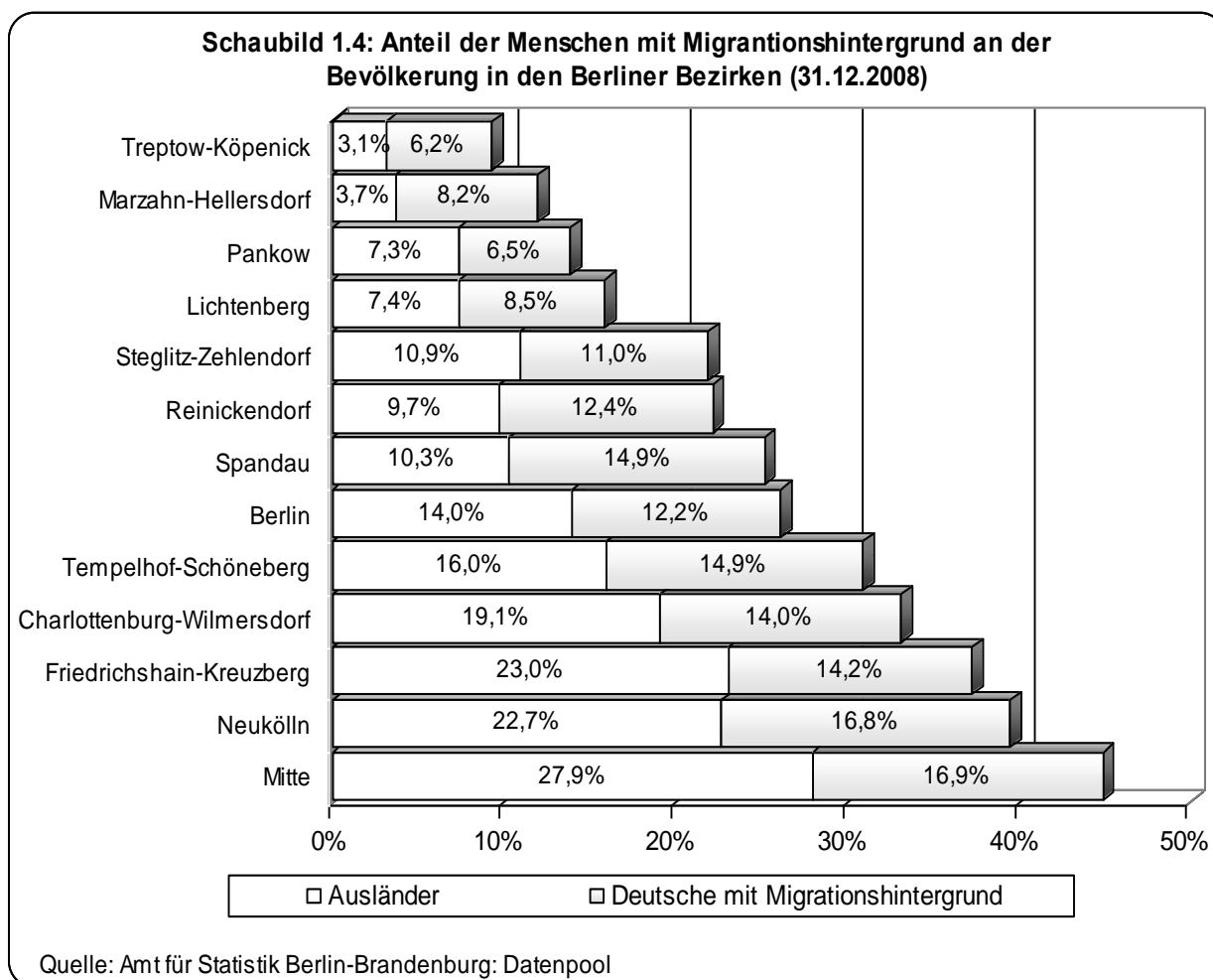


Schaubild 1.3 vergleicht die Bevölkerungsstruktur in Berlin und Mitte zum Jahresende 2008. Auffallend in diesem Diagramm ist die Tatsache, dass Mitte insgesamt ein relativ „junger“ Bezirk ist. Dies zeigt sich insbesondere in den Altersgruppen zwischen 18 und 39 Jahren. Bei den älteren Jahrgängen ist Mitte deutlich untervertreten. Wichtig im Kontext dieses Berichtes sind auch die Altersgruppen im Kindesalter. Hierbei sind die Gruppen der Säuglinge (unter 1 Jahr), der Kitakinder (1 bis unter 6) und der Schulkinder (6 bis unter 15) in Mitte etwas stärker als in ganz Berlin vertreten.

1.2 Migration

Wie in bisherigen bezirklichen Gesundheitsberichten dokumentiert, weist Mitte einen sehr hohen Anteil an Menschen nichtdeutscher Herkunft auf. Diese sind stark in den früheren Bezirken Tiergarten und Wedding konzentriert sowie überwiegend türkischer Herkunft. Dank einer neuen Methode der Datenauswertung beim Amt für Statistik Berlin-Brandenburg ist es erstmalig möglich, aus dem Einwohnermelderegister neben der Gruppe der Einwohner mit ausländischer Staatsangehörigkeit auch die Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund abzubilden (Schaubild 1.4). Der Bezirk Mitte belegt seit der Bezirkszusammenlegung im Jahre 2001 sowohl nach der alten als auch nach der neuen Zahlweise den Spitzenplatz in der bezirklichen Rangordnung.²



Die im Schaubild 1.4 grau schattierten Teile der Balken zeigen, dass es neben den in der amtlichen Statistik als „Ausländer“ aufgeführten Menschen eine relative große Gruppe von Personen mit Migrationshintergrund und gleichzeitig deutscher Staatsangehörigkeit gibt.³ Hierunter fallen

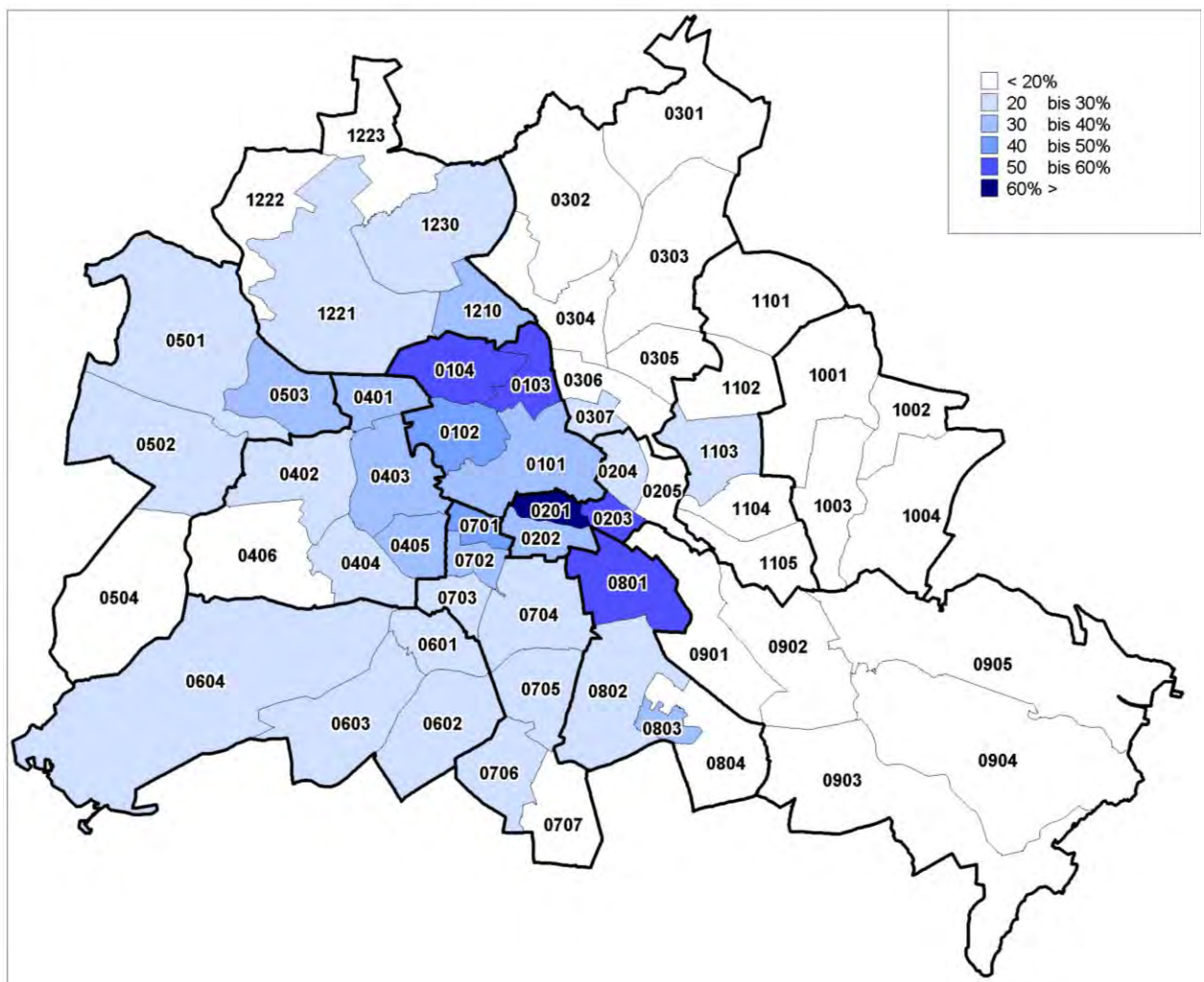
² Für eine differenziertere Betrachtung der Migrantenbevölkerung im Bezirk, auch nach Bezirksteil und Staatsangehörigkeit, vgl. „Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung in Berlin-Mitte“, S. 12 ff.

³ Die Gruppe der „Deutschen mit Migrationshintergrund“ beinhaltet Menschen mit ausländischem Geburtsland, Einbürgerungskennzeichen oder Optionsregelung, sowie Deutsche unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen beider Elternteile bzw. – sofern nur ein Elternteil vorhanden – dieses Elternteils. Diese Informationen wurden dem Einwohnermelderegister entnommen.

Spätaussiedler, Eingebürgerte und insbesondere jüngere Kinder nichtdeutscher Eltern. Viele dieser Menschen haben eine ähnliche Lebenssituation wie das Gros der Menschen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit.

Auch wenn die deutsche Bevölkerung mit Migrationshintergrund hinzugenommen wird, gibt es sehr große Unterschiede innerhalb der Berliner Bezirke hinsichtlich des Anteils der Migranten an der Bevölkerung. Mit einem Migrationshintergrund bei 44,5% der Bevölkerung liegt der Anteil in Mitte hierbei mehr als viermal so hoch wie der in Treptow-Köpenick mit 9,3%. Aus Schaubild 1.4 wird evident, dass es sehr große Unterschiede in der relativen Stärke der beiden Gruppen in den einzelnen Bezirken gibt. Insgesamt ist zu beobachten, dass in Bezirken mit einem vergleichsweise niedrigen Ausländeranteil die Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund den größeren Anteil der Migranten insgesamt bildet. In vielen Fällen handelt es sich bei dieser Gruppe vermutlich um sogenannte „Spätaussiedler“, die bislang in keiner Statistik nachzuweisen waren.

Karte 1.1: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Prognoseräumen in Berlin (31.12.2008)

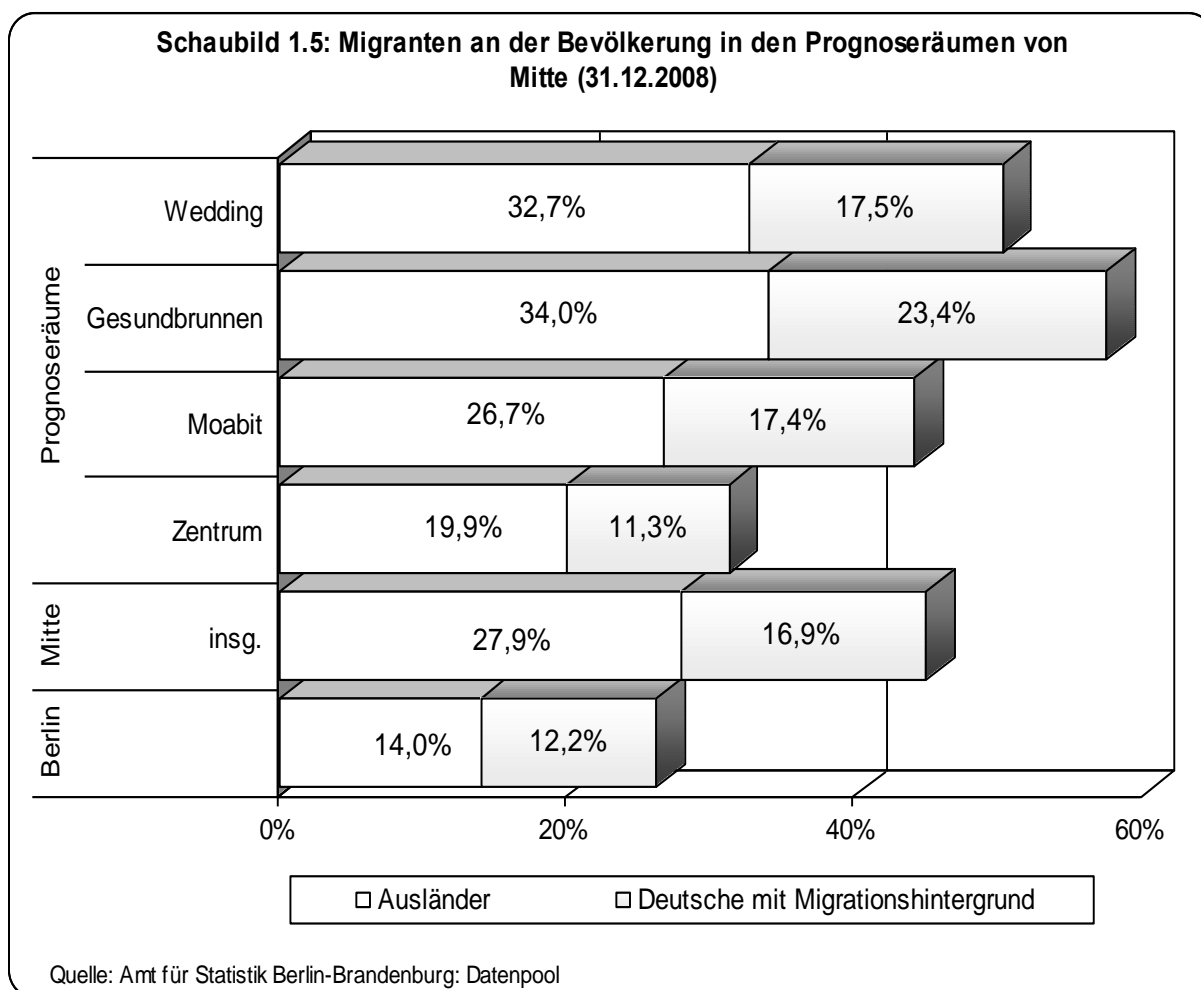


Karte 1.1 zeigt den Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in den Prognoseräumen in Berlin am 31.12.2008. Hieraus wird eine Konzentration in einigen zentral gelegenen Prognoseräumen gut sichtbar. Anteile von über 40% gibt es in den drei nördlichen Prognoseräumen Mitte (Moabit, Wedding und Gesundbrunnen), in den Prognoseräumen Kreuzberg-Nord (0201)

und Kreuzberg-Ost (0203), im Prognoseraum Schöneberg-Nord (0701) sowie im Prognoseraum Neukölln (0801). Insgesamt ist bemerkbar, dass in den östlichen Prognoserräumen deutlich weniger Menschen mit Migrationshintergrund leben als im westlichen Teil Berlins.

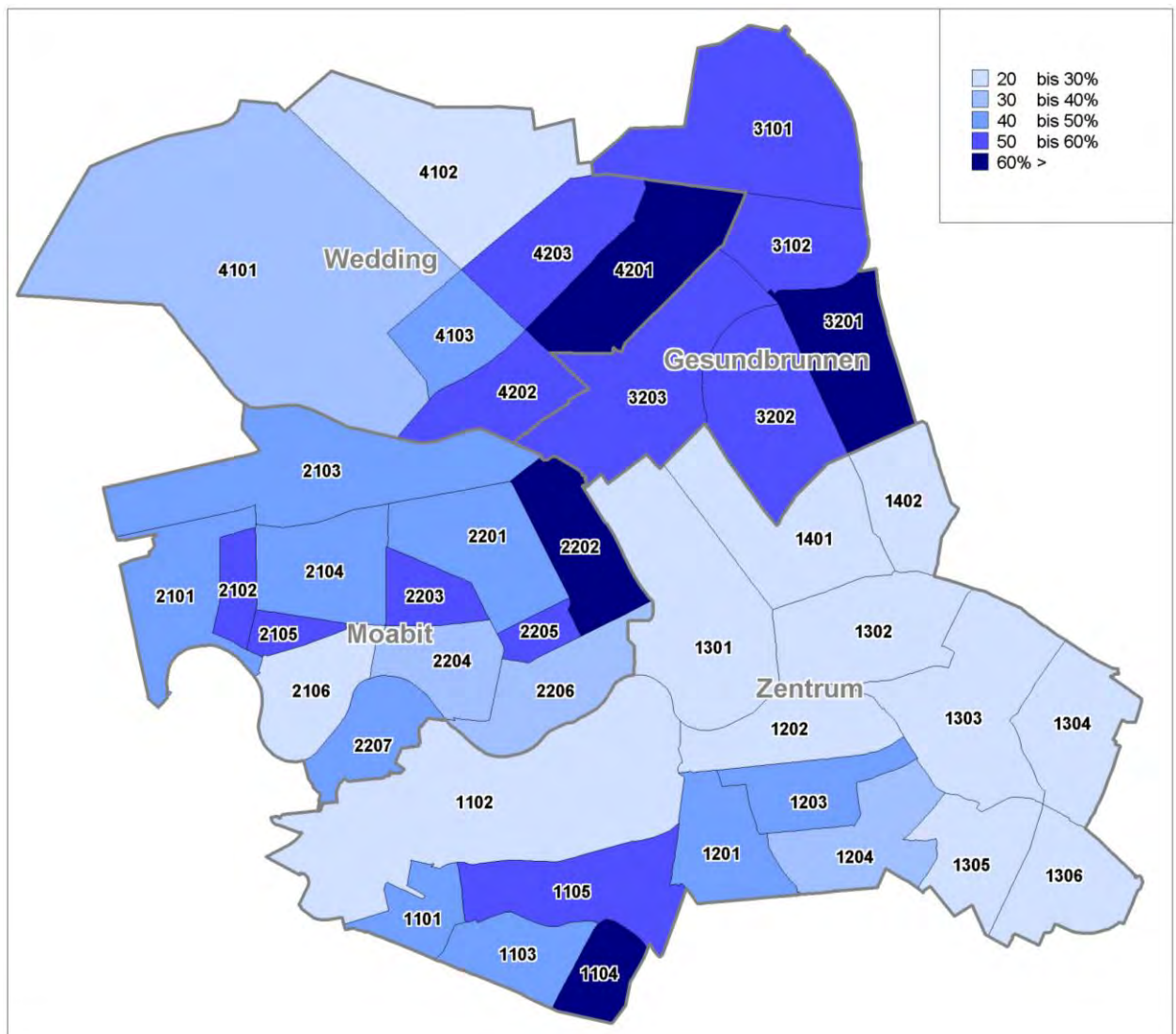
1.2.1 Anteil der Migranten an der Bevölkerung unterhalb der Bezirksebene

Größere Unterschiede gibt es auch innerhalb des Bezirks Mitte. Insbesondere im Prognoseraum Gesundbrunnen, mit einem ohnehin hohen Ausländeranteil, gibt es außerdem einen hohen Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund, aber deutschem Pass. Mit einem Migrationshintergrund bei insgesamt 57,5% der Bevölkerung weist Gesundbrunnen den zweithöchsten Anteil aus den 60 Prognoserräumen in Berlin auf (vgl. S. 76). Auch im Prognoseraum Zentrum liegt der Migrantenanteil mit 30,2% auch um einiges über dem Berliner Durchschnitt (26,2%).



Diese großen Unterschiede sind auch in den Planungsräumen, den kleinsten der neuen lebensweltorientierten Räume (LOR) zu sehen. Karte 1.2 zeigt den Anteil der Migranten in den Planungsräumen in Mitte am 31.12.2008. Durch die unterschiedlichen Graustufen wird die Verteilung der Migranten in den Kiezen innerhalb des Bezirks visualisiert. Hierbei variiert der Anteil zwischen 66,4% in dem Planungsraum (PR) Reinickendorfer Straße (4201) und 27,2% im PR Arkonaplatzviertel (1202). Insbesondere in den Planungsräumen in den sozial benachteiligten Teilen von Tiergarten und Wedding gibt es hohe Anteile an Migranten.

Karte 1.2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Planungsräumen in Mitte (31.12.2008)



1.2.2 Migrationshintergrund der untersuchten Kinder im Zahnärztlichen Dienst

Da die Situation von vielen Kindern deutscher Staatsangehörigkeit aber nichtdeutscher Herkunft eher mit den Kindern ihrer Herkunftsgruppe als mit den deutschen Kindern vergleichbar ist, wird in Berlin seit 2001 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) neben der Staatsangehörigkeit auch die Herkunft der Schulanfänger erhoben. Da der Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) die Schüler in erster Linie als Schulklas-

sen untersucht, liegen diese Informationen dort routinemäßig nicht vor. Anhand einer Auswertung der Angaben zur ethnischen Herkunft eines Teils der Klienten des Zahnärztlichen Dienstes – und zwar der Schulanfänger der bezirklichen Grundschulen im Schuljahr 2004/2005 (vgl. Abschnitt 5.2) – konnten wir einen Eindruck sowohl vom Gesamtanteil der Kinder mit Migrationshintergrund im bezirklichen ZÄD als auch von ihrer Verteilung nach ethnischen Herkunftsgruppen erhalten.

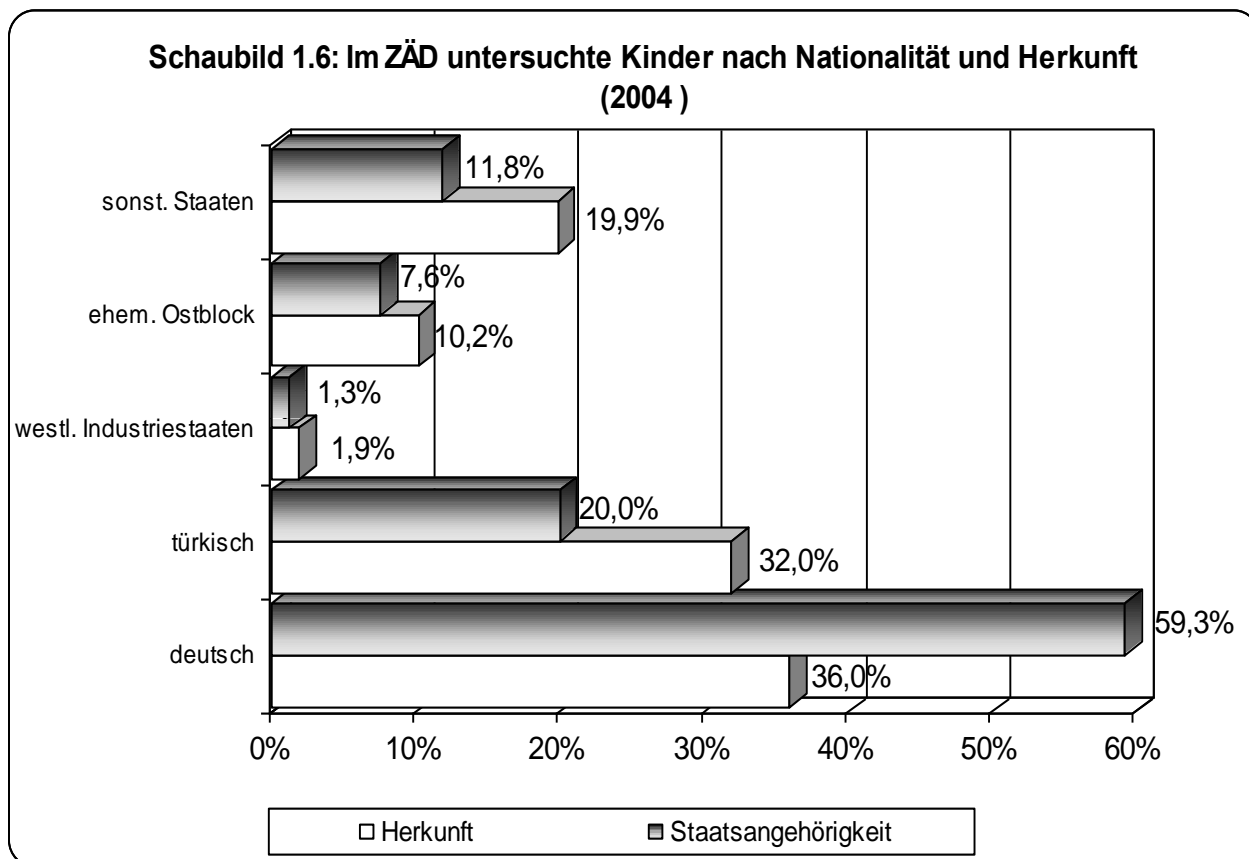


Schaubild 1.6 zeigt die Anteile an Kindern, die sowohl als Schulanfänger als auch in der Statistik des Zahnärztlichen Dienstes identifiziert werden konnten. Während 59,3% der Kinder die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, stellt sich bei der Auswertung des Migrationshintergrundes heraus, dass hiervon fast 40% nichtdeutscher Herkunft ist. Insgesamt wiesen 64% der in unserer Stichprobe erfassten Kinder, die beim Zahnärztlichen Dienst untersucht wurden, einen Migrationshintergrund auf. Durch die im dritten Kapitel durchgeführte Analyse der Zahngesundheit nach Herkunft der Kinder werden wir versuchen, die hierbei erkennbar werdenden integrationsspezifischen Probleme so zu lokalisieren, dass ggf. gezielte Angebote bzw. Zugangswege für die unter Risiko stehenden Herkunftsgruppen entwickelt werden können.

1.3 Bevölkerungsentwicklung

Notwendig für die Planung in vielen Bereichen sind fundierte Daten zur Entwicklung der Bevölkerung im Bezirk. Zum Jahresende 2008 veröffentlichte die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung eine neue Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke über den Zeitraum 2007 bis 2030. Mit Senatsbeschluss vom 17.02.2009 wurde die Prognosevariante „Basis“ als Arbeits- und Planungsgrundlage für die Fachverwaltungen und Bezirke sowie die zukünftige Stadtentwicklung Berlins festgelegt. Im Folgenden wird auf einige Eckpunkte dieser Prognose eingegangen, insbesondere auf deren Auswirkungen in der Gruppe der Kinder und Jugendli-

chen. Die vorgelegte Bevölkerungsprognose enthält für jedes Prognosejahr die Bevölkerung der Bezirke sowie der Prognoserräume nach Lebensalter und Geschlecht.

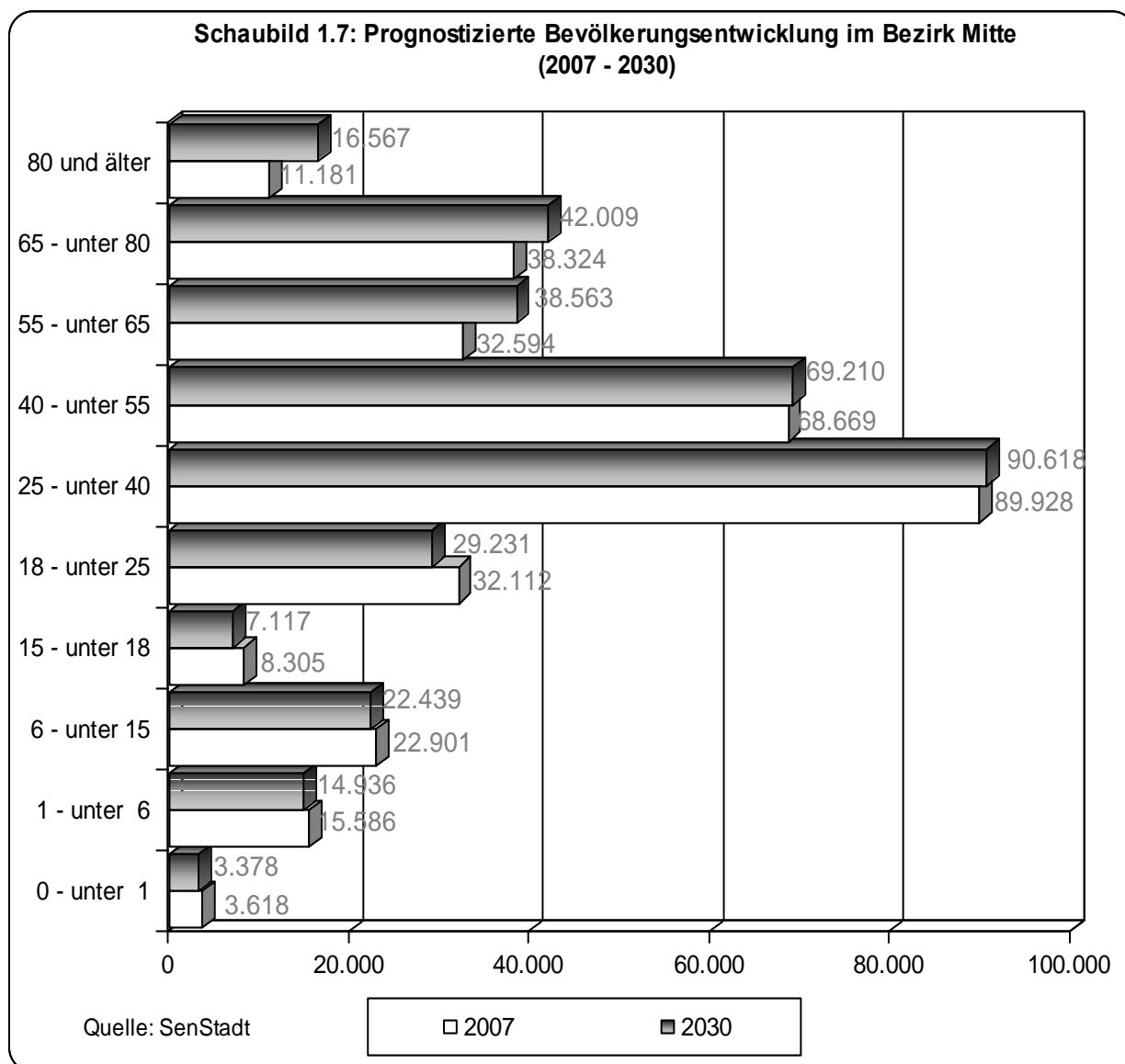


Schaubild 1.7 zeigt die Anfangs- und Endpunkte der Prognose für die Entwicklung der Bevölkerung im Bezirk Mitte bis zum Jahr 2030. Wichtig für die Arbeit im Zahnärztlichen Dienst ist die Tatsache, dass die Altersgruppen unter 18 Jahren in dieser Zeitspanne nur leicht zurückgehen. Der größte Rückgang findet in der Gruppe der 18- bis unter 25-jährigen statt. Im Verlauf der allorts präsenten Verschiebung im demografischen Schwerpunkt der Gesellschaft nehmen alle Altersgruppen über 25 Jahren zu – insbesondere die Gruppe der 55- bis unter 65-jährigen sowie die über 80-jährigen. Dies wird auch Auswirkungen für die Arbeit in verschiedenen Bereichen haben. Im Gegensatz zur eher pessimistischen Prognose aus dem Jahre 2006, die einen leichten Rückgang in der bezirklichen Bevölkerung bis zum Jahre 2020 vorsah (vgl. BA Mitte 2006, S. 25f.), wird anhand der neuen Daten insgesamt eine Zunahme der Bevölkerung von 323.218 auf 334.068 prognostiziert.

Abweichend von früheren Bevölkerungsprognosen, die eine Unterscheidung in der Bevölkerungsentwicklung zwischen Deutschen und Ausländern vorgenommen haben, wird in dieser Prognose keine solche Differenzierung vorgenommen. Angesichts der schwindenden Aussage-

kraft dieser Differenzierung in der jetzigen deutschen Gesellschaft (vgl. u.a. Butler et al. 2007b), ist diese Entscheidung nur verständlich. Eine Unterscheidung zwischen Deutschen ohne und mit Migrationshintergrund in der Prognose, wie in der Bevölkerungsstatistik im Abschnitt 1.2 vorgenommen, ist aus methodischen Gründen nicht möglich. Hierfür fehlen zu viele nötige Informationen mit entsprechender Differenzierung (u.a. Geburtenraten).

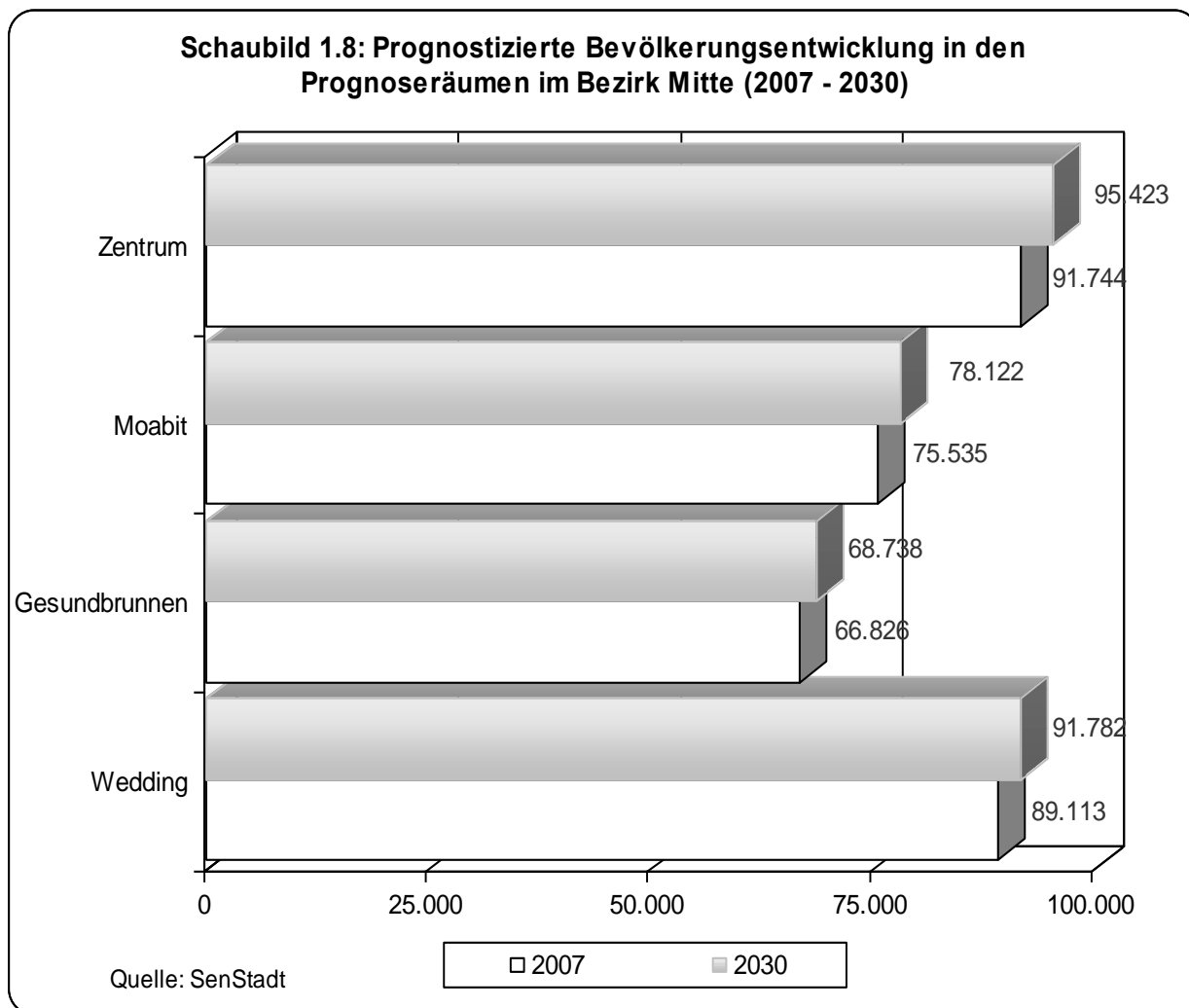
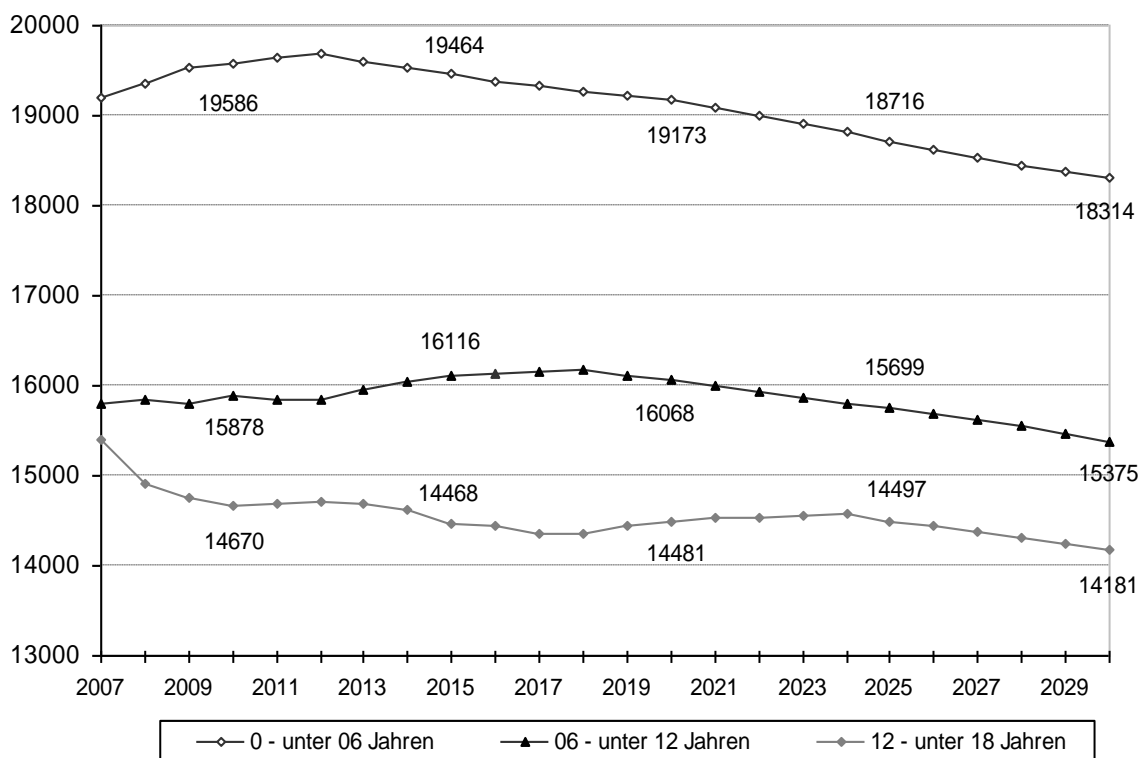


Schaubild 1.8 zeigt, wie sich diese Entwicklung in den einzelnen Prognosereäumen im Bezirk Mitte abspielt. Obwohl die Zahl der Einwohner in allen Prognosereäumen zunehmen soll, ist diese prognostizierte Zunahme im eher besser gestellten Prognoseraum Zentrum stärker ausgeprägt. Hier soll die Bevölkerung im Prognosezeitraum um ca. 4% von 91.744 auf 95.423 Einwohner steigern – dabei belegt Moabit den zweiten Platz mit 3,4%. Angesichts der Attraktivität und wirtschaftlichen Bedeutung dieser Prognosereäume ist diese Entwicklung nicht überraschend.

Schaubild 1.9 zeigt die prognostizierte Entwicklung in der Anzahl der Kinder in drei Altersgruppen, die für die Arbeit im Zahnärztlichen Dienst relevant sind, für die Jahre 2007 bis 2030. Hieraus ist zu entnehmen, dass, trotz des graduellen Rückganges in allen Altersgruppen, die mittelfristige Prognose in den zwei jüngsten Altersgruppen eher eine leichte Steigerung für die nächsten Jahre vorsieht. Die jüngste Altersgruppe erreicht einen Höhepunkt ungefähr im Jahre 2014, der auch mit 5- oder 6-jähriger Verzögerung in den anderen Altersgruppen erscheint.

Schaubild 1.9: Prognostizierte Entwicklung in der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Mitte (2007 - 2030)

Quelle: SenStadt

1.4 Zusammenfassung

Am 31.12.2007 waren 323.021 Menschen mit Hauptwohnsitz im Bezirk Mitte angemeldet, 165.777 Männer und 157.244 Frauen. Hiermit war Mitte der drittgrößte Berliner Bezirk. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist die Bevölkerung in Mitte um ca. 1000 Personen gestiegen.

Bevölkerungsstruktur

Die Bevölkerungsstruktur im Bezirk Mitte zeichnet sich insbesondere durch einen hohen Ausländeranteil in den Jahrgängen bis ca. 60 Jahre und größere Männerüberhänge bei der jüngeren erwachsenen Bevölkerung aus. Durch das neue Staatsbürgerschaftsrecht verursacht, erscheint im Bevölkerungsbaum eine auffallend kleine Zahl der Ausländer in den jüngeren Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen. Die Betrachtung der Daten der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2006/2007 zeigt, dass, während weniger als 25% der Schulanfänger nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, 65% einen Migrationshintergrund aufweisen.

Ein Vergleich der Bevölkerungsstruktur in Berlin und Mitte zum Jahresende 2007 zeigt, dass Mitte insgesamt ein relativ „junger“ Bezirk ist. Neben den Altersgruppen zwischen 20 und 45 Jahren sind auch die Altersgruppen im Kindesalter etwas stärker in Mitte als in ganz Berlin vertreten.

Migration

Der Bezirk Mitte weist einen sehr hohen Anteil an Menschen nichtdeutscher Herkunft auf. Diese sind stark in den alten Bezirken Tiergarten und Wedding konzentriert und überwiegend türkischer Herkunft. In diesem Bericht konnte erstmalig neben der Gruppe der Einwohner mit ausländischer Staatsangehörigkeit auch die Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund differenziert werden. Sowohl beim Ausländeranteil (28,7%) als auch beim Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt (44,5%) belegt Mitte den Spitzenplatz in der bezirklichen Rangordnung.

