

5 Gesundheitliche Vorsorge

Der Gesundheitsförderung, Prävention und frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen kommt im Kindesalter eine besondere Bedeutung zu. Die primären und sekundären Präventionsmaßnahmen im Kindesalter, die von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, beinhalten im Wesentlichen Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Beratungsleistungen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind hingegen eher im häuslichen Bereich bzw. sozialen Umfeld, wie z. B. der Kita angesiedelt. Die Bedeutung der gesundheitlichen Vorsorge im Kindesalter ist zum einen darin begründet, dass die Mehrzahl der Kinder primär gesund ist und damit die Gesunderhaltung im Gegensatz zur Behandlung von Krankheiten stärker im Fokus stehen kann und sollte. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass, wie auch in anderen Bereichen, früh erlerntes Gesundheitsverhalten mit einer größeren Wahrscheinlichkeit auch im späteren Leben beibehalten wird, bzw. eine Verhaltensänderung im Sinne einer Korrektur eines bisher potentiell oder tatsächlich gesundheitsgefährdenden Verhaltens zu einem späteren Zeitpunkt um ein Vielfaches schwieriger zu erreichen ist.

Die Schuleingangsuntersuchungen erheben traditionell einige Parameter der bis zum diesem Zeitpunkt wahrgenommenen Angebote gesundheitlicher Vorsorge wie die Inanspruchnahme der so genannten U-Untersuchungen (U1 bis U9) und den Impfstatus. Die Wahrnehmung dieser Angebote lässt sich auch im Sinne eines Gesundheitsverhaltens interpretieren. Im Rahmen der ESU in Berlin wird seit 2002 auch der Gebisszustand der Kinder, wie er auch durch Laien, also Eltern oder Erzieher/innen erhebbar wäre, erfasst.

5.1 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter

Nach § 26 SGB V haben Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie einmalig nach Vollendung des 10. Lebensjahres Anspruch auf „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 (1) SGB V). Dabei können die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten von Ärzten/Ärztinnen im Rahmen der U7 oder von Zahnärzten/Zahnärztinnen erbracht werden. Eine Übersicht über die Zeitpunkte dieser so genannten U-Untersuchungen gibt die Tabelle 5.1.

Tabelle 5.1:
Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U2 - U9/J1) in der Bundesrepublik Deutschland

Untersuchungsstufe	Zeitgrenze			Toleranzgrenze	
U2	03.-10.	Lebenstag		03.-14.	Lebenstag
U3	04.-06.	Lebenswoche		03.-08.	Lebenswoche
U4	03.-04.	Lebensmonat		02.-04½.	Lebensmonat
U5	06.-07.	Lebensmonat		05.-08.	Lebensmonat
U6	10.-12.	Lebensmonat		09.-13.	Lebensmonat
U7	21.-24.	Lebensmonat		20.-27.	Lebensmonat
U8	43.-48.	Lebensmonat		43.-50.	Lebensmonat
U9	60.-64.	Lebensmonat		58.-66.	Lebensmonat
J1	13.-14.	Lebensjahr		12.-15.	Lebensjahr

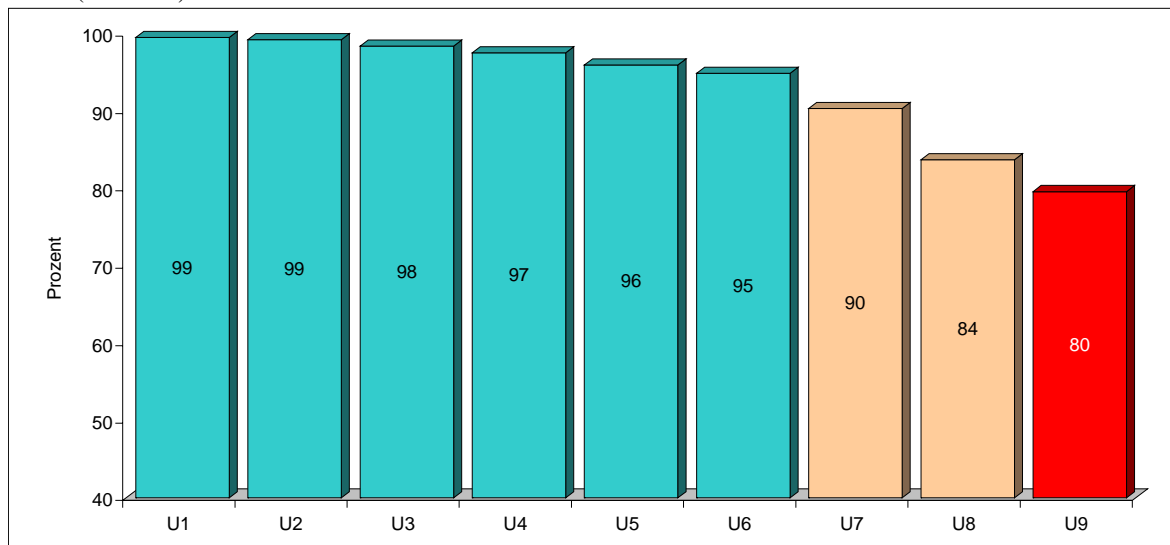
(Datenquelle: G - BA¹)

Wie auch aus dem Vorbericht von 2001 bekannt², lässt die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder stetig nach. Die hohe Inanspruchnahme in den ersten zwei Lebenswochen (U1, U2) von 99 % ist sicher darauf zurück zu führen, dass ein Großteil noch in den Geburtskliniken erfolgt. In der Folge nimmt sie bis zur U6 am Ende des ersten Lebensjahres moderat bis auf 95 % ab. Ein erster sprunghafter Abfall der Nutzungsrate ist nach dem 1. Lebensjahr (ab U7) zu beobachten. Hier sinkt die Rate von 95 % (U6) auf 90 % (U7) und erreicht ihren Tiefpunkt mit 80 % zum Zeitpunkt der U9 (Abb. 5.1).

Abbildung 5.1:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9

- in % (n = 18.755)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Bei der Differenzierung nach Geschlecht ergeben sich keine relevanten Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, weder hinsichtlich der einzelnen Vorsorgetermine noch hinsichtlich des Vollständigkeitsstatus U1 – U5 bzw. U1 – U9.

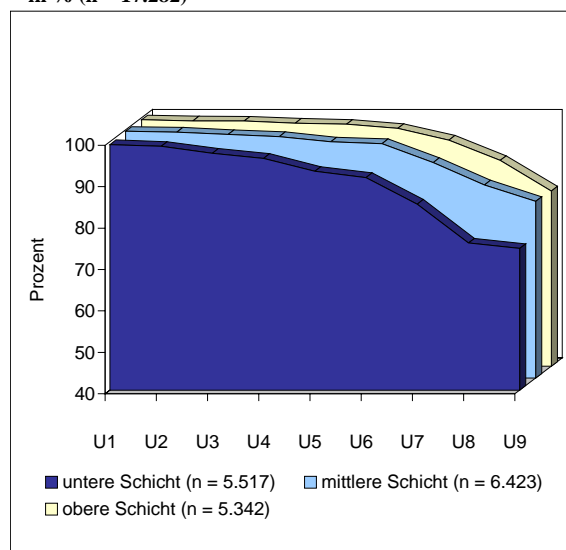
Demgegenüber zeigen sich bei der Auswertung der Daten nach dem sozialen Schichtindex relevante Unterschiede (Abb. 5.2). So nimmt die Inanspruchnahmerate der Vorsorgeuntersuchungen von der oberen zur unteren Schicht durchgängig ab. Die Unterschiede bestehen zwar bereits ab der U1, sind aber bei U1 und U2 zahlenmäßig nicht als relevant einzustufen. So werden 63 Kinder der unteren Schicht nicht zur U2 vorgestellt, denen 38 bzw. 41 aus der mittleren bzw. oberen Schicht gegenüber stehen. Von der U3 bis U8 nimmt die Nutzungsrate der Familien aus der unteren Schicht im Vergleich zu den beiden anderen Schichten überproportional stark ab. Bei der U9 gleichen sich die Anteile etwas an, da diese Untersuchung auch von den Familien aus den beiden oberen Schichten zu rund 17 % nicht wahrgenommen wird.