Wie zwischen den Berliner Bezirken gibt es auch innerhalb des Bezirks Mitte größere Unterschiede. Insbesondere im Prognoseraum Gesundbrunnen, mit einem ohnehin hohen Ausländeranteil, gibt es außerdem einen hohen Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund aber deutschem Pass. Mit insgesamt 56,8% der Bevölkerung ist der Migrantenanteil hier extrem hoch. Im Prognoseraum Zentrum dagegen liegt der Migrantenanteil mit 30,2% auch um einiges höher als den Berliner Durchschnitt.

Diese großen Unterschiede sind auch in den Planungsräumen zu sehen. Hierbei variiert der Anteil zwischen 67,0% in dem Planungsraum (PR) Reinickendorfer Straße und 21,1% im PR Arkonaplatzviertel. Insbesondere in den Planungsräumen in den sozial benachteiligten Teilen von Tiergarten und Wedding gibt es hohe Anteile an Migranten.

In einer Auswertung von (Einschulungs-)Angaben zur ethnischen Herkunft von einer Stichprobe der Kinder im Zahnärztlichen Dienst konnte festgestellt werden, dass zwar 59,3% der Kinder die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, hiervon aber erheblich mehr als ein Drittel nichtdeutscher Herkunft sind. Insgesamt wiesen 64% der erfassten Kinder einen Migrationshintergrund auf.

Bevölkerungsentwicklung

Zum Jahresende 2008 veröffentlichte die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung eine neue Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke über den Zeitraum 2007 bis 2030. In der für die Arbeit und Planung vorgesehenen Basisvariante, die in diesem Bericht vorgestellt wird, wird ein Anstieg in der bezirklichen Bevölkerung um ca. 10.000 Personen vorausgesagt. Obgleich die Bevölkerung in allen vier Prognosereäumen ansteigen soll, soll der Anstieg im Prognoseraum Zentrum größer ausfallen. Insgesamt verlagert sich die Bevölkerung im Rahmen der allgemeinen demografischen Entwicklung von den mittleren in den höheren Altersgruppen. Die Gruppen der Kinder und Jugendlichen bleiben jedoch in den nächsten Jahren relativ stabil.

2 Soziale Lage

Die schwierige soziale Lage im Bezirk Mitte wurde im letzten Basisgesundheitsbericht anhand mehrerer Indikatoren sehr plastisch dargestellt (vgl. BA Mitte 2006). Seit dieser Bestandsaufnahme hat sich an der Gesamtsituation nichts Grundlegendes geändert. Eine Betrachtung der einschlägigen Indikatoren zeigt, dass sich die soziale Lage eines erheblichen Teils der bezirklichen Bevölkerung immer noch als prekär auszeichnet. An dieser Stelle werden in erster Linie die Indikatorenbereiche analysiert, in denen seit dem Basisgesundheitsbericht größere Veränderungen stattfanden.

Mit einer Arbeitslosigkeit von 20,4% im Februar 2009 liegt Mitte zwar niedriger als in den letzten Jahren aber weiterhin an der zweiten Stelle in der bezirklichen Rangordnung. Dank dieser Tatsache steht Mitte bei den meisten anderen Indikatoren der sozialen Lage immer noch sehr ungünstig da. In diesem Bericht wird jedoch die amtliche Arbeitslosenstatistik nicht weiter behandelt. Von größerem aktuellen Interesse dagegen ist eine Auswertung der Statistik zum Empfang von Arbeitslosengeld II, die im Basisgesundheitsbericht mangels verfügbarer Daten nur knapp betrachtet werden konnte. Da sich die Datenlage inzwischen wesentlich verbessert hat, wird diese Statistik hier differenzierter analysiert (vgl. Abschnitt 2.1).

Die im Basisgesundheitsbericht dargestellten strukturellen Benachteiligungen im Bereich der Schul- und Berufsbildung bei größeren Teilen der bezirklichen Bevölkerung bestehen weiterhin – der Anteil der Erwachsenen in Mitte ohne Schulabschluss hat sich sogar von 10% auf 13% vergrößert. Hinsichtlich der beruflichen Bildung führt Mitte immer noch die bezirkliche Rangordnung mit 42,9% der erwachsenen Bevölkerung ohne einen beruflichen Abschluss. Diese Zahlen zeigen, dass die soziale Lage im Bezirk immer noch durch tief sitzende Probleme geprägt ist. Durch die leichte Erholung am Arbeitsmarkt verursacht, stieg das monatliche Pro-Kopf-Nettoeinkommen in Mitte von 2004 bis 2006 um 25€ auf 800€, dafür ist Mitte hier jetzt Schlusslicht in der bezirklichen Rangordnung. Eine aktualisierte Auswertung dieser Indikatoren wird demnächst auf der Website des BA Mitte publiziert. Die Tatsache, dass die Mikrozensusergebnisse für die alten Bezirke nicht mehr verfügbar sind, erschwert die Analyse dieser Entwicklungen.

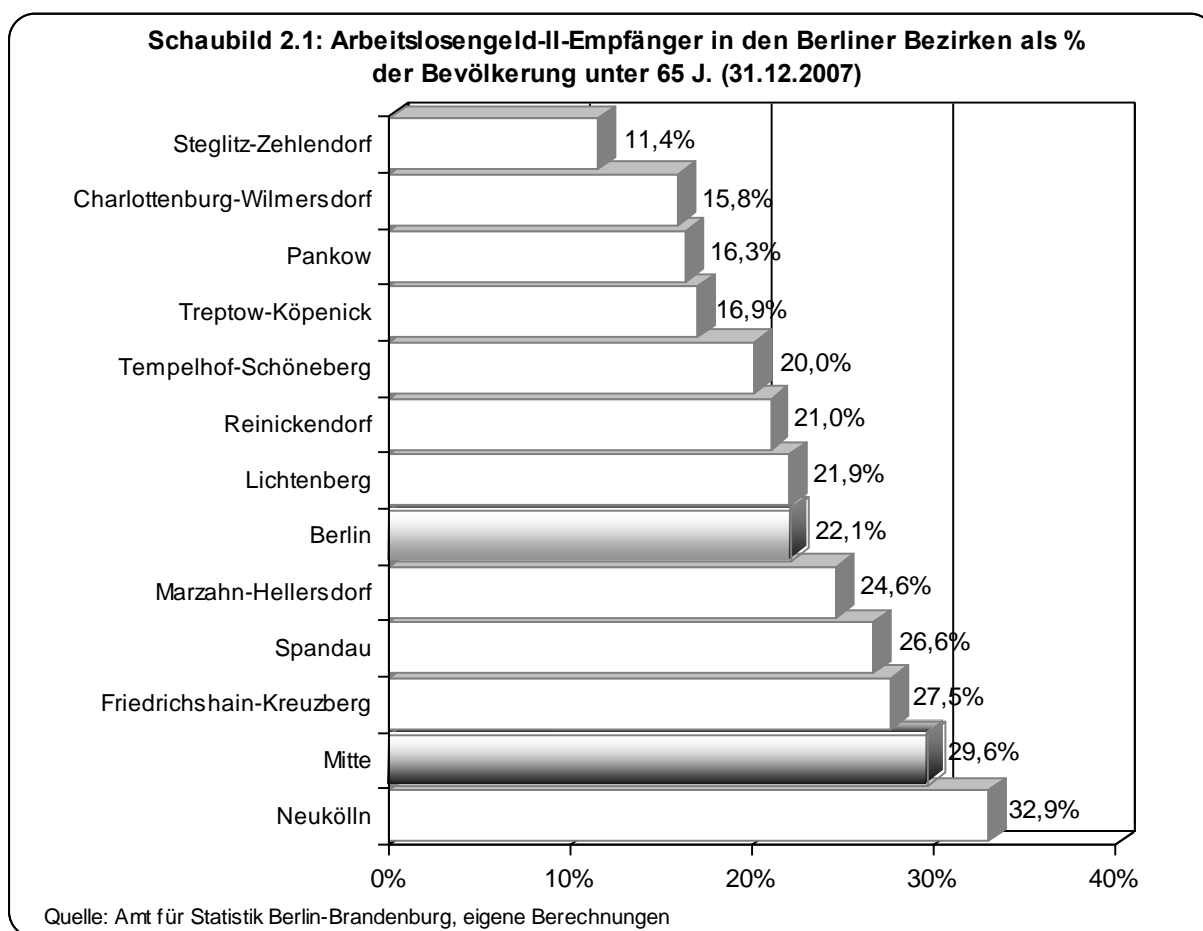
Die Berechnung von Armut und Reichtum in den Haushalten in Berlin wird aus der Einkommensstatistik des Mikrozensus abgeleitet und bildete einen Schwerpunkt in unserem letzten Basisgesundheitsbericht – basierend auf Daten der Jahre 1997 bis 2004. Insbesondere die darin abgezeichnete Entwicklung der Armut im Bezirk gab Anlass zur Besorgnis (vgl. BA Mitte 2006, S. 42ff.). In der Zwischenzeit sind regelmäßige Daten hierzu verfügbar. Da in Berlin seit 2005 eine neuere OECD-Definition für die Armuts- und Reichtumsberechnung verwandt wird, die sich in einigen Punkten grundsätzlich von der alten Definition unterscheidet, kann die im Basisgesundheitsbericht aufgezeigte Entwicklungslinie jedoch nicht ohne Weiteres fortgeführt werden. Dieser Sachverhalt wird im Abschnitt 2.2 detaillierter behandelt.

Da sich dieser Bericht mit der Zahngesundheit von Schulkindern befasst, setzen wir uns auch im Abschnitt 2.3 mit der Bestimmung der sozialen Schicht aus der Schuleingangsuntersuchung (ESU) auseinander. Dies wird in dreifacher Hinsicht erfolgen. Zum einen wird anhand von Daten der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz der sogenannte ESU-Index im bezirklichen Vergleich analysiert. Zweitens wird für die Schulanfänger im Bezirk Mitte, die auch im Zahnärztlichen Dienst vorstellig waren, die Verteilung der sozialen Schichten analysiert. In einem dritten Schritt wird die soziale Schichtverteilung in den räumlichen Unter-

teilungen des Bezirks analysiert. Hierbei wird u.a. der Anteil der Schulanfänger in der unteren sozialen Schicht in den Planungsräumen kartografisch dargestellt.

2.1 Arbeitslosengeld II

Zum Jahresanfang 2005 wurden im Rahmen des „Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ (Hartz IV) die bisherigen Unterstützungsleistungen Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt – HILU) zusammengelegt. Seitdem ist es nicht mehr sinnvoll „Sozialhilfebezug“ als Indikator der sozialen Lage auf oder unterhalb der Bezirksebene zu verwenden. Durch diese Zusammenlegung werden jedoch die Daten zum Bezug von Arbeitslosengeld II (Grundsicherung nach dem SGB II) um so aussagekräftiger als Gradmesser der sozialen Betroffenheit der Bevölkerung.⁴



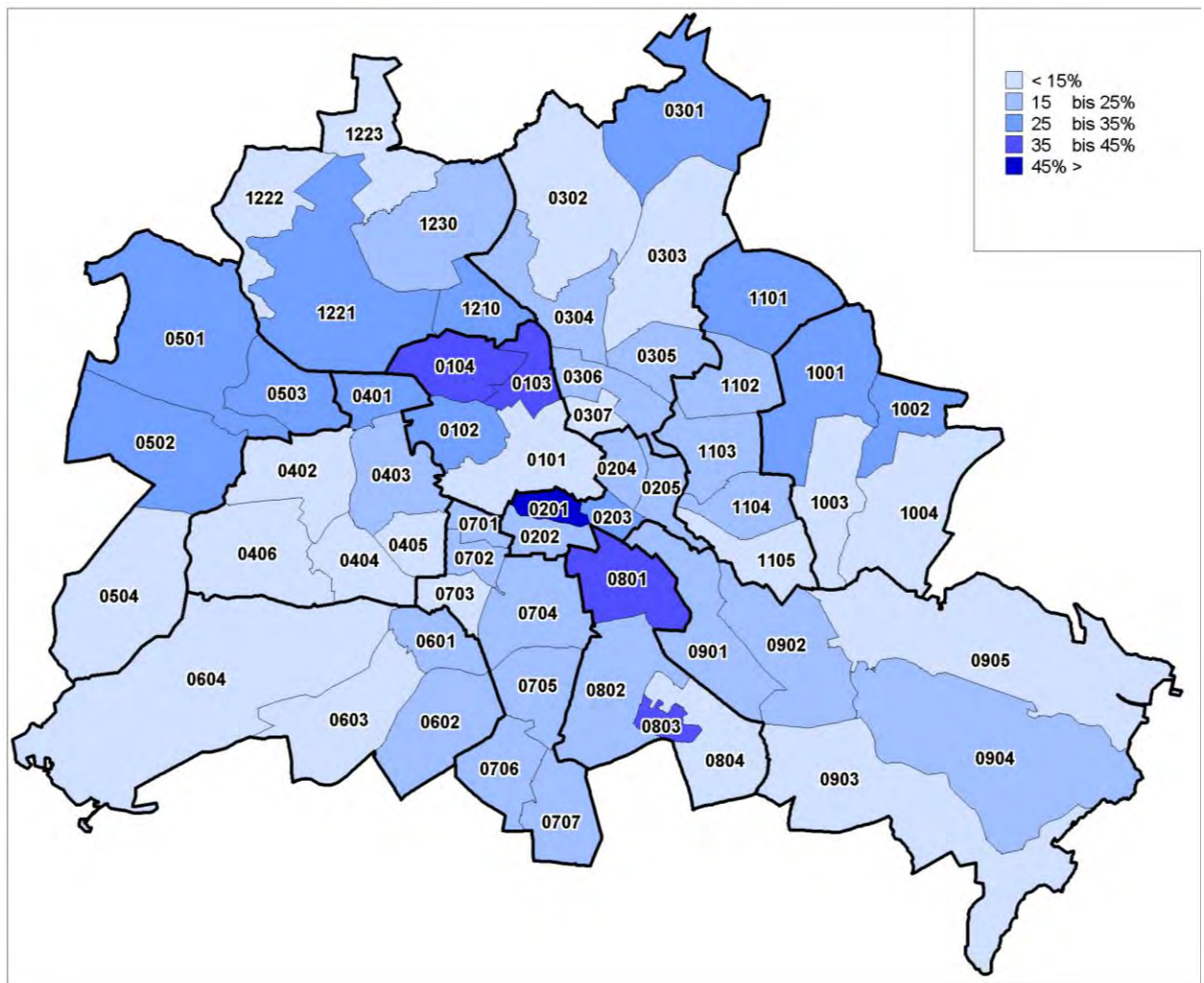
Im Schaubild 2.1 wird der Empfang von Arbeitslosengeld II im Vergleich der Berliner Bezirke dargestellt. Mit 29,6% der Bevölkerung unter 65 J. als ALG-II-Empfänger belegt Mitte hinter Neukölln den zweithöchsten Platz in der bezirklichen Rangordnung. Wie bei fast allen Indikatoren der sozialen Lage gehen die Anteile in den einzelnen Bezirken sehr stark auseinander. Während in Steglitz-Zehlendorf lediglich 11,4% der bezirklichen Bevölkerung in dieser Altersgruppe von ALG II lebt, sind es fast 30% in Mitte und mehr als 30% in Neukölln.

⁴ Da die Empfänger von ALG II arbeitsfähige Menschen und ihre Angehörigen sind, wird als Bezugsgruppe die jeweilige Bevölkerung unter 65 J. verwendet.

2.1.1 ALG-II-Empfänger in den LORs von Berlin

Im Rahmen eines Abkommens mit der Bundesagentur für Arbeit erhielt das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg einen Datensatz mit Einzeldaten zum Bezug vom Arbeitslosengeld II im Land Berlin. Hieraus wurde im Rahmen des sogenannten abgestimmten Datenpools eine kleinräumige Auswertung der ALG-II-Daten für die neuen lebensweltorientierten Räume (LORs) in Berlin durchgeführt. Die folgenden kleinräumigen Darstellungen basieren auf dem Stand vom 31. Dezember 2007 und sind daher mit der bezirklichen Rangordnung im Schaubild 2.1 vergleichbar.

Karte 2.1: Arbeitslosengeld-II-Empfänger in den Prognoseräumen von Berlin am 31.12.2007 (als Anteil der Bevölkerung unter 65 J.)

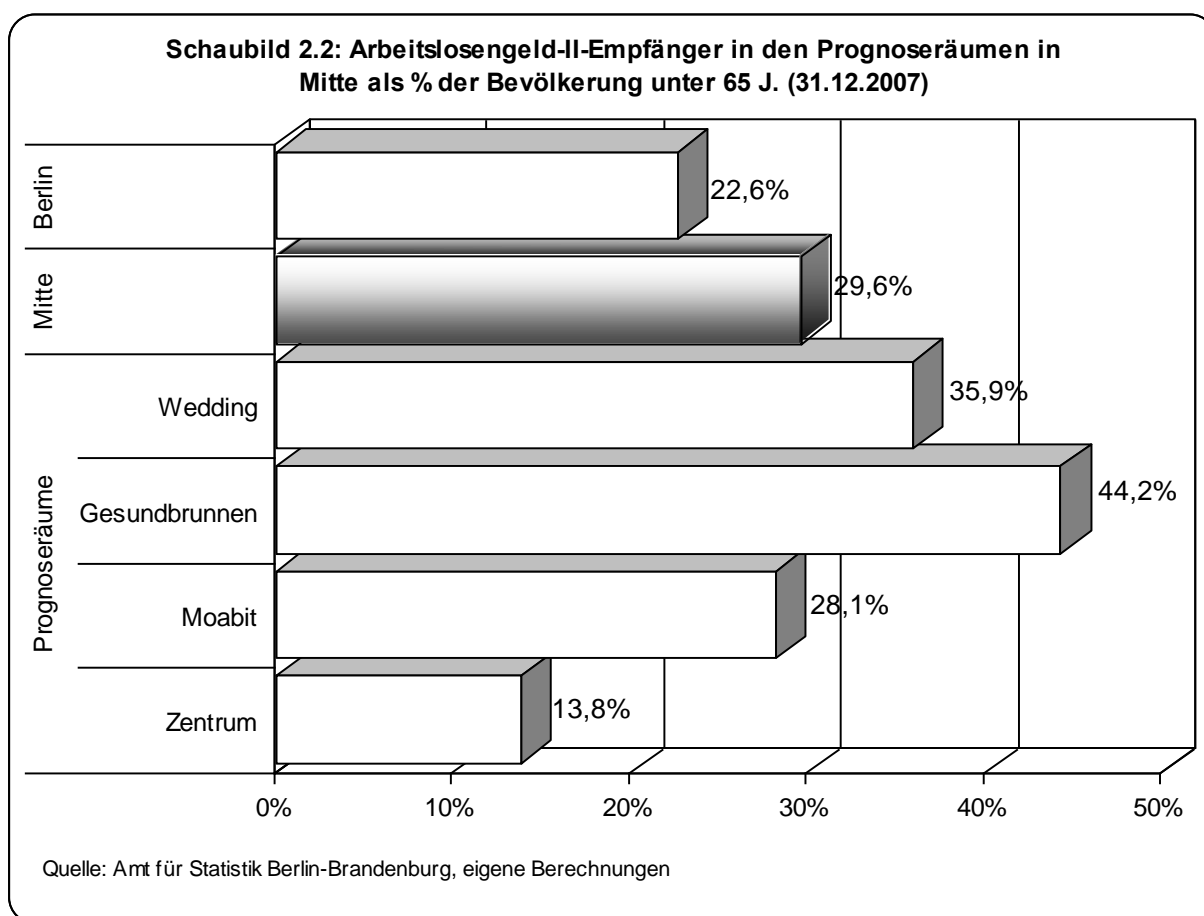


Karte 1.2 zeigt der Anteil an Menschen, die Arbeitslosengeld II beziehen, in den Prognoseräumen in Berlin. Hierbei wird insgesamt eine Konzentration in langjährig sozial benachteiligten Prognoseräumen in der Innenstadt deutlich, aber diese Situation ändert sich etwas. Aus den fünf Prognoseräumen mit einem ALG-II-Empfang bei mehr als 35% der Bevölkerung liegen zwar zwei in Mitte (Wedding und Gesundbrunnen), eins in Friedrichshain-Kreuzberg (Kreuzberg-Nord) und zwei in Neukölln (Neukölln und Gropiusstadt), aber die Konzentration von Hilfeempfängern in Gropiusstadt zeigt, dass Armut auch mittlerer weile die Großsiedlungen am Stadtrand erreicht hat.

Die Verteilung bei diesem Indikator ist auch wesentlich heterogener als beim Anteil der Migranten. Abgesehen von den obengenannten hoch belasteten Gebieten gibt es im Osten und im Westen sowohl relativ gut- als auch schlecht situierte Prognoseräume.

2.1.2 Arbeitslosengeld II-Empfänger unterhalb der Bezirksebene in Mitte

Die Auswertung der Daten zum ALG II Empfang unterhalb der Bezirksebene in Mitte zeigt sehr plastisch, wie heterogen die soziale Lage im Bezirk ist. Während es der Bevölkerung im Zentrum, mit lediglich einem 13,8% Anteil von ALG-II-Empfängern, noch gut geht, liegen die Prognoseräume Gesundbrunnen (44,2%) und Wedding (35,6%) wesentlich schlechter. Dank des Einflusses der wesentlich besseren sozialen Lage der Planungsräume unterhalb der Straße Alt-Moabit (vgl. Karte 2.1), liegt Moabit sogar etwas als den bezirklichen Durchschnitt (29,6%). Dabei ist das Niveau in Gesundbrunnen mehr als dreimal so hoch wie im Zentrum.

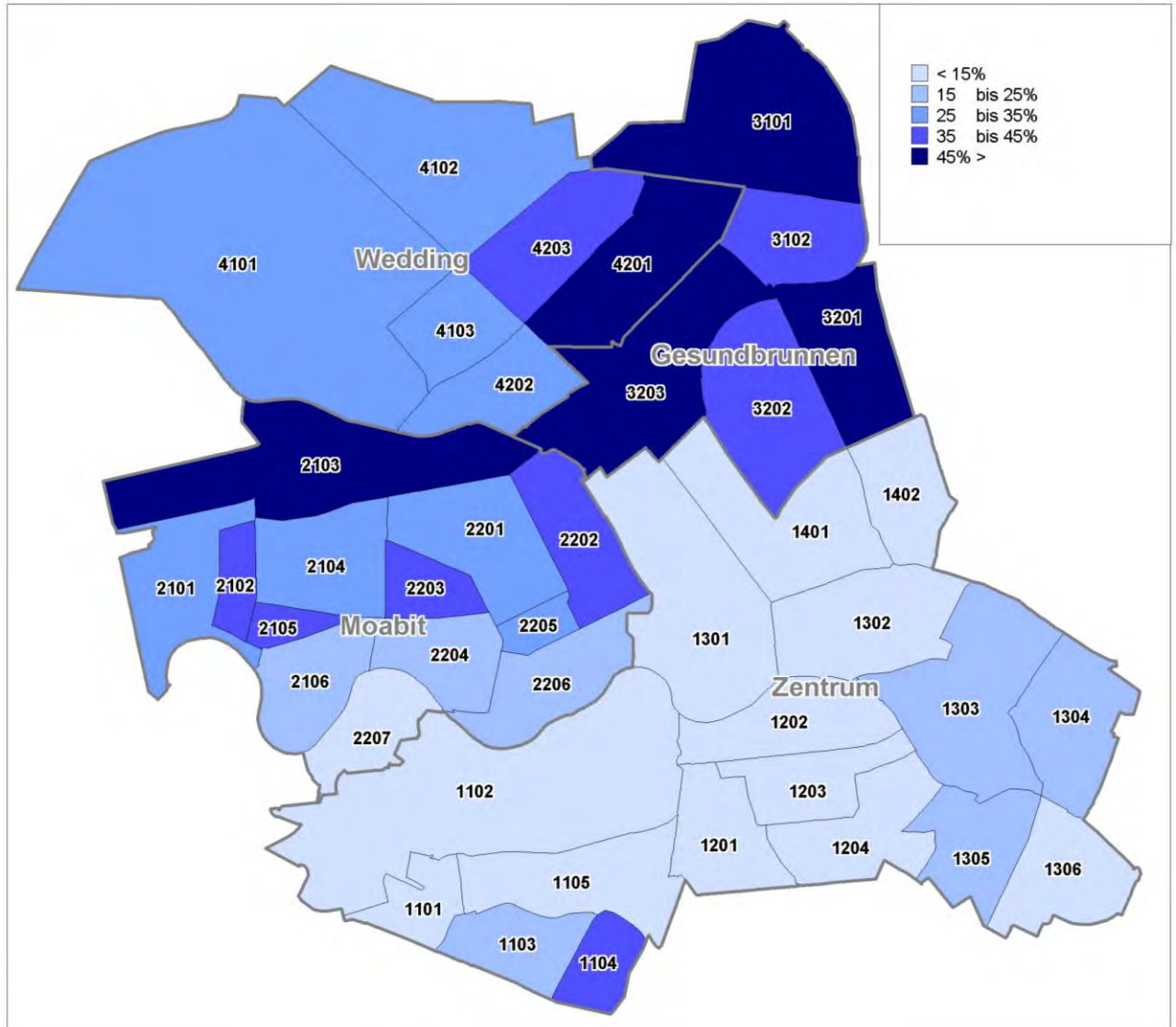


In einem Vergleich aller Prognoseräume in Berlin liegt Gesundbrunnen auf dem zweitniedrigsten Platz, gleich hinter Kreuzberg-Nord (Platz 59 aus 60, vgl. S. 76). Hierbei liegen Wedding und Moabit ebenfalls nur unwesentlich besser auf den Plätzen 56 und 49, während Zentrum zu den eher gutsituierten Prognoseräumen in Berlin gehört (Platz 18). Diese großen Unterschiede sind auch unterhalb der Ebene der Prognoseräume sichtbar.

Karte 2.2 zeigt den Anteil der Empfänger von ALG II an der Bevölkerung unter 65 Jahre für die kleinsten Räume (Planungsräume). Wie bisher bei der Sozialhilfe gibt es sehr starke Kontraste innerhalb des Bezirks. Insbesondere in Teilen der Prognoseräume Wedding, Gesundbrunnen und Moabit gibt es eine Vielzahl von Planungsräumen, in denen über 45% der Bevölkerung auf

ALG II für den Lebensunterhalt angewiesen ist, während in der überwiegenden Mehrzahl der Planungsräume im Prognoseraum Zentrum helle Flecke (unter 15%) zu sehen sind.

**Karte 2.2: Arbeitslosengeld-II-Empfänger in den Planungsräumen in Mitte am 31.12.2007
(als Anteil der Bevölkerung unter 65 J.)**



Auf der Karte klar sichtbar sind auch die beträchtlichen sozialen Unterschiede innerhalb des Prognoseraums Moabit. Während mehr als 45% der Bevölkerung im Planungsraum Westhafen vom ALG II leben, liegt das Niveau im Hansaviertel unter 15%. Auch das Nord-Süd-Gefälle in Moabit ist auf der Karte gut zu sehen. Je weiter südlich man sich in Richtung Großer Tiergarten bewegt, desto heller sind die Graustufen. Auch die verhältnismäßig besser gestellte „Insel“ Hansaviertel (2207) ist klar zu erkennen.

2.2 Armut und Reichtum in Berlin

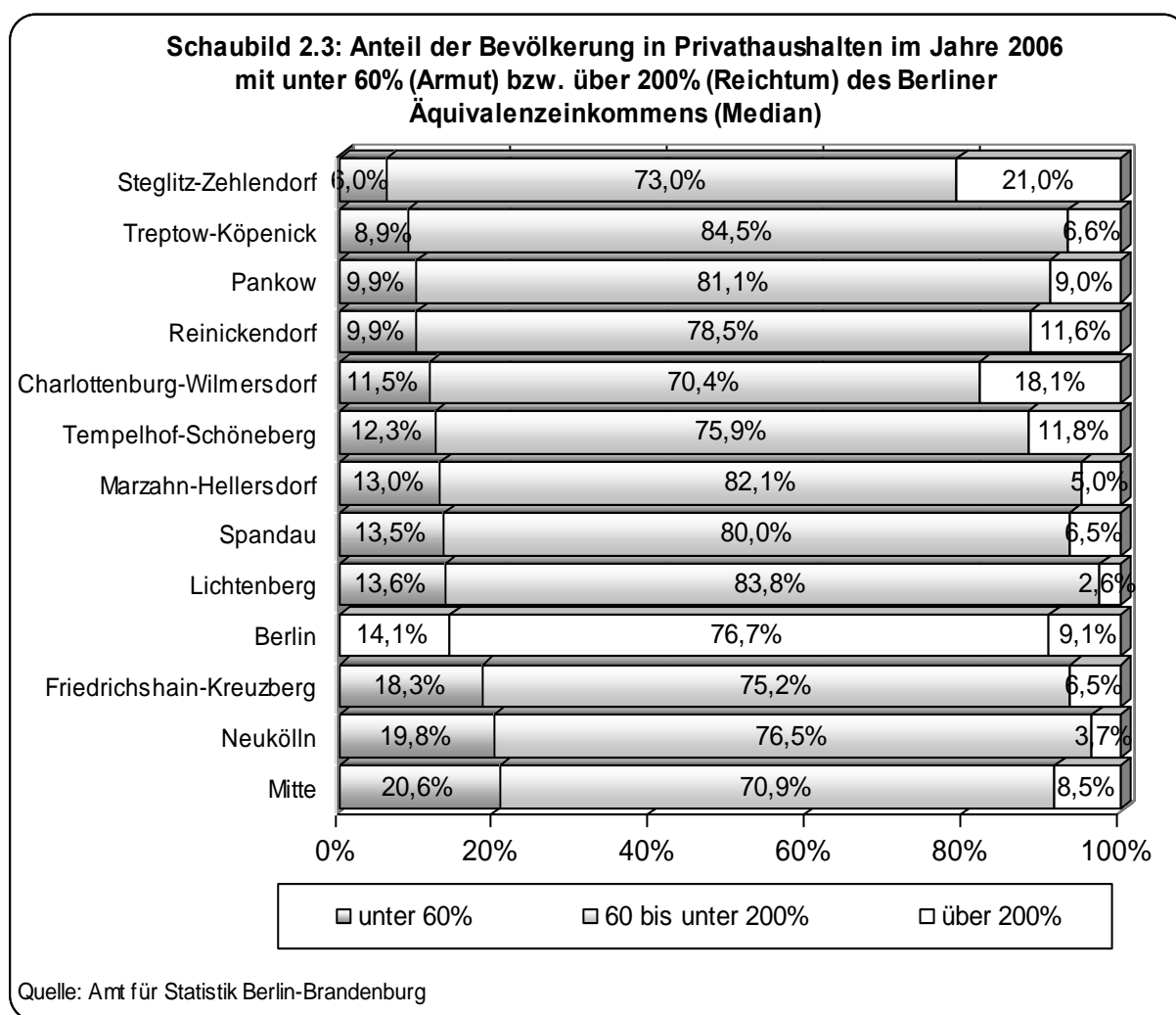
Nach Jahren der Verdrängung und Vermeidung gibt es seit einigen Jahren eine öffentliche Diskussion über das Thema Armut und Reichtum in einem insgesamt reichen Land wie Deutschland⁵. Stellte 2001 der 1. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung eine Sensation in der bundesdeutschen Landschaft dar, ist diese Art der Berichterstattung inzwischen allgemein akzeptiert. Die Ergebnisse der Berichterstattung sind weitgehend unbestritten: Die bundesdeutsche Gesellschaft ist hinsichtlich der Verteilung des Reichtums stark polarisiert – Tendenz steigend. Insbesondere die Gruppe der Kinder und Jugendlichen ist immer häufiger durch das Phänomen Armut betroffen.

Das Thema Armut und Reichtum wurde in Berlin im Jahre 2002 durch den Bericht der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz „Armut und soziale Ungleichheit in Berlin“ in die öffentliche Diskussion gebracht. Anhand von Daten des Mikrozensus und auf der Basis der alten OECD-Definition von Armut und Reichtum wurde für Berlin eine differenzierte Berechnung über das Vorkommen von Armut und Reichtum vorgelegt. Obgleich seitdem kein weiterer Armutsbericht erschienen ist, wurden diese Berechnungen periodisch vom Statistischen Landesamt durchgeführt und immer wieder in der Gesundheitsberichterstattung aufgegriffen, so im Jugendgesundheitsbericht (BA Mitte 2003), im Sozialstrukturatlas 2003 (Sen GSV 2004) und in unserem Basisgesundheitsbericht (BA Mitte 2006). Da jedoch das Land Berlin die aktuelle Definition der OECD für Armut und Reichtum in diesem Jahr übernommen hat, kann die bisherige Entwicklungslinie nicht ohne weiteres fortgeführt werden.⁶

Schaubild 2.3 zeigt die Verteilung von Menschen in den Berliner Bezirken im Jahre 2006, die nach der neuen OECD-Definition in Armut bzw. Reichtum leben. Ein Vergleich mit der Armuts- und Reichtumsberechnung für das Jahr 2004 im Basisgesundheitsbericht (BA Mitte 2006, S. 43) zeigt insgesamt ein niedrigeres Niveau beim Anteil von armen Menschen in den Berliner Bezirken sowie höhere Anteile an Menschen mit über 200% des Berliner Äquivalenzeinkommens. Eine Gegenüberstellung der beiden Messlatten für das Jahr 2005 (vgl. Tabelle A4 auf S. 80) zeigt, dass der Anteil der armen Menschen in den meisten Bezirken sowohl zwischen 2004 und 2005 nach der alten Berechnungsweise zurückgegangen ist als auch nach der neuen in 2006. Wie im Jahre 2004 führte Mitte 2006 mit 20,6% der Bevölkerung in Armut die bezirkliche Rangordnung bei diesem Indikator – darüber hinaus gab es einige Positionsänderungen zwischen den anderen Bezirken zwischen 2004 und 2006. Insbesondere Tempelhof-Schöneberg hat sich im Vergleich zu den anderen Bezirken gebessert.

⁵ In den entwickelten Ländern bezieht sich der Begriff „Armut“ auf die so genannte „relative Einkommensarmut“, gemessen an den Definitionen der OECD. Armut wird als individuelle Abweichung vom gesellschaftlichen Durchschnittseinkommen unter Berücksichtigung von Haushaltssynergien gemessen.

⁶ Nach der OECD-Definition von Armut, die bislang im Land Berlin verwendet wurde, galten Menschen als arm, die in Haushalten mit weniger als 50% des durchschnittlichen bedarfsgewichteten Äquivalenzeinkommen lebten. Bei der Berechnung des Haushaltsbedarfes wurde der Haupteinkommensbezieher mit 1,0 gewichtet, alle weitere Personen 14 Jahre und älter mit 0,7 und Personen unter 14 Jahren mit 0,5. Die neue OECD-Definition von Armut ändert nicht nur den Prozentwert der Armutsschwelle (<60% statt <50% des Äquivalenzeinkommens), sondern auch die Art der Mittelwertbildung (Median statt arithmetisches Mittel) sowie die Berechnung des Haushaltsbedarfes – der Haupteinkommensbezieher wird jetzt mit 1,0 gewichtet, alle weitere Personen über 14 Jahren mit 0,5 und Personen unter 14 Jahren mit 0,3. Für das Jahr 2005 lieferte das Amt für Statistik beide Berechnungsweisen zum Vergleich. Ab 2006 gibt es nur die neue Berechnung von Armut und Reichtum.

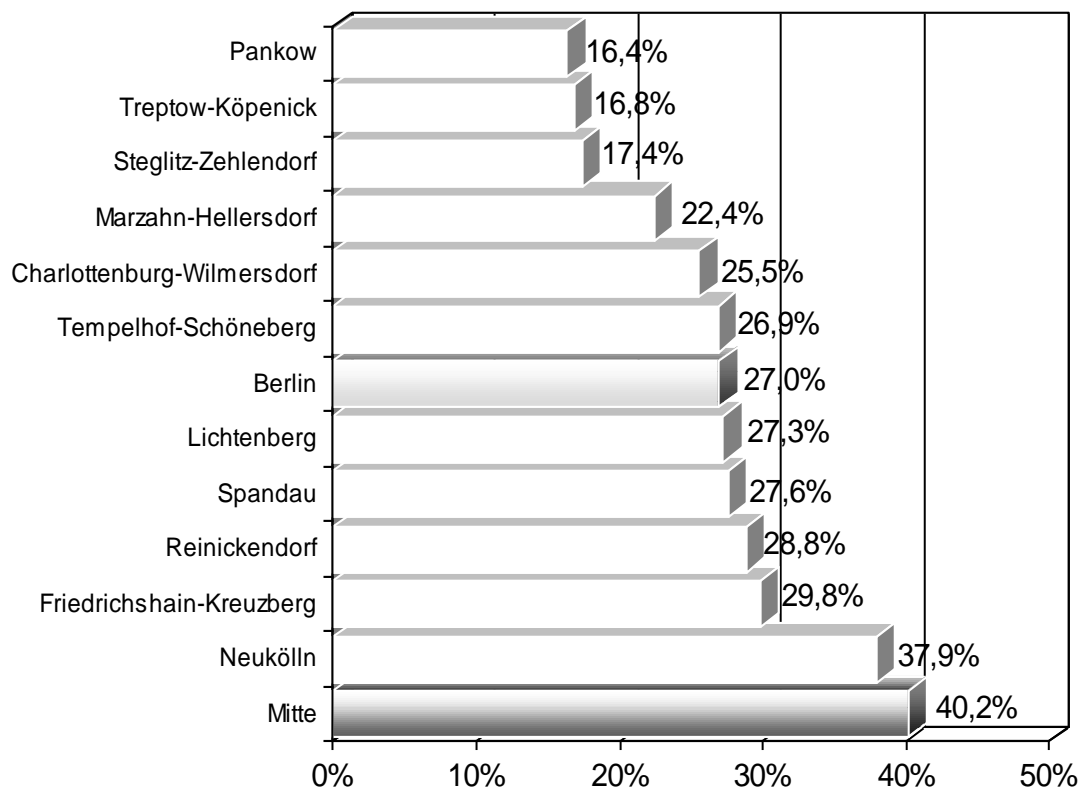


Wie oben erwähnt, ist der Anteil an Menschen in den Berliner Bezirken, die in Reichtum leben, von 2004 bis 2006 größer geworden. Im Gegensatz zur Situation bei der Armut sind die relativen Positionen der Bezirke beim Reichtum stabil geblieben. Die bezirkliche Rangordnung wird weiterhin von Steglitz-Zehlendorf mit 21% geführt und Lichtenberg weist weiterhin den niedrigsten Anteil an „reichen“ Menschen mit 2,6% auf.

Angesichts der Schwerpunktsetzung dieses Berichtes werden wir auch die Situation der Haushalte mit Kindern untersuchen. Im Berliner Armutsbericht wurden Kinder als eine Bevölkerungsgruppe genannt, die besonders von Armut betroffen ist (SenGUV 2002, S. 11ff.). Im Berliner Durchschnitt war auch im Jahre 2006 der Anteil an armen Menschen in Haushalten mit Kindern fast zweimal so hoch wie in allen Haushalten (27,0% gegenüber 14,0%). Angesichts der Bedeutung der Kinder für die zukünftige Entwicklung dieser Gesellschaft muss hier dringend entgegengewirkt werden.

Schaubild 2.4 zeigt die Anteile der Menschen in Haushalten mit Kindern unter 18 Jahren mit unter 60% des Berliner Äquivalenzeinkommens in den Berliner Bezirken. Mit **40,2%** der Bevölkerung in diesem Haushaltstyp mit Kindern in Armut, steht Mitte ganz oben in der bezirklichen Rangordnung, vor Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg. Bei diesem Haushaltstyp gibt es fast doppelt so viele arme Menschen, wie in der bezirklichen Bevölkerung als Ganze.

Schaubild 2.4: Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten im Jahre 2006 mit Kindern unter 18 Jahren mit unter 60% des Berliner Äquivalenzeinkommens (Median)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Gerade der hohe Anteil an Familien, die in Armut leben, belegt die Wichtigkeit der sozialkompensatorischen Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes in einem Bezirk wie Mitte. Wie in der Literatur sowie in unseren eigenen Auswertungen (vgl. Abschnitt 5.2) zu sehen, sind Kinder aus diesen Familien in hohem Maße von Kariesbefall betroffen.