Die dargestellten Unterschiede finden sich auch im Hinblick auf die Vollständigkeit des Vorsorgestatus. So werden 11 % der Kinder aus der unteren Schicht nicht zu jeder Vorsorge im Säuglingsalter (U1 – U5) vorgestellt, wohingegen nur 5 % bzw. 3 % aus der mittleren bzw. oberen Schicht in diesem Alter einen unvollständigen Vorsorgestatus haben. Bezogen auf den gesamten Zeitraum (U1 – U9) ergeben sich Anteile von 43 %, 27 % und 23 % (untere, mittlere, obere Schicht) von Kindern mit unvollständigem Vorsorgestatus.

Abbildung 5.2:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit vollständigem Vorsorgestatus U1 - U9 nach sozialem Schichtindex

- in % (n = 17.282)

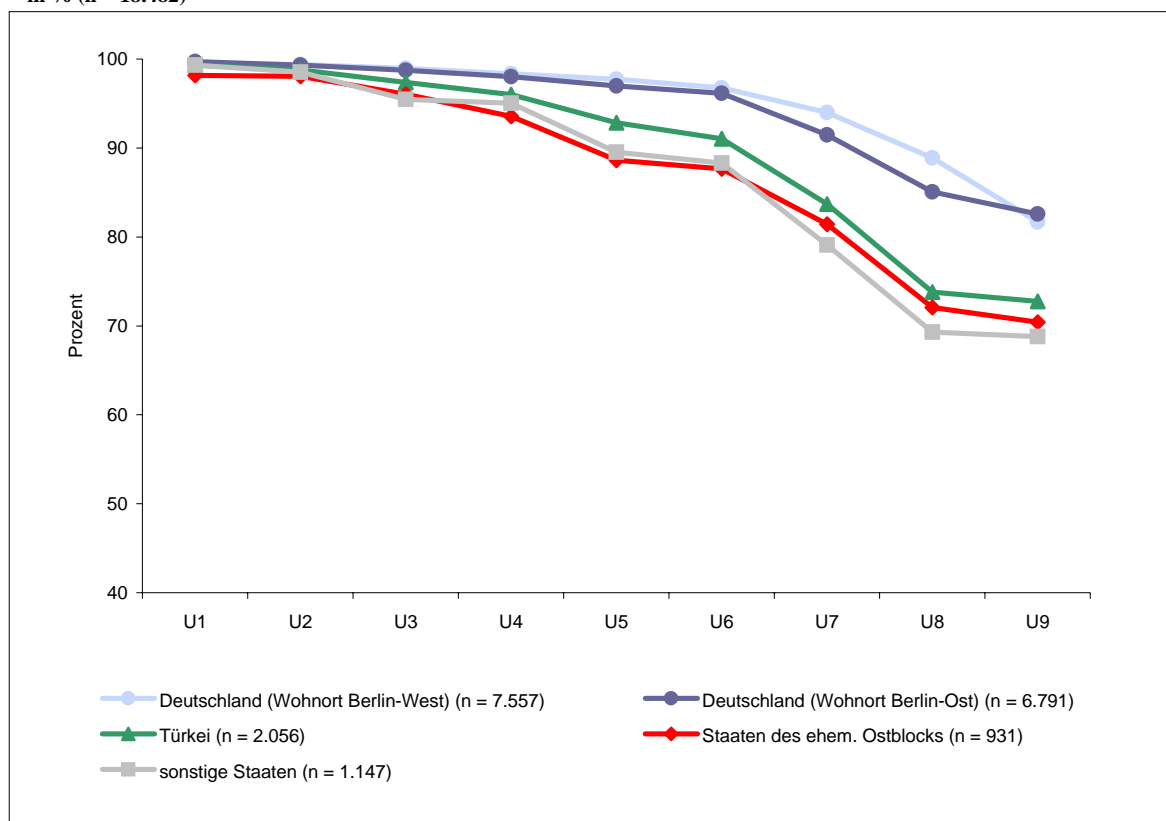


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Bei der Differenzierung nach Herkunft der Kinder zeigen sich ebenso deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen (Abb. 5.3). Auch hier finden sich die Unterschiede bereits ab der U1, sind aber bei U1 und auch U2 zahlenmäßig nicht relevant. Verallgemeinernd dargestellt werden Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks und die Kinder aus sonstigen Staaten am wenigsten, die Kinder deutscher Herkunft am häufigsten vorgestellt. Die Kinder türkischer Herkunft nehmen bis zur U6 eine Mittelstellung ein. Ab der U7 gleichen sich die relativen Anteile der Kinder nichtdeutscher Herkunft untereinander jedoch an.