2.3 ESU-Index der sozialen Lage

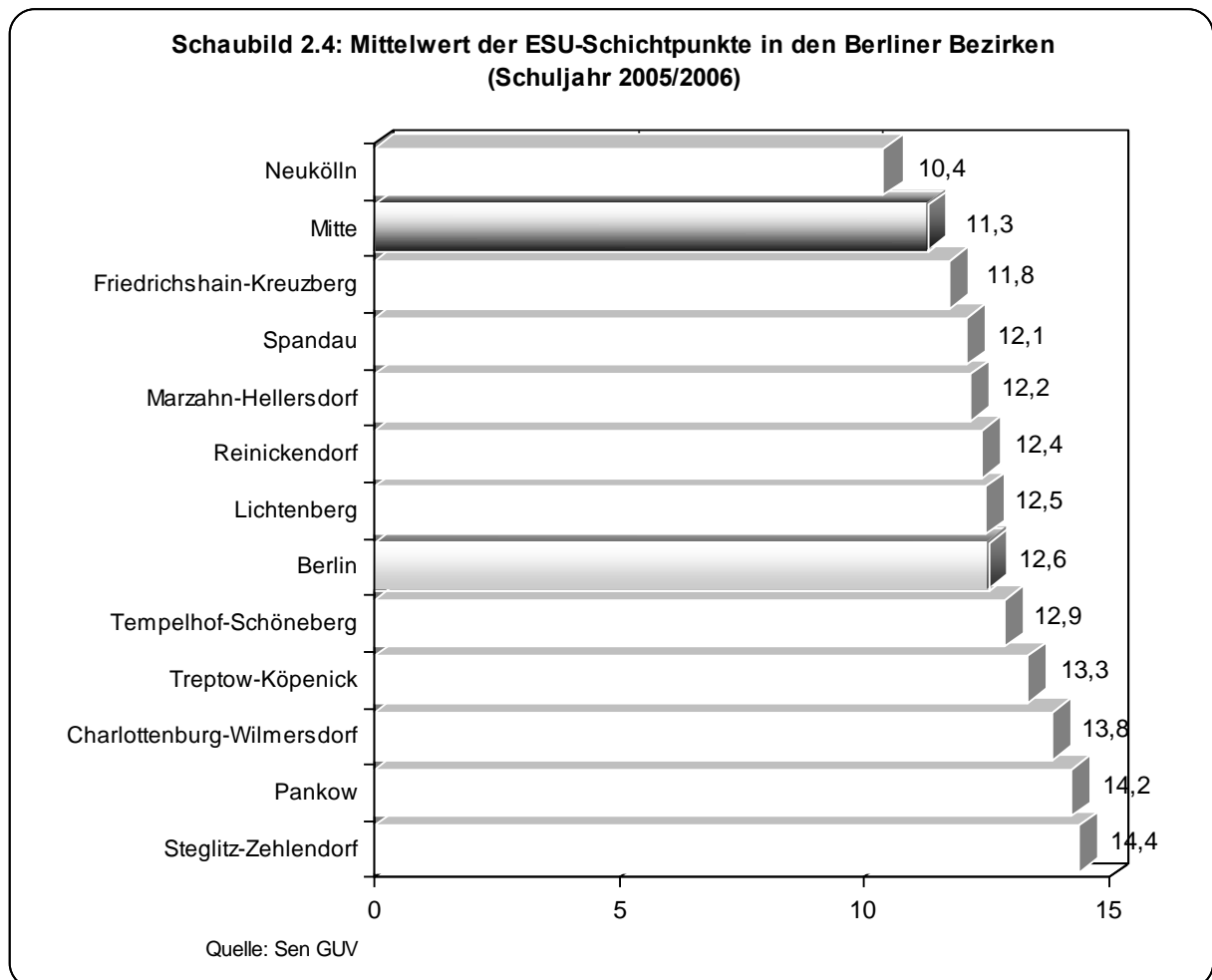
In diesem Abschnitt betrachten wir die Bestimmung der sozialen Schicht der Familien von Schulanfängern aus der Schuleingangsuntersuchung (ESU). Seit 2001 erfolgt diese Schichtbestimmung berlinweit einheitlich durch einen freiwillig auszufüllenden Fragebogen, den die Eltern zur Schuleingangsuntersuchung mitbringen. Dabei wird anhand der Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern mit einem Punktesystem – basierend auf dem des Brandenburger Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen – die soziale Lage der Familien bestimmt (Oberwöhrmann et al. 2006). Dank der relativ hohen Teilnahmeraten der Eltern⁷ stellt dieser Index einen guten Indikator der sozialen Lage der Familien in dieser Altersgruppe dar.

In erster Linie wird die ESU-Bestimmung der sozialen Schicht auf der individuellen Ebene benutzt, um gesundheitsrelevante Zusammenhänge z.B. zwischen sozialer Schicht und Adipositas festzustellen. Sie kann jedoch auch auf räumlicher Ebene für eine grobe Charakterisierung von

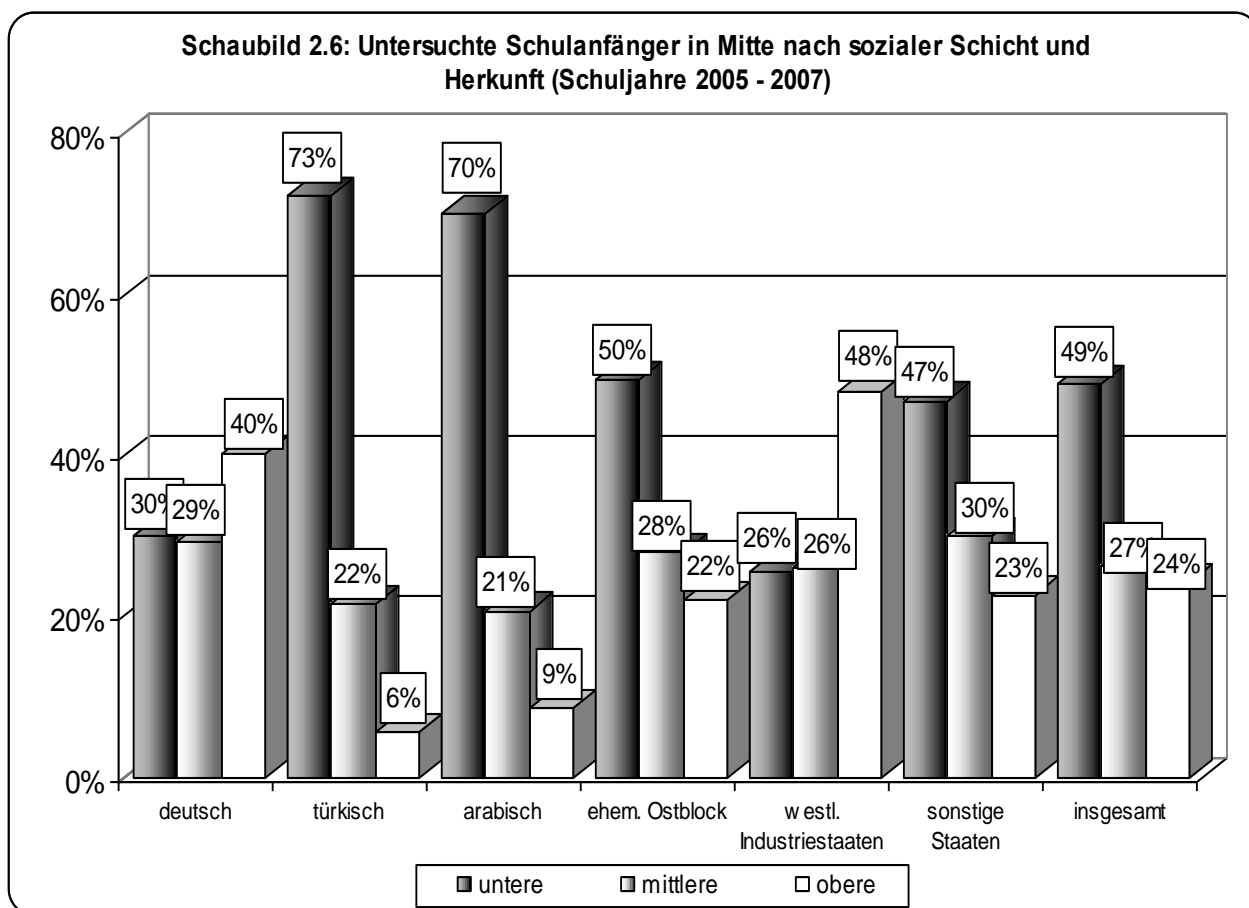
⁷ Im Schuljahr 2007/08 beantworteten ca. 86% der Familien in Mitte die Fragen zur sozialen Lage, sodass eine Bestimmung der sozialen Schicht erfolgen konnte.

verschiedenen Gebieten angewandt werden (vgl. BA Mitte 2001 und 2003 für bezirksinterne Vergleiche). Anhand von ESU-Daten für ganz Berlin kann der sogenannte ESU-Index auch im bezirklichen Vergleich betrachtet werden (vgl. Delekat 2003).

Schaubild 2.5 zeigt den jeweiligen Mittelwert der ESU-Schichtpunkte in den Berliner Bezirken für das Schuljahr 2005/2006. Mit 11,3 Punkten liegt Mitte knapp vor Neukölln an zweitletzter Stelle. Wie bei den meisten Indikatoren der sozialen Lage geht das Niveau zwischen den Bezirken deutlich auseinander. Während sich die Bezirke Neukölln, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg durch ihr niedriges Niveau auszeichnen, belegen Steglitz-Zehlendorf, Pankow und Charlottenburg-Wilmersdorf die Spitzenplätze.



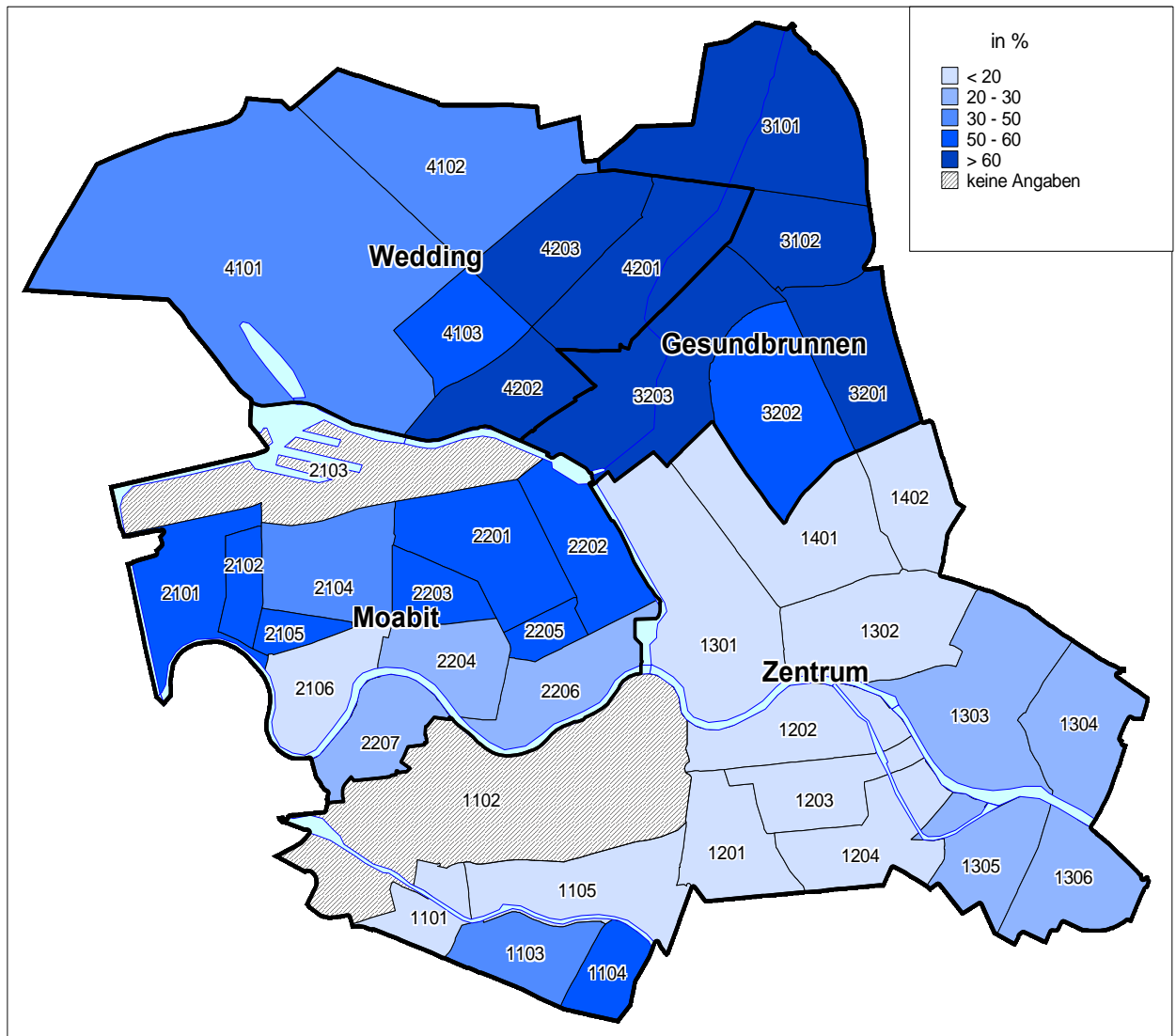
Im Weiteren werden wir Auswertungen für die Schulanfänger im Bezirk Mitte vornehmen. Hierbei werden wir auf die Daten der Jahrgänge 2005/2006, 2006/2007 sowie 2007/2008 zurückgreifen. Schaubild 2.6 zeigt die Zusammensetzung der Schulanfänger in Mitte nach sozialer Lage und ethnischer Herkunft. Aus dem Schaubild sind die sozialen Unterschiede zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen deutlich zu erkennen. Während die Schichtverteilung bei den deutschen Kindern relativ ausgeglichen ist (allerdings mit einer leichten Überrepräsentation der oberen Schicht), stammen 73% der türkischen Kinder aus der unteren und lediglich 6% aus der oberen Schicht. Ebenfalls bei den Kindern aus „arabischen Ländern“ (70%) und dem ehem. Ostblock (50%) gibt es einen großen Anteil aus der unteren Schicht. Die Schichtverteilung der Kinder aus westlichen Industriestaaten zeigt sich dagegen noch stärker Oberschichtlastig als die der deutschen Kinder.



Die Daten zur sozialen Schicht aus der Einschulungsuntersuchung erlauben auch kleinräumige Analysen. Um die soziale Schichtverteilung der untersuchten Kinder in den räumlichen Unterteilungen des Bezirks zu analysieren, werden ebenfalls mehrere Jahrgänge zusammengetragen (s. oben). Karte 2.2 stellt den Anteil der untersuchten Kinder aus der unteren sozialen Schicht in den Planungsräumen von Mitte kartografisch dar. Je höher der Anteil von Kindern aus der unteren Schicht, desto dunkler wird die Grauschattierung auf der Karte.

Wie bei anderen Indikatoren der sozialen Lage zeigt sich der Bezirk Mitte auf der Karte sehr heterogen. Während es im Prognoseraum Zentrum überwiegend helle Flecken gibt, befinden sich in den Prognoserräumen Wedding und Gesundbrunnen fast nur dunkel schattierte Gebiete. Im Prognoseraum Moabit erweisen sich insbesondere die Planungsräume im Norden als sozial belastet.

Karte 2.2: Anteil der untersuchten Kinder aus der unteren sozialen Schicht in den Planungsräumen von Mitte (2005 – 2007)



2.4 Zusammenfassung

Die Betrachtung der sozialen Lage in diesem Bericht zeigt, dass Mitte in vielfacher Hinsicht ein sozial benachteiligter Bezirk ist. Die in diesem Bericht analysierten Indikatoren zeigen, dass die soziale Lage in Mitte – trotz Verbesserungen in einigen Bereichen – immer noch sehr belastet ist. Hierbei wird auch die große Heterogenität innerhalb des Bezirks evident. Die soziale Situation ist insbesondere in den sozial schwachen Gebieten der Prognoseräume Wedding, Gesundbrunnen und Moabit besonders brisant.

ALG II

Im Berliner Vergleich liegt der Bezirk Mitte knapp hinter Neukölln an 2. Stelle der bezirklichen Rangordnung mit 24,9% Empfängern der Grundsicherung nach SGB II unter der bezirklichen Bevölkerung. Neu für die GBE ist die Möglichkeit den Empfang von ALG II auch kleinräumig auszuwerten. Hier zeigen sich Ähnlichkeiten mit der kleinräumigen Analyse anderer Indikato-

ren. Insbesondere die sozial benachteiligten Planungsräume in Wedding, Gesundbrunnen und Teile von Moabit sind betroffen.

Armut und Reichtum

Hinsichtlich des Vorkommens von Armut belegte Mitte 2006 weiterhin den (negativen) Spitzenplatz in der bezirklichen Rangordnung mit 20,6% der Personen in Privathaushalten – trotz der Tatsache, dass das Niveau in den meisten Bezirken durch eine neue Berechnungsweise insgesamt niedriger ist. Wenn die Berechnung auf die Familien mit Kindern unter 18 Jahren beschränkt wird, sieht die Situation noch gravierender aus. 40,2% dieser Personengruppe lebte 2006 in Armut. Hinsichtlich des Reichtums führten die zwei gut situierten Bezirke Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf mit großem Abstand weiterhin die bezirkliche Rangordnung an.

ESU-Index der sozialen Lage

In der Rangordnung der Berliner Bezirke, die anhand der Angaben zur sozialen Lage in der Schuleingangsuntersuchung vorgenommen wird (ESU-Index), belegt Mitte ebenfalls hinter Neukölln den zweitschlechtesten Platz mit einem Mittelwert von 11,3. Innerhalb des Bezirks zeigt sich die Schichtverteilung nach ethnischer Herkunft als sehr unausgeglich – insbesondere bei den Kindern türkischer Herkunft und aus „sonstigen Staaten“ gibt es sehr hohe Anteile an Kindern aus der unteren Schicht. Kleinräumig zeigt sich eine ähnliche Verteilung wie bei den anderen Indikatoren.

Teil II Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Probleme der Mundgesundheit treten nicht gleichmäßig in der Bevölkerung auf. In mehreren Untersuchungen wurde aufgezeigt, dass die soziale Lage sowie ein möglicher Migrationshintergrund von Kindern mit einer höheren Prävalenz von Karies korrelieren (vgl. Dohnke-Hohrmann 2001, Van Steenkiste 2001, Butler et al. 2007). Dies entsteht in erster Linie durch mangelnde Mundhygiene und eine kariogene Ernährungsweise. Das Problem wird dadurch verschärft, dass die einschlägigen Risikogruppen die zahnärztliche Versorgung oft nur unzureichend in Anspruch nehmen. In einem Bezirk wie Mitte erhält das Thema „Mundgesundheit“ deshalb eine besondere Brisanz. Hier stellt sich u.a. die Frage, wie die Risikogruppen besser erreicht werden können.

Gesunde Zähne von Kindern sind entscheidend für die Kaufunktion und die daraus resultierende regelrechte Entwicklung der Zahn- und Kieferstellung sowie einer ungestörten Sprachentwicklung.

Mit Blick auf die gravierenden Folgebelastungen und die relativ günstigen Prophylaxemöglichkeiten sollte die Kariesprophylaxe im Kindes- und Jugendalter mit besonderen Anstrengungen betrieben werden. Die gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder und Jugendlichen wurde deshalb seit 1998 im Sozialgesetzbuch V § 21 bundesweit geregelt.

Das Hauptproblem bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die Entstehung von Karies. Diese Erkrankung ist in der Bevölkerung sehr weit verbreitet und entsteht durch das Zusammenkommen von mehreren Faktoren: a) den kariogenen Mikroorganismen, b) der Nahrung für die Bakterien (niedermolekulare Kohlenhydrate) c) der Plaque (Zahnbeläge), und d) dem Zeitfaktor. Durch das Zusammenwirken dieser Faktoren entstehen kariöse Läsionen, die unbehandelt zu schmerzhaften Entzündungen und sogar zum Zahnverlust führen können. Die klassischen Säulen Kariesprävention sind die regelmäßige Mundhygiene, eine zahngesunde Ernährung und die Anwendung von Fluoriden.

Im dritten Kapitel wird die Arbeit der zahnärztlichen Vorsorge und Prophylaxe, so wie sie im Land Berlin durchgeführt wird, vorgestellt. Im ersten Abschnitt werden zunächst einige Grundbegriffe der Zahnhygiene bei Kindern und Jugendlichen erläutert. Hierbei werden insbesondere zwei methodische Aspekte der Untersuchungen betrachtet: die Feststellung des Zahnstatus sowie die Diagnose eines besonderen Kariesrisikos bei Kindern. Der zweite Abschnitt befasst sich mit den bezirklichen Zahnärztlichen Diensten (ZÄD) und der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG). In den Kapiteln vier und fünf wird anhand der Statistik der bezirklichen Zahnärztlichen Dienste die Zahngesundheit in den Bezirken sowie innerhalb von Bezirk Mitte analysiert. Zuletzt werden anhand unserer Sonderauswertung der zahnärztlichen Statistik in Verbindung mit den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung für das Schuljahr 2004/2005 die Risikogruppen und Einflussfaktoren der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen näher erforscht.

3 Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxe für Kinder und Jugendliche in Berlin

Die Datenbasis für diesen Bericht existiert nur dank der Tatsache, dass es im Land Berlin Zahnärztliche Dienste in den Gesundheitsämtern gibt, die in Schulen und Kindertagesstätten Vorsorgeuntersuchungen durchführen und versuchen, sozialkompensatorisch Risikogruppen aufzuspüren und zum Besuch beim niedergelassenen Zahnarzt zur zahnärztlichen Versorgung zuzuführen. Trotz der Tatsache, dass sich die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren in Deutschland insgesamt verbessert hat, gibt es weiterhin eine Gruppe, die nicht von dieser allgemeinen Entwicklung profitiert, und den größten Teil der erkrankten Zähne auf sich vereinigen. Im Gegenteil: Nach Beobachtungen von Experten hat sich der Kariesbefall der Risikogruppen in den letzten Jahren z.T. noch verschärft.

Um diesem Auseinanderdriften der Mundgesundheit in der Gesellschaft entgegenzuwirken, arbeiten in Berlin, wie im § 21 SGB V vom 01.01.1998 (und in der Fassung vom 22.12.1999 erweitert) vorgesehen, die gesetzlichen Krankenkassen, die Zahnärztekammer und das Land Berlin mit seinen Zahnärztlichen Diensten in einem Gesamtkonzept zusammen, dessen Koordinationsträger die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) ist. In diesem Kapitel werden erst einige Grundbegriffe der Mundgesundheit und Kariesprophylaxe erläutert, die für das Verständnis dieses Berichtes nützlich sind. Im zweiten Abschnitt wird die Arbeit der Berliner Akteure in diesem Bereich vorgestellt.

3.1 Grundbegriffe der Mundgesundheit

Zunächst werden einige wichtige zahnärztliche Begriffe und Sachverhalte, die in diesem Bericht erscheinen, näher erläutert. Insbesondere geht es hierbei um Klassifikationen und Maßstäbe, die in der Statistik der Zahnärztlichen Dienste verwendet werden. In dieser Aufstellung ist der Anspruch aber keineswegs umfassend. Die hier vorgenommene Auswahl soll in erster Linie dem besseren Verständnis der nachfolgenden Ausführungen dienen.

3.1.1 Mundgesundheit

Die einfachste und wirksamste Maßnahme, um die Mundgesundheit zu erhalten und Karies zu verhindern, ist die regelmäßige Mundhygiene – d.h. das regelmäßige Zähneputzen. Sobald sie durch das Zahnfleisch hervorkommen sind, sollen die Zähne der Kinder täglich gereinigt werden. Da kleinere Kinder Probleme mit dem eigenständigen Putzen haben, müssen ihre Eltern in den ersten Jahren die Zahnpflege übernehmen und bis zum Schulalter noch nachputzen. Deshalb sagt das Zahnputzverhalten der Kinder in jüngeren Jahren auch etwas über das Gesundheitsverhalten der Eltern aus. Empfehlungen gehen davon aus, dass die Kariesreduktion umso größer ist, je häufiger die Zähne mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta geputzt werden. Daher sollten die Zähne mindestens zweimal täglich geputzt werden (vgl. Schenk et al. 2007, S. 654).

Neben der guten Mundhygiene spielt eine zahngesunde Ernährung und die regelmäßige Kontrolle beim Zahnarzt eine wichtige Rolle bei der Mundgesundheit. Hierbei spielen die Milchzähne eine wichtige Rolle für ein gesundes Gebiss im Erwachsenenalter. Frühzeitiger Milch-

zahnverlust führt zu Zahn- und Kieferfehlstellungen. Die gesetzlich verankerten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (§ 26 SGBV) ab dem 30. Lebensmonat werden zum Teil nicht wahrgenommen, und kommen für viele Kinder bereits zu spät. Zu diesem Zeitpunkt haben bereits einige Kinder die frühkindliche Karies (ECC- early childhood caries).

Unterrichtung im Hinblick auf Mundgesundheit ist auch in den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U7, U8, U9) verankert. Hierbei werden die Eltern zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten (U7 = 21. - 24. Lebensmonat, U8 = 43. - 48. Lebensmonat, U9 = 60. - 64. Lebensmonat) über die gerade aktuellen Erfordernisse aufgeklärt. Diese Aufklärung muss jedoch konsequent umgesetzt werden.

Die Unterschiede in der Mundhygiene und der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen – nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sind aber enorm hoch. Je nach sozialer Lage, ethnischer Herkunft und Geschlecht werden die Zähne öfter bzw. seltener geputzt bzw. wird der Zahnarzt seltener aufgesucht. In der KiGGS-Studie vom Robert-Koch-Institut wurde eine enge Verbindung zwischen Mundhygiene und sozialer Lage sowie ethnischer Herkunft aufgezeigt. Hierbei variierte die Zahnputzfrequenz (die Kinder, die weniger als 2x täglich ihre Zähne putzten) zwischen 39,9% in der niedrigen Schicht und 21,5% in der höheren Schicht. Beim Migrationshintergrund fielen die Unterschiede geringfügig größer aus (mit = 45,1%, ohne 26,1%). Innerhalb der jeweiligen Gruppen (Kinder mit und ohne Migrationshintergrund) gab es jedoch klare soziale Gradienten. Ähnliche Korrelationen konnten bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen und beim Konsum zuckerhaltiger Nahrungsmitteln gesehen werden (Schenk et al. 2007).

3.1.2 Zahnstatus

Der Zahnstatus bezeichnet eine Klassifizierung, die bei der zahnärztlichen Untersuchung benutzt wird, um den Zustand der Zähne in standardisierter Form festzuhalten. Die gängigste Klassifizierung, die von den bezirklichen Zahnärztlichen Diensten in ihrem Berichtswesen benutzt wird, kennt folgende behandlungsorientierten Kategorien: „kariesfrei“ für Zähne, die noch in ihrem Urzustand sind, „saniert“ für Zähne, die mit Füllung, Inlay oder Krone versorgt worden sind, und „behandlungsbedürftig“ für Zähne, die nachweisbare kariöse Läsionen aufweisen. Da ein Vergleich der Anteile der Kinder mit kariesfreien, sowie behandlungsbedürftigen Zähnen relativ klare Aussagen über ihre Zahnhygiene erlaubt, insbesondere bei den Kitakindern, werden in den folgenden Ausführungen in erster Linie diese Indikatoren untersucht. Obgleich der Zahnstatus „saniert“ in diesem Bericht nicht näher betrachtet wird, gelten natürlich die Bestrebungen aller Akteure der Zahnprophylaxe den Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen zu reduzieren und den Anteil an Kindern mit sanierten Gebissen zu erhöhen. Das kann nur dadurch geschehen, dass die Betroffenen zu einem Zahnarztbesuch motiviert werden.

Eine weitere Klassifizierung, der Kariesstatus des Gebisses, ist der DMF/T-Index (bzw. dmf/t für die Milchzähne). Bei DMF/T bzw. DMF-S steht D für kariöse (decayed), M für fehlende (missing), F für gefüllte (filled) und T für Zähne (teeth) bzw. S für Glattflächen (surfaces). Für jeden Zahn, der kariös, fehlend oder gefüllt ist, wird der Wert eins gerechnet, d.h. je höher der DMF/T-Wert einer Person desto höher ist die Zahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne. Diese Klassifizierung wird im 5. Kapitel für einen Überblick über den Zahnstatus der Gruppe der Kinder in unserer Sonderauswertung sowie für kleinräumliche Vergleiche verwendet. Die Verwendung beider Klassifizierungen für ein Gebiet erlaubt es, ein differenziertes Bild des Zahnzustandes der dort wohnenden Kinder zu erhalten.

3.1.3 Kariesrisikodiagnostik

Ein für die Prävention wichtiger Aspekt der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ist die Kariesrisikodiagnostik. Hierbei geht es um die Feststellung eines erhöhten Kariesrisikos bei Kindern, die anhand der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) bereits für ihr Alter erhöhte Kariesraten aufweisen. Die Ermittlung der Kariesrisiko-Kinder bei den jährlichen Reihenuntersuchungen erfolgt in ganz Berlin altersgruppenabhängig durch den dmf/t/DMF/T-Index. Bei den Kindern ab 10 wird mit DMF(S) Bezug auf die Zahnflächen (surfaces) genommen. Die Kriterien, die dabei verwendet werden, sind in Tabelle 3.1 aufgeführt. Kinder, bei denen ein erhöhtes Kariesrisiko diagnostiziert wird, wird die Teilnahme an einem Intensivprophylaxe-Programm empfohlen.

Tabelle 3.1: Feststellung vom Kariesrisiko bei Kindern nach DAJ

<i>Altersgruppe</i>	<i>dmf/DMF (t/T) - Index</i>
Bis 3 Jahre	nicht kariesfrei, $dmf(t) > 0$
4 Jahre	$dmf(t) > 2$
5 Jahre	$dmf(t) > 4$
6 - 7 Jahre	$dmf/DMF (t/T) > 5$ oder $D(T) > 0$
8 - 9 Jahre	$dmf/DMF (t/T) > 7$ oder $D(T) > 2$
10 -12 Jahre	$DMF(S)$ an Approximal-/Glattflächen > 0

3.1.4 Kariesprophylaxe

Das Ziel der zahnärztlichen Prophylaxe ist, Karies vorzubeugen. Ansatzpunkt aller Präventionsmaßnahmen ist es zu verhindern, dass die eingangs beschriebenen vier Faktoren zusammenwirken können. Da sich die Kariesbakterien schlecht verhindern lassen, setzen die Maßnahmen bei den Faktoren Nahrung, den Zähnen selbst und der Zeit an. Durch die mehrmals tägliche Mundhygiene soll die Nahrung für die Bakterien regelmäßig entfernt werden, damit sie nicht genügend Zeit haben, die Zähne durch die Bildung von Säuren zu beschädigen.

Ein kariesprophylaktischer Effekt ist durch die Anwendung lokaler Fluoridpräparate, wie fluoridhaltiger Lacke, Gelees und Zahnpasta sowie systemischer Fluoridierung in Form von Speisesalz und Tabletten möglich. Empfehlungen zur Fluoridierung sind in den Leitlinien zum Thema „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) ausgearbeitet.⁸

Zusätzlich wurde die Versiegelung der Fissuren der Molaren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Individualprophylaxe (IP) aufgenommen. Ein weiterer wichtiger Aspekt der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung ist die frühzeitige Erkennung von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Erkrankungen des Zahnhalteapparates.

Mit der zahnärztlichen Prophylaxe ist bei den Kindern und Jugendlichen viel zu erreichen. Im Gegensatz zu vielen anderen gesundheitlichen Risiken, die sich nicht so leicht für Individualprävention eignen, ist Karies zu einem sehr hohen Grad durch klar definierbare Maßnahmen,

⁸ Untersuchungen haben gezeigt, dass die zweimal jährlich durchgeführte Applikation eines hoch konzentrierten Fluoridlackes eine Karieshemmung von 37% bei Kindern mit hohem Kariesrisiko erreichen kann (Zimmer et al. 1999).

wie z.B. eine ausgewogene Ernährung, die Zugabe von Fluorid und eine geeignete Mundhygiene zu verhindern. Da darüber hinaus die nachträglichen „Reparaturmaßnahmen“ sehr kostspielig⁹ und unangenehm sind, gibt es seitens der Krankenkassen ein großes Interesse an Prophylaxemaßnahmen.

Die gesetzliche Grundlage für die gruppenprophylaktische Betreuung aller Kinder wurde mit §21 SGB V geschaffen. Hiernach arbeiten die gesetzlichen Krankenkassen, die Zahnärztekammer und das Land Berlin mit seinen Zahnärztlichen Diensten zusammen an einem Gesamtkonzept, dessen Koordinationsträger die Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) ist. Die drei Institutionen realisieren die Gruppenprophylaxe als eine flächendeckende Gemeinschaftsaufgabe. Gemäß dem Gesetz wird die Mundhöhle untersucht, der Zahnstatus erhoben, Kariesrisiko festgestellt sowie Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene im Bereich der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen durchgeführt. Dieses Konzept sieht für jede Kindergartengruppe und Schulklasse jährlich bis zu vier Prophylaxeübungen vor. Die Zahnärztlichen Dienste haben die Aufgabe, die Grundprophylaxe in Kitas und Schulen durchzuführen, während die LAG die folgenden Wiederholungsprophylaxeübungen übernimmt.

Die Individualprophylaxe nach §22 SGB V, die seit 1989 von den Krankenkassen bezahlt wird, wird in erster Linie von den niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt. Hiernach hat jedes Kind Anspruch auf eine halbjährliche Prophylaxeuntersuchung sowie Fluoridbehandlung. In geringem Umfang wird diese Individualprophylaxe auch von den Zahnärztlichen Diensten unternommen. Bei der Individualprophylaxe jedoch – wie in fast allen Bereichen der Prävention – ist das Hauptproblem, dass diejenigen Kinder, die eine Prophylaxe besonders nötig haben, diejenigen sind, die sie am wenigsten in Anspruch nehmen. Die Kernfrage in einem sozial schwächeren Bezirk wie Mitte ist, wie man diese Kinder trotzdem erreichen kann.

Gute Mundhygiene will gelernt und regelmäßig praktiziert werden. Bei der Prävention gilt es, alle Hindernisse zu guter Mundgesundheit der Kinder abzubauen – seien sie kulturell, sprachlich oder bildungsbedingt.

3.2 Lokale Akteure der zahnärztlichen Vorsorge und Prophylaxe in Berlin

Neben den niedergelassenen Zahnärzten agieren auch andere Akteure, die im Rahmen der Subsidiarität und auf der Basis des §21 SGB V zuständig für zahnärztliche Vorsorge und Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen in Berlin sind. Gerade hinsichtlich der Erreichung der oben genannten Risikogruppen, die von sich aus nicht so oft den Zahnarzt aufsuchen, spielen diese Akteure in sozial benachteiligten Stadtteilen eine wichtige Rolle. Im ersten Unterabschnitt wird die Arbeit der bezirklichen Zahnärztlichen Dienste beschrieben. Anschließend betrachten wir die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG).

⁹ Nach dem Statistischen Jahrbuch (2007) wurde 2005 insgesamt 5,1 Mrd. € von allen Kostenträgern allein für Zahnersatz ausgegeben.

3.2.1 Zahnärztliche Dienste der Bezirke

In allen Berliner Bezirken gibt es im Gesundheitsamt einen Zahnärztlichen Dienst, der die jährlichen Vorsorgeuntersuchungen und Gruppenprophylaxemaßnahmen für Kinder und Jugendliche in den Kindertagesstätten (Kitas) und Schulen des jeweiligen Bezirks durchführt. Insbesondere in sozial benachteiligten Bezirken spielt der Zahnärztliche Dienst eine sehr wichtige sozialkompensatorische Rolle durch die Reihenuntersuchungen und Prophylaxeimpulse in Schulen und Kindertagesstätten. Da der ZÄD selbst keine Zahnbehandlungen durchführt, sondern lediglich Probleme diagnostiziert und die betreffenden Kinder einer Behandlung zuleitet, stellt er keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung zu den niedergelassenen Zahnärzten dar.

Die Vorsorgeuntersuchungen (Reihenuntersuchungen) der Zahnärztlichen Dienste bei Kindern und Jugendlichen werden oft vor Ort in der entsprechenden Einrichtung durchführt. Hierbei wird der Zahnstatus der untersuchten Kinder erhoben und ein eventuelles Kariesrisiko festgestellt. Ziel der Untersuchungen ist es, Zahnschäden sowie Zahn- und Kieferfehlstellungen frühzeitig zu diagnostizieren und die betreffenden Kinder einer Behandlung zuzuleiten. Die kariesepidemiologischen Daten aus den Vorsorgeuntersuchungen können für eine gruppenbezogene Risikoeinschätzung genutzt werden. Die Daten fließen in das Organisationskonzept der LAG ein. Die Zahnärztlichen Dienste führen die dort beschriebene Basisprophylaxe bei den Kindern und Jugendlichen durch. Dazu gehören theoretische und praktische Prophylaxemaßnahmen (wie altersgerechtes Zahnputztraining, Angstabbau Ernährungsbildung, Fluoridierungsmaßnahmen). Neben dem individualprophylaktischen Nutzen bieten diese Untersuchungen eine gute Datenbasis für die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung. Da sie in allen Bezirken nach den gleichen Kriterien durchgeführt werden, bietet sich die Möglichkeit eines Bezirksvergleiches an.

Eine weitere wichtige Aufgabe der ZÄD ist die Bürgerberatung zu persönlichen und allgemeinen zahnmedizinischen Fragen, der Kieferorthopädischen Beratung, sowie die Beratung von Multiplikatoren (Erzieher, Lehrer, Eltern) im Zusammenhang mit der Gruppenprophylaxe.

Im Rahmen des Kinderschutzes hat der Zahnärztliche Dienst eine wichtige Rolle. Die Zahnärztinnen /Zahnärzte ÖGD sind die diejenigen, die die Kinder regelmäßig sehen und Anhaltspunkte für Gefährdungen frühzeitig erkennen und reagieren können.

3.2.2 Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG)

Selbstverantwortung für die eigene Mundgesundheit: Das ist das, was die Berliner Kinder seit weit über 15 Jahren neben den Zahnärztlichen Diensten durch die Teams der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG) vermittelt bekommen. Gemeinsam mit der LAG-Identifikationsfigur „Kroko“, einer Handpuppe, die für alle Kinder zum Kompetenzpartner Nummer 1 in Sachen Zahngesundheit geworden ist, sind die Teams der LAG in allen Berliner Kindergärten und Schulen unterwegs und bringen den Kindern und Jugendlichen alles bei, was sie für ihre Mundgesundheit wissen und können müssen.

Die LAG ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein, der auf der Basis der gesetzlichen Vorschrift des §21 SGB V seit 6.12.2000 in Berlin Gruppenprophylaxe in Kindergärten, Grund- und Sonderschulen durchführt. In weiterführenden Schulen, in denen der Kariesbefall über-

durchschnittlich hoch ist, wird seit 2003 ebenfalls ein spezielles Prophylaxeprogramm angeboten.

Mitglieder der LAG sind die Landesverbände der Krankenkassen, die Zahnärztekammer sowie das Land Berlin mit seinen Teams der bezirklichen Zahnärztlichen Dienste. 75 speziell für die Gruppenprophylaxe ausgebildete Mitarbeiterinnen der LAG besuchen täglich die Berliner Kindergärten und Schulen. Sie vermitteln den Kindern entsprechend dem Organisationskonzept alles, was diese zur Gesunderhaltung ihrer Zähne wissen müssen und tun können. Gruppenprophylaxe bedeutet, dass nicht jedes Kind isoliert lernt, was man wissen muss und was zu tun ist. In der Gruppe lernt es sich bekanntlich leichter.

Die LAG ist nicht nur für Kinder da. Sie berät auch Eltern, Lehrer oder Erzieher, wie sie den Kindern vermitteln können: Zahngesundheit macht Spaß.

3.3 Zusammenfassung

Aus der Literatur ist bekannt, dass die soziale Lage sowie ein möglicher Migrationshintergrund von Kindern mit einer höheren Prävalenz von Karies korrelieren. Da der Bezirk Mitte hohe Anteile von Kindern in den o.g. Risikogruppen vorweist und diese oft nicht häufig genug die niedergelassenen Zahnärzte aufsuchen, ist die Erreichung der davon betroffenen Risikogruppen durch den bezirklichen ÖGD (Zahnärztlichen Dienst) aus Gründen der Subsidiarität geboten.

Mundgesundheit

Die Probleme mit der Zahngesundheit beginnen mit der Mundhygiene – durch das regelmäßige Zähneputzen könnte hier viel verhindert werden. Hierbei sind insbesondere bei kleinen Kindern die Eltern gefordert, sowohl um die Milchzähne zu erhalten als auch um ein gutes Vorbild hinsichtlich der Mundhygiene abzugeben. Es wird empfohlen, dass die Zähne mindestens zweimal täglich geputzt werden. Zusätzlich zur guten Mundhygiene sind eine zahn gesunde Ernährung, die Anwendung von Fluoriden und die regelmäßige Kontrolle der Zähne durch den Zahnarzt wichtig für die Mundgesundheit. Nicht nur bei der Zahnkontrolle spielt der Zahnarzt eine wichtige Rolle. Abgesehen von der Behandlung von Karies, führen die Zahnärzte Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Prophylaxemaßnahmen durch. Darüber hinaus werden eventuelle Zahnfehlstellungen erkannt und zum richtigen Zeitpunkt korrigiert. Es wird empfohlen, mindestens zweimal jährlich den Zahnarzt aufzusuchen. Große Unterschiede in der Mundhygiene und der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen nach sozialer Lage, ethnischer Herkunft und Geschlecht wurden in der KiGGS-Studie vom Robert-Koch-Institut festgestellt.

Zahnärztliche Reihenuntersuchungen der Zahnärztlichen Dienste in Berlin

In allen Berliner Bezirken gibt es im Gesundheitsamt einen Zahnärztlichen Dienst, der in erster Linie Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen für Kinder und Jugendlichen in den Kindertagesstätten (Kitas) und Schulen des jeweiligen Bezirks durchführt. Dadurch, dass bei den Vorsorgeuntersuchungen (Reihenuntersuchungen) auch der Zahnstatus und ein eventuelles Kariesrisiko der Kinder und Jugendlichen festgehalten werden, bieten diese Untersuchungen eine gute Datenbasis für die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung. Insbesondere in sozial benachteiligten Bezirken spielt der Zahnärztliche Dienst eine sehr wichtige sozialkompensatorische Rolle, da er mit seinen Reihenuntersuchungen in Schulen und Kindertages-

stätten so gut wie alle Kinder erreichen kann, nicht nur diejenige, die den Weg zum niedergelassenen Zahnarzt finden.

Kariesprophylaxe

Zahnärztliche Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen ist ein sehr wichtiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld. Durch relativ klar definierbare Maßnahmen, wie z. B. eine ausgewogene Ernährung, die Zugabe von Fluorid und eine geeignete Mundhygiene, kann sehr viel Geld an nachträglichen „Reparaturmaßnahmen“ gespart werden. Die gesetzliche Grundlage für eine prophylaktische Betreuung aller Kinder wurde mit §21 SGB V geschaffen. Hiernach arbeiten die gesetzlichen Krankenkassen, die Zahnärztekammer und das Land Berlin mit seinen Zahnärztlichen Diensten zusammen an einem Gesamtkonzept, dessen Koordinationsträger die Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e. V. (LAG) ist.

Die Individualprophylaxe nach §22 SGB V, die seit 1989 von den Krankenkassen bezahlt wird, wird in erster Linie von den niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt. Hiernach hat jedes Kind Anspruch auf eine halbjährliche Prophylaxeuntersuchung sowie Fluoridbehandlung. Im geringen Umfang wird diese Individualprophylaxe auch von den Zahnärztlichen Diensten unternommen. Bei der Individualprophylaxe jedoch – wie in fast allen Bereichen der Prävention – ist das Hauptproblem, dass diejenigen Kinder, die eine Prophylaxe besonders nötig haben, diejenigen sind, die sie am wenigsten in Anspruch nehmen. Die Kernfrage in einem sozial schwächeren Bezirk wie Mitte ist, wie man diese Kinder trotzdem erreichen kann.