Abbildung 5.3:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9 und Herkunft
- in % (n = 18.482)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Für die Vollständigkeit der Vorsorgeuntersuchungen nach Herkunft ergibt sich folgendes Bild: Während 73 % der Kinder deutscher Herkunft einen vollständigen Vorsorgestatus (U1 – U9) aufweisen, ist dies nur bei 54 % der Kinder türkischer Herkunft und nur bei 52 % bzw. 48 % der Kinder aus den ehemaligen Ostblockstaaten bzw. aus den sonstigen Staaten der Fall. Diese Zahlen spiegeln überwiegend die schlechte Teilnahmerate an den U6 bis U9 wider. Für das Säuglingsalter (U1 – U5) zeigt sich aber, dass von den Kindern nichtdeutscher Herkunft immerhin bei 11-15 % kein vollständiger Vorsorgestatus dokumentiert ist.

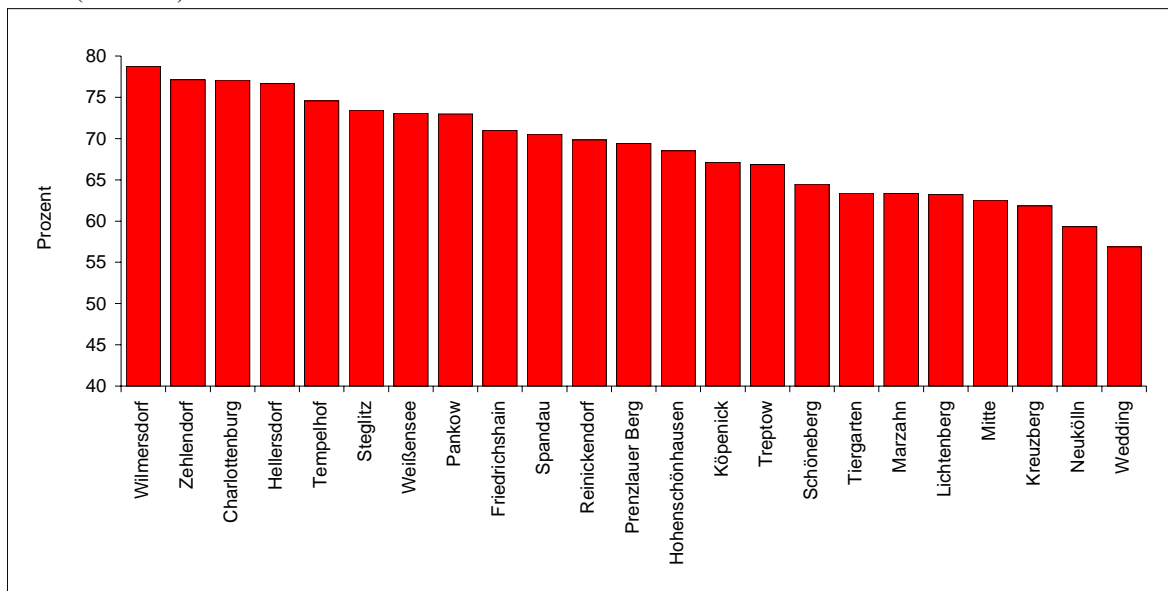
Die Unterschiede nach sozialem Schichtindex in den einzelnen Herkunftsgruppen gleichen in ihrer Verteilung der nach sozialem Schichtindex gesamt: Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht werden seltener zur Vorsorgeuntersuchung vorgestellt als Kinder aus Familien der mittleren oder oberen Schicht. Einzig die Familien türkischer Herkunft bilden hier eine Ausnahme: bei ihnen lässt sich so gut wie kein Unterschied in der Inanspruchnahme je nach sozialem Schichtindex erkennen.