4 Zahngesundheit in den Berliner Bezirken

Anknüpfend an die Ausführungen im dritten Kapitel wird in diesem Kapitel die Zahngesundheit der Kinder in Mitte im Berliner Kontext betrachtet. Wie in vielen anderen gesundheitsrelevanten Bereichen gibt es große Unterschiede im Zahnstatus zwischen den Berliner Bezirken. Die in den ersten zwei Kapiteln dargestellten Unterschiede in der sozialen Lage und dem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in den Bezirken machen sich auch in der Zahngesundheit deutlich.

Dadurch, dass die Statistik der Berliner Zahnärztlichen Dienste in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz zusammengefasst und jährlich veröffentlicht wird, ist es bis zu einem gewissen Grad möglich, die Situation in Mitte im bezirklichen Vergleich zu analysieren. Hierdurch können für die einschlägigen Indikatoren der Zahngesundheit sowohl Zeitreihen als auch aktuelle Bezirksvergleiche gebildet werden.

In der Senatsauswertung wird der Zahnstatus sowie der Kariesrisikostatus in verschiedenen Altersgruppen betrachtet. Die Analyse in diesem Kapitel basiert auf der Statistik für das Schuljahr 2006/2007. Hierbei wird der Schwerpunkt der Vergleiche auf die Gruppen der Klein- und Grundschul Kinder gelegt.¹⁰ Um die Unterschiede unter den Bezirken unter dem Aspekt der sozialen Lage zu vergleichen, wird der im zweiten Kapitel eingeführte ESU-Index einbezogen.

Beim Vergleich der Zahngesundheit in den Bezirken wird im ersten Abschnitt der Zahnstatus der Kinder (nach den Kategorien „kariesfrei“, „behandlungsbedürftig“ und „saniert“) als Indikator angewandt.¹¹ Anschließend setzt sich der zweite Abschnitt mit einer Analyse des Anteils der Kinder in den Bezirken mit einer Kariesrisikodiagnose auseinander.

¹⁰ Angesichts der Personalsituation im ZÄD Mitte konnten in den letzten Schuljahren nur wenige Oberschulen untersucht werden. Diese wurden turnusmäßig nach Schultyp untersucht. Da demnach im Schuljahr 2006/2006 nur Gymnasien untersucht worden sind, können diese Ergebnisse nicht als repräsentativ für den Bezirk betrachtet werden.

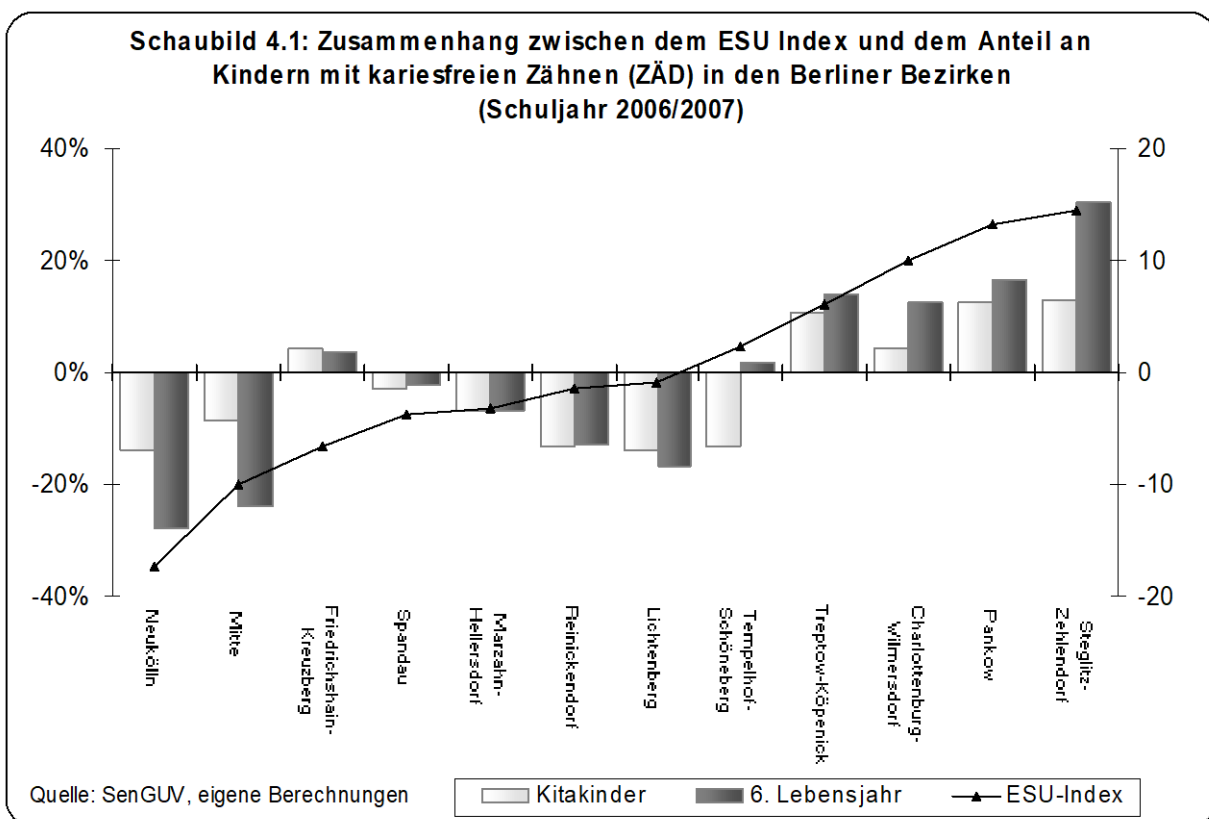
¹¹ Da noch nicht alle Bezirke technisch in der Lage sind, die Statistik der Kariesprävalenz (die dmf/t bzw. DMF/T-Systematik) zu führen, wird diese Berechnungsweise beim bezirklichen Vergleich des Zahnstatus keine Rolle spielen.

4.1 Zahnstatus

In unserer Analyse des Zahnstatus der Kinder in den Berliner Bezirken werden wir uns in erster Linie auf die relativen Anteile der Kinder, deren Gebisszustand in die zwei Kategorien „kariesfrei“ und „behandlungsbedürftig“ fällt, konzentrieren. Insbesondere der Anteil an Kindern mit kariesfreien Zähnen eignet sich gut als Messlatte für die Zahnhygiene der Kinder, da dieser nicht durch „Reparaturarbeiten“, d. h. Füllungen o. ä. beeinflusst werden kann. Die Kategorie „behandlungsbedürftig“ dagegen sagt noch nichts über die Prävalenz von (behandelter) Karies aus, lässt aber Schlüsse über die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge- und Behandlungsangebote zu.

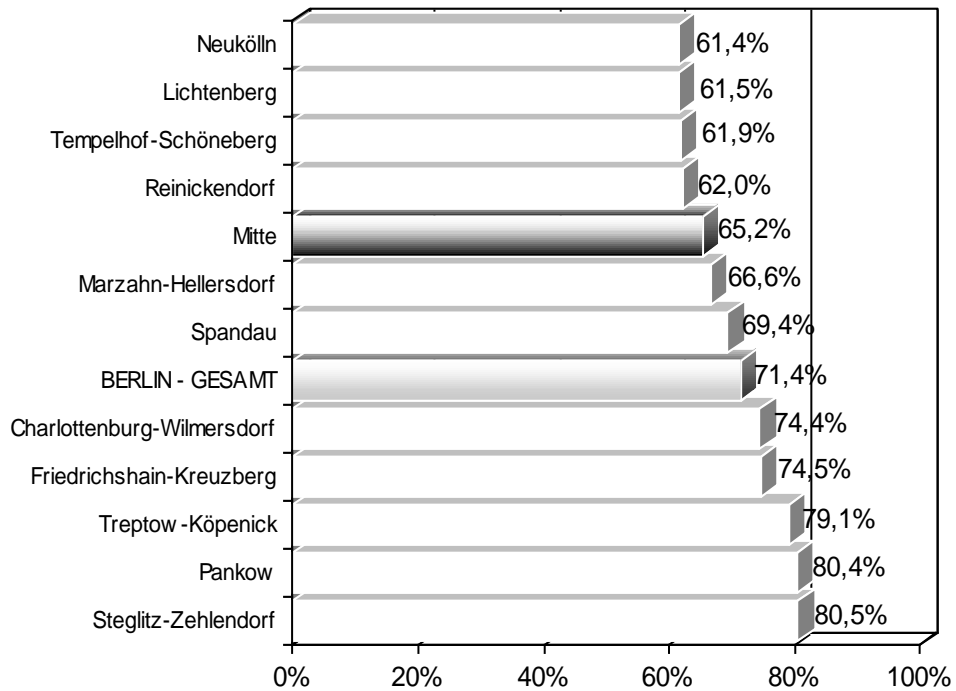
Zahnstatus „kariesfrei“

Schaubild 4.1 gibt einen Überblick über die Anteile der Kinder in den Berliner Bezirken mit kariesfreien Zähnen im Kitaalter und im 6. Lebensjahr im Zusammenhang mit der sozialen Lage der Familien der bezirklichen Schulanfänger im Schuljahr 2005/2006. Die jeweiligen Balken zeigen die prozentuelle Abweichung der Anteile der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den einzelnen Bezirken vom Berliner Durchschnitt. Die Linie stellt die soziale Lage der Familien der Schulanfänger in den Berliner Bezirken dar (vgl. S. 23).



Insgesamt ist eine deutliche Korrelation zwischen der Zahngesundheit der Kinder und der sozialen Lage der Familien in den Bezirken erkennbar. Bis auf einigen Ausnahmen weichen die Anteile der Kinder mit kariesfreien Zähnen in beiden Altersgruppen positiv vom Berliner Durchschnitt dort ab, wo die soziale Schicht höher ist und umgekehrt. In den nächsten Schaubildern wird der Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den Berliner Bezirken näher betrachtet.

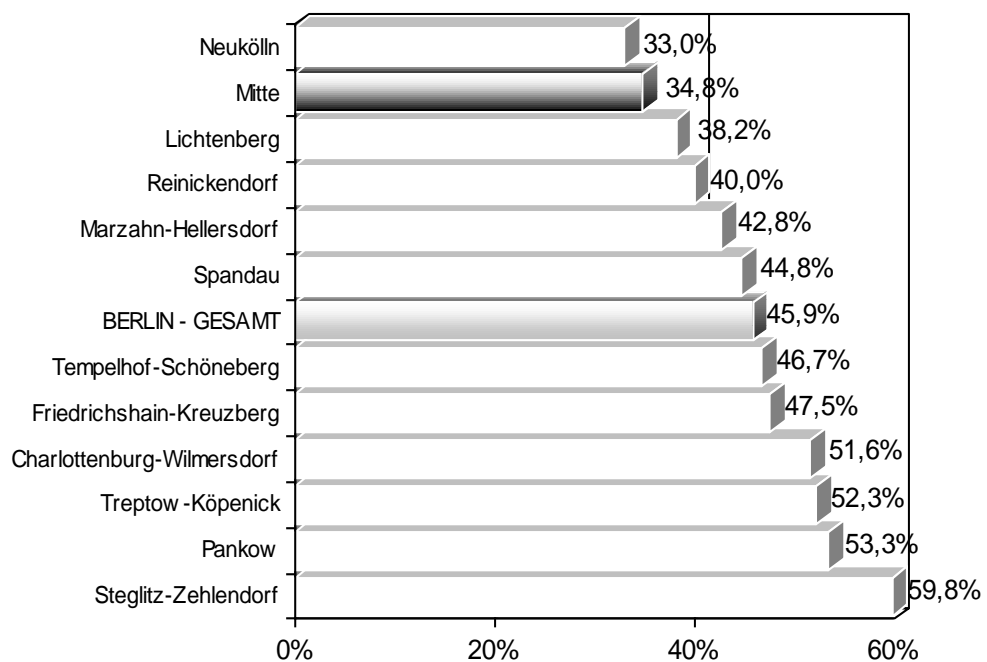
Schaubild 4.2: Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den Berliner Bezirken (Kitakinder 2006/2007)



Quelle: Sen GUV

Schaubild 4.2 zeigt den Anteil der untersuchten Kitakinder in den Berliner Bezirken mit kariesfreien Zähnen im Schuljahr 2006/07. Mit einem Anteil von 65,2% liegt Mitte zwar deutlich unter dem Berliner Durchschnitt (71,4%) aber noch höher als in einigen sozial besser gestellten Bezirken (vgl. auch Schaubild 4.1).

Schaubild 4.3: Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den Berliner Bezirken (6. Lebensjahr 2006/2007)

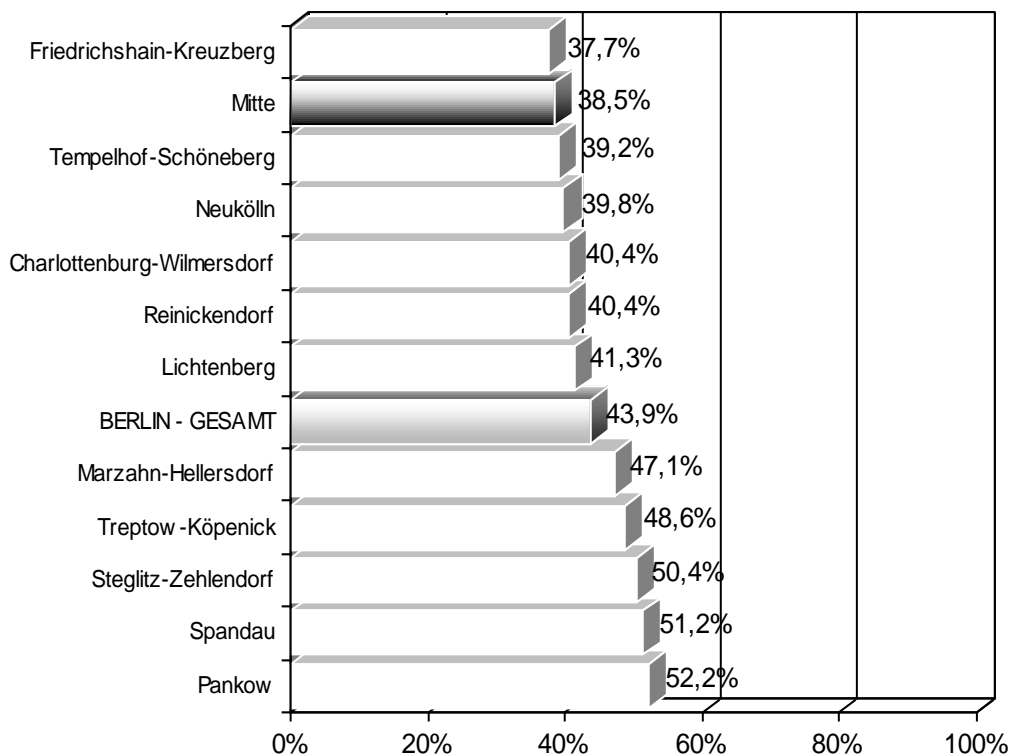


Quelle: Sen GUV

In der Gruppe der sechsjährigen Kinder entspricht die Reihenfolge der Bezirke beim Zahnstatus „kariesfrei“ in groben Zügen der sozialen Lage der Familien (vgl. Schaubild 4.1). Hier belegt Mitte mit 34,8% den zweitschlechtesten Platz in der bezirklichen Rangordnung – knapp vor Neukölln mit 33%. Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg liegt jedoch deutlich höher als durch die soziale Lage zu erwarten wäre.

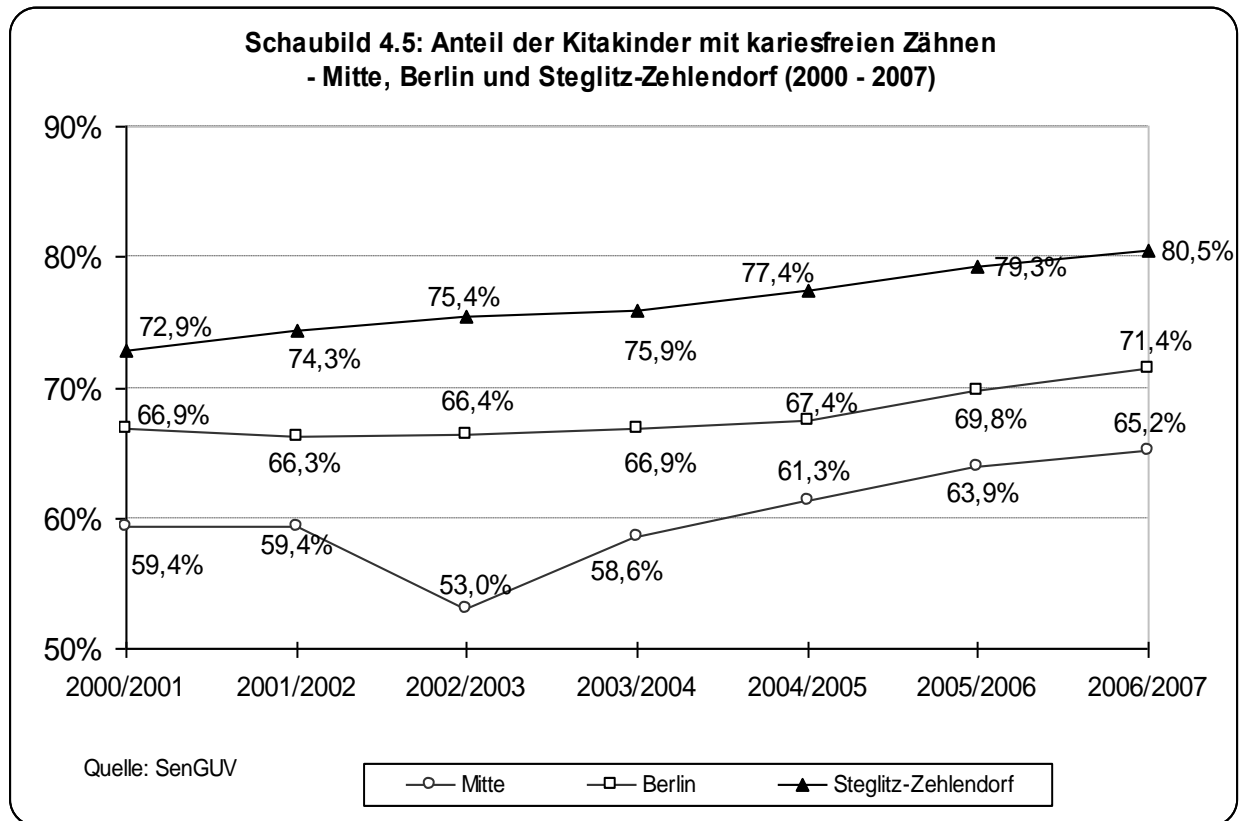
Schaubild 4.4 zeigt die Anteile der Grundschüler insgesamt in den Berliner Bezirken mit kariesfreien Zähnen. Mit kariesfreien Zähnen bei 38,5% der untersuchten Grundschüler belegt Mitte die zweitniedrigste Position in der bezirklichen Rangordnung. Im Gegensatz zur Reihenfolge bei den Kitakindern und den 6-Jährigen nimmt Friedrichshain-Kreuzberg die schlechteste Position ein. Ebenfalls interessant in dieser Aufstellung ist die Tatsache, dass die untersuchten Schüler in Spandau wesentlich besser abschneiden, als in den jüngeren Altersgruppen.

Schaubild 4.4: Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den Berliner Bezirken (Grundschule 2006/2007)



Quelle: Sen GUV

Auffallend im Vergleich der Schaubilder 4.3 und 4.4 ist die Tatsache, dass in einigen Bezirken der Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen bei den Grundschulern insgesamt höher ist, als bei den 6-Jährigen aus dieser Gruppe, obgleich im Allgemeinen der Anteil an kariesfreien Zähnen mit zunehmendem Alter zurückgeht. Dieser Sachverhalt wird z.T. dadurch erklärt, dass bei den älteren Grundschulern keine Milchzähne mehr vorhanden sind, und auch nur bis zum 10. Lebensjahr in der Statistik mitgezählt werden. Eine Auswertung der Daten des bezirklichen Zahnärztlichen Dienstes zeigt, dass der Zahnstatus der Sechsjährigen in der Tat um einiges schlechter ist als z.B. der der Elf- bzw. Zwölfjährigen.



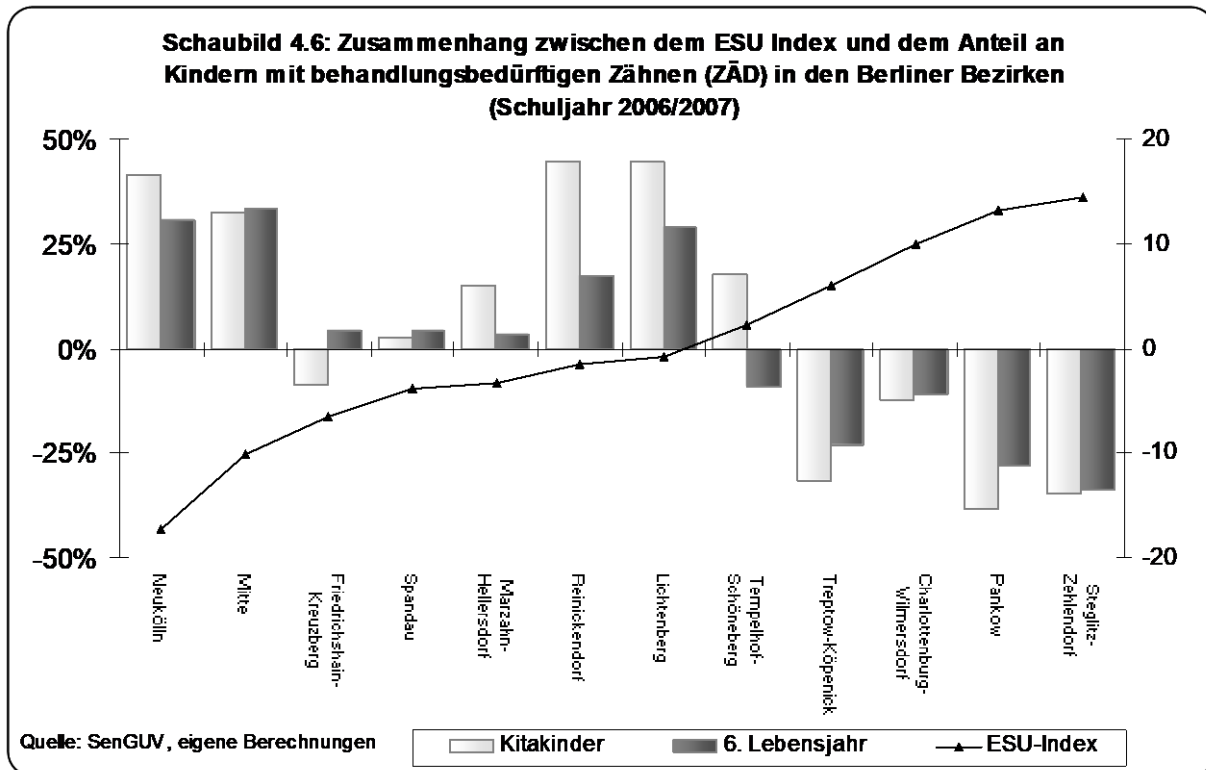
Die Entwicklung des Anteils der Kitakinder mit kariesfreien Zähnen in den Bezirken Mitte und Steglitz-Zehlendorf sowie in ganz Berlin zwischen den Jahren 2000 und 2007 wird im Schaubild 4.5 dargestellt. Auffallend ist die faktische Verbesserung in der Zahngesundheit in allen drei Gebieten in diesem Zeitraum (um 4,5 bis 7,5%). Markant ist jedoch auch, dass sich der Abstand zwischen dem eher sozial starken Bezirk Steglitz-Zehlendorf und dem benachteiligten Bezirk Mitte im Zeitverlauf vergrößert hat. Lag Mitte im Schuljahr 2000/2001 mit 59,4% um 13,5 Prozentpunkte hinter Steglitz-Zehlendorf mit 72,9%, hat sich der Abstand bis zum Schuljahr 2006/2007 bis auf 15,3 Prozentpunkte ausgedehnt. Die Zahngesundheit der Kinder in Berlin insgesamt hat sich in diesem Zeitraum ebenfalls nicht so stark verbessert wie in Steglitz-Zehlendorf.

Angesichts des allseits deklarierten Bestrebens, gesundheitliche Ungleichheiten mit Hilfe von sozialkompensatorischen Maßnahmen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst auszugleichen, ist diese Entwicklung bedenklich. Da es bekannt ist, dass die Eltern in besser situierten Bezirken eher ansprechbar im Hinblick auf Vorsorgemaßnahmen sind, müssten die Ressourcen, die für Zahnprophylaxe in den einzelnen bezirklichen Zahnärztlichen Diensten zur Verfügung stehen, eher zugunsten der sozial benachteiligten Bezirke verstärkt werden, um die Lücke zwischen den Bezirken zu schließen. Bislang ist dies nicht der Fall gewesen.

Zahnstatus „behandlungsbedürftig“

Das Gegenstück zum Zahnstatus „kariesfrei“ stellt die Kategorie „behandlungsbedürftig“ dar. Es handelt sich um Kinder, die bei der Reihenuntersuchung Karies aufwiesen, die eine zahnärztliche Behandlung beim niedergelassenen Zahnarzt notwendig machen. Dadurch, dass Karies entstanden ist, gibt diese Diagnose Aufschluss über die Mundhygiene. Dadurch, dass noch keine Behandlung erfolgt ist, können Schlüsse über das Vorsorgeverhalten der Familien gezogen werden. Schaubild 4.6 zeigt die Anteile der Kinder in den Berliner Bezirken mit be-

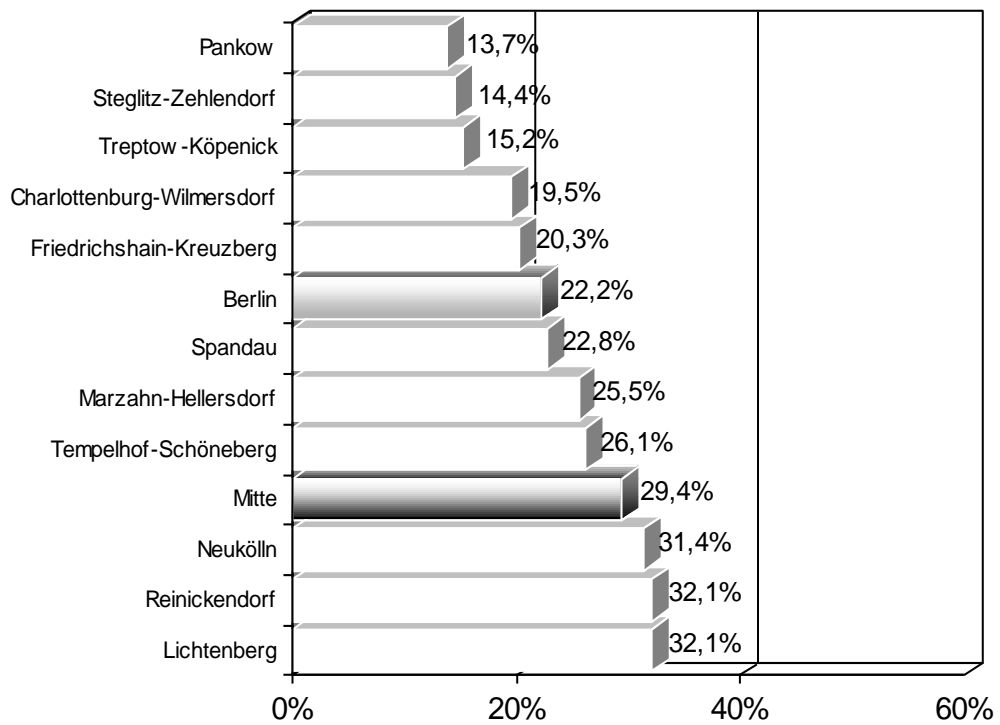
handlungsbedürftigen Zähnen im Kleinkindalter (Kita) und im 6. Lebensjahr. Darüber hinaus wird der sogenannte ESU-Index der sozialen Lage der Familien (vgl. S. 23) durch die Linie im Diagramm abgebildet. Die jeweiligen Balken zeigen die prozentuelle Abweichung des Anteils der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in den einzelnen Bezirken vom Berliner Durchschnitt.



Beim relativen Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in den zwei analysierten Altersgruppen ist die Korrelation mit der sozialen Lage in den Berliner Bezirken fast noch stärker als bei den Kindern mit kariesfreien Zähnen. Bis auf zwei Bezirke, in denen der Zahnstatus in den beiden Altersgruppen unterschiedlich vom Berliner Durchschnitt abwich, wiesen die Kinder in Bezirken mit überdurchschnittlicher sozialer Lage niedrigere Anteile behandlungsbedürftiger Gebisse auf und umgekehrt. Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders stark bei den Bezirken mit sehr guter (Steglitz-Zehlendorf, Pankow) und sehr schlechter (Neukölln, Mitte) sozialer Lage. Mit dem zweitniedrigsten Wert im ESU-Index weist Mitte sehr hohe Anteile an Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen in beiden Altersgruppen auf.

Diese starke Korrelation zwischen dem Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen und der sozialen Lage in den einzelnen Bezirken bestätigt die eingangs referierten Erkenntnisse aus der Literatur sowie die Ergebnisse unserer Sonderauswertung anhand von Daten der einzelnen Kinder (vgl. Kapitel 5). Sie zeigt auch die Notwendigkeit eines sozialkompensatorischen Zahnärztlichen Dienstes in den sozial schwachen Bezirken. In den folgenden Schaubildern werden die Anteile an Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen in den einzelnen Altersgruppen näher analysiert.

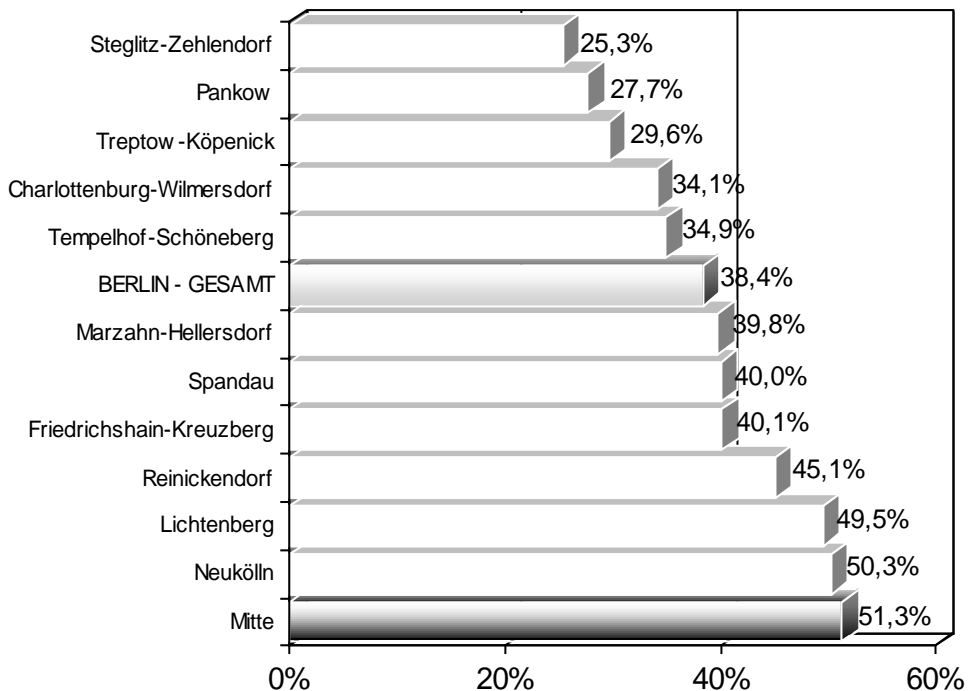
Schaubild 4.7: Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in den Berliner Bezirken (Kitakinder - Schuljahr 2006/2007)



Quelle: SenGUV

Lag Mitte beim Anteil der Kitakinder mit kariesfreien Zähnen deutlich unter dem Berliner Durchschnitt, liegt es beim Zahnstatus „behandlungsbedürftig“ mit 29,4% (Schaubild 4.7) deutlich über dem Durchschnitt (22,2%) in dieser Altersgruppe.

Schaubild 4.8: Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in den Berliner Bezirken (6. Lebensjahr 2006/2007)



Quelle: SenGUV

Im Schaubild 4.8 wird der Anteil der sechsjährigen Kinder in den Berliner Bezirken mit behandlungsbedürftigen Zähnen dargestellt. In dieser Altersgruppe gibt es ebenfalls eine große Spannweite. Zwischen Mitte mit 51,3% und Steglitz-Zehlendorf mit 25,3% liegen sogar 26 Prozentpunkte, d.h. in Mitte gibt es mehr als doppelt so viele Sechsjährige mit behandlungsbedürftigen Zähnen wie in Steglitz-Zehlendorf. Die Reihenfolge der Bezirke in dieser Altersgruppe unterscheidet sich ebenfalls etwas von der bei den Kitakindern. Während Mitte bei den Kitakindern einen mittleren Platz im unteren Bereich einnahm, bildet es das Schlusslicht in der bezirklichen Rangordnung bei den Sechsjährigen.

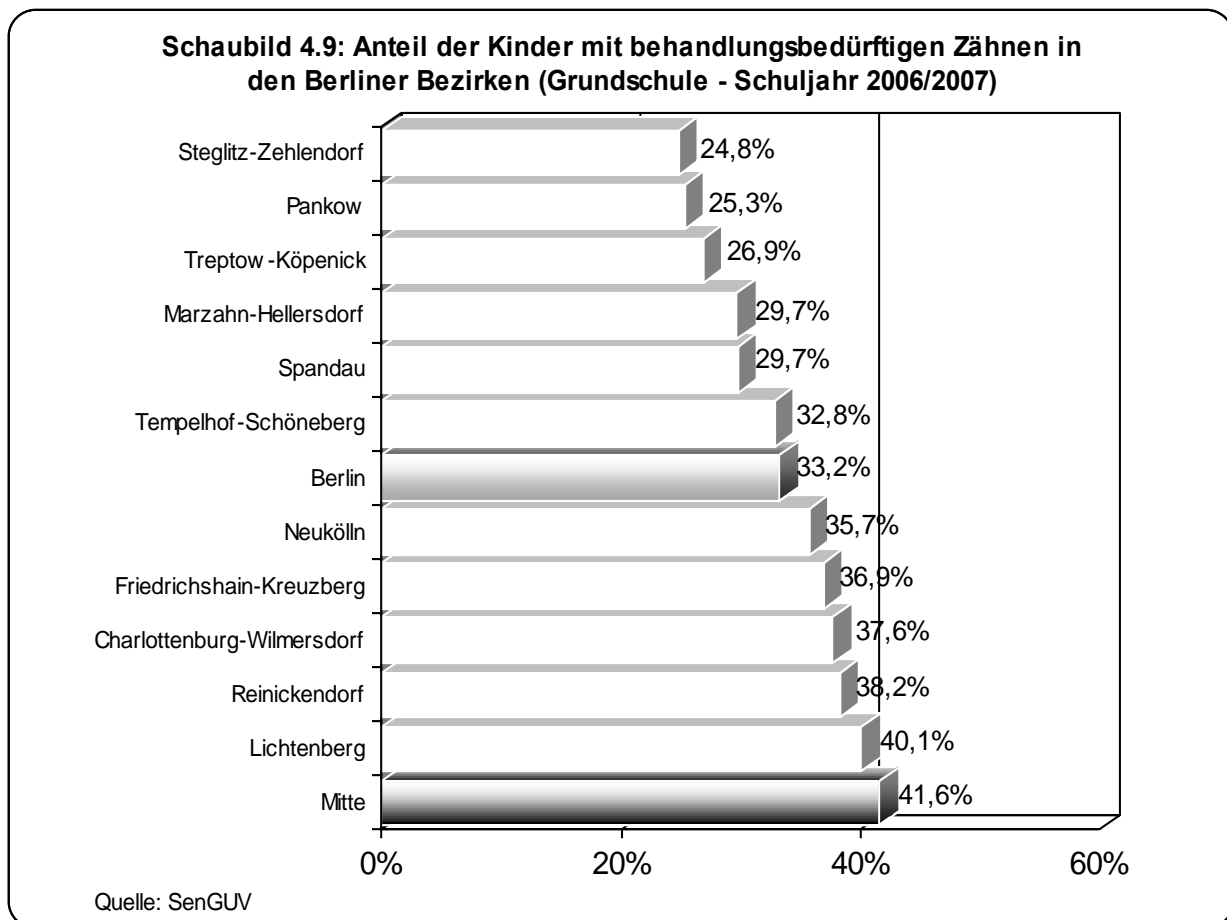
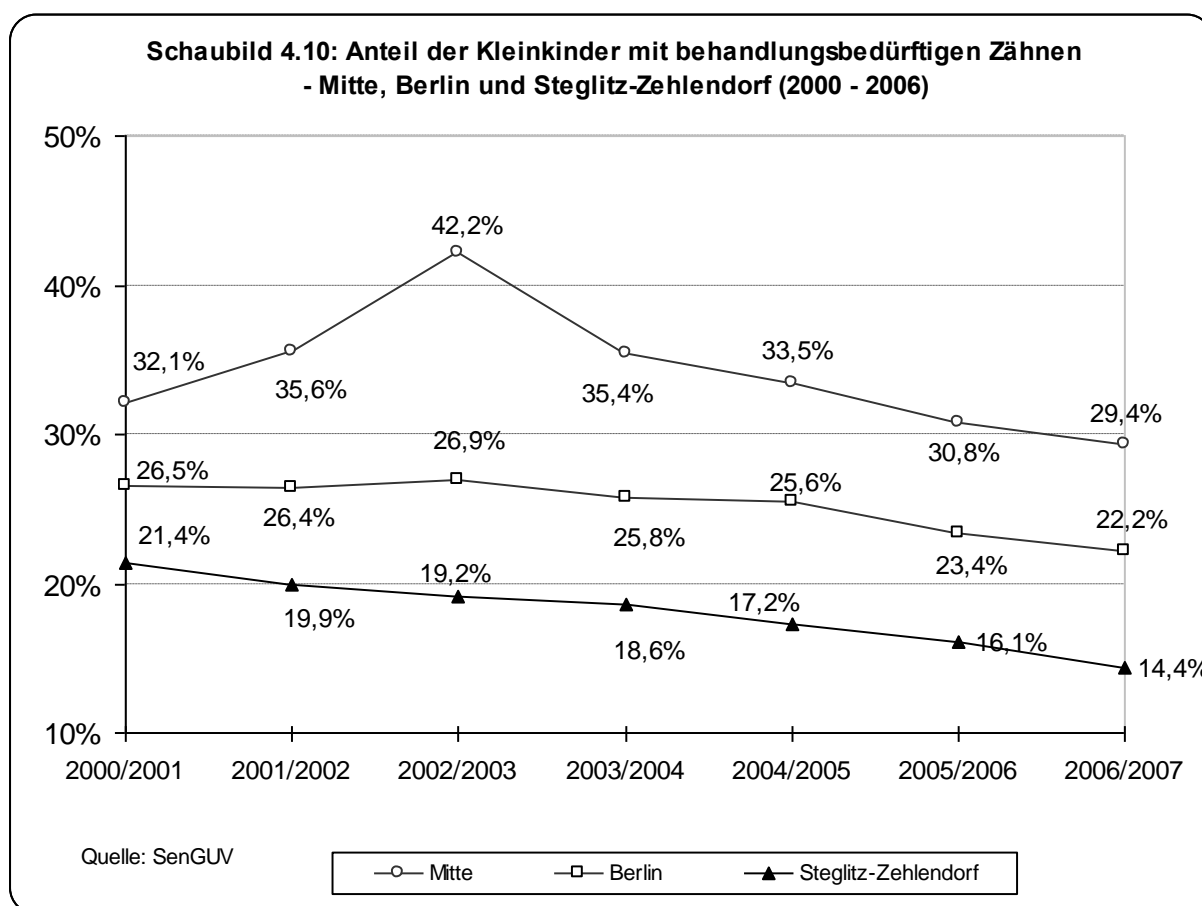


Schaubild 4.9 stellt den Anteil der Grundschulkinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in den Berliner Bezirken im Schuljahr 2006/2007 dar. Hier belegt Mitte auch wieder den (unteren) Spitzenplatz in der bezirklichen Rangordnung. Mit 41,6% der untersuchten Grundschüler in dieser Altersgruppe mit behandlungsbedürftigen Zähnen steht Mitte fast 16% schlechter da, als im bestplatzierten Bezirk Steglitz-Zehlendorf (24,8%).

Bei diesem Indikator der Zahngesundheit folgt die bezirkliche Reihenfolge nicht unbedingt der sozialen Situation in den einzelnen Bezirken (vgl. Schaubild 4.6). Abgesehen von den Spitzen, die auch sehr gut zur sozialen Lage korrespondieren, sind insbesondere das „gute“ Abschneiden von Neukölln und die schlechte Platzierung von Lichtenberg nicht unbedingt durch soziale Faktoren zu erklären. Da die bezirklichen Anteile der Kinder mit kariesfreien Zähnen in dieser Altersgruppe besser mit der sozialen Lage in den jeweiligen Bezirken korrespondieren, ist davon auszugehen, dass die Unterschiede eher der jeweiligen Erreichbarkeit durch die lokale zahnärztliche Versorgung geschuldet sind.



Die Entwicklung beim Anteil der Kitakinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Mitte, Berlin und Steglitz-Zehlendorf in den Jahren 2000 bis 2007 (vgl. Schaubild 4.10) verläuft analog zur Entwicklung des Anteils der Kinder mit kariesfreien Zähnen im gleichen Zeitraum (vgl. S. 39). Der Anteil der Kinder, die zahnärztlicher Versorgung bedürfen, ist zwar in allen drei Gebieten im fraglichen Zeitraum zurückgegangen, dies aber wesentlich stärker im sozial besser gestellten Bezirk Steglitz-Zehlendorf. Lagen die Bezirke Mitte und Steglitz-Zehlendorf im Jahre 2000 ca. 10% auseinander, spreizte sich die Schere zwischen den Bezirken um weitere 5% bis zum Schuljahr 2006/2007, sodass mehr als zweimal so viele Kitakinder in Mitte wie in Steglitz-Zehlendorf eine zahnärztliche Behandlung benötigten.