Mit Blick auf mögliche Zugangswege mit dem Ziel, die Motivation für die Inanspruchnahme der Vorsorgemaßnahmen insbesondere im Kleinkindalter (U6 – U9) zu steigern, wird die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen auch danach differenziert, ob das Kind eine Betreuungseinrichtung besucht hat oder nicht bzw. nur sehr kurz (kürzer als ½ Jahr). Hier zeigt sich, dass Kinder, die nicht bzw. nur kurz in eine Kita gegangen sind, nur in knapp 50 % der Fälle einen vollständigen Vorsorgestatus (U6 – U9) aufweisen, wohingegen Kinder, die mindestens 6 Monate eine Einrichtung besucht haben, immerhin in rund 70 % der Fälle zu jeder U-Untersuchung vorgestellt wurden. Interessant ist hier auch die Betrachtung innerhalb der einzelnen Herkunftsgruppen. Für die Kinder deutscher Herkunft, die Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks und aus den sonstigen Staaten ergibt sich ein der geschilderten Gesamtsituation ähnliches Bild, wenn auch das Ausmaß im Vergleich dieser Herkunftsgruppen deutlich schwankt. So stehen 53 % der Kinder deutscher Herkunft mit vollständigem Vorsorgestatus und ohne Kitabesuch 31 % der Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks bzw. 34 % der Kinder aus den sonstigen Staaten gegenüber. Demgegenüber ergeben sich bei den Kindern türkischer Herkunft und den Kindern aus den westlichen Industriestaaten keinerlei Unterschiede bezüglich eines vollständigen Vorsorgestatus zwischen den Kindern mit und ohne Kitabesuch.

Die Auswertung der Daten zu den Vorsorgeuntersuchungen nach den ehemaligen Berliner Bezirken ist in Abbildung 5.4 wiedergegeben. Relativ hohe Anteile von Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus (U1 – U9) mit knapp 80 % finden sich in den Bezirken Wilmersdorf, Zehlendorf, Charlottenburg und Hellersdorf, demgegenüber liegen die Anteile in Kreuzberg, Neukölln und Wedding nur um die 60 %. Als Ursachen sind einerseits die Verteilung des sozialen Schichtindex, andererseits der Anteil von Familien nichtdeutscher Herkunft in den jeweiligen Bezirken zu diskutieren.

Abbildung 5.4:

Anteil an in Deutschland geborenen Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus U1 bis U9 bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 18.664)