Die auf Seite 39 geäußerten Bedenken hinsichtlich der Entwicklung beim Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den zwei Bezirken gelten auch hier. Um tatsächlich sozialkompensatorisch in den sozial belasteten Bezirken zu fungieren, muss der ZÄD dort angemessen (besser) ausgestattet sein.

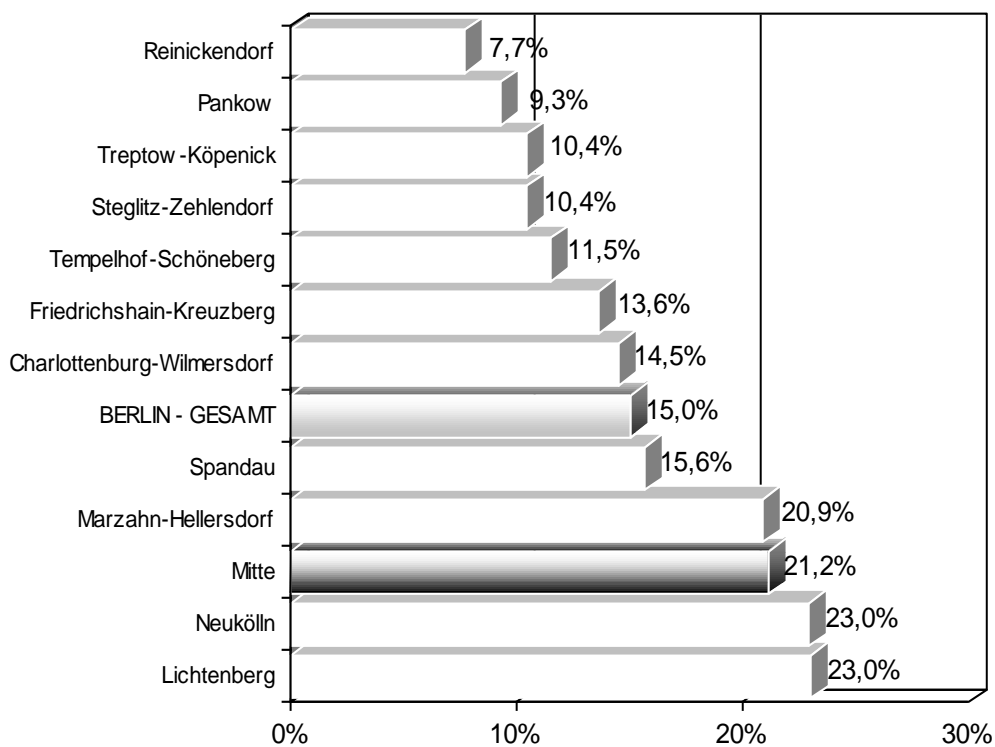
4.2 Kariesrisiko im bezirklichen Vergleich

Bei den Kindern, die bereits für ihr Alter erhöhte Kariesraten aufweisen, wird ein zusätzliches Kariesrisiko anhand der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) diagnostiziert (vgl. Abschnitt 3.2.2 auf S. 30 für die verwendeten Kriterien). Diese Diagnostik wird in den bezirklichen Zahnärztlichen Diensten insbesondere für den gezielten Einsatz von Prophylaxemaßnahmen verwendet. Wie es bei den sonstigen Indikatoren der Zahngesundheit der Fall ist, gibt es ebenfalls beim Anteil der untersuchten Kinder mit einer Kariesrisikodiagnose eine große Bandbreite in den Berliner Bezirken. Während die Reihen-

folge beim Zahnstatus weitestgehend durch die soziale Lage determiniert wird, gibt es bei der Kariesrisikodiagnose bisweilen einige unerwartete Platzierungen.

Der Anteil der Kitakinder mit einer Kariesrisikodiagnose in den Berliner Bezirken im Schuljahr 2006/2007 wird im Schaubild 4.10 dargestellt. Bei der Betrachtung der bezirklichen Rangordnung fallen insbesondere die sehr gute Position von Reinickendorf sowie die sehr schlechte Position von Lichtenberg ins Auge, da diese Bezirke hinsichtlich der sozialen Lage eher im Mittelfeld des ESU-Index liegen (vgl. Schaubild 4.6). Mit einem Kariesrisiko bei 21,2% belegt Mitte den dritt schlechtesten Platz im Bezirksvergleich – knapp vor Lichtenberg und Neukölln. Hierbei liegt Mitte immerhin fast dreimal so hoch wie Reinickendorf (7,7%).

Schaubild 4.11: Anteil der Kinder mit Kariesrisikodiagnose in den Berliner Bezirken (Kitakinder 2006/2007)

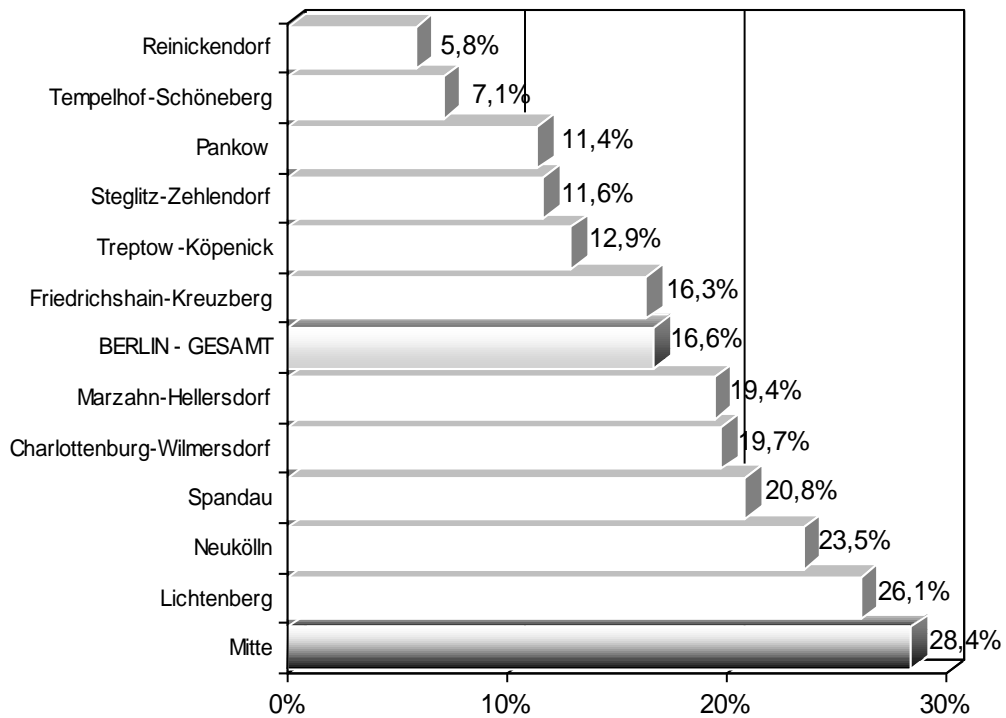


Quelle: Sen GUV

Schaubild 4.11 zeigt die Anteile der Kariesrisikokinder bei den Sechsjährigen in den Berliner Bezirken. Hier fallen insbesondere der relativ hohe Anteil an Kariesrisikokindern in Charlottenburg-Wilmersdorf sowie die niedrigen Anteile in Reinickendorf und Tempelhof-Schöneberg etwas überraschend aus. Entsprechend der insgesamt schlechten sozialen Lage im Bezirk liegt Mitte mit 28,4% an höchster Stelle im Berliner Vergleich – mehr als fünfmal höher als im bestplatzierten Bezirk Reinickendorf (5,8%).

Auffallend bei dieser bezirklichen Reihenfolge ist die gute Platzierung von Reinickendorf, trotz der hohen Anteils an Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen in dieser Altersgruppe (vgl. Schaubild 4.7). Die Tatsache, dass Reinickendorf bislang über keine EDV-Erfassung im Zahnärztlichen Dienst verfügt, könnte u.U. die ungewöhnlich niedrigen Werte für diesen schwierig zu berechnenden Indikator (vgl. Tabelle 3.1 auf Seite 30) in allen Altersgruppen erklären.

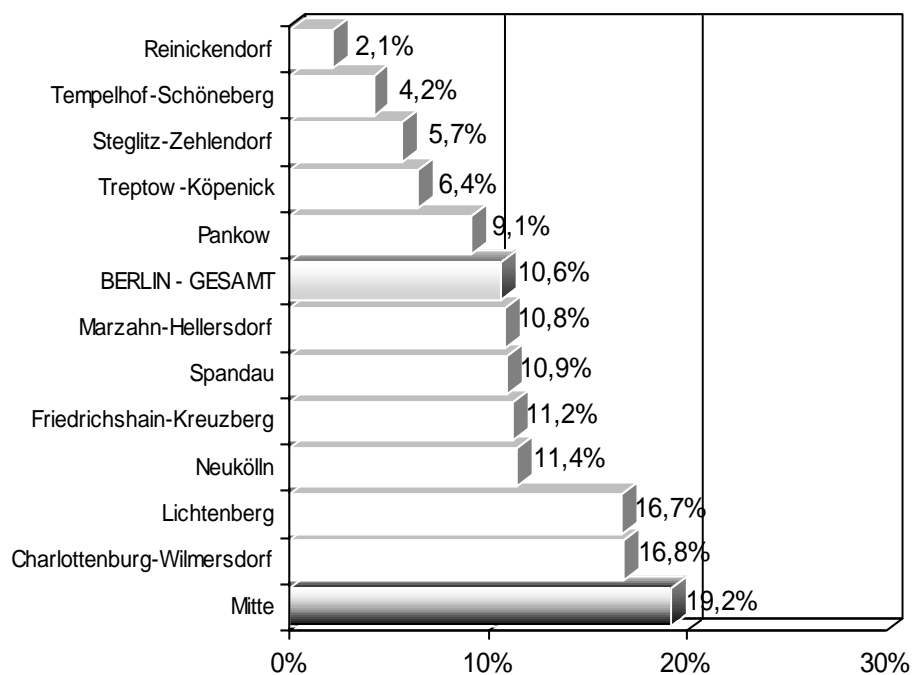
Schaubild 4.12: Anteil der Kinder mit Kariesrisikodiagnose in den Berliner Bezirken (6. Lebensjahr 2006/2007)



Quelle: Sen GUV

Bei den Grundschulern verhält sich die bezirkliche Rangordnung ähnlich wie bei den Sechsjährigen (vgl. Schaubild 4.12). Insgesamt steht Mitte mit 19,2% an der Spitze der Bezirke, aber das oben beschriebene Phänomen der unerwarteten Reihenfolge zeigt sich hier ebenfalls.

Schaubild 4.13: Anteil der Kinder mit Kariesrisikodiagnose in den Berliner Bezirken (Grundschüler 2006/2007)



Quelle: Sen GUV

Die in den vorliegenden Daten sichtbaren Unterschiede zwischen den Bezirken stammen u.U. aus einer Reihe von unterschiedlichen Ursachen. Nicht nur die im dritten Kapitel besprochenen Unterschiede in der Zahngesundheit nach sozialer Lage führen zu Unterschieden zwischen den Bezirken (vgl. Schaubilder 4.1 und 4.6). Auch eher methodische Faktoren, wie z.B. der Grad der Erfassung der bezirklichen Schulen und Kindertagesstätten durch den jeweiligen Zahnärztlichen Dienst können die bezirklichen Vergleiche beeinträchtigen.

4.3 Zusammenfassung

Wie in vielen anderen gesundheitsrelevanten Bereichen gibt es große Unterschiede im Zahnstatus zwischen den Berliner Bezirken. Die in den ersten zwei Kapiteln dargestellten Unterschiede in der sozialen Lage und dem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in den Bezirken machen sich auch in der Zahngesundheit deutlich.

Zahnstatus

In der Analyse des Zahnstatus der Kinder in den Berliner Bezirken konzentrierten wir uns in erster Linie auf die relativen Anteile der Kinder, deren Gebisszustand in die zwei Kategorien „kariesfrei“ und „behandlungsbedürftig“ fällt. Insbesondere der Anteil an Kindern mit kariesfreien Zähnen eignet sich gut als Messlatte für die Mundhygiene der Kinder. Beim Vergleich der Anteile der Kinder in den Berliner Bezirken mit kariesfreien Zähnen mit dem sogenannten ESU-Index der sozialen Lage der Familien wurde insgesamt eine gute Korrelation erkennbar.

Zahnstatus „kariesfrei“

Hinsichtlich des Anteils der Kinder mit kariesfreien Zähnen lag Mitte im Schuljahr 2006/07 in allen ausgewerteten Altersgruppen deutlich im unteren Bereich der bezirklichen Reihenfolge. Bei den Kitakindern lag Mitte mit einem Anteil von 65,2% deutlich im unteren Mittelfeld (Berlin insg.: 71,4%). In der Gruppe der Sechsjährigen belegte Mitte mit 34,8% den zweitschlechtesten Platz in der bezirklichen Rangordnung (Berlin insg.: 45,9%). Ebenfalls bei der Gruppe der Grundschüler insgesamt stand Mitte mit 38,5% (im Vergleich zum Berliner Durchschnitt von 43,9%) auf dem zweitniedrigsten Platz in der bezirklichen Rangordnung. Bei der Betrachtung des Anteils der Kitakinder mit kariesfreien Zähnen in den Bezirken Mitte und Steglitz-Zehlendorf sowie in ganz Berlin zwischen den Jahren 2000 und 2007 fällt auf, dass trotz der faktischen Verbesserung in der Zahngesundheit in allen drei Gebieten in diesem Zeitraum sich der Abstand zwischen dem eher sozial starken Bezirk Steglitz-Zehlendorf und dem benachteiligten Bezirk Mitte im Zeitverlauf vergrößert hat.

Zahnstatus „behandlungsbedürftig“

Analog zum Zahnstatus „kariesfrei“ ist die Kategorie „behandlungsbedürftig“ ein Indikator für schlechte Mundhygiene. Hier ist die Korrelation mit dem ESU-Index in den Berliner Bezirken fast noch stärker als bei den Kindern mit kariesfreien Zähnen. In den einzelnen Altersgruppen liegt Mitte beim Zahnstatus „behandlungsbedürftig“ deutlich oberhalb des Berliner Durchschnittes. Bei den Kitakindern lag Mitte mit 29,4% um einiges niedriger als in ganz Berlin (22,2%). Sowohl bei den Sechsjährigen (51,3% im Vergleich zum Berliner Durchschnitt von 38,4%) als auch bei den Grundschulkindern (41,6% im Vergleich zu 33,2% in Berlin insgesamt) belegte Mitte gar den Spitzenplatz unter den Bezirken. Ähnlich wie beim Zahnstatus „kariesfrei“ sieht man einen allgemeinen Rückgang im Anteil der Kitakinder mit

behandlungsbedürftigen Zähnen in Mitte, Berlin und Steglitz-Zehlendorf in den Jahren 2000 bis 2007. Dies verlief aber wesentlich stärker im sozial besser gestellten Bezirk Steglitz-Zehlendorf als in Mitte.

Kariesrisiko

Neben dem Zahnstatus wird auch anhand von festgelegten Kriterien diagnostiziert, ob ein zusätzliches Kariesrisiko bei den untersuchten Kindern vorliegt. Hierbei gibt es ebenfalls eine große Bandbreite in den Berliner Bezirken. Mit einem Kariesrisiko bei 21,2% der Kitakinder belegt Mitte den drittschlechtesten Platz im Bezirksvergleich. Bei den Sechsjährigen (28,4%) sowie bei den Grundschulern insgesamt (19,2%) liegt Mitte beim Anteil der untersuchten Kinder mit Kariesrisiko entsprechend der schlechten sozialen Lage im Bezirk an der Spitze der Bezirke. Insgesamt korreliert der Anteil der Kinder mit Kariesrisikodiagnose in den Berliner Bezirken nicht so gut mit dem ESU-Index der sozialen Lage wie bei den anderen Indikatoren. Angesichts der etwas aufwendigen Bestimmung des Kariesrisikostatus könnte dieses Phänomen daran liegen, dass die Erfassung der Zahnbefunde der untersuchten Kinder im Zahnärztlichen Dienst noch nicht in allen Bezirken per EDV erfolgt.

5 Zahngesundheit der Kinder im Bezirk Mitte

Nach der Positionsbestimmung von Mitte innerhalb der Berliner Bezirke im vierten Kapitel wird im Folgenden die Situation innerhalb des Bezirks betrachtet. In diesem Kapitel geht es darum, die bezirkliche Situation näher zu untersuchen, damit die besonderen Risikogruppen lokalisiert werden können – sowohl inhaltlich als auch räumlich. Anhand von Daten des bezirklichen Zahnärztlichen Dienstes werden detaillierte Auswertungen vorgenommen, um die Unterschiede im Zahnstatus innerhalb des Bezirks kenntlich zu machen. Hierbei wird sowohl mit den aktuellen Daten des Zahnärztlichen Dienstes (Schuljahr 2006/2007) als auch mit einer Sonderauswertung für das Schuljahr 2004/2005 gearbeitet.

Der erste Abschnitt dieses Kapitels befasst sich mit den Unterschieden in der Zahngesundheit unterhalb der Bezirksebene in Mitte. Im ersten Unterabschnitt wird auf die Zahngesundheit in den vier Prognoseräumen in Mitte eingegangen. Hierbei werden insbesondere die zwei Ausprägungen des Zahnstatus „kariesfrei“ und „behandlungsbedürftig“, der Anteil der Kinder mit einer Kariesrisikodiagnose sowie die durchschnittlichen dmf/t-Werte der Grundschüler eingegangen. Mithilfe einer kartografischen Darstellung werden im zweiten Unterabschnitt die durchschnittlichen dmf/t-Werte der Grundschüler in den kleinräumigen Untergliederungen des Bezirks gegenübergestellt.

Im zweiten Abschnitt werden die Ergebnisse der oben erwähnten Sonderauswertung zur Zahngesundheit im Bezirk erörtert. Durch die Verbindung der Daten des Zahnärztlichen Dienstes mit den Daten der Schuleingangsuntersuchung für die gleichen Kinder konnten besondere Risikogruppen nach sozialer Lage und Migrationshintergrund ausgemacht werden. Bei der Analyse der verknüpften Daten konnten auch weitere Zusammenhänge untersucht werden, z.B. mit dem Fernsehkonsum der Kinder oder mit dem Besuch einer vorschulischen Einrichtung.

5.1 Zahngesundheit in den lebensweltorientierten Räumen (LORs) in Mitte

Wie zwischen den Berliner Bezirken ist die Zahngesundheit auch unterhalb der Bezirksebene in Mitte sehr heterogen. Bedingt durch die im ersten und zweiten Kapitel dargestellten Unterschiede in der sozialen Lage und dem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund gibt es z.T. erhebliche Unterschiede in der Zahngesundheit bei den Kindern in den kleinräumigen Unterteilungen des Bezirks. Als Einheiten für die kleinräumigen Auswertungen werden in erster Linie die vom Bezirksamt im Jahre 2004 für die bezirkliche Planung und Berichterstattung beschlossenen „lebensweltorientierten Räume“ (LOR – s. BA Mitte 2006, S. ff.) verwendet.¹² Zunächst wird anhand von Schaubildern die Situation in den größten LOR, den Prognoseräumen, verdeutlicht. Anschließend werden anhand einer kartografischen Darstellung die dmf/t-Werte der Grundschüler in den kleinsten LOR, den Planungsräumen, dargestellt.

5.1.1 Zahngesundheit in den Prognoseräumen in Mitte

In diesem Abschnitt werden Eckdaten für die vier Prognoseräume von Mitte, ausgewertet. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Bezirksvergleichen werden neben dem dmf/t-Index, der nicht in allen Bezirken benutzt wird, die gleichen Indikatoren wie in Kapitel 4 sowie das gleiche

¹² Da die Software für die Verwaltung der Daten der zahnärztlichen Untersuchungen (Octoware) von sich aus so eine Auswertung nicht unterstützt, wurden diese Angaben anhand der in der Datenbank vorhandenen Adressen der Kinder ermittelt.

Schuljahr verwendet. Um eine ausreichend große und relativ repräsentative Gruppe von Schülern für die Berechnungen verwenden zu können, wurden die Berechnungen mit der gesamten Gruppe der Grundschüler durchgeführt. Da in dieser Analyse die Kinder, die in Mitte zur Schule gehen, aber in anderen Bezirken leben, ausgeklammert werden, weichen die Werte für Mitte insgesamt etwas von der Senatsstatistik im vierten Kapitel ab.

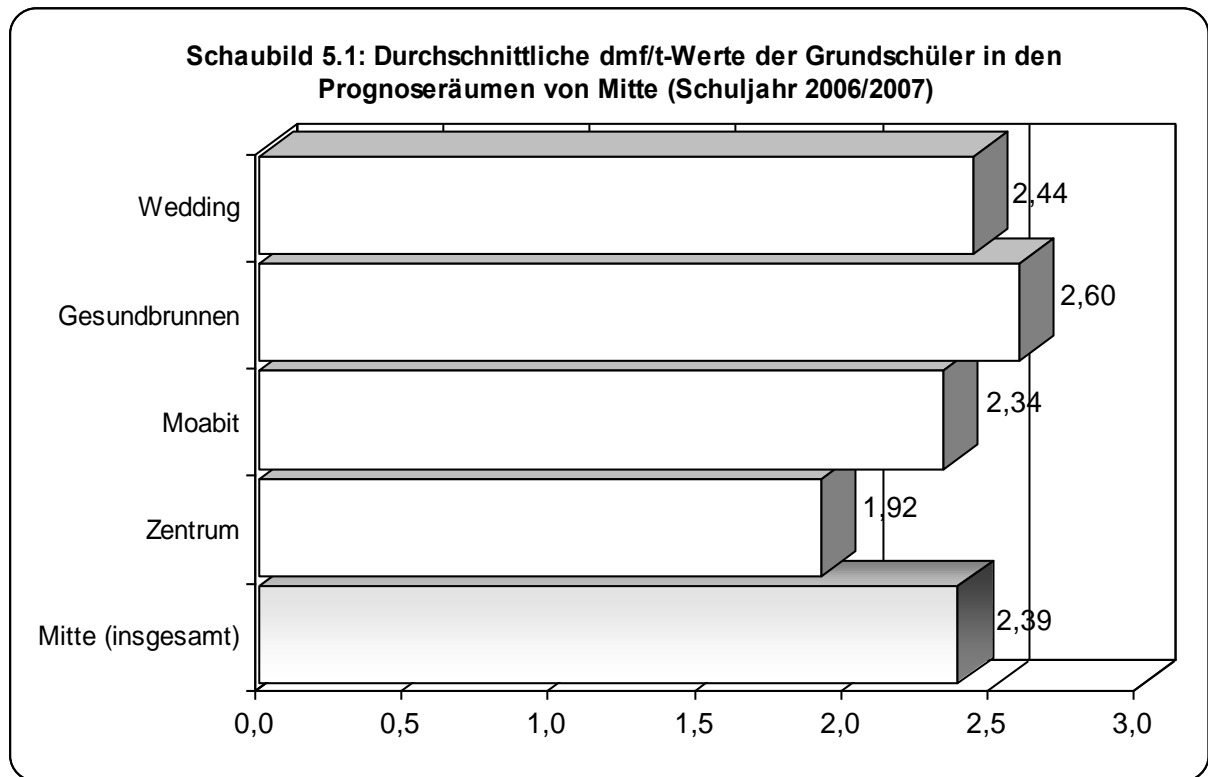
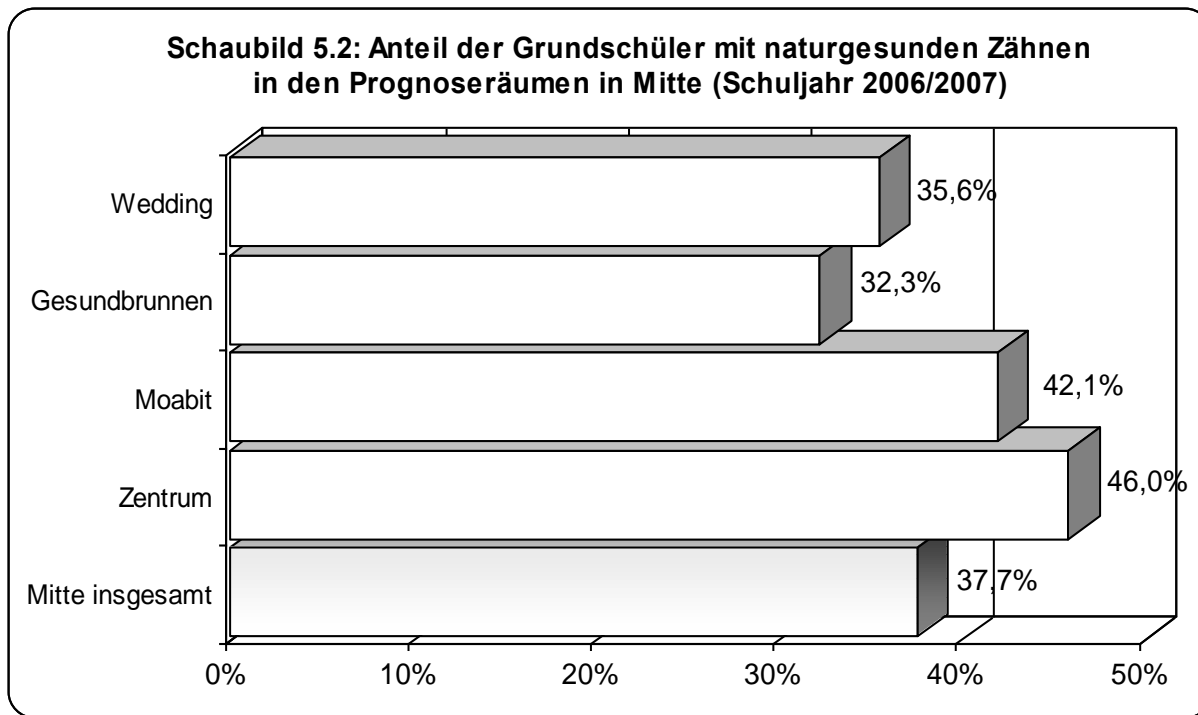


Schaubild 5.1 gibt einen Überblick über die Inzidenz von Karies bei den Grundschülern in den Untergliederungen des Bezirks Mitte. Um den Kariesbefall einzuschätzen, wird hier der sogenannte dmf/t-Index¹³ verwendet. Hierbei werden die Summen der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne der einzelnen Kinder zusammengerechnet, um entsprechende dmf/t-Werte für die Prognoserräume zu erhalten. Durch diese Berechnungsweise ist dieser Indikator stabiler für kleinere Unterteilungen des Bezirks als der Zahnstatus, wo die Zahl der einzelnen Schüler im jeweiligen Gebiet die kleinste Recheneinheit bildet.

Beim durchschnittlichen dmf/t-Wert werden die erheblichen Unterschiede in der Zahngesundheit unter den Kindern im Bezirk auch sichtbar. Während die Grundschüler im Bezirk Mitte insgesamt einen Wert von 2,39 und die Schüler im Gesundbrunnen gar 2,60 haben, weisen die untersuchten Kinder im Prognoseraum Zentrum einen Wert von 1,92 auf – ca. 27% niedriger als im Gesundbrunnen. Dadurch, dass die Zahl der untersuchten Kinder in den Prognoserräumen Wedding und Gesundbrunnen vergleichsweise hoch ist, prägen sie den bezirklichen Durchschnitt (2,39) stark. Die wichtigsten Bestimmungsfaktoren für diese großen Unterschiede im Kariesbefall innerhalb des Bezirks liegen in den im Kapitel 1 und 2 dargestellten lokalen Unterschieden in der sozialen Lage und dem Migrationshintergrund der Kinder im Bezirk. Dieser Wirkungszusammenhang wird in der Sonderauswertung der Zahngesundheit im Abschnitt 5.2 näher analysiert.

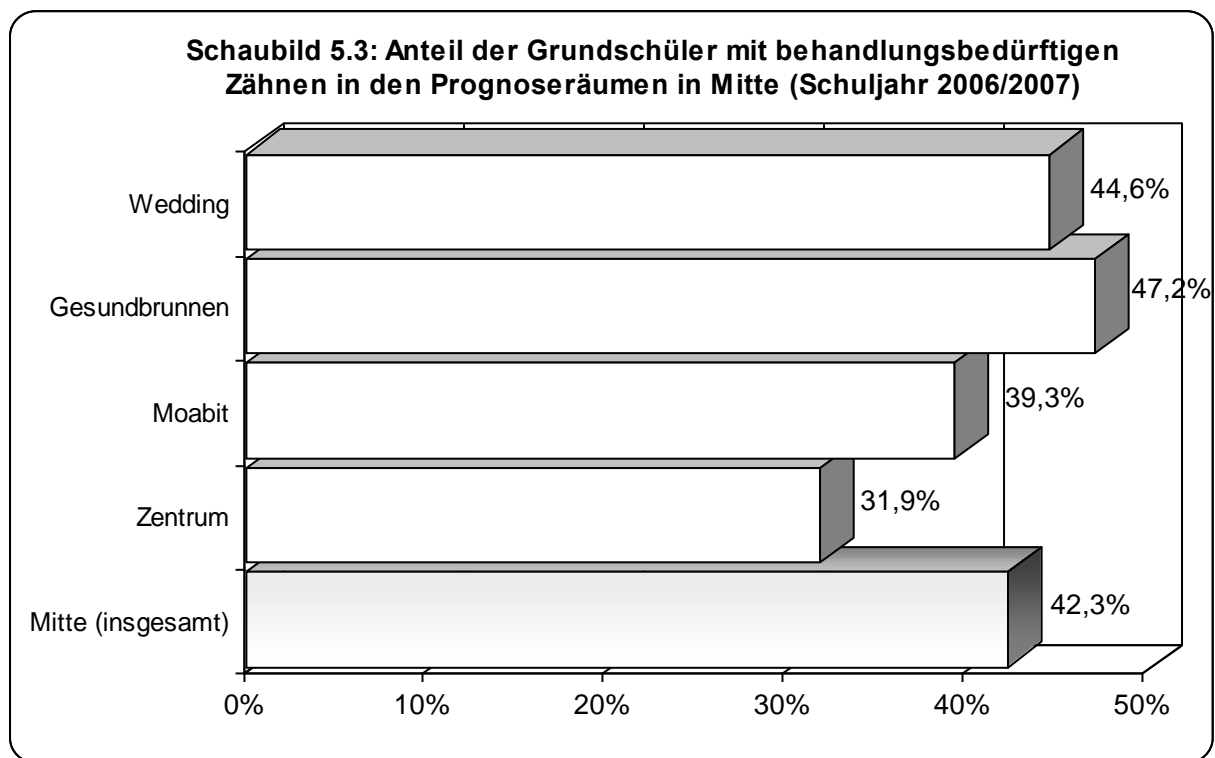
¹³ Hier wurde bei jedem Kind die Anzahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne gezählt (vgl. S. 29 und anschließend einen Durchschnitt aus der gesamten Gruppe gebildet. Kariesfreie Zähne ergeben demnach einen dmf/t-Wert = 0.



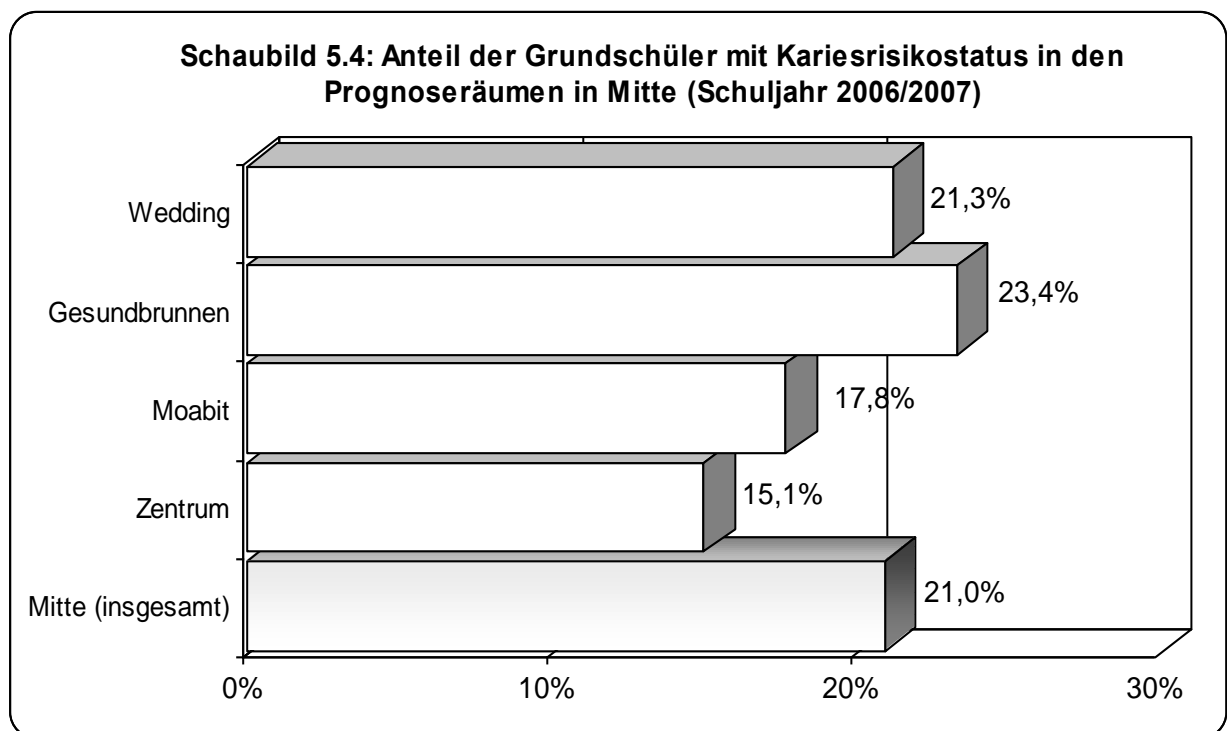
Im Schaubild 5.2 werden die großen Unterschiede in der Zahngesundheit der Kinder im Bezirk anhand des Anteils der Grundschul Kinder mit kariesfreien Zähnen dargestellt. Hierbei fallen die beiden Prognoseräume, die ehemals den Altbezirk Wedding ausmachten, mit sehr niedrigen Werten auf (Gesundbrunnen: 32,3%, Wedding: 35,6%). Moabit dagegen, dank der besser situierten Wohngebiete im südlichen Teil des Prognoseraums, nimmt mit 42,1% eine mittlere Stellung ein. Im Prognoseraum Zentrum, wo 46% der untersuchten Grundschul Kinder kariesfreie Gebisse vorweisen, ist die Zahngesundheit der Kinder um einiges besser.

Wie bei den durchschnittlichen dmf/t, bilden Gesundbrunnen und der Prognoseraum Zentrum zwei entgegen gesetzte Pole bei diesem Indikator. In der Rangordnung der Berliner Bezirke (vgl. Schaubild 4.4) läge Gesundbrunnen noch 5,4 Prozentpunkte schlechter als das Schlusslicht Friedrichshain-Kreuzberg, während Zentrum auf Platz sechs, gleich hinter Marzahn-Hellersdorf, liegen würde.

Beim Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen (Schaubild 5.3) zeigt sich fast das Spiegelbild der Verteilung der Kinder mit kariesfreien Zähnen. Bei diesem Indikator gibt es ebenfalls eine große Spannweite, die zwischen 47,2% in Gesundbrunnen und 31,9% in Zentrum reicht. Bei der (theoretischen) Platzierung der beiden Prognoseräume in der Rangordnung der Berliner Bezirke verhält es sich genau spiegelverkehrt wie bei den Anteilen der Kinder mit kariesfreien Zähnen.



Beim letzten Indikator der Zahngesundheit der Grundschüler, dem Kariesrisikostatus (vgl. Schaubild 5.4), gibt es ähnliche Niveauunterschiede in den Prognoseräumen in Mitte wie bei den anderen Indikatoren – d.h., die Verteilung der Kinder mit einem Kariesrisiko fällt in den einzelnen Gebieten ebenfalls stark auseinander. Auch beim Kariesrisikostatus zeigt sich der deutliche Unterschied zwischen den zwei schlechtestgestellten Prognoseräumen Wedding und Gesundbrunnen und dem Prognoseraum Zentrum.

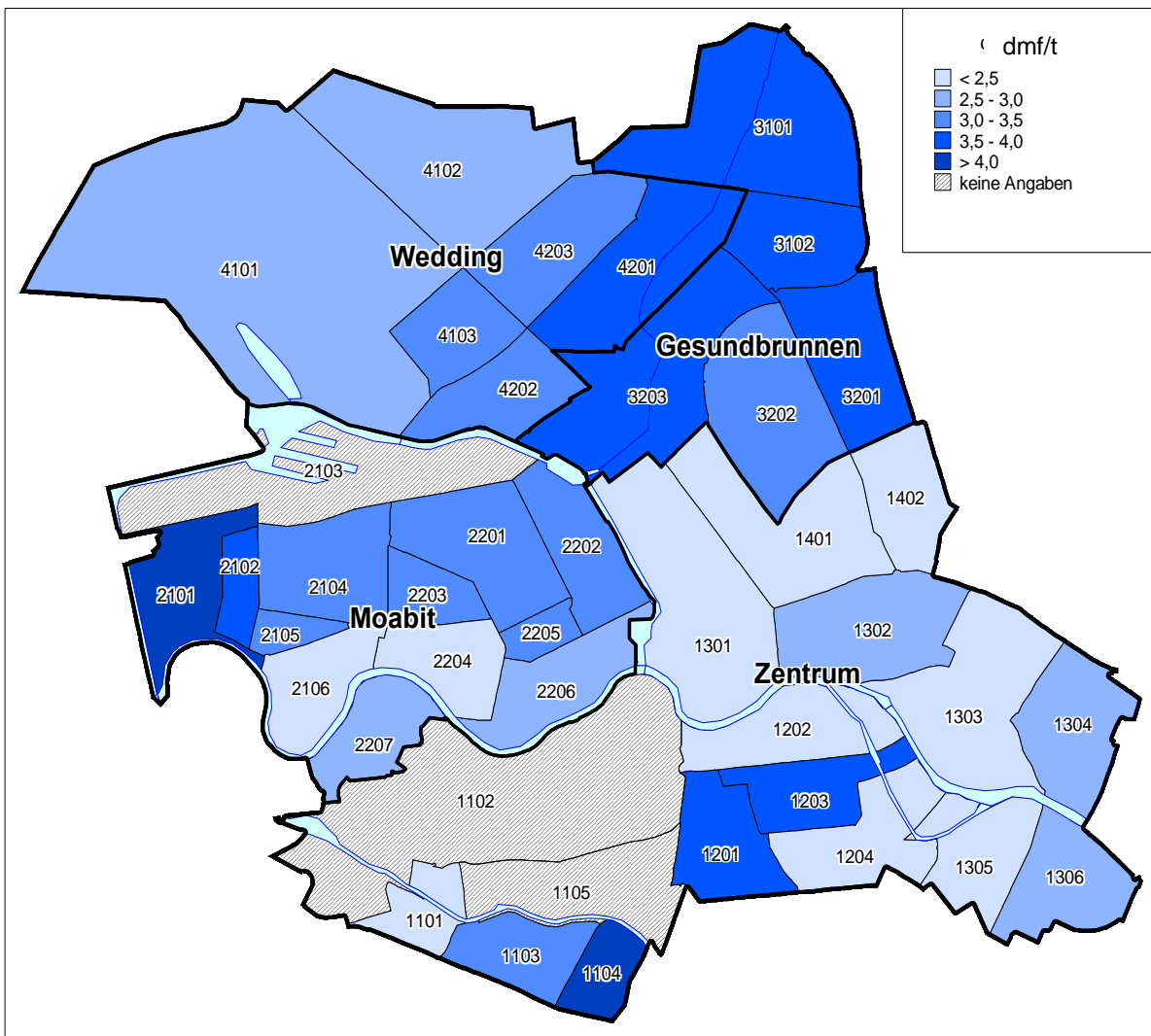


Das oben aufgezeigte Auseinanderfallen der Zahngesundheit wird in der Auswertung nach Planungsraum im nächsten Unterabschnitt noch stärker sichtbar.

5.1.2 Kariesbelastung der Kinder in den Planungsräumen in Mitte

Wie in den Berliner Bezirken und in den bezirklichen Prognoseräumen gibt es auch auf kleinräumiger Ebene große Unterschiede bei der Zahngesundheit der Kinder. Insbesondere in den sozial benachteiligten Kiezen und Nachbarschaften gibt es sowohl höhere Anteile an Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen als auch höhere durchschnittliche dmf/t-Werte. Da die Auswertung des Zahnstatus nach Planungsraum durch die mitunter kleine Anzahl der untersuchten Kinder in den Planungsräumen nicht sinnvoll ist, werden in diesem Abschnitt lediglich die durchschnittlichen dmf/t-Werte für die Grundschüler in Mitte nach Planungsraum dargestellt.

Karte 5.1: Durchschnittliche dmf/t-Werte der Grundschüler in Mitte nach Planungsraum (Schuljahr 2006/2007)



Die in Karte 5.1 abgebildete kartografische Darstellung der durchschnittlichen dmf/t-Werte der Grundschüler in Mitte nach Planungsraum könnte – bis auf ein paar Abweichungen – genauso gut ein Abbild der sozialen Lage im Bezirk sein. Ein Vergleich mit den Karten 2.1 und 2.2 zeigt, dass sich die verschiedensten Nuancen in der sozialen Lage im Bezirk auch in der Verteilung der Kariesbelastung der Kinder widerspiegeln. Die starke soziale Belastung der Bevölkerung im Prognose- raum Gesundbrunnen sowie im Moabiter Huttenkiez (1201) korrespondieren gut mit hohen dmf/t- Werten. Die sozialen Unterschiede zwischen den Planungsräumen Stülerstraße (1101) und Kör- nerstraße (1104) in Tiergarten-Süd sind auch gut sichtbar. Lediglich die relativ hohen Anteile von Kindern mit kariösen Zähnen in den Planungsräumen Wilhelmsstraße (1201) und Unter den Lin-

den Süd (1203) weichen von den korrespondierenden sozialen Belastungen ab – hierbei war jedoch die Zahl der untersuchten Kinder verhältnismäßig niedrig, sodass Zufallseffekte nicht auszuschließen sind.

5.2 Zahngesundheit der Kinder in Mitte nach sozialer Lage und Migrationshintergrund – Sonderauswertung

Wie eingangs erwähnt, spielen die soziale Lage sowie ein möglicher Migrationshintergrund eine beträchtliche Rolle bei der Zahngesundheit von Kindern. Da der Bezirk Mitte sehr hohe Anteile an Kindern aus sozial benachteiligten und/oder Migrantenfamilien aufweist (vgl. Kapitel 1 und 2), wären genauere Kenntnisse über die soziale Lage sowie den Migrationsstatus der einzelnen Kinder im Zusammenhang mit ihren zahnärztlichen Befunden hilfreich bei der zielgruppengerechten Gestaltung, Prioritätensetzung und Qualitätssicherung von Prophylaxeanstrengungen in Schulen und Kitas.

Gegenwärtig werden die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen von Schülern in den meisten Bezirken mit der Erfassungssoftware Octoware festgehalten. Bei der Erfassung dieser Daten werden aus einer Reihe von Gründen keine Angaben zur sozialen Lage und nur wenige Angaben zur nationalen Herkunft der Kinder festgehalten.¹⁴ Bei der Einschulungsuntersuchung (ESU) in Berlin jedoch werden – in der Regel für die gleichen Kinder – differenzierte Angaben zu beiden Faktoren erhoben (vgl. u.a. Oberwöhrmann et al. 2007, BA Mitte 2001). Für die vorliegende Auswertung wurden deshalb die individuellen Daten zur sozialen Lage und zum Migrationshintergrund der Schüler aus der Schuleingangsuntersuchung für den Jahrgang 2004/2005 mit den Ergebnissen der zahnärztlichen Untersuchungen zusammengeführt.

5.2.1 Zusammenführung der ESU- und ZÄD-Daten

Bei der Zusammenführung der Daten der Schuleingangsuntersuchung mit den Ergebnissen der zahnärztlichen Untersuchungen wurden anhand bestimmter Angaben zur Person Zuordnungslisten für die Schulanfänger per EDV mit der zahnärztlichen Datenbank abgeglichen. Die laufenden Nummern der identifizierten Kinder aus der ESU wurden in die Octoware Datenbank eingetragen. Anhand dessen wurden ausgewählte Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen für diese Kinder exportiert. Das waren neben bestimmten Grunddaten (Nationalität, Schule und eventuelle Kita) für jeden Besuch das Datum, die dmf/t- und DMF/T-Werte¹⁵ sowie der Kariesrisikostatus der Kinder, eventuelle Zahnfehlstellungen und bei der Untersuchung durchgeführte Fluoridierung der Zähne. Diese Datensätze wurden dann mit den entsprechenden ESU-Datensätzen zusammengefügt und ausgewertet.¹⁶

¹⁴ So, wie sie in den bezirklichen Zahnärztlichen Diensten eingesetzt wird, erlaubt Octoware nur die Eingabe von wenigen Grunddaten für die Kinder. Darüber hinaus haben die Zahnärztlichen Dienste in Berlin nur selten Kontakt mit den Eltern, die solche Informationen für ihre Kinder bereitstellen könnten.

¹⁵ Anzahl der kariösen (diseased = d), fehlenden (missing = m) und gefüllten (filled = f) Zähne (teeth = t). Bei den Milchzähnen wird dieser Wert mit dmf-t bezeichnet, bei den bleibenden Zähnen mit DMF-T

¹⁶ Für eine detaillierte Darstellung der Methodik der Zusammenführung und eine ausführlichere Beschreibung der Gruppe der Kinder in unserer Sonderauswertung vgl. Butler, Brockstedt, Uhlig 2007, S. 174ff.. Bei der Planung des Vorhabens wurde auch der Berliner Datenschutzbeauftragte konsultiert. Da die Informationen innerhalb einer Verwaltung vorliegen und keine personbezogene Ergebnisse nach Außen gehen, sah er keine Datenschutzprobleme dabei.

Aus insgesamt 3077 Kindern, die an der Einschulungsuntersuchung 2004 im Bezirk Mitte teilnahmen, konnten 2604 in der Datenbank des bezirklichen Zahnärztlichen Dienstes identifiziert werden. Diese Gruppe bildet unsere Untersuchungskohorte und betrug ca. 85% der untersuchten Schulanfänger. Die Kinder wurden dabei unterschiedlich oft bis zum Stichtag im Januar 2006 im Zahnärztlichen Dienst untersucht (eine bis sieben Untersuchungen). Da der Zahnärztliche Dienst bereits Kinder in den bezirklichen Kindertagesstätten untersucht, wurden einige Kinder in der Kohorte schon mit 1,5 Jahren zum ersten Mal erfasst. Andere Kinder waren 8,5 Jahre alt bei ihrer letzten Untersuchung. Um die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungszeitpunkte miteinander vergleichbar zu machen, wurden zwei Altersgruppen gebildet, die der „Kitakinder“ und die der „Schulkinder“¹⁷.

Eine Betrachtung der soziodemografischen Zusammensetzung der beiden Untersuchungsgruppen zeigt einige Besonderheiten¹⁸. Insgesamt konnte in beiden Gruppen ein sehr hoher Anteil von sozial benachteiligten Kindern festgestellt werden – 53% bei den „Kitakindern“ und 51% bei den „Schulkindern“. Bei der Verteilung von Kindern nach Migrationshintergrund konnte festgestellt werden, dass die Gruppe der „Kitakinder“ türkischer Herkunft mit 37,8% sogar deutlich größer als die Gruppe der Kinder deutscher Herkunft (30,8%) ausfiel. In ihrer Zusammensetzung reflektieren diese Gruppen jedoch auch die demografische Zusammensetzung und soziale Lage im Bezirk insgesamt.

Da die Muster der soziodemografischen Zusammenhänge in beiden Gruppen ähnlich sind, werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in diesem Kapitel nur die Ergebnisse der Auswertung in der Altersgruppe der „Schulkinder“ grafisch dargestellt. Die entsprechenden Schaubilder für die Gruppe der „Kitakinder“ sind ab Seite 82 im Anhang zu finden.

5.2.2 Prävalenz von Karies (dmf/t)

Als Indikator für die Prävalenz von Karies bei den Kindern in den Untersuchungsgruppen werden die durchschnittlichen dmf/t-Werte, d.h. die Anzahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Milchzähne der Kinder in den Untersuchungsgruppen verwendet. Wie in Kapitel 4 festgestellt, ist dieser Indikator eine sehr genaue, quantitative Messgröße für die Kariesverbreitung der Zähne und eignet sich gut für den Überblick der Problemlage. Dadurch, dass mit den einzelnen Zahnwerten gerechnet wird, können auch relativ kleine Untergruppen in den Vergleich einbezogen werden.

¹⁷ Die Kinder, die im Alter von 4 bis unter 6 Jahren untersucht wurden, bezeichnen wir hier als „Kitakinder“ und die Kinder, die im Alter von 6 bis 7,5 Jahren untersucht wurden, nennen wir die „Schulkinder“. Die Gruppe der „Kitakinder“ umfasst insgesamt 1646 und die der „Schulkinder“ 2017 Kinder. Dabei gehören 1130 Kinder beiden Gruppen an. Insgesamt 71 Kinder fielen aus beiden Gruppen heraus, da sie entweder jünger als 4 oder älter als 7,5 Jahre bei ihrer einzigen Untersuchung im Zahnärztlichen Dienst gewesen sind. Bei den Kindern, die mehrmals in einer Altersgruppe beim Zahnärztlichen Dienst vorstellig waren, wurden jeweils die Ergebnisse ihrer letzten Untersuchung in der Altersgruppe für diese Analyse ausgewertet.

¹⁸ Die Zusammensetzung der Gruppe der Kinder in unserer Sonderauswertung nach Alter, Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage ist in Tabelle A3 auf S. 81 zu finden.

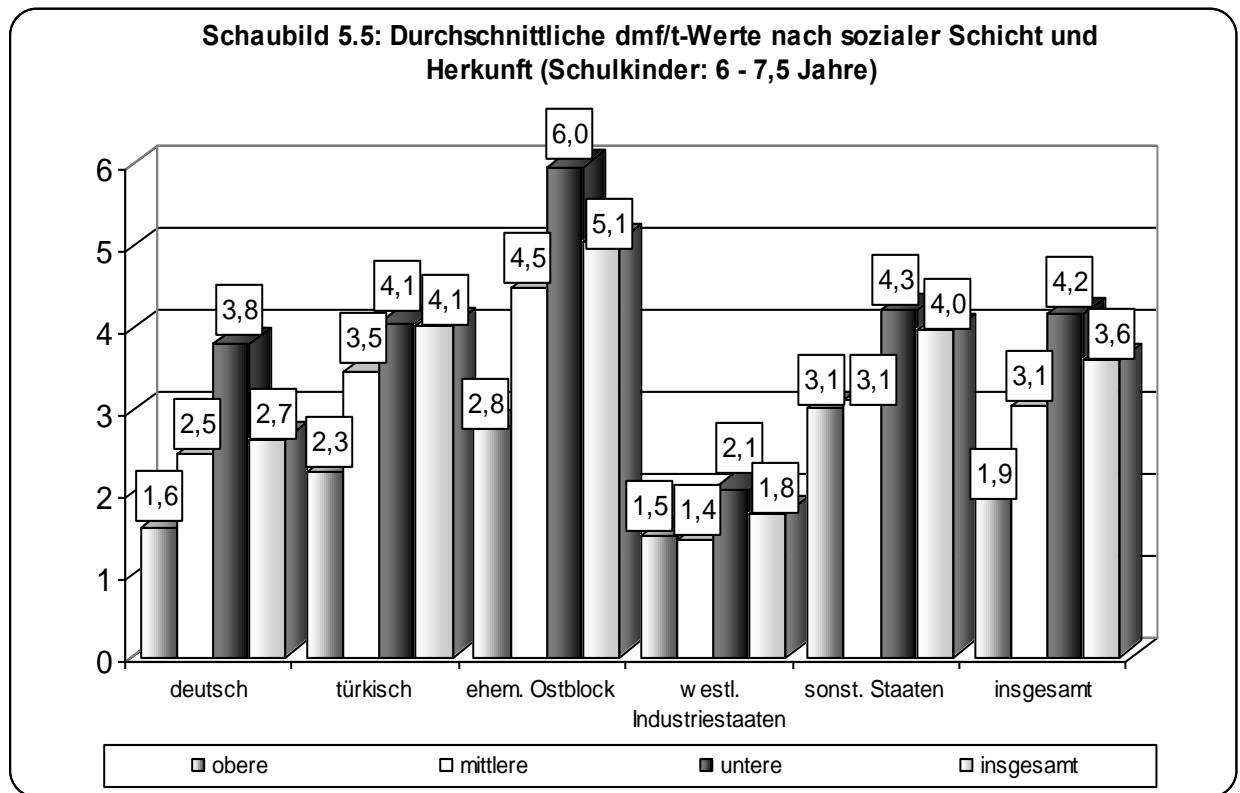
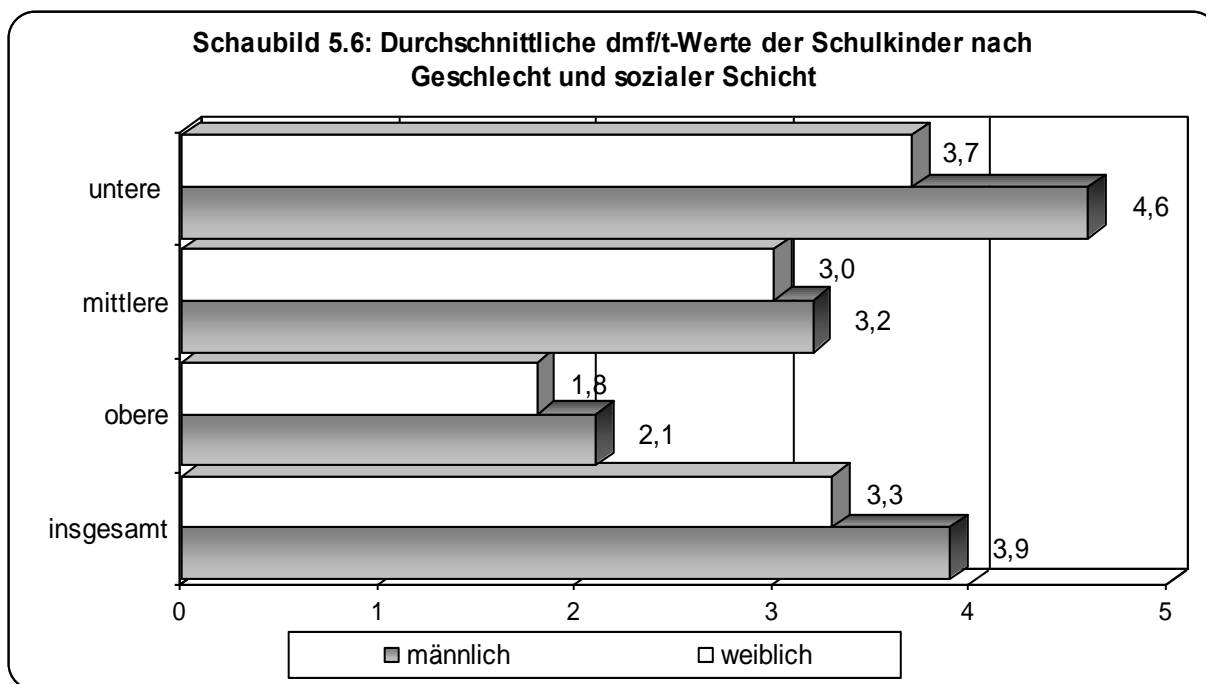


Schaubild 5.5 zeigt die durchschnittlichen dmf/t-Werte der Schulkinder (Alter 6-7,5 Jahre) nach sozialer Lage und ethnischer Herkunft. Bei der Analyse nach sozialer Schicht fällt insbesondere der deutliche soziale Gradient bei der Zahngesundheit in jeder Herkunftsgruppe auf: je höher die soziale Schicht desto besser die Zähne. Dies ist besonders bei den Kindern aus osteuropäischen Ländern evident. In dieser Herkunftsgruppe liegen die unteren und oberen Schichten um 3,8 Punkte auseinander. Der klare soziale Gradient in allen Alters- und Herkunftsgruppen zeigt den starken Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Familien und der Zahngesundheit der Kinder.

Auffallend in unserer Sonderauswertung ist insbesondere die Spannweite der Varianz zwischen den einzelnen Untergruppen. Zwischen der oberen Schicht der Schüler deutscher (1,5) und der unteren Schicht der Schüler osteuropäischer Herkunft (6,0) gibt es eine Spanne von 4,5 Punkten. Mit einem Durchschnittswert von 3,6 bei den 6- bis 7,5-Jährigen liegt der dmf/t im Bezirk Mitte um einiges höher als im Berliner Durchschnitt. Diese wurde in der Altersgruppe der 6 bis 7-Jährigen von Pieper (2005) mit 2,74 beziffert.

Hinsichtlich der Unterschiede nach Herkunft gibt es einige deutliche Tendenzen. Insgesamt liegt das dmf/t-Niveau bei den Kindern deutscher Herkunft deutlich unter dem der Kinder türkischer und „sonstiger“ Herkunft und noch niedriger als das der Kinder aus dem ehemaligen Ostblock, jedoch um einiges höher als das der Kinder aus den westlichen Industrieländern. Wenn jedoch nur die Kinder in der unteren Schicht (numerisch die weitaus größte Gruppe) betrachtet werden, liegen die Kinder deutscher, türkischer und „sonstiger“ Herkunft relativ eng beieinander. Bei den Kindern aus der unteren Schicht zeigen sich größere Niveauunterschiede nur bei den Kindern aus Osteuropa¹⁹ (wesentlich höher) und den westlichen Industrieländern (wesentlich niedriger).

¹⁹ Die sehr hohe Kariesprävalenz bei Kindern osteuropäischer Herkunft wurde bereits Ende der 1990er Jahre bei einer Untersuchung in einem vergleichbaren Berliner Zahnärztlichen Dienst (vgl. auch Döhnke-Hohmann 2001) festgestellt.



Nach Geschlecht betrachtet (Schaubild 5.6), ist in allen sozialen Schichten eine deutlich bessere Zahngesundheit bei den Mädchen als bei den Jungen festzustellen. Während der Unterschied in dmft/t zwischen Mädchen und Jungen insgesamt ca. 0,6 beträgt, ist der Abstand zwischen den Geschlechtern besonders in der unteren Schicht zu beobachten. Zwischen den Mädchen (3,7) und den Jungen (4,6) hier liegen 0,9 dmft/t. Die schichtspezifischen Unterschiede waren unter den Jungen ebenfalls wesentlich größer als unter den Mädchen.

Unsere Analyse der Zahngesundheit nach sozialer Lage, Geschlecht und Herkunft korrespondiert ebenfalls gut mit den ersten Ergebnissen zur Mundhygiene aus der KiGGS-Befragung des Robert-Koch-Instituts (Schenk und Knopf 2007). Hier wurde bei der Frage zur Zahnpflege (Zähneputzen weniger als 2-mal/Tag) sowohl ein Schichtgradient als auch ein deutlicher Einfluss des Migrationshintergrundes festgestellt. Bei der KiGGS-Befragung zeigte sich die Zahnpflege der Mädchen um einiges besser als die der Jungen – noch stärker als die Unterschiede im Zahnstatus in unserer Auswertung.

5.2.3 Zahnstatus

In diesem Abschnitt wird der Zahnstatus der untersuchten Kinder analysiert. Hierbei werden die Untersuchten in die drei im Kapitel 3 eingeführten Gruppen aufgeteilt: kariesfrei (dmf/t = 0), behandlungsbedürftig (Zähne mit unbehandelter Karies) und saniert (Zähne mit behandelter Karies).

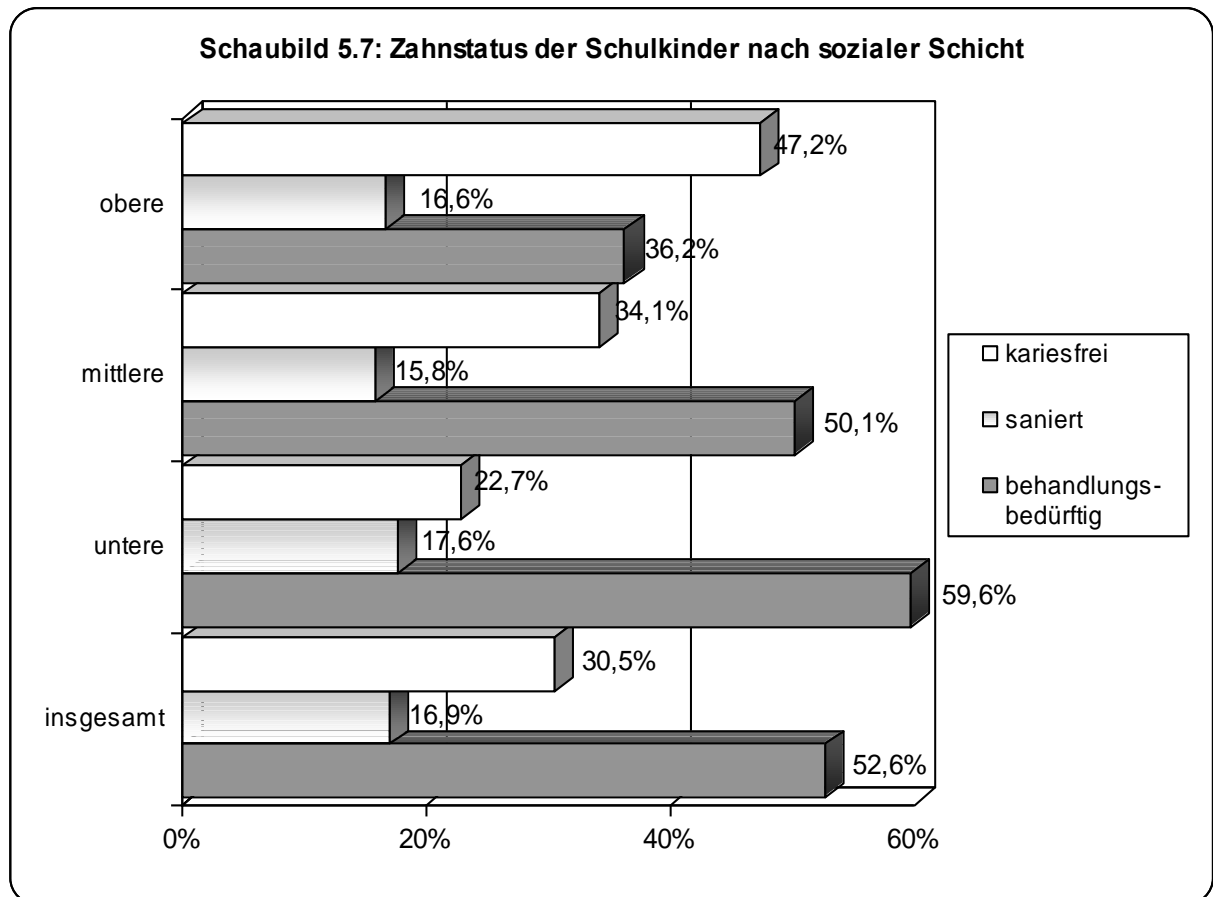
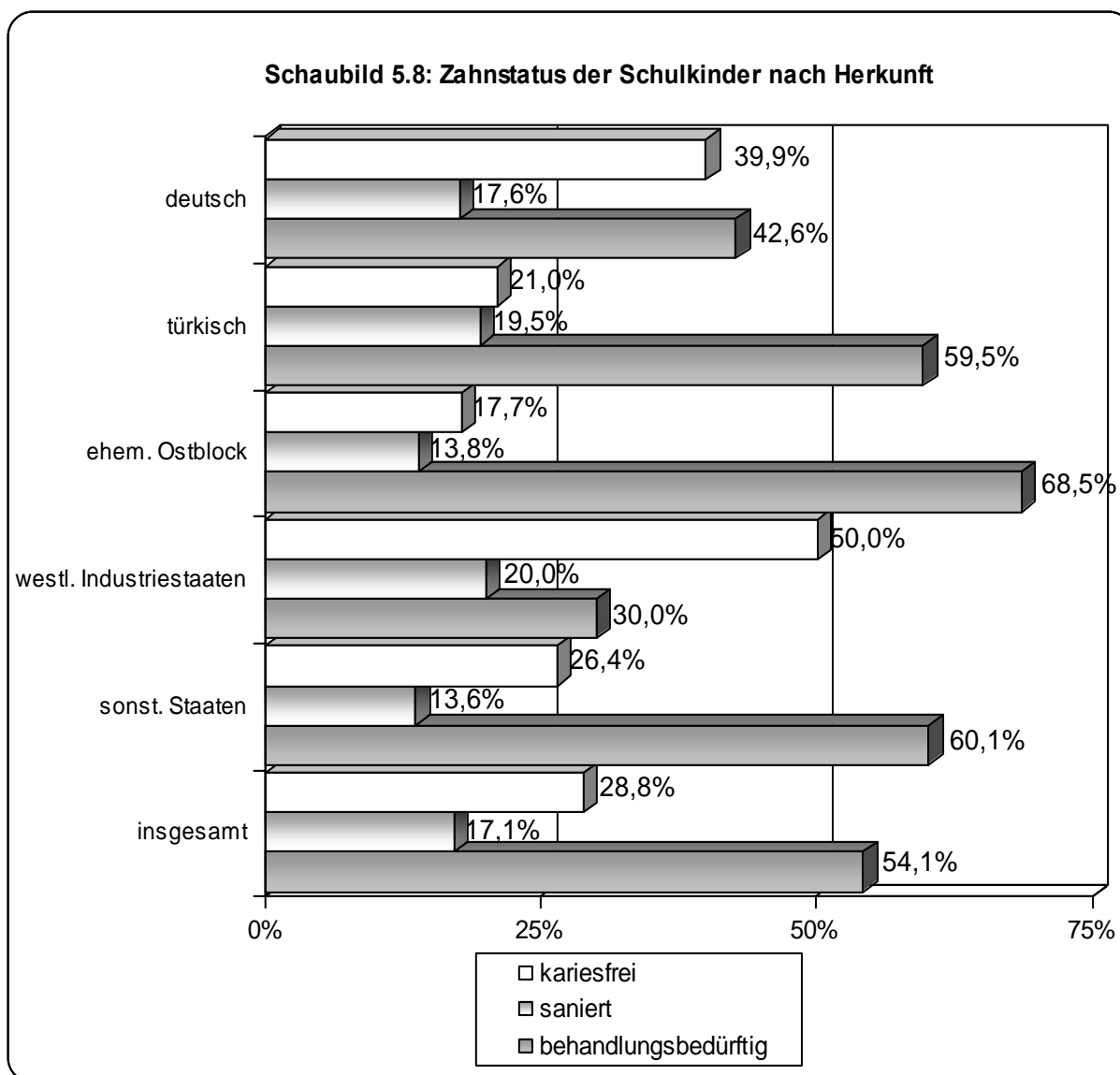


Schaubild 5.7 zeigt den Zahnstatus der Schulkinder nach sozialer Schicht. Hier zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient sowohl bei den Kindern mit kariesfreien als auch bei denen mit behandlungsbedürftigen Zähnen. Wenn der Anteil an kariesfreien Gebissen als Maßstab benutzt wird, zeigt sich hier ein ähnlicher sozialer Gradient wie beim durchschnittlichen dmf/t-Wert. Mit 47,2% ist der Anteil an Kindern mit kariesfreien Gebissen in der Oberschicht sogar mehr als doppelt so hoch wie der in der Unterschicht. Der Anteil an Kindern mit sanierten Gebissen fällt in allen sozialen Schichten relativ ähnlich aus (16 bis 17%).

Beim Vergleich des Zahnstatus der Schul- und Kitakinder (vgl. Schaubild A3 auf S. 83) fällt auf, dass der Anteil der Schulkinder mit sanierten Zähnen fast dreimal so hoch wie bei den Kitakindern ist. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte aus dem sozialkompensatorischen Ansatz des Zahnärztlichen Dienstes herrühren. Viele der Kinder aus der unteren Schicht, die in der Kita vorstellig waren, wären sonst unter Umständen nicht in diesem Alter zum Zahnarzt gegangen. Aus den 539 Kindern der unteren sozialen Schicht, die sowohl im Kita- als auch im Schulalter untersucht wurden, wiesen 314 bei der letzten Untersuchung im Kitaalter behandlungsbedürftige Zähne auf. Hiervon hatten 62 (ca. 20%) ein saniertes Gebiss bei der letzten Untersuchung im Schulalter – d. h., sie sind in der Zwischenzeit der Empfehlung zum Zahnarztbesuch nachgegangen. Dies wäre auch ein Grund dafür, dass die „Schulkinder“ aus der Unterschicht den höchsten Anteil an sanierten Gebissen in unserer Sonderauswertung aufwiesen.

Die Auswertung des Zahnstatus nach Herkunft (Schaubild 5.8) zeigt sehr deutlich, dass die höchsten Anteile behandlungsbedürftiger und die niedrigsten Anteile kariesfreier Gebisse bei den Kindern türkischer und osteuropäischer Herkunft zu finden sind. Während nur 42,6% der „Schulkinder“ deutscher Herkunft behandlungsbedürftige Zähne hatten, fiel dieser Anteil bei den Kindern türkischer Herkunft mit fast 60% und bei den Kindern aus ehemaligen Ostblockländern mit 68,5% erheblich höher aus. Dagegen wiesen lediglich 30% der Schulkinder aus westlichen Industriestaaten einen Behandlungsbedarf auf. Entsprechend hierzu fiel der Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den einzelnen Herkunftsgruppen aus. Der Anteil der Kinder mit sanierten Gebissen bewegte sich je nach Herkunftsgruppen zwischen 13,6% und 20%.



Die insgesamt höheren Anteile an Kindern mit behandlungsbedürftigen und niedrigeren Anteilen mit kariesfreien Zähnen bei den türkischen und osteuropäischen Kindern korrelieren auch mit den hohen dmf/t-Werten dieser beiden Gruppen (vgl. Abschnitt 5.2.2). Wie es sich bei der dmf/t herausgestellt hat, hängt dieses Phänomen auch stark mit der sozialen Lage der Familien zusammen. Insbesondere bei den Schülern türkischer Herkunft ist die untere soziale Schicht in unserer Sonderauswertung stark vertreten (vgl. Tabelle A5). In allen Herkunftsgruppen gehörte der Löwenanteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen der unteren sozialen Schicht an.

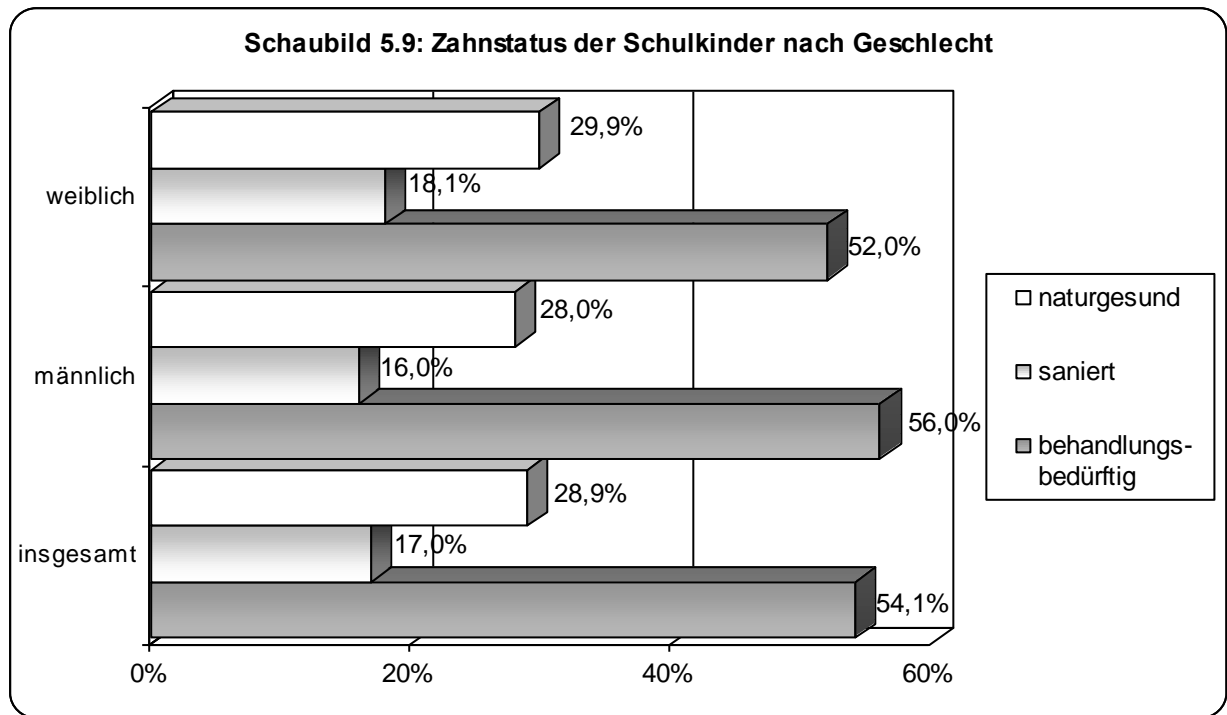


Schaubild 5.9 zeigt den Zahnstatus der Schüler in unserer Untersuchungsgruppe der Schulkinder nach Geschlecht. Hieraus wird sichtbar, dass insgesamt die Mädchen etwas bessere Zähne als die Jungen haben. Während beide Geschlechter beim Anteil der kariessfreien Gebisse ähnlich liegen, gibt es 4% weniger Mädchen mit behandlungsbedürftigen Zähnen. In der Altersgruppe der Kitakinder (vgl. Schaubild A5 auf Seite 84) sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede noch größer.

5.2.4 Kariesrisikostatus

Wie eingangs ausgeführt, wird ein zusätzliches Kariesrisiko bei den Kindern diagnostiziert, die nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) eine übermäßig hohe Anzahl kariöser Zähne (bzw. Oberflächen bei älteren Kindern) für ihr Alter vorweisen (vgl. Tabelle 3.1 auf S. 30). Da hierbei der Fokus auf Feststellung eines vorliegenden Risikos gelegt wird, fungiert diese Diagnostik im hohen Maße zur Bestimmung der Zielgruppe für Maßnahmen der Zahnprophylaxe im Öffentlichen Gesundheitsdienst, z.B. für Gruppenprophylaxe oder Fluoridierung.

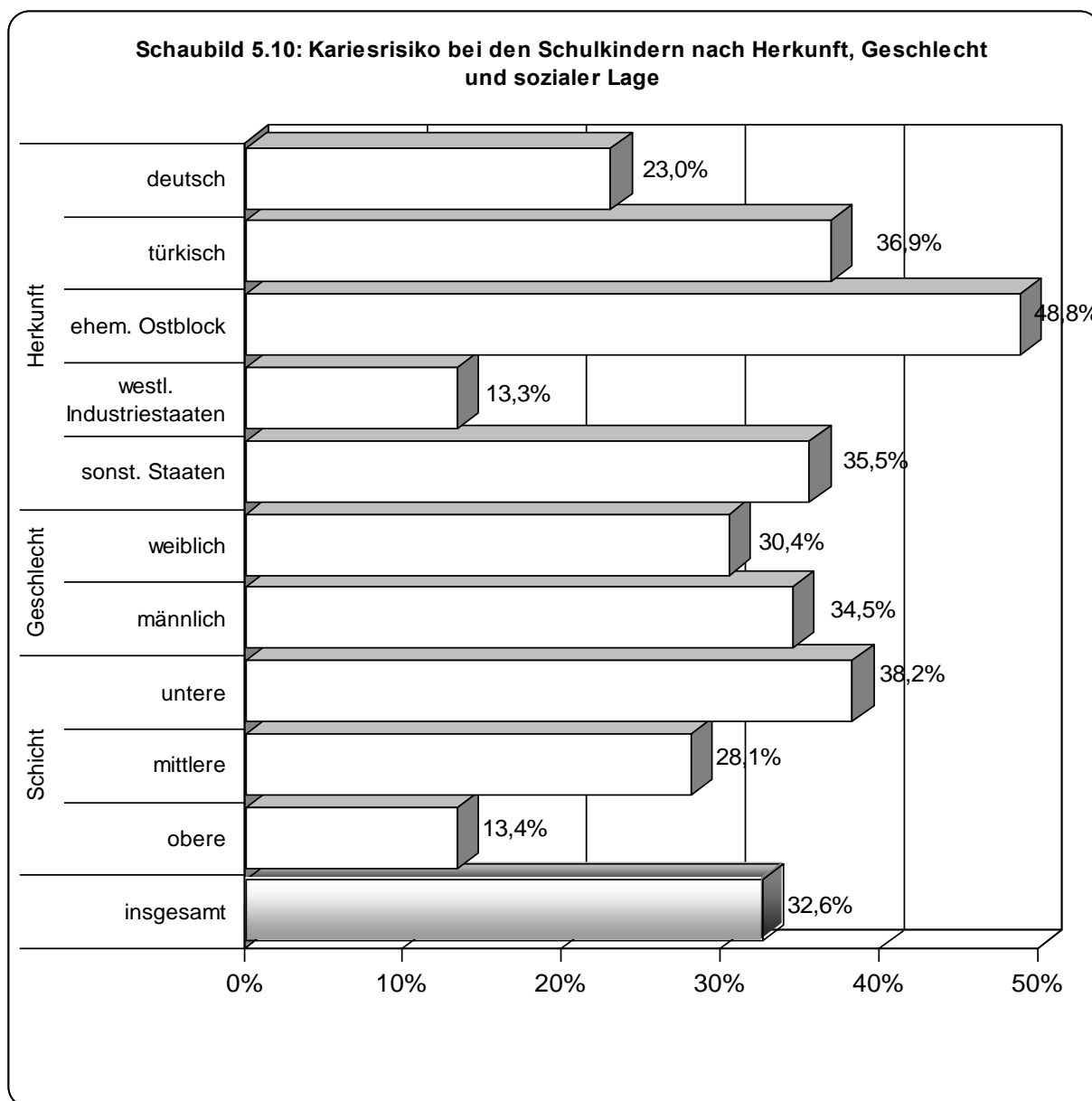


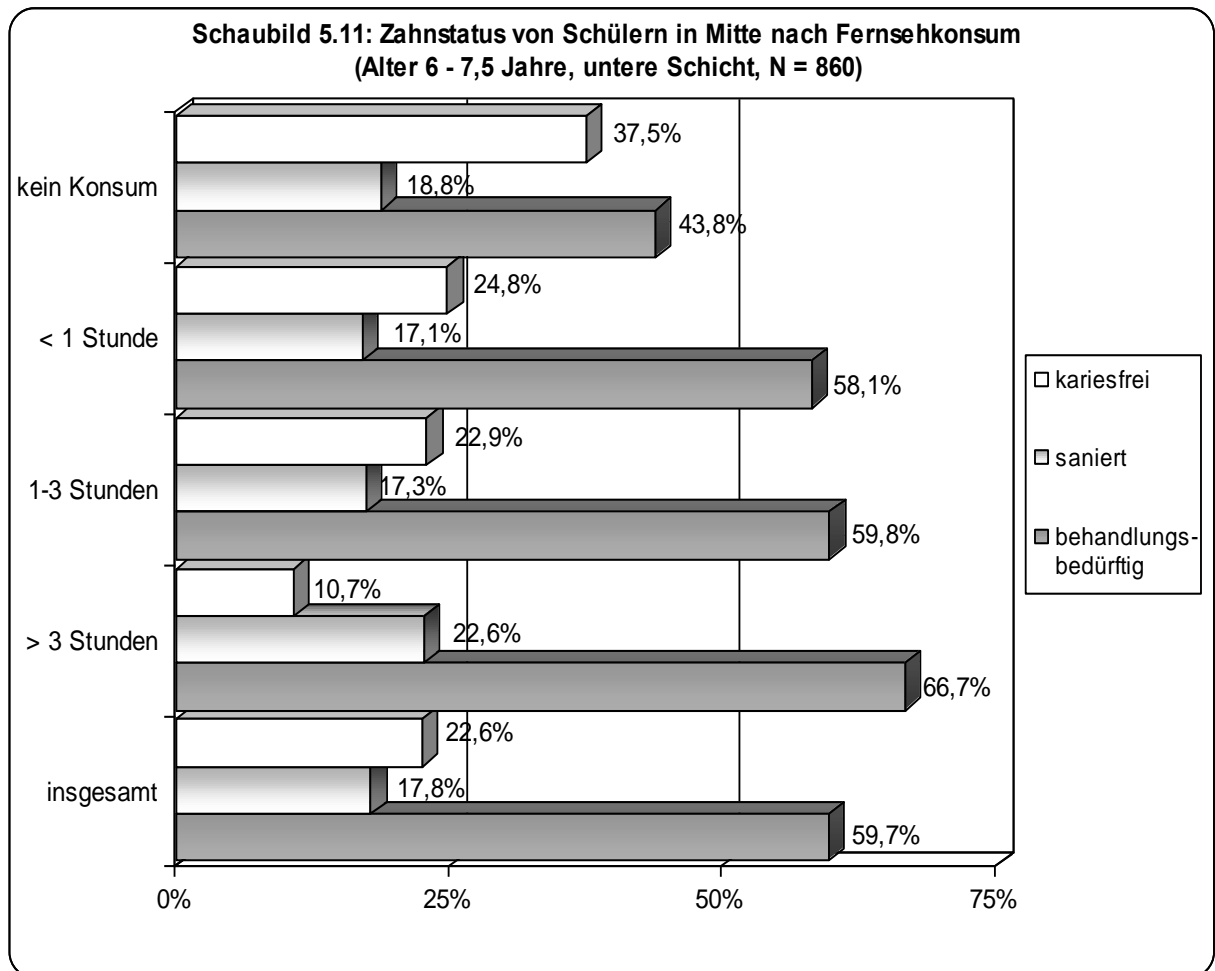
Schaubild 5.10 zeigt die Anteile der Kinder in unserer Sonderauswertung mit einer Kariesrisikodiagnose nach Herkunft, Geschlecht und sozialer Lage. Da dieser Indikator sehr stark von der Kariesprävalenz abhängig ist, gibt es ähnliche Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen wie beim Zahnstatus. Ein deutlicher Gradient zeigt sich nach sozialer Schicht in der Untersuchungsgruppe – je höher die soziale Schicht desto niedriger der Anteil der Kinder mit einer Kariesrisikodiagnose. Insgesamt liegen die Mädchen ca. 4 Prozentpunkte niedriger als die Jungen. Ebenfalls gibt es sehr hohe Anteile an Kindern mit einer Kariesrisikodiagnose bei Kindern osteuropäischer (48,8%) und türkischer (36,9%) Herkunft sowie Kinder aus „sonstigen“ Staaten (35,5%). Der Anteil bei deutschen Kindern (23,0%) sowie bei Kindern aus westlichen Industriestaaten (13,3%) liegt dagegen wesentlich niedriger.