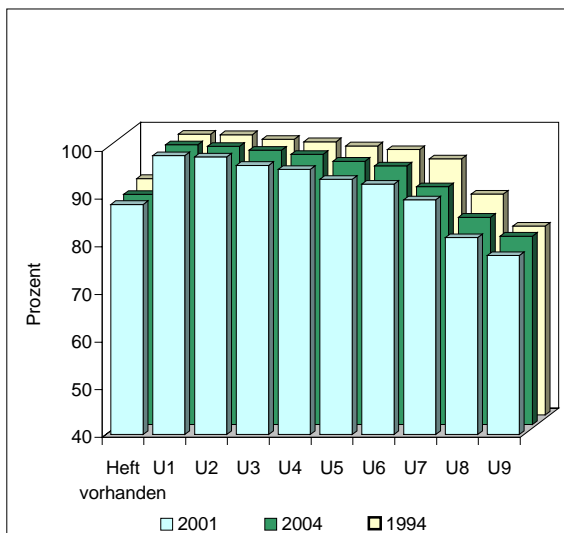


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 5.5:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 1994, 2001 und 2004 mit vollständigem Vorsorgestatus U1 - U9 und vorgelegtem Untersuchungsheft

- in %. Aus Darstellungsgründen sind die Jahre nicht chronologisch angeordnet. Die Zahlen von 1994 beziehen sich auf alle Kinder, da das Geburtsland hier noch nicht erhoben wurde.



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Beim Vergleich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen über die Zeit (1994, 2001, 2004; Abb. 5.5) zeigt sich, dass sich die Verschlechterung der Inanspruchnahme von 1994 bis 2001 langsam wieder umgekehrt hat, auch wenn die Zahlen aus 1994 noch nicht wieder erreicht werden.

Zusammenfassung

Die Inanspruchnahme nimmt jenseits der ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen und insbesondere ab der U6 deutlich ab. Als Gründe für die zu beobachtende Entwicklung sind zum einen eine zunehmende Sicherheit der Eltern in der Beurteilung ihrer Kinder jenseits des Säuglingsalters, zum anderen ein möglicherweise fehlendes Verständnis für den Nutzen der Untersuchungen bei augenscheinlich gesundem Kind zu diskutieren. Im Falle der U9 kommt noch hinzu, dass diese zeitlich relativ kurz vor der Einschulungsuntersuchung liegt, wodurch es zu einer „Konkurrenzsituation“ kommen mag und die Eltern auf die Teilnahme an der freiwilligen U9 zugunsten der verpflichtenden Einschulungsuntersuchung verzichten, um so einer vermeintlichen Doppeluntersuchung zu entgehen.

Ein insgesamt niedrigeres Inanspruchnahmeniveau jenseits der U2 ist bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Schichtindex und bei Kindern nichtdeutscher Herkunft festzustellen. In beiden Fällen mag der Nutzen der Untersuchungen insbesondere bei gesundem Kind noch weniger bei den Eltern präsent sein. Zusätzlich sind kulturelle Einflüsse mit einem grundsätzlich anderen Verständnis von Prävention bei den Familien nichtdeutscher Herkunft zu diskutieren.

Mit Blick auf Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sind die Betreuungseinrichtungen sicher ein möglicher Zugangsweg, der anscheinend auch schon in Teilen genutzt wird. So weisen die Kinder, die länger als ein Jahr in eine Kita gehen, in einem deutlich höheren Prozentsatz einen vollständigen Vorsorgestatus auf. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass dies nicht für die Kinder türkischer Herkunft bzw. aus den westlichen Industrienationen gilt, was insbesondere für die türkischen Kinder als zusätzlicher Indikator eines kulturellen Einflusses gesehen werden kann.

Für die weitergehenden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen wird auf das Kapitel 8 verwiesen.

...

5.3 Zahngesundheit

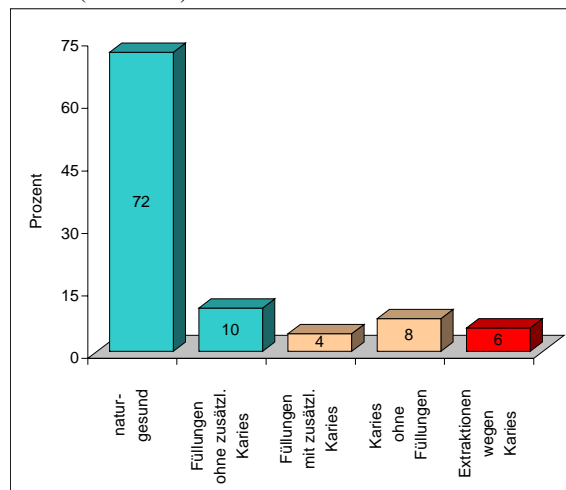
Nach § 26 Abs. 1 Satz 2 des SGBV haben gesetzlich krankenversicherte Kinder bis zum 6. Lebensjahr Anspruch auf insgesamt drei Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Die erste Untersuchung soll im 3. Lebensjahr (30. Lebensmonat) stattfinden. Daneben ist im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum Zeitpunkt der U7 (2. Lebensjahr) eine Inspektion des kindlichen Gebisses explizit vorgesehen.