5.2.5 Einfluss weiterer Faktoren auf die Zahngesundheit

Dadurch, dass die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen mit den Angaben verknüpft wurden, die bei der Schuleingangsuntersuchung erhoben worden sind, ist es auch möglich, weitere Zusammenhänge zu untersuchen. Hierbei geht es darum, mögliche Indikatoren der Zahngesundheit

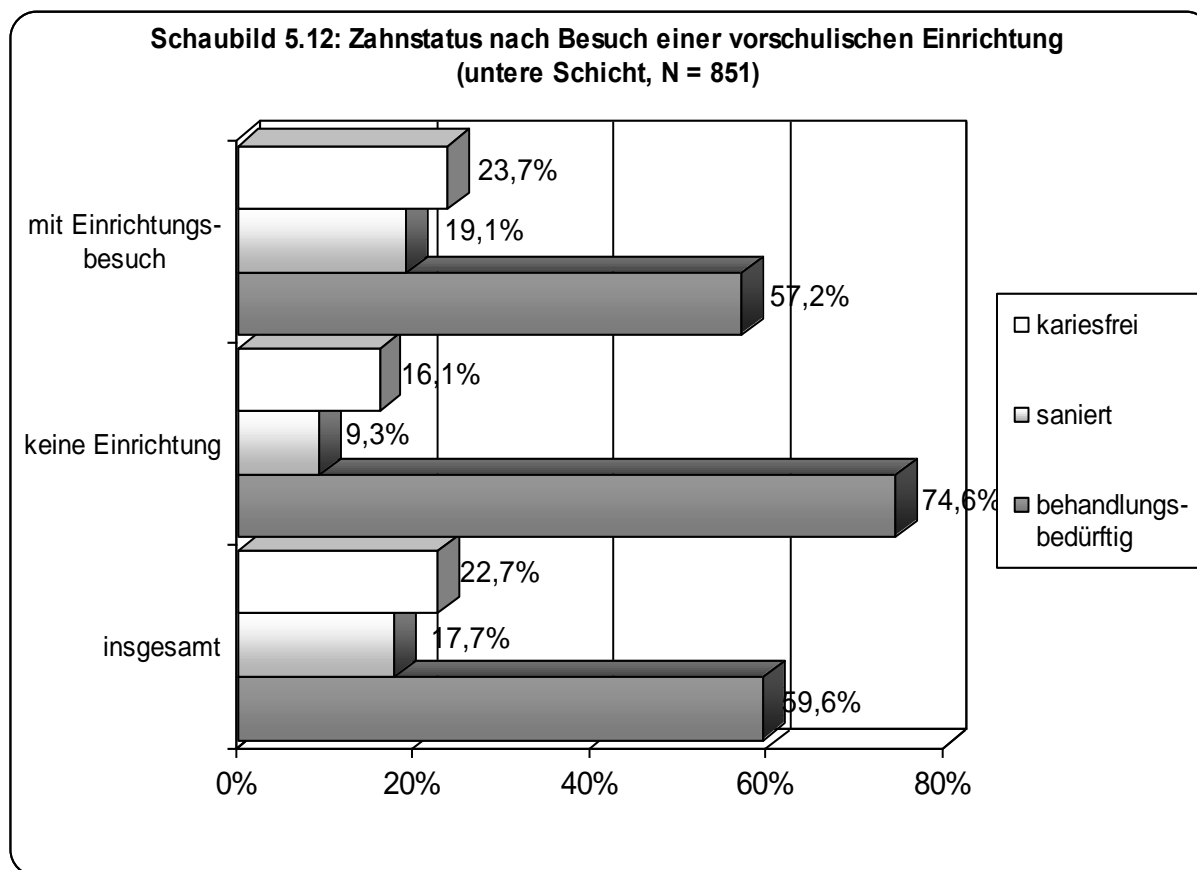
auszumachen. Im Folgenden werden wir zwei Indikatoren aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung analysieren: Fernsehkonsum und Einrichtungsbesuch (Kita).

In unseren Daten wird insgesamt eine negative Korrelation zwischen hohem Fernsehkonsum und dem Anteil kariesfreier Zähne sichtbar. Da sowohl Fernsehkonsum und Karies stark schichtabhängig sind, wird hier nur für die untere Schicht – ohnehin die zahlenmäßig größte Schicht im Bezirk – ausgewertet. Hierbei bringt ein Fernsehkonsum von bis zu 3 Stunden keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf den Zahnstatus. Jedoch bei Kindern, die nach Angaben der Eltern mehr als 3 Stunden fernsehen, kommt es zu einem deutlichen Anstieg der Kariesprävalenz. Die Gruppe „kein Konsum“ besteht in dieser Schicht nur aus 16 Kindern und erlaubt keine sichere Aussage.



Der zweite Faktor, der aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung analysiert wird, ist der Besuch einer vorschulischen Einrichtung vor dem Schulanfang. In erster Linie handelt es sich hierbei um Kindertagesstätten, da ca. 82% der Schulkinder in unserer Sonderauswertung in dieser Betreuungsform vor der Schule untergebracht wurde. Dagegen besuchten insgesamt ca. 12% der Schulkinder keine Einrichtung vor der Einschulung. 6% der Schulkinder besuchten die Vorschule (Schule) oder eine andere Einrichtung.

Insgesamt war der Besuch einer vorschulischen Einrichtung auch eine Frage der sozialen Schicht. Während 3,2% der Kinder in der oberen Schicht keine Einrichtung vor der Schule besuchte, waren es 15,7% der Kinder in der unteren Schicht. Um schichtspezifische Einflüsse zu vermeiden, werden hier ebenfalls nur die Schulkinder in der unteren Schicht (N= 851) in die Analyse einbezogen. Diese Gruppe ist jedoch groß genug, um auch für die einzelnen Ausprägungen ausreichende Fallzahlen zur Verfügung zu stellen.



Die Ergebnisse der Analyse des Zahnstatus nach Einrichtungsbesuch (ja/nein) bei den Kindern in der unteren Schicht in unserer Sonderauswertung (Schaubild 5.14) sind sehr beeindruckend. Hier-nach zeigen die Schulkinder, die eine vorschulische Einrichtung besuchten, wesentlich höhere Anteile von kariesfreien (23,7% vs. 16,1%) und sanierten (19,1% vs. 9,3%) Gebissen als diejenigen ohne Einrichtungsbesuch. Dementsprechend fällt der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen bei den Kindern ohne Einrichtungsbesuch sehr hoch aus (74,6% gegenüber 57,2%).

Eine Auswertung des Zahnstatus dieser Kindergruppe nach Einrichtungsbesuchsdauer zeigt zunächst mit einer längeren Besuchsdauer einhergehende deutliche Verbesserungen im Zahnstatus der Kinder. Ab einer Besuchsdauer von 3 bis 4 Jahren jedoch schwächt sich dieser Verbesserungseffekt wieder ab. Dieser Abschwächungseffekt hängt vermutlich nicht mit der Dauer des Einrichtungsbesuchs zusammen. Als Grund könnte hier vermutet werden, dass Familien, deren Kinder einen 4 Jahre oder länger dauernden Kitabesuch vorweisen, zeitlich so belastet sind, dass die Aufmerksamkeit für die kindliche Mundhygiene darunter leidet.

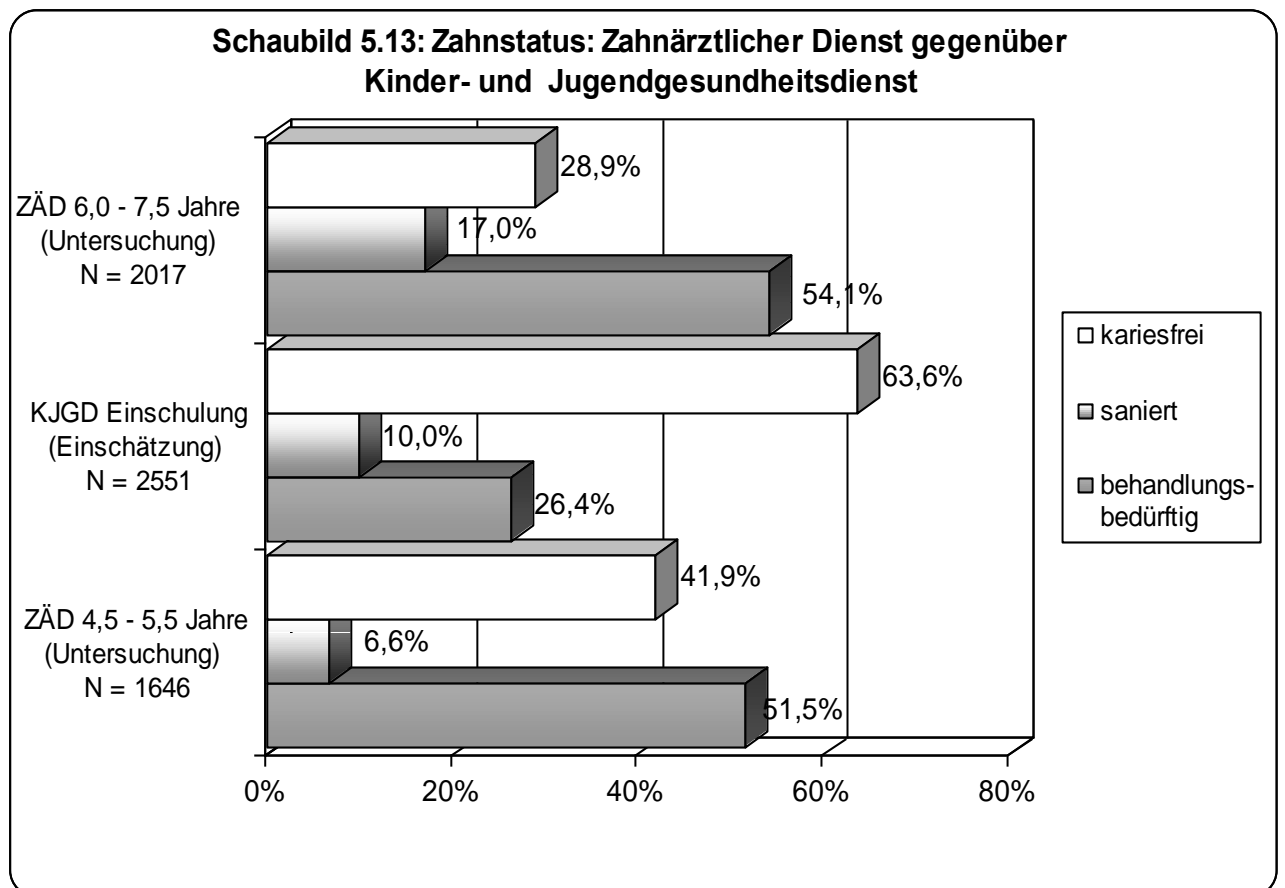
Es kann vermutet werden, dass der Besuch einer vorschulischen Einrichtung sowohl die Mundhygiene als auch eine gesündere Ernährungsweise der betroffenen Kinder fördert. Darüber hinaus macht der Besuch einer vorschulischen Einrichtung es überhaupt möglich, dass Kinder aus Familien mit gering ausgeprägtem Mundhygiene- und Gesundheitsvorsorgeverhalten vom Zahnärztlichen Dienst für Zahnprophylaxe bzw. Überweisung zum niedergelassenen Zahnarzt erreicht werden können. In der Auswertung macht sich dies dadurch bemerkbar, dass es mehr als doppelt so viele sanierte Gebisse bei Kindern mit Einrichtungsbesuch gibt.

5.2.6 (Zahn-)ärztliche Untersuchung bei der ESU – ein Sparmodell?

Seit einigen Jahren wird in Berlin im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine einfache Inspektion der Mundhöhle vom Kinderarzt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes KJGD

durchgeführt. Anhand von fünf behandlungsorientierten Kategorien²⁰ wird hierbei der Gebisszustand der untersuchten Kinder beurteilt. Das erklärte Ziel dieser Überprüfung ist es, das Gesundheitsverhalten der Familie einzuschätzen (vgl. Oberwöhrmann et al. 2007, S. 22ff.). Auswertungen anhand dieser Daten ergeben ähnliche Korrelationen mit der sozialen Lage und Herkunft der Kinder wie in den oben zitierten Untersuchungen.

Dadurch, dass diese Kategorien auch im Sinne des oben beschriebenen Zahnstatus des Zahnärztlichen Dienstes zusammengruppiert werden können, ist es möglich eine direkte Gegenüberstellung beider Untersuchungen anhand der Kinder, die in unserer Sonderauswertung (vgl. Abschnitt 5.1) erfasst wurden, vorzunehmen. Hierbei fiel die unterschiedliche Beurteilung des Zahnstatus durch die Kinderärzte bei den Schuleingangsuntersuchungen und durch die Zahnärzte des ZÄD im Rahmen ihrer Vorsorgeuntersuchungen besonders eklatant aus (vgl. Schaubild 5.13). Die Kinderärzte (KJGD) bewerteten den Zahnstatus der Schulanfänger nur zu 26% als behandlungsbedürftig, während die Zahnärzte des ZÄD diese Beurteilung bei 54% der Kinder abgaben. Von 847 Kindern, die bei einer Untersuchung im Kitaalter behandlungsbedürftige Zähne vorwiesen, wurde 392 (ca. 46%) bei der Einschulungsuntersuchung bescheinigt, „kariesfreie“ Zähne zu haben.



Der oben aufgestellte Vergleich zwischen der cursorschen Überprüfung des Gebisses bei der Schuleingangsuntersuchung und den Ergebnissen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen soll als Mahnung für kurzfristige Sparüberlegungen dienen. Die markanten Unterschiede sind natürlich zum einen den besseren Untersuchungsmethoden und dem speziellen Fachwissen der Zahnärzte in dieser Frage zuzuschreiben, zum anderen orientierte sich die Beurteilung des Zahnstatus

²⁰ (1) Kariesfrei, (2) Füllungen vorhanden ohne (deutliche) Karies, (3) Füllungen vorhanden und (deutliche) Karies, (4) (deutliche) Karies vorhanden – keine Füllungen und (5) Zähne, die wegen Karies verfault sind oder extrahiert wurden.

des KJGD nur an den besonders sichtbaren Kariesläsionen als Ausdruck des familiären Gesundheitsverhaltens. Für die Prophylaxe und die durchzuführenden Maßnahmen bei der Kariesprävention zeigt diese Gegenüberstellung aber auch die besondere Wichtigkeit einer flächendeckenden zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung, die allein eine solide Grundlage für differenzierte Konzepte bietet.

5.3 Zusammenfassung

Zahngesundheit in den lebensweltorientierten Räumen (LORs) in Mitte

Durch die Unterschiede in der sozialen Lage und dem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund bedingt, die im ersten und zweiten Kapitel dargestellt wurden, gibt es z.T. erhebliche Unterschiede in der Zahngesundheit bei den Kindern in den kleinräumigen Unterteilungen des Bezirks.

Zahngesundheit in den Prognoseräumen in Mitte

Während beim durchschnittlichen dmf/t-Wert die Grundschüler im Bezirk Mitte insgesamt einen Wert von 2,39 und die Schüler im Gesundbrunnen gar 2,60 haben, weisen die Kinder im Prognoseraum Zentrum einen Wert von 1,92 auf – fast 27% niedriger als in Gesundbrunnen.

Beim Anteil der Grundschulkinder mit kariesfreien Zähnen fallen die beiden Prognoserräume Gesundbrunnen: (32,3%) und Wedding (35,6%) mit sehr niedrigen Werten auf. Moabit dagegen nimmt mit 42,1% eine mittlere Stellung ein. Der Prognoseraum Zentrum mit kariesfreien Gebissen bei 46% der untersuchten Grundschulkinder, liegt erheblich höher. Bei der Verteilung der Kinder der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen gibt es ebenfalls eine große Spannweite, die von 47,2% in Gesundbrunnen bis 31,9% in Zentrum reicht.

Beim Kariesrisikostatus gibt es ähnliche Niveauunterschiede in den Prognoserräumen in Mitte wie bei den anderen Indikatoren – d. h., die Verteilung der Kinder mit einem Kariesrisiko fällt in den einzelnen Gebieten ebenfalls stark auseinander. Auch beim Kariesrisikostatus zeigt sich der deutliche Unterschied zwischen den zwei schlecht gestellten Prognoserräumen Wedding und Gesundbrunnen und dem Prognoseraum Zentrum.

Kariesbelastung der Kinder in den Planungsräumen in Mitte

Die kleinräumige Kariesbelastung der Grundschüler in Mitte korrespondiert insgesamt sehr gut mit der sozialen Lage im Bezirk. Die Belastung der Bevölkerung spiegelt sich auch auf der Ebene der Planungsräume weitgehend in hohen dmf/t-Werten wider.

Zahngesundheit der Kinder in Mitte nach sozialer Lage und Migrationshintergrund – Sonderauswertung

Im Rahmen einer Sonderauswertung wurden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung für den Jahrgang 2004/2005 in Mitte mit den Ergebnissen der zahnärztlichen Untersuchungen für die gleichen Schüler zusammengeführt, damit die individuellen Daten zur sozialen Lage und zum Migrationshintergrund der Schüler für die Analyse der Zahngesundheit zur Verfügung stehen.

Zusammenführung der ESU- und ZÄD-Daten

Durch die Verwendung von Angaben zur Person wurden die ESU-Ergebnisse mit den ZÄD-Daten für die gleichen Kinder per EDV verbunden. Um die zahnärztlichen Ergebnisse der einzelnen Un-

tersuchungszeitpunkte miteinander vergleichbar zu machen, wurden zwei Altersgruppen gebildet, die der „Kitakinder“ (4 bis 5,5 Jahren) und die der „Schulkinder“ (6 bis 7,5 Jahren).

Prävalenz von Karies (dmf/t)

Hinsichtlich der Prävalenz von Karies gibt es einen deutlichen sozialen Gradient in jeder Herkunftsgruppe: je höher die soziale Schicht, desto besser die Zähne. Insgesamt liegt das dmf/t-Niveau bei den Kindern deutscher Herkunft deutlich unter dem der Kinder türkischer und „sonstiger“ Herkunft und noch niedriger unter dem der Kinder aus dem ehemaligen Ostblock, jedoch um einiges höher als das der Kinder aus den westlichen Industrieländern. Wenn jedoch nur die Kinder in der unteren Schicht betrachtet werden, liegen die Kinder deutscher, türkischer und „sonstiger“ Herkunft relativ gleichauf. Bei den Kindern aus der unteren Schicht zeigen sich größere Niveauunterschiede nur bei den Kindern aus Osteuropa (wesentlich höher) und den westlichen Industrieländern (wesentlich niedriger). Nach Geschlecht betrachtet, ist in allen sozialen Schichten eine deutlich bessere Zahngesundheit bei den Mädchen als bei den Jungen festzustellen.

Zahnstatus

Beim Zahnstatus der Schulkinder zeigt sich der Einfluss der sozialen Lage sowohl bei den Kindern mit kariesfreien als auch bei denen mit behandlungsbedürftigen Zähnen. Mit 47,2% ist der Anteil an Kindern mit kariesfreien Gebissen in der Oberschicht mehr als doppelt so hoch wie in der Unterschicht. Hinsichtlich des Anteils an Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen fällt insbesondere der hohe Anteil der Kinder in der unteren Schicht (59,6%) im Vergleich zur oberen Schicht (36,2%) ins Auge. Auffallend bei einem Vergleich des Zahnstatus der Schul- und Kitakinder ist, dass der Anteil der Schulkinder mit sanierten Zähnen fast dreimal so hoch wie bei den Kitakindern ist.

Die Auswertung des Zahnstatus nach Herkunft zeigt folgendes Bild: 42,6% der „Schulkinder“ deutscher Herkunft, fast 60% der Kinder türkischer Herkunft und 68,5% der Kinder aus ehemaligen Ostblockländern wiesen behandlungsbedürftige Zähne auf. Dagegen hatten lediglich 30% der Schulkinder aus westlichen Industriestaaten einen Behandlungsbedarf. Spiegelbildlich hierzu fiel der Anteil der Kinder mit kariesfreien Zähnen in den einzelnen Herkunftsgruppen aus. Der Anteil der Kinder mit sanierten Gebissen bewegte sich zwischen 13,6% und 20%. Mädchen haben in beiden Altersgruppen bessere Zähne als die Jungen.

Kariesrisikostatus

Bei der Diagnose eines Kariesrisikos zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Gradient nach sozialer Schicht: je höher die soziale Schicht, desto niedriger der Anteil der Kinder mit einer Kariesrisikodiagnose. Insbesondere unter Kindern osteuropäischer (48,8%) und türkischer (36,9%) Herkunft sowie Kindern aus „sonstigen“ Staaten (35,5%) gibt es hohe Anteile an Kariesrisikodiagnosen. Der Anteil der deutschen Kinder (23,0%) sowie Kinder aus westlichen Industriestaaten (13,3%) mit dieser Diagnose liegt dagegen wesentlich niedriger. Nach Geschlecht betrachtet liegen die Mädchen 4 Prozentpunkte niedriger als die Jungen.

Einfluss weiterer Faktoren auf die Zahngesundheit

Aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung werden die zwei wichtigen Einflussfaktoren für die Zahngesundheit „Fernsehkonsument“ und „Besuch einer vorschulischen Einrichtung“ analysiert. Dabei zeigte sich zum einen eine negative Korrelation zwischen hohem Fernsehkonsum und dem Anteil kariesfreier Zähne bei den Kindern in der unteren sozialen Schicht. Zum anderen zeigen die Schulkinder aus der unteren sozialen Schicht, die eine vorschulische Einrichtung besuchten, wesentlich höhere Anteile von kariesfreien (23,7% vs. 16,1%) und sanierten (19,1% vs. 9,3%)

Gebissen als diejenigen ohne Einrichtungsbesuch. Dementsprechend hoch fällt der Anteil an behandlungsbedürftigen Zähnen bei den Kindern ohne Einrichtungsbesuch aus (74,6% gegenüber 57,2%).

(Zahn-)ärztliche Untersuchung bei der ESU – ein Sparmodell?

Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der Inspektion der Mundhöhle vom Kinderarzt im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung mit den Ergebnissen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei den Kindern unserer Untersuchungsgruppe zeigt eklatante Unterschiede: Die Kinderärzte (KJGD) bewerten den Zahnstatus der Schulanfänger nur zu 26% als behandlungsbedürftig, während die Zahnärzte des ZÄD dieser Status bei 54% gleichen Kindern sehen. Hierbei bekamen 46% der Kinder, die bei der letzten Untersuchung im Kitaalter behandlungsbedürftige Zähne vorwiesen, „kariesfreie Zähne“ bei der Einschulungsuntersuchung bescheinigt.

Teil III Fazit

In diesem Bericht wurde sowohl anhand der einschlägigen Literatur als auch durch die Analyse von eigenen Daten demonstriert, dass die soziale Lage sowie ein Migrationshintergrund von Kindern und Jugendlichen mit einer höheren Prävalenz von Karies einhergeht. Die Hauptursachen dafür, eine mangelnde Mundhygiene und eine kariogene Ernährungsweise bei den Risikogruppen, sind wohl bekannt. Die Probleme für die Prävention in diesem Bereich entstehen dadurch, dass die Präventionsmaßnahmen durchweg im Bereich des individuellen Gesundheitsverhaltens angesiedelt sind. Aus der Präventionsforschung ist hingegen bekannt, dass Risikogruppen mit tendenziell ungünstigem Gesundheitsverhalten auch schwer für verhaltensorientierte Präventionsmaßnahmen zu gewinnen sind.

An dieser Stelle wird überlegt, welche Schlussfolgerungen wir aus diesen Erkenntnissen für die Arbeit im Bezirk ziehen können. Die Sonderauswertung der Daten des ZÄD in Verbindung mit den Ergebnissen aus der Schuleingangsuntersuchung für die gleichen Kinder lieferte Anhaltspunkte für die Prävention – sowohl in der Spezifizierung der Risikogruppen, als auch in der Herausarbeitung von möglichen protektiven Einflussfaktoren, wie dem Besuch einer Betreuungseinrichtung vor der Schule, und riskanten Verhalten, wie einem übermäßigen Fernsehkonsum, für die Zahngesundheit. Die erste Analyse dieser Daten zeigte, dass hiermit ein gutes Instrument für eine differenzierte Analyse geschaffen wurde, das auch in Zukunft für die Arbeit in diesem Bereich wertvolle Erkenntnisse liefern wird.

Die Ansatzpunkte für die bezirkliche Arbeit aus dieser Analyse sind auf drei verschiedenen Ebenen angesiedelt:

Damit, dass die zugehende und zielgruppenorientierte Arbeit im Zahnärztlichen Dienst Mitte fortgeführt werden kann, müssen zuerst strukturelle Voraussetzungen gesichert werden.

- ⇒ Die Frage der weiteren Existenz der Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst – insbesondere in sozial schwachen Bezirken – muss geklärt werden. Die Überlegungen, diese Arbeit an externen Träger im Rahmen der Gewährleistung, z.B. an die LAG, die bisher zusammen mit dem ZÄD Prophylaxemaßnahmen durchführt, sind noch nicht vom Tisch. Begünstigt durch die desolante finanzielle Lage des Landes Berlin sowie durch die ungünstige Altersstruktur des zahnärztlichen Personals in einigen Bezirken, werden solche Gedanken immer wieder laut geäußert. Ob so eine Auslagerung wirtschaftlicher als die bisherigen Zahnärztlichen Dienste wäre, erscheint nach Sichtung der bisherigen Erfahrungen, zumindest fragwürdig. Ob die besonderen Risikogruppen dadurch besser erreicht werden können, müsste auch bewiesen werden. Die wichtige Rolle der Zahnärztlichen Untersuchungen im ÖGD im Rahmen des Kinderschutzes wäre gefährdet. Die Folgen von solchen Überlegungen für die Bereitstellung von präventionsrelevanten Daten für die Arbeit mit Risikogruppen, einschließlich der Verknüpfung von ZÄD- mit KJGD- Daten, sind jedoch absehbar: Nach der Externalisierung der Arbeit der Zahnärztlichen Dienste würden für derartige Vorhaben erhebliche datenschutzrechtliche Schwierigkeiten entstehen.
- ⇒ Die Tatsache, dass die Leistungsfähigkeit und Personalbesetzung der Zahnärztlichen Dienste in den Bezirken sehr unterschiedlich ist, ist länger bekannt. Ebenfalls bekannt ist die Tatsache, dass diese Verteilung von Personalressourcen nicht mit der unterschiedlichen Problemlast in den Bezirken korrespondiert. Dies wird ebenfalls indirekt in der Leistungsstatistik der ZÄD, die intern von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz herausgegeben wird, bestätigt. Hieraus ist anhand der erbrachten Leistungen (Individualprophylaxe) zu vermuten, dass die Personalressourcen genau dort am Günstigen sind, wo das Problem am geringsten ausgeprägt ist. Angesichts der ungleichen Verteilung des Problems in den Berliner

Bezirken wäre eine rasche Umsetzung des geplanten Mustergesundheitsamtes, wo für die Personalausstattung der Zahnärztlichen Dienste neben der Anzahl der Kinder auch die Behandlungsbedürftigkeit der Zähne als Kriterium berücksichtigt wird, dringend notwendig.

Die vorliegende Analyse liefert auch wichtige Impulse auf der organisatorischen Ebene für die Prophylaxeanstrengungen im Bezirk Mitte:

- ⇒ Die im Rahmen der Kampagne „Mitte beißt sich durch“ verstärkte Zusammenarbeit zwischen dem Zahnärztlichen Dienst und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hat sich bislang als sehr produktiv erwiesen und wird weitergeführt. Die Tatsache, dass die Sozialarbeiter des KJGDs beim Erstbesuch in den Familien neugeborener Kinder Informationsmaterial für die Eltern und eine Zahnbürste für das Kind verteilen, bedeutet, dass eine erhöhte Sensitivität für das Thema Mundhygiene gerade zu dem Zeitpunkt entwickelt werden kann, wo das elterliche Interesse am Wohlergehen des Kindes am höchsten ist. In den nächsten Monaten wird auch im Rahmen dieser Kampagne versucht, Eltern, Erzieher, Lehrer u. a. für das Thema Mundgesundheit zu sensibilisieren, um weitere Maßnahmen zu entwickeln und anzustoßen.
- ⇒ Eine bessere Personalausstattung im ZÄD würde es auch erlauben, Schulen und Kitts mit hohen Anteilen an Kindern aus den bekannten Risikogruppen in weitere Prophylaxemaßnahmen einzubeziehen (z.B. Nachuntersuchungen, Fluoridierungsmaßnahmen in der Kita). Der Bereich der Oberschulen, der bislang wegen Personalmangel zurückgestellt werden musste, könnte hiervon auch profitieren.

Schließlich liefert die vorliegende Untersuchung auch auf der analytischen Ebene wichtige Erkenntnisse für die Gesundheitsberichterstattung im Bezirk Mitte: Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, die zahnärztlichen Befunde verknüpft mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung zu analysieren. Dies lässt sich in drei Bereichen demonstrieren:

- ⇒ Die Angaben zur sozialen Lage und zum Migrationshintergrund der Kinder geben wertvolle Hinweise auf die Zusammensetzung der Risikogruppen, die anschließend für die Entwicklung und Erprobung von neuen Zugängen verwendet werden können. Angesichts der Tatsache, dass unsere Analyse sozial benachteiligter Kinder (wovon sehr viele türkischer Herkunft sind) sowie Kinder osteuropäischer Herkunft abgesehen von der sozialen Lage als besondere Risikogruppen herausgestellt hat, ergäbe sich hier einen besonderen Präventionsbedarf.
- ⇒ Die langfristige Beobachtung der Kinder nach sozialer Lage und Migrationshintergrund kann auch für die Evaluation der Effektivität von bereits angewandten Präventionsmaßnahmen (z.B. der Fluoridierung) bei den ausgemachten Risikogruppen angewandt werden. Wenn bestimmte Maßnahmen sich bei den Risikogruppen als besonders bzw. kaum wirksam erweisen, kann darauf hin nachgesteuert werden.
- ⇒ Die Einbeziehung von weiteren Informationen aus der Schuleingangsuntersuchung (z.B. Fernsehverhalten und Einrichtungsbesuch) in die Analyse der zahnärztlichen Befunde gibt ebenfalls neue Ansätze für die Prävention. Die hohe Korrelation zwischen dem vorschulischen Einrichtungsbesuch und dem Vorhandensein von naturgesunden Zähnen bei Kindern aus der unteren sozialen Schicht zeigt die Wichtigkeit dieser Einrichtung, sowohl als Gelegenheit für Individualprävention (periodische Reihenuntersuchungen, Schulung der Mundhygiene) als auch als Setting für Primärprävention (wie gesunde Ernährung). Die hohe Korrelation zwischen hohem Fernsehkonsum und der Prävalenz von Karies zeigt die Wirkung eines in diesem Bereich bislang wenig beachteten Risikofaktors, der auch in Präventionsmaßnahmen einbezogen werden kann.

Die großen Unterschiede in Bezug auf Zahnstatus und Kariesrisiko innerhalb des Bezirkes sind nicht nur ein Phänomen in Mitte. Sie zeigen, dass insbesondere in sozial schwächeren Gebieten bisherige Prophylaxemaßnahmen nicht die gewünschte Wirksamkeit erzielen. Wenn sich die Zahngesundheit innerhalb des Bezirkes und zwischen den Bezirken nicht immer weiter auseinanderentwickeln soll, muss angesichts der Kostenentwicklung und im Sinne der Gerechtigkeit dem prophylaktisch entgegengewirkt werden. Designierte Träger dieser Prophylaxemaßnahmen sind in erster Linie der Staat durch den ZÄD und die Krankenkassen. Hieran haben niedergelassene Zahnärzte kein intrinsisches Interesse.

Anhang

Glossar

adipös – Fettleibig.

aggregiert – zusammengefasst.

Anomalien – qualitative oder quantitative Abweichung von der Norm; im engeren Sinne die Fehlbildung als geringgradige Entwicklungsstörung.

Applikation – Verabfolgung einer physikalischen Maßnahme bzw. eines Arzneimittels.

Chronifizierung – Prozess bei dem ein Gesundheitsleiden langanhaltend oder dauerhaft wird.

Demografie – Bevölkerungswissenschaft; Beschreibung der wirtschafts- und sozialpolitischen Bevölkerungsbewegung.

demografisch – s. Demografie.

Disparität – Ungleichheit, Verschiedenheit.

Epidemiologie – medizinische Forschungsrichtung, die sich mit den Entstehungsbedingungen sowie der Verbreitung und Bekämpfung von Krankheiten und Epidemien befasst.

Faktorenanalyse – statistische Forschungsmethode zur Ermittlung der Faktoren, die einer großen Menge verschiedener Eigenschaften zugrunde liegen.

Glattflächen – Innen- und Außenflächen der Zähne.

Gradient – Steigerung

Inlay – (engl. = Einlagefüllung) Zahnfüllung, die in der Zahnmedizin eingesetzt wird, i.d.R. um Folgeschädigungen von Zahnkaries zu behandeln.

Inzidenz – Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum; sie soll ein Maß dafür sein, wie schnell sich eine Krankheit ausbreitet bzw. wie groß die Wahrscheinlichkeit für eine Person ist, die Krankheit zu bekommen. Daher bezieht man die Zahl der Neuerkrankungen nur auf die Zahl der Personen, die die Krankheit überhaupt bekommen können ("persons at risk").

Karies/Zahnkaries – Vorgang und das Ergebnis der Zerstörung von Zahnhartsubstanz durch Säure, die unter Beteiligung von Bakterien aus Zuckern in Zahnbelägen entsteht.

Kariesläsionen – Schädigung der Zähne, die auf Kariesbefall zurückzuführen ist.

Kariogen – Karies auslösend; kariogene Ernährungsweise begünstigt Kariesbefall der Zähne.

Korrelation – Wechselbeziehung; Zusammenhang zwischen statistischen Ergebnissen, die durch Wahrscheinlichkeitsrechnung ermittelt werden.

kurativ – heilend.

Läsion – Verletzung, Beschädigung.

Mikrozensus – statistische Repräsentativerhebung der Bevölkerung und des Erwerbslebens.

Molaren – Abkürzung von Dentes molares = Mahlzähne

Multikausalität – auf verschiedene Ursachen zurückgehend.

Multiplikatoren – Menschen, die durch ihr Tätigkeitsfeld Wissen an viele andere weitergeben können, z.B. Lehrer, Erzieher.

pränatal – vor der Geburt, der Geburt vorausgehend.

Prognoseraum – Der größte, der neu in Berlin eingeführten Lebensweltorientierten Räume (siehe LOR, S. 1).

Prophylaxe – »Vorbeugung«, Teil der Präventivmedizin; individuelle u. generelle Maßnahmen zur Verhütung drohender Krankheiten (z.B. Impfungen, passive Immunisierung, vorsorgl. Medikation bei Einreise in Gefahrengebiete, Unfallverhütung etc.).

sanierte Gebisse – Zähne, die mit Füllung, Inlay oder Krone repariert worden sind.

Setting – Spezifische soziale Umgebung, die durch eine Einrichtung bestimmt ist, z.B. Kita oder Schule.

Sozialindex – ein von der Senatsverwaltung für Gesundheit (vgl. →Sozialstrukturanalyse sowie Sozialstrukturatlas Berlin, 1990 und 1995) entwickelter statistischer Messwert, in dem 20 verschiedene Variablen Berücksichtigung finden und der Aufschluss über die Zusammensetzung der Bevölkerung eines Bezirks gibt.

sozialkompensatorisch – Maßnahme um den Einfluss einer sozialen Benachteiligung auszugleichen.

Sozialstrukturanalyse – statistisches Verfahren, bei dem verschiedene Faktoren wie →Sozialindex, →Statusindex und →Altenindex Auskunft geben über die soziale Struktur einer Bevölkerung. (Vgl. Sozialstrukturatlas Berlin der Senatsverwaltung für Gesundheit, 1990 und 1995).

stringent – zwingend, streng.

Subsidiaritätsprinzip – gesellschaftspolitisches Prinzip, nach dem übergeordnete gesellschaftliche Einrichtungen wie beispielsweise der Staat, nur solche Aufgaben übernehmen sollen, zu deren Wahrnehmung untergeordnete Einheiten nicht in der Lage sind.

Touchierung – Applikation von fluoridhaltigem Lack.

Untersuchungskohorte – Summe aller Personen, die Gegenstand einer Untersuchung sind.

Abkürzungen

ALG II	Arbeitslosengeld II
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BA	Bezirksamt
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVV	Bezirksverordnetenversammlung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahlpflege
DDR	Deutsche Demokratische Republik
dmf/t	Anzahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Milchzähne
DMF/T	Anzahl der kariösen, fehlenden und gefüllten bleibende Zähne
EDV	elektronische Datenverarbeitung
ESU	Einschulungsuntersuchung
et al.	(lat.: et alii), und andere
e. V.	eingetragener Verein
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GDG	Gesundheitsdienstgesetz
ggf.	Gegebenenfalls
HILU	Hilfe zum Lebensunterhalt
inkl.	inklusive
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey vom Robert Koch-Institut
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen
LOR	Lebenswelt orientierte Räume
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development deutsch: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	öffentlicher Gesundheitsdienst
PLZ	Postleitzahl
PR	Planungsraum (kleinster LOR)
resp.	respektive (beziehungsweise)
RKI	Robert-Koch-Institut
S.	Seite
s.	siehe
SenGSV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
SenGUV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
z.Zt.	zur Zeit
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst

Bestimmung der sozialen Schicht bei der Einschulungsuntersuchung

Im Folgenden wird ein Auszug aus dem Bericht der Senatsverwaltung zur Auswertung der Schuleingangsuntersuchung 2005 zitiert, um die Berechnungsweise für die in unserem Bericht verwendeten Schichteinteilung darzulegen:

„Zur Beschreibung der sozialen Lage der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung werden Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern durch Angaben über Schulabschluss und Erwerbstätigkeit beider Elternteile erfasst. Aus diesen Angaben wird ein sozialer Schichtindex gebildet, indem für jeden Elternteil für die beiden Komponenten „Bildung“ und „Erwerbstätigkeit“ Punkte vergeben werden (Tab. 2.1). Der Schulabschluss wird im Vergleich zur Erwerbstätigkeit mit doppelt so hohen Punktzahlen bewertet, um den Bildungsanteil mit stärkerem Gewicht in den Index eingehen zu lassen. Fehlen Angaben eines Elternteils, werden die Punktzahlen des anderen Elternteils verdoppelt, sofern wenigstens für einen Elternteil vollständige Angaben zu beiden Komponenten vorliegen.“

Vergabe von Punkten bei der Bildung des sozialen Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2005

„Bildung“	Punkte	„Erwerbstätigkeit“	Punkte
ohne Hauptschulabschluss	2	vollzeitbeschäftigt	3
mit Hauptschulabschluss	2	teilzeitbeschäftigt	2
10. Klasse/mittlere Reife	4	nicht erwerbstätig:	
(Fach-)Hochschulreife	6	ich finde keine Arbeit	0
(Fach-)Hochschulabschluss	6	ich habe andere Gründe	1

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Darstellung: SenGesUmV –1A-)

Unter Addition der Punkte beider Elternteile bzw. bei Verdopplung der Punktzahl des Elternteils, von dem Angaben vorliegen, kann der soziale Schichtindex Werte zwischen 4 und 18 Punkten erreichen. Der Punktwertebereich wird auf der Basis der Daten 2004 in drei annähernd gleich große Gruppen eingeteilt und der oberen, mittleren und unteren sozialen Schicht zugeordnet. Dabei errechnet sich für die untere Schicht ein Punktwertebereich von 4 - 11 Punkten, für die mittlere Schicht von 12 - 15 Punkten und für die obere Schicht von 16 - 18 Punkten. Die Verwendung der Daten 2004 als Referenzwerte ermöglicht die Schaffung eines Bezugspunktes, der es erlaubt, in den weiteren Jahren Veränderungen in der Verteilung der drei Schichten zu erkennen.“

Quelle: Oberwöhrmann/Betge 2007, S. 10

Ergebnisse der Regressionsanalyse

Um die relativen Gewichtungen der in der oben dargestellten Analyse einbezogenen Variablen besser einschätzen zu können, wurde mithilfe des Statistikprogramms SPSS eine logistische Regressionsanalyse mit dem Zahnstatus der Schüler als abhängige Variable durchgeführt. Hierbei wurde der Zahnstatus umcodiert (kariesfrei / nicht kariesfrei), um eine dichotome abhängige Vari-

able zu erhalten. Um die Ergebnisse der Analyse übersichtlicher zu gestalten, wurden die Faktoren Gewichtsstatus (übergewichtig / normalgewichtig) und Fernsehkonsum (< 1 Stunde täglich / 1 Stunde täglich und mehr) ebenfalls vereinfacht.

Zahnstatus „nicht kariesfrei“ in Abhängigkeit von Geschlecht, Herkunft und sozialer Schichtzugehörigkeit – logistische Regression

	Regressionskoeffizienten
Geschlecht = weiblich	-,0822
Schicht	
untere soziale Schicht	,4698***
obere soziale Schicht	-,3626*
Herkunft	
türkisch	,5542***
westl. Industrieländer	-,6132
ehem. Ostblock	,9131***
andere Staaten	,3410*
> 1 Stunde TV täglich	,2229
übergewichtig	,0710
Konstante	,410
-2 Log-Likelihood	1850,744
Cox & Snell R-Quadrat	,066
Nagelkerkes R-Quadrat	,066

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Wie in der oben aufgeführten Tabelle zu sehen, bestätigt die Regressionsanalyse die Ergebnisse der deskriptiven Analyse. Sowohl die Wirkung der sozialen Schicht als auch die der kulturellen Herkunft der Kinder wurden als höchst signifikant (***) in Hinblick auf das Vorkommen von geschädigten Zähnen bewertet. Bei der sozialen Schicht war die verstärkende Wirkung der unteren sozialen Schicht (,4698) höchst signifikant und etwas größer als die signifikant schützende Wirkung der oberen Schicht (-,3646), wenn die mittlere Schicht als Referenz benutzt wurde. Bei der Herkunft zeigte sich, dass die Herkunftsgruppen „türkisch“ und „ehem. Ostblock“ die Wahrscheinlichkeit für einen schlechten Zahnstatus gegenüber den deutschen Kindern als Referenzgruppe höchst signifikant erhöhen, wobei der Einfluss der osteuropäischen Herkunft (,9131) um einiges stärker ausfiel als der der türkischen Herkunft (,5542). Die Wahrscheinlichkeit für geschädigte Zähne war in der Herkunftsgruppe „westliche Industrieländer“ zwar geringer (-,6132) als in der Referenzgruppe, aber nicht signifikant. Der verstärkende Effekt von höherem Fernsehkonsum (,2229) war deutlich, aber statistisch nicht signifikant. Der Einfluss von Übergewicht (,0710) war nur geringfügig und statistisch ebenfalls nicht signifikant.

Tabellen

Hier werden Tabellen aufgeführt, die durch ihre Länge und Detailliertheit sonst den Rahmen des Berichtsteils gesprengt hätten. Weitere Tabellen, z.B. die Basis für die im Text enthaltenen Darstellungen, können bei Bedarf im Bezirksamt Mitte eingesehen werden.