Dem gesunden kindlichen Milchgebiss kommt in mehrfacher Hinsicht eine wichtigere Rolle zu als oft gemeinhin angenommen. So wird der Pflege des Milchgebisses in der Bevölkerung zum Teil deswegen weniger Aufmerksamkeit geschenkt, weil es im Grundschulalter durch das bleibende Gebiss ersetzt wird. Es wird übersehen, dass das Gebiss neben der Kaufunktion auch für eine fehlerfreie Aussprache (z. B. Lispeln nach frühem Verlust der oberen Schneidezähne) und als Platzhalter für das bleibende Gebiss wichtig ist. Dabei kommt der Etablierung der Zahnpflege bereits im Kleinkindalter eine wichtige Bedeutung zu. Zwar zeigte sich in einer Untersuchung zur Oralhygiene im Kleinkindalter, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Zahnpflege und der späteren Karieshäufigkeit im Kleinkindalter nachzuweisen war³, dem frühzeitigen Beginn eines adäquaten Pflegeverhaltens kommt jedoch im Sinne einer erlernten Routine eine wichtige Bedeutung für das Zahnpflegeverhalten im Schulkind- und Erwachsenenalter zu. Vor diesem Hintergrund wird der im Rahmen der ESU erhobene Gebisszustand zur Einschätzung der Güte der Zahnpflege im Sinne eines Gesundheitsverhaltens analysiert. Dabei steht der Begriff Zahnpflege in diesem Zusammenhang sicher nicht allein für ein adäquates Zahnpflegeverhalten, sondern schließt im Sinne eines erweiterten Begriffs sowohl eine zahngesunde Ernährung (Verzicht auf übermäßigen Zuckerkonsum z. B. im frühen Kleinkindalter) als auch die Einleitung von Sanierungsmaßnahmen bei eingetretener Karies mit ein.

Für den Gebisszustand, wie er bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin erhoben wird, ergibt sich das in der Abbildung 5.10 dargestellte Bild. Mit 82 % verfügt demnach die Mehrheit der Einschüler/innen über ein naturgesundes oder zumindest adäquat versorgtes Gebiss („Füllungen ohne Karies“). Umgekehrt liegt jedoch bei 18 % ein Gebiss vor, das nicht ausreichend versorgt ist („Füllungen mit Karies“, „Karies ohne Füllungen“) bzw. bei dem aufgrund von Karies Extraktionen vorgenommen werden mussten oder Zähne bis auf die Gingiva abgefault sind.

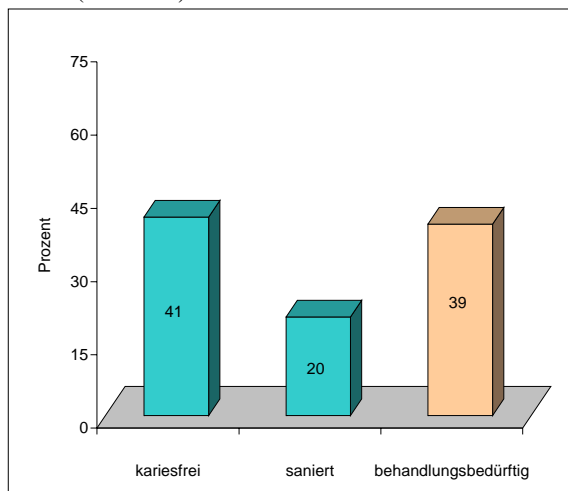
Stellt man diesen Zahlen die Ergebnisse der Untersuchung der Erstklässler/innen des Schuljahres 2004/2005 des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD)⁴ gegenüber (Abb. 5.11), so zeigt sich, dass, wie zu erwarten, die ESU-Daten die tatsächliche Kariesprävalenz unterschätzen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein Vergleich der Daten der beiden Erhebungen aufgrund der verschiedenen zugrunde liegenden Erfassungsinstrumente und Zielsetzungen nur mit Einschränkungen möglich ist (vgl. Kapitel 9.1.4).