Tabelle A1: Übersicht der neuen Planungsgebiete im Bezirk Mitte

Nr.	Region	Nr.	Planungsgebiet	Nr.	Planungsraum				
1	Zentrum	11	Tiergarten Süd	1101	Stühlerstr.				
				1102	Großer Tiergarten				
				1103	Lützowstr.				
				1104	Körnerstr.				
				1105	Nördlicher Landwehrkanal				
		12	Regierungsviertel	1201	Wilhelmstr.				
				1202	Unter den Linden Nord				
				1203	Unter den Linden Süd				
				1204	Leipziger Str.				
		13	Alexanderplatz	1301	Charitéviertel				
				1302	Oranienburgerstr.				
				1303	Alexanderplatzviertel				
				1304	Karl-Marx-Allee				
				1305	Heine-Viertel West				
				1306	Heine-Viertel Ost				
2	Moabit	21	Moabit West	2101	Huttelkiez				
				2102	Beusselkiez				
				2103	Westhafen				
				2104	Emdener Str.				
				2105	Zwinglistr.				
				2106	Elberfelder Str.				
		22	Moabit Ost	2201	Stephankiez				
				2202	Heidestr.				
				2203	Lübecker Str.				
				2204	Thomasiusstr.				
				2205	Zillesiedlung				
				2206	Lüneburger Str.				
				2207	Hansaviertel				
				3	Gesundbrunnen	31	Osloer Straße	3101	Soldiner Str.
								3102	Gesundbrunnen
32	Brunnenstr. Nord	3201	Brunnenstr.						
		3202	Humboldthain Süd						
		3203	Humboldthain NW						
33	Brunnenstr. Süd	3301	Invalidenstr.						
		3302	Arkonaplatz						
		4	Wedding		41	Parkviertel	4101	Rehberge	
							4102	Schillerpark	
4103	Westl. Müllerstr.								
42	Wedding Zentrum	4201	Reinickendorferstr.						
		4202	Sparrplatz						
		4203	Leopoldplatz						

Tabelle A2: Menschen mit Migrationshintergrund²¹ in den Berliner Prognoseräumen (31.12.2008)

Bezirk		Prognoseraum	Menschen mit Migrationshintergrund	Bevölkerung	%	Rangplatz
Mitte	0101	Zentrum	28684	91928	31,2%	46
	0102	Moabit	32911	74703	44,1%	54
	0103	Gesundbrunnen	38616	67194	57,5%	59
	0104	Wedding	44926	89479	50,2%	56
Friedrichshain-Kreuzberg	0201	Kreuzberg Nord	25224	38753	65,1%	60
	0202	Kreuzberg Süd	23987	60558	39,6%	53
	0203	Kreuzberg Ost	25436	48787	52,1%	57
	0204	Friedrichshain West	9506	43628	21,8%	31
	0205	Friedrichshain Ost	13501	70531	19,1%	26
Pankow	0301	Buch	1479	13552	10,9%	13
	0302	Nördliches Pankow	4071	40455	10,1%	8
	0303	Nördliches Weißensee	2507	32746	7,7%	4
	0304	Südliches Pankow	8906	79145	11,3%	14
	0305	Südliches Weißensee	4775	45997	10,4%	12
	0306	Nördlicher Prenzlauer Berg	15841	91493	17,3%	23
	0307	Südlicher Prenzlauer Berg	11899	53543	22,2%	32
Charlottenburg-Wilmersdorf	0401	Charlottenburg-Nord	5950	17445	34,1%	48
	0402	Westend	9155	37896	24,2%	35
	0403	Charlottenburg	51548	132628	38,9%	51
	0404	Schmargendorf	12411	48985	25,3%	39
	0405	Wilmersdorf	23978	73732	32,5%	47
	0406	Forst Grunewald	10	74	13,5%	19
Spandau	0501	SPA 1	24975	91756	27,2%	40
	0502	SPA 2	18405	81451	22,6%	34
	0503	SPA 3	8970	25034	35,8%	49
	0504	SPA 4	2006	17704	11,3%	15
Steglitz-Zehlendorf	0601	Region A	17727	70723	25,1%	37
	0602	Region B	16087	74836	21,5%	30
	0603	Region C	15336	76563	20,0%	27
	0604	Region D	13855	65940	21,0%	28

²¹ Ausländer und Deutsche mit Migrationshintergrund

Bezirk		Prognoseraum	Menschen mit Migrationshintergrund	Bevölkerung	%	Rangplatz
Tempelhof-Schöneberg	0701	Schöneberg-Nord	23659	48682	48,6%	55
	0702	Schöneberg-Süd	17654	48011	36,8%	50
	0703	Friedenau	12534	44288	28,3%	42
	0704	Tempelhof	16948	57142	29,7%	43
	0705	Mariendorf	12375	49152	25,2%	38
	0706	Marienfelde	8994	30071	29,9%	44
	0707	Lichtenrade	8805	49522	17,8%	24
Neukölln	0801	Neukölln	80697	152017	53,1%	58
	0802	Britz-Buckow	16308	66126	24,7%	36
	0803	Gropiusstadt	14007	35981	38,9%	52
	0804	Buckow Nord / Rudow	9561	51395	18,6%	25
Treptow-Köpenick	0901	Treptow - Köpenick 1	6941	55305	12,6%	17
	0902	Treptow - Köpenick 2	5211	51832	10,1%	7
	0903	Treptow - Köpenick 3	4037	46494	8,7%	5
	0904	Treptow - Köpenick 4	2533	34901	7,3%	3
	0905	Treptow - Köpenick 5	3216	47546	6,8%	2
Marzahn-Hellersdorf	1001	Marzahn	16218	102147	15,9%	21
	1002	Hellersdorf	7310	71830	10,2%	9
	1003	Biesdorf	3014	24904	12,1%	16
	1004	Kaulsdorf/Mahlsdorf	2665	45756	5,8%	1
Lichtenberg	1101	Hohenschönhausen Nord	8098	57525	14,1%	20
	1102	Hohenschönhausen Süd	5376	41807	12,9%	18
	1103	Lichtenberg Nord	13240	62988	21,0%	29
	1104	Lichtenberg Mitte	10648	65090	16,4%	22
	1105	Lichtenberg Süd	2443	23644	10,3%	11
Reinickendorf	1210	Reinickendorf-Ost	14911	48892	30,5%	45
	1221	Tegel	13329	47996	27,8%	41
	1222	Heiligensee-Konradshöhe	2319	23567	9,8%	6
	1223	Frohnau-Hermsdorf	3436	33332	10,3%	10
	1230	Waidmannslust	19530	87640	22,3%	33
Berlin (insg.)			878699	3362842	26,1%	

Tabelle A3: Anteil an Menschen, die ALG II empfangen, in den Berliner Prognosereäumen (31.12.2007)

Bezirk		Prognoseraum	ALG II- Empfänger	Bevölkerung 0-65 J.	%	Rangplatz
Mitte	0101	Zentrum	10674	77493	13,8%	18
	0102	Moabit	18424	65490	28,1%	49
	0103	Gesundbrunnen	25555	57775	44,2%	59
	0104	Wedding	27288	76000	35,9%	56
Friedrichshain- Kreuzberg	0201	Kreuzberg Nord	16661	33687	49,5%	60
	0202	Kreuzberg Süd	13008	55354	23,5%	39
	0203	Kreuzberg Ost	15167	44780	33,9%	55
	0204	Friedrichshain West	6632	33830	19,6%	31
	0205	Friedrichshain Ost	12772	65632	19,5%	30
Pankow	0301	Buch	2817	10200	27,6%	48
	0302	Nördliches Pankow	4539	33352	13,6%	17
	0303	Nördliches Weißensee	2596	26473	9,8%	10
	0304	Südliches Pankow	10488	62763	16,7%	26
	0305	Südliches Weißensee	7411	36100	20,5%	34
	0306	Nördlicher Prenzlauer Berg	14338	79742	18,0%	27
	0307	Südlicher Prenzlauer Berg	6354	49814	12,8%	14
Charlottenburg- Wilmersdorf	0401	Charlottenburg-Nord	3997	12597	31,7%	53
	0402	Westend	2391	27712	8,6%	8
	0403	Charlottenburg	20306	110763	18,3%	28
	0404	Schmargendorf	3741	36096	10,4%	12
	0405	Wilmersdorf	8596	59335	14,5%	20
	0406	Forst Grunewald	**	**	5,0%	5
Spandau	0501	SPA 1	21771	71558	30,4%	51
	0502	SPA 2	17055	63522	26,8%	45
	0503	SPA 3	5422	19937	27,2%	47
	0504	SPA 4	547	13671	4,0%	2
Steglitz- Zehlendorf	0601	Region A	8550	56643	15,1%	21
	0602	Region B	8996	56340	16,0%	24
	0603	Region C	5498	58835	9,3%	9
	0604	Region D	2270	49344	4,6%	4

** Zahlenwerte zu gering

Bezirk		Prognoseraum	ALG II- Empfänger	Bevölkerung 0-65 J.	%	Rangplatz
Tempelhof- Schöneberg	0701	Schöneberg-Nord	10413	41812	24,9%	43
	0702	Schöneberg-Süd	8390	41719	20,1%	32
	0703	Friedenau	5346	37310	14,3%	19
	0704	Tempelhof	10030	45181	22,2%	35
	0705	Mariendorf	7485	36848	20,3%	33
	0706	Marienfelde	5336	22807	23,4%	37
	0707	Lichtenrade	5738	37732	15,2%	22
Neukölln	0801	Neukölln	55549	132724	41,9%	58
	0802	Britz-Buckow	11889	50981	23,3%	36
	0803	Gropiusstadt	9459	26108	36,2%	57
	0804	Buckow Nord / Rudow	5378	40006	13,4%	16
Treptow- Köpenick	0901	Treptow - Köpenick 1	7515	40672	18,5%	29
	0902	Treptow - Köpenick 2	9834	40186	24,5%	42
	0903	Treptow - Köpenick 3	4913	37772	13,0%	15
	0904	Treptow - Köpenick 4	4151	25882	16,0%	25
	0905	Treptow - Köpenick 5	3708	33288	11,1%	13
Marzahn- Hellersdorf	1001	Marzahn	26823	86467	31,0%	52
	1002	Hellersdorf	20896	63931	32,7%	54
	1003	Biesdorf	1572	20007	7,9%	7
	1004	Kaulsdorf/Mahlsdorf	2075	38367	5,4%	6
Lichtenberg	1101	Hohenschönhausen Nord	13673	50542	27,1%	46
	1102	Hohenschönhausen Süd	5374	33676	16,0%	23
	1103	Lichtenberg Nord	11521	49210	23,4%	38
	1104	Lichtenberg Mitte	11888	49753	23,9%	40
	1105	Lichtenberg Süd	1920	18998	10,1%	11
Reinickendorf	1210	Reinickendorf-Ost	11530	38189	30,2%	50
	1221	Tegel	9646	37427	25,8%	44
	1222	Heiligensee-Konradshöhe	749	18406	4,1%	3
	1223	Frohnau-Hermsdorf	881	25249	3,5%	1
	1230	Waidmannslust	16508	68196	24,2%	41
Berlin (insg.)			604057	2734344	22,1%	

**Tabelle A4: Anteil an Menschen, die in Armut leben in den Berliner Bezirken
in den Jahren 2004 bis 2006 (alte und neue OECD-Definitionen für 2005)**

Bezirk	2004	2005: alte OECD- Definition	2005 neue OECD- Definition	2006
Mitte	28,4%	23,7%	22,5%	20,6%
Friedrichshain-Kreuzberg	24,8%	20,9%	22,6%	18,3%
Pankow	14,2%	10,8%	12,7%	9,9%
Charlottenburg-Wilmersdorf	14,7%	15,4%	15,2%	11,5%
Spandau	17,5%	16,4%	15,7%	13,5%
Steglitz-Zehlendorf	11,2%	10,3%	10,2%	6,0%
Tempelhof-Schöneberg	19,5%	16,4%	16,5%	12,3%
Neukölln	24,3%	23,3%	22,0%	19,8%
Treptow-Köpenick	10,6%	9,6%	9,3%	8,9%
Marzahn-Hellersdorf	15,9%	14,0%	13,5%	13,0%
Lichtenberg	14,5%	16,5%	16,6%	13,6%
Reinickendorf	12,6%	15,5%	12,4%	9,9%
Berlin (insgesamt)	17,6%	16,2%	15,9%	13,2%

Tabelle A5: Zusammensetzung der Untersuchungsgruppen nach sozialer Schicht, Geschlecht und Herkunft

Kitakinder (4–5,5 Jahre)		obere soz. Schicht	mittlere soz. Schicht	untere soz. Schicht	keine Angabe (soz. Schicht)	N (insg.)	% (insg.)
Geschlecht	weiblich	21,2 %	27,2 %	51,6 %	159	866	52,6 %
	männlich	21,5 %	27,8 %	50,7 %	120	780	47,4 %
Herkunft (H)	deutsch	30,1 %	34,5 %	35,4 %	63	501	30,8 %
	türkisch	6,1 %	23,4 %	70,5 %	107	615	37,8 %
	ehem. Ostblock	24,2 %	38,3 %	37,5 %	20	140	8,6 %
	westl. Industriestaaten	32,3 %	22,6 %	45,2 %	2	33	2,0 %
	sonst. Staaten	18,0 %	24,1 %	57,9 %	75	336	20,7 %
	keine Angabe (H.)	2	7	12			
	N (insg.)	249	388	730			
	% (insg.)	18,0 %	27,3 %	53,1 %			
Schulkinder (6–7,5 Jahre)							
Geschlecht	weiblich	18,7 %	28,0 %	53,3 %	194	1057	52,4 %
	männlich	18,5 %	27,9 %	53,6 %	169	960	47,6 %
Herkunft (H)	deutsch	34,5 %	33,5 %	31,9 %	83	700	35,2 %
	türkisch	3,5 %	21,1 %	75,5 %	122	672	33,8 %
	ehem. Ostblock	18,2 %	32,7 %	49,1 %	38	203	10,2 %
	westl. Industriestaaten	20,7 %	24,1 %	55,2 %	1	30	1,5 %
	sonst. Staaten	13,9 %	27,4 %	58,7 %	102	383	19,3 %
	keine Angabe (H.)	2	10	17			
	N (insg.)	307	463	884			
	% (insg.)	17,2 %	26,7 %	51,5 %			

Schaubilder – Mundgesundheit der Kitakinder

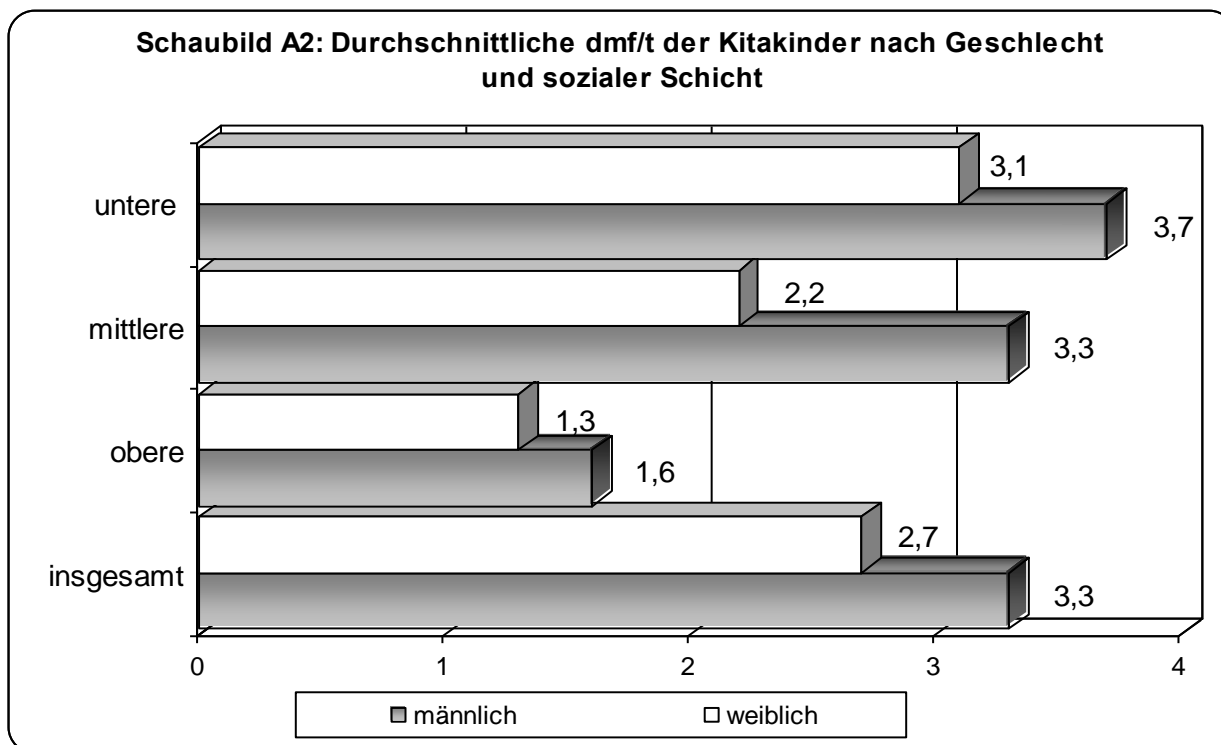
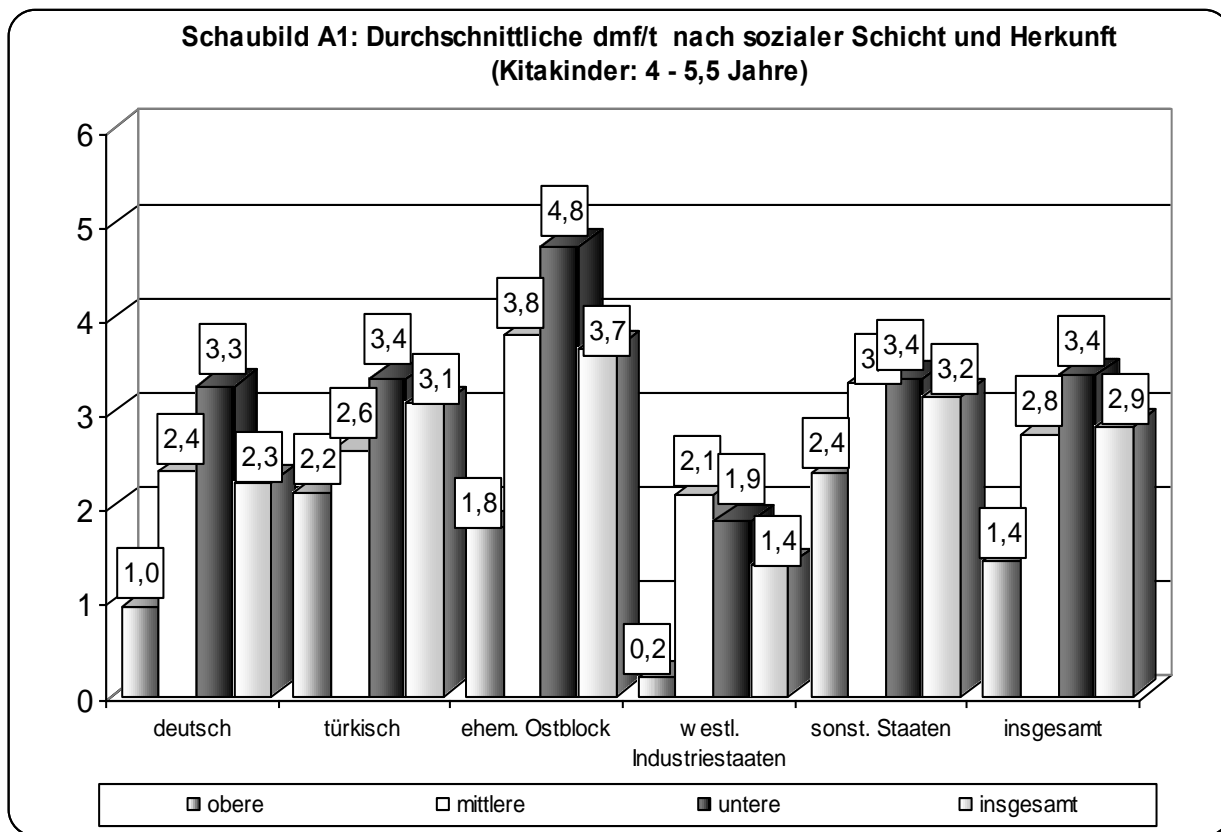


Schaubild A3: Zahnstatus der Kitakinder nach sozialer Schicht

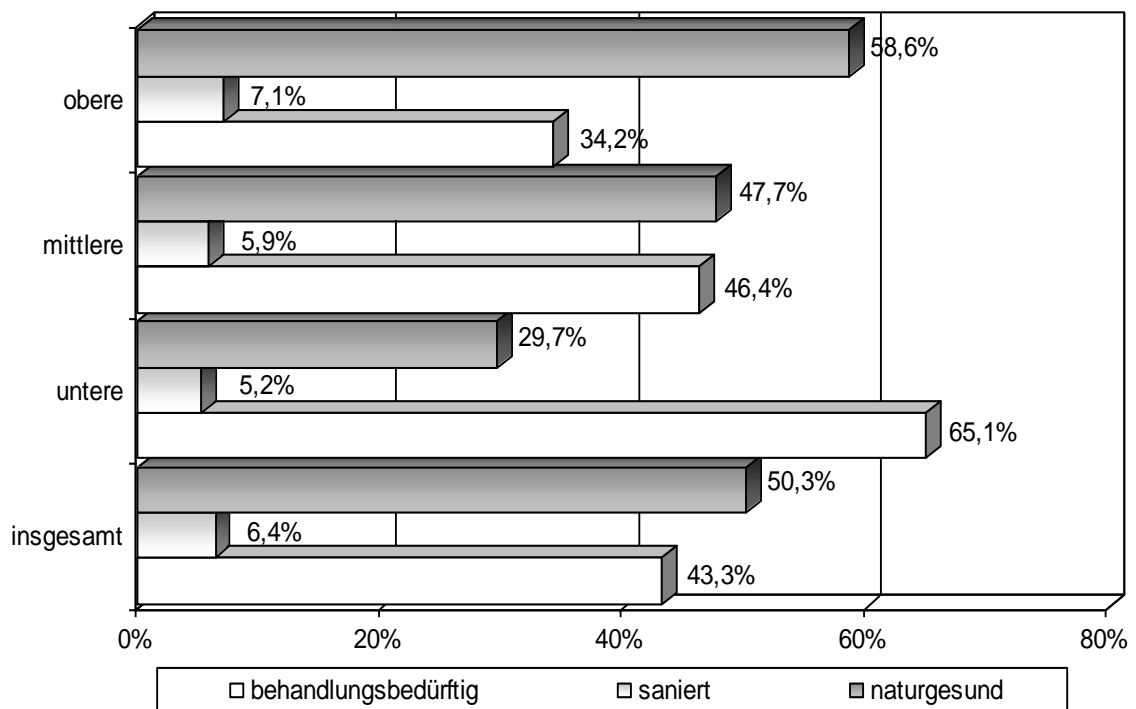
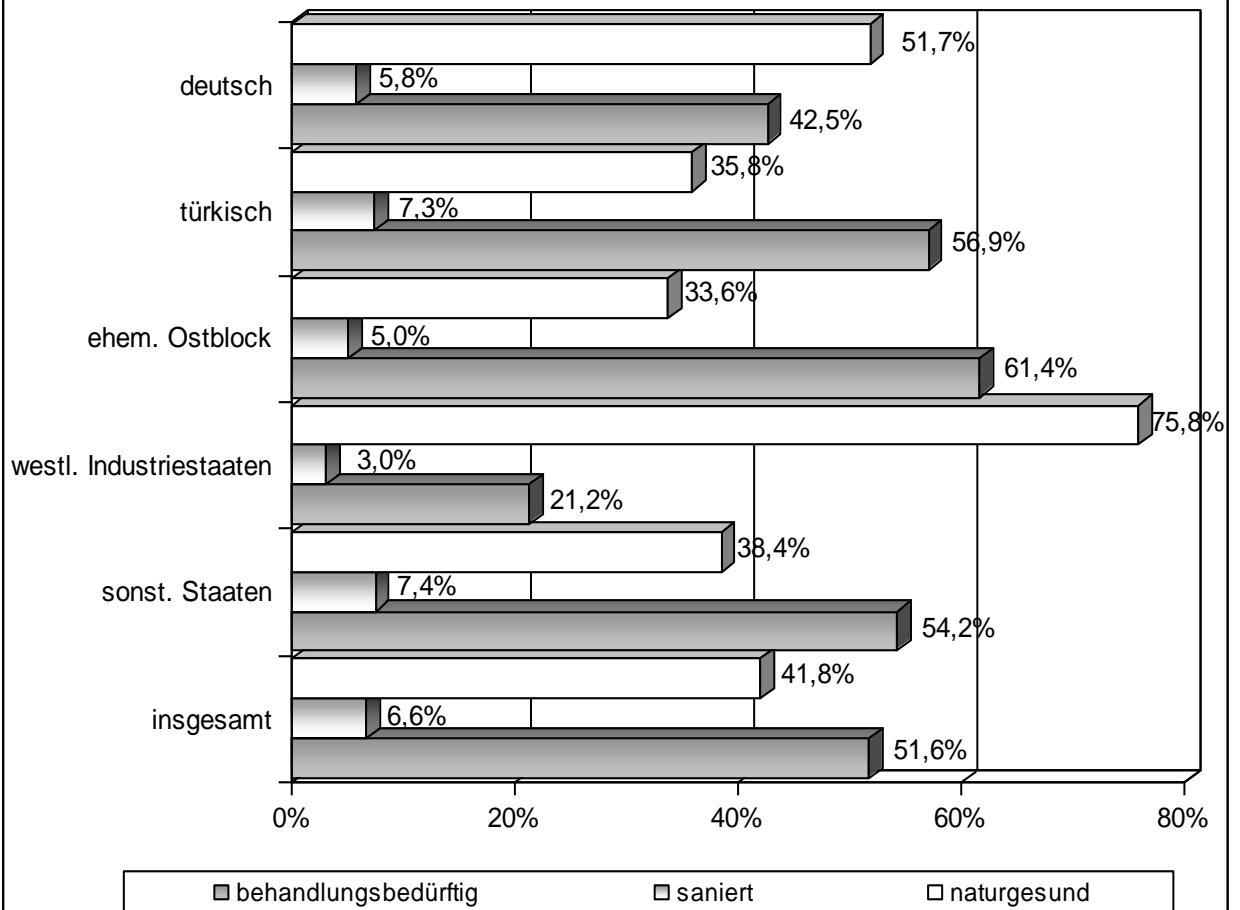
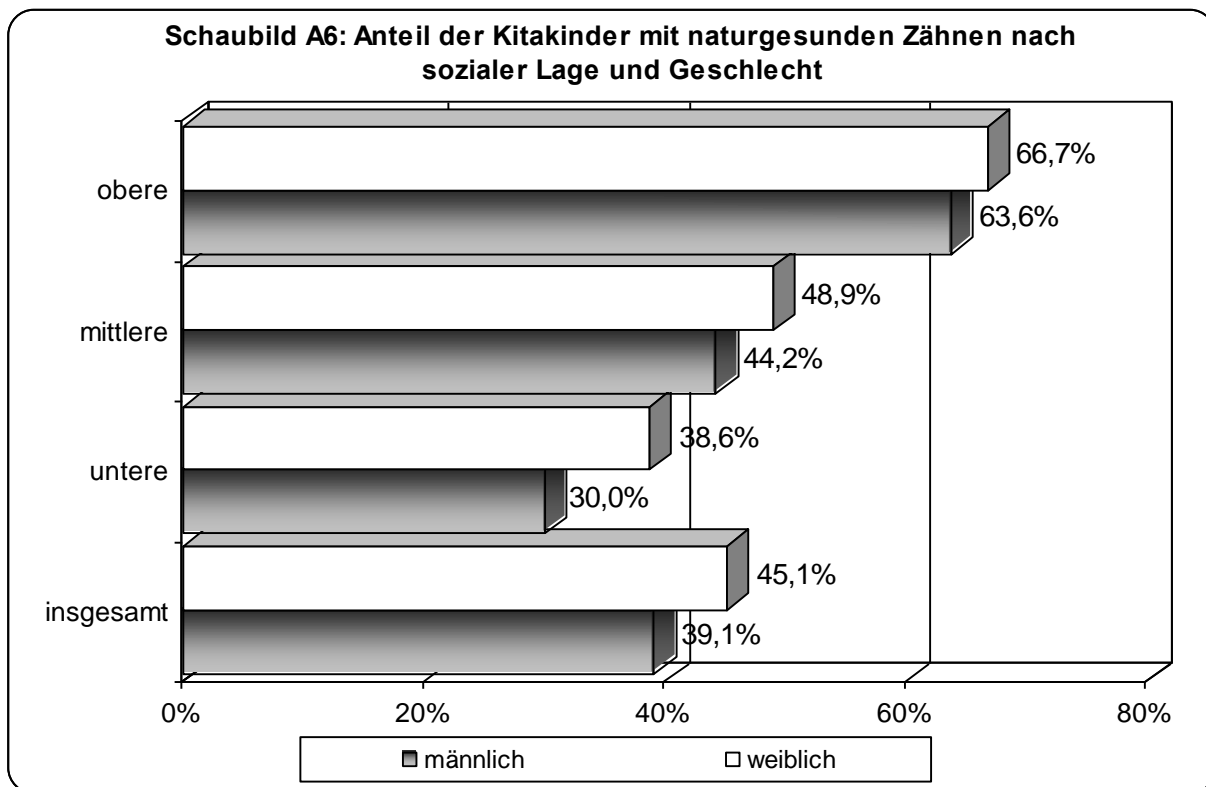
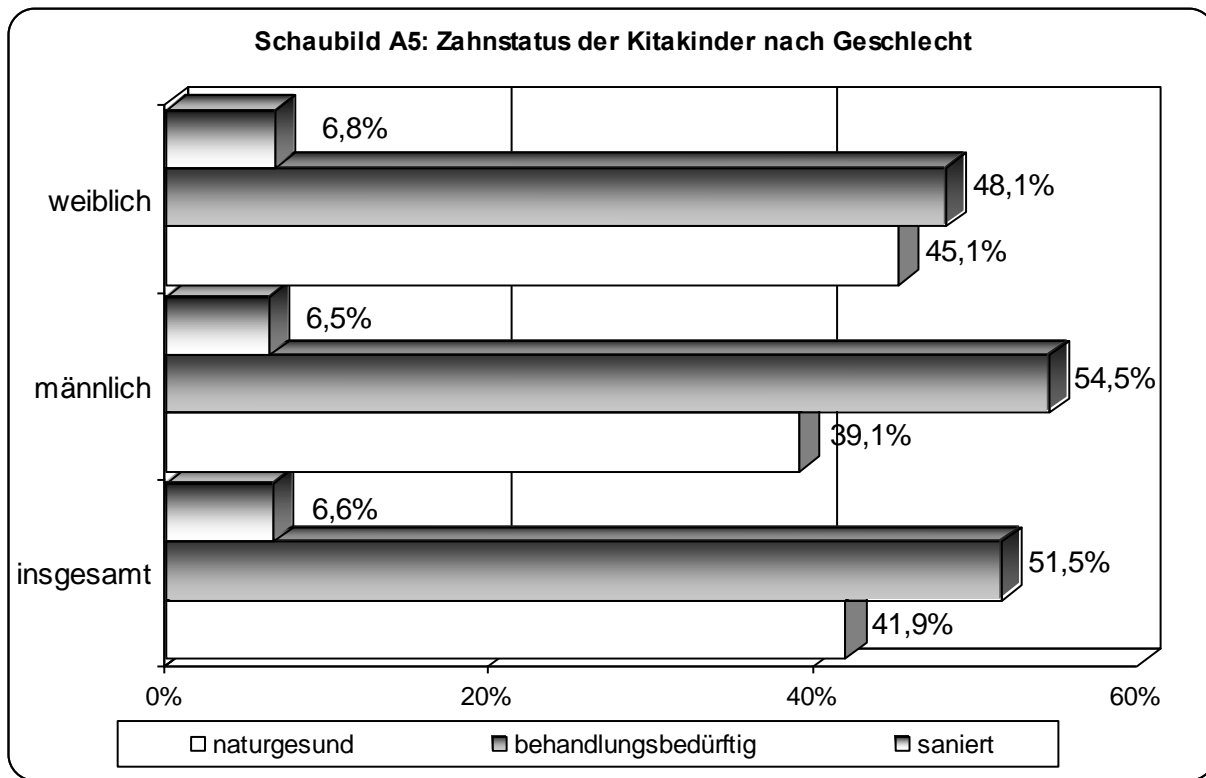
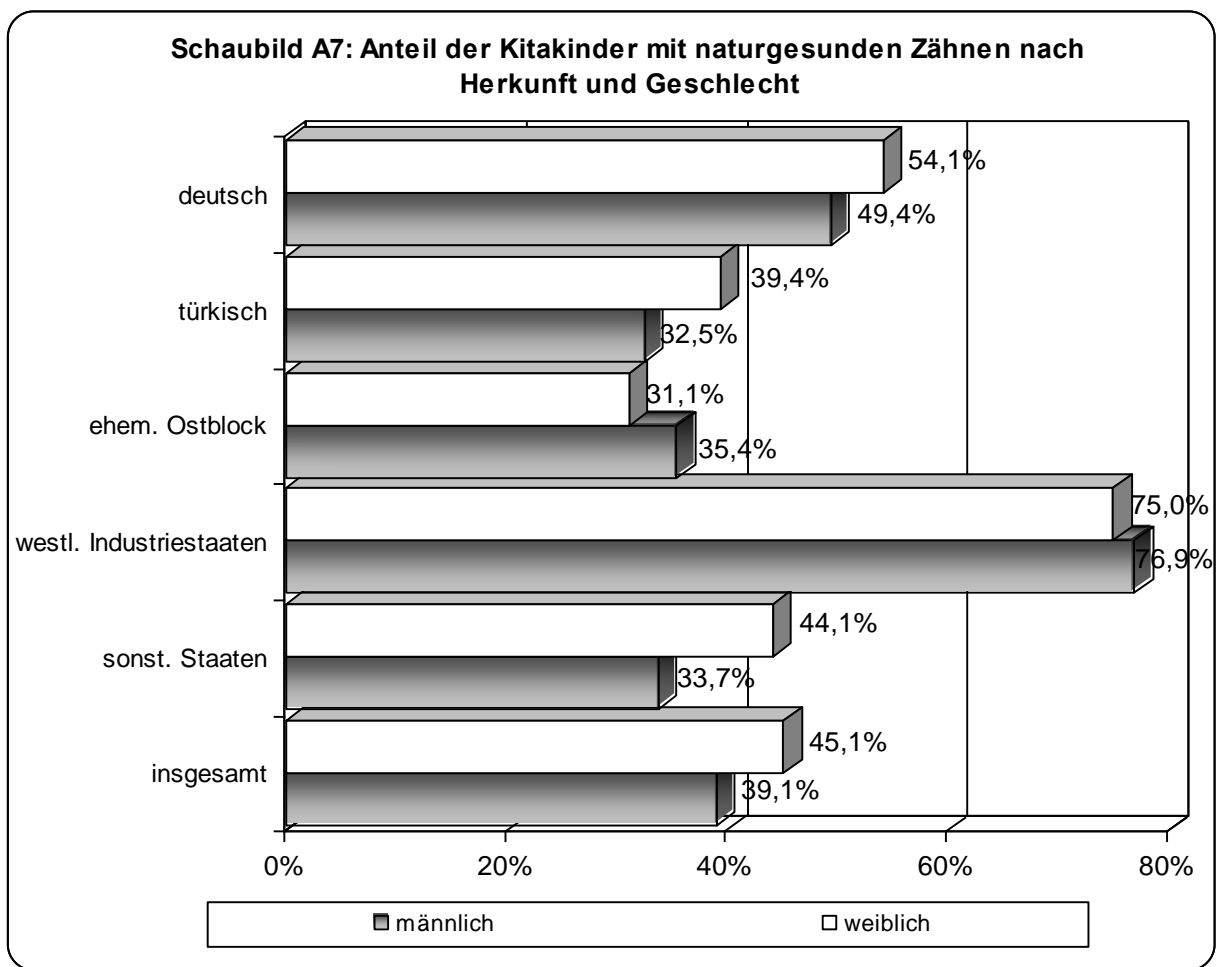
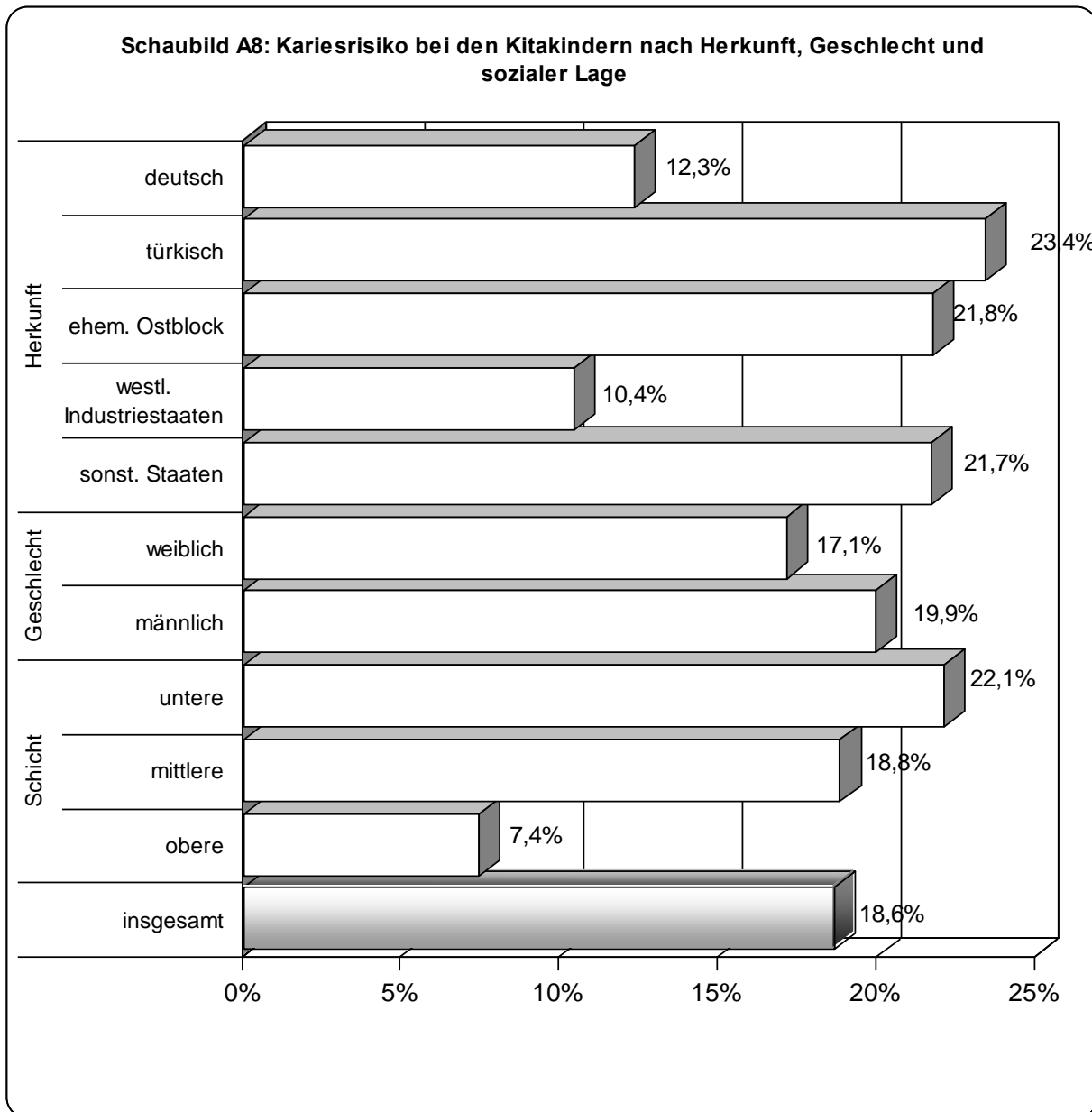


Schaubild A4: Zahnstatus der Kitakinder nach Herkunft









Literatur

- Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Personal.
Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung in Berlin-Mitte – Basisgesundheitsbericht, November 2006. http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html
- Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales
Gesundheitliche und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte, November 2001
- Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales
Jugendgesundheit in Berlin-Mitte, Dezember 2003
- Bezirksamt Tiergarten, Abteilung Gesundheit und Soziales
Gesundheitsbericht 1997, August 1997
- Bezirksamt Tiergarten, Abteilung Gesundheit und Soziales
Tiergartener Gesundheitskonferenz „Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“, November 1999
- Bezirksamt Tiergarten, Abteilung Gesundheit und Soziales
Gesundheitsbericht 2000 „Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“, April 2000
- Butler J., Brockstedt M., Uhlig U. (2007a):
Zahnstatus von Kindern im Berliner Bezirk Mitte nach sozialer Lage und Herkunft – Ergebnisse einer Verknüpfung von zahn- und kinderärztlichen Daten, in: prophylaxe impuls 4/2007, Seite 174-178
- Butler J.; Albrecht, N.J., Ellsäßer, G.; Gavrinadou, M.; Habermann, M.; Lindert, J.; Weilandt, C. (2007b):
„Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung“, Bundesgesundheitsblatt, Berlin, November 2007
- Delekat, D.
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001.
Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 - 2
- Dohnke-Hohrmann, S.
“Erfahrungen mit Migranten in einem Zahnärztlichen Dienst in Berlin“, in: Schneller T., et al. (Hg.): „Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn 2001
- Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen
Krebsatlas Berlin 2002-2004 – Schriftenreihe des GKR 1/2007.
- Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt
Münchener Gesundheitsmonitoring 1999/2000 – Die Gesundheit von Frauen und Männer verschiedener Lebensaltersstufen, München 2002

Micheelis, W; Schiffner, U.

Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Ärzte Verlag, 2006.

Mielck, Andreas

Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Hurrelmann, K.; Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern. 2002

Mielck, Andreas

Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle) 2005.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg

Gesunde Zähne für ein fröhliches Lächeln – Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg, Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 6, Potsdam 2008

Oberwöhrmann, S.; Bettge, S.

Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005.

Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2007 - 1

Pieper K.

Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2004. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ), 2005.

Schenk, L., H. Knopf.

“Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“, Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007. pp. 653-658

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Armut und soziale Ungleichheit in Berlin, Berlin 2002

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Sozialstrukturatlas Berlin 2003, Berlin 2004

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2005, Berlin 2006

Tiesmeyer, K.; Brause, M.; Lierse, M.; Nülle, M. L.; Hehlmann, T. (Hrsg.)

Der blinde Fleck, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, Huber Verlag 2008

Van Steenkiste, M.

“Gruppenprophylaxe bei Migranten im Rems-Murr-Kreis“, in: Schneller T., et al. (Hg.): „Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn 2001

Zimmer S, Robke, FJ, Roulet, J-F.

Caries prevention with fluoride varnish in a socially deprived community. Community Dent Oral Epidemiol 1999;27:103-108.