Abbildung 5.10:
Gebisszustand der Kinder bei der
Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
- in % (n = 21.603)



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

Abbildung 5.11:
Zahnzustand der Erstklässler/innen bei der Untersuchung durch den ZÄD in Berlin Schuljahr 2004/2005
- in % (n = 24.584)



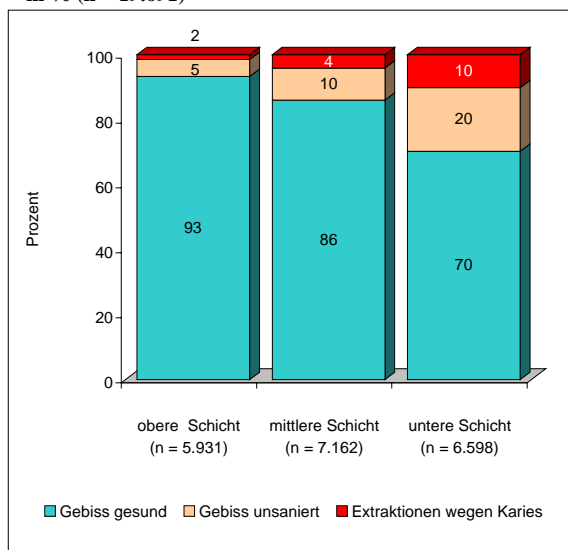
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

Bei der Untersuchung der Erstklässler/innen liegt der Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss lediglich bei 41 %, ein saniertes Gebiss, d. h. adäquat behandelte Karies unter Einschluss von Sanierung durch Zahnextraktion, haben 20 % der Kinder und ein sanierungsbedürftiges Gebiss weisen 39 % der Erstklässler/innen auf. Fasst man jedoch die Anteile der Kinder mit kariesfreiem Gebiss und saniertem Gebiss zusammen und stellt sie der entsprechenden Gruppe „naturgesund/mit Füllungen ohne zusätzliche Karies“ aus der ESU gegenüber, so ergeben sich zumindest ähnliche Größenordnungen (61 % bei den Erstklässlern/Erstklässlerinnen versus 82 % bei den Einschülern/Einschülerinnen). Angesichts der beschriebenen Diskrepanz ist es wichtig noch einmal zu betonen, dass die Untersuchung des Gebisszustandes im Rahmen der ESU die zahnärztliche Untersuchung weder ersetzen kann noch will, sondern dass es darum geht, den Gebisszu-

stand bewusst aus der Laienperspektive als Parameter eines Gesundheitsverhaltens (nämlich der Zahnpflege) zu erfassen. Da bei der Untersuchung der Erstklässler/innen aus organisatorischen Gründen (Dokumentation, keine Anwesenheit der Eltern) keine weiteren personenbezogenen Angaben wie z. B. Herkunft erfasst werden, muss im Weiteren auf einen Vergleich der Daten verzichtet werden.

Bei der Betrachtung der ESU-Daten nach Geschlecht ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede. Tendenziell ist der Anteil der Jungen mit einem versorgten Gebiss mit rund 81 % etwas niedriger als der der Mädchen (84 %).

Abbildung 5.12:
Gebisszustand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialem Schichtindex
- in % (n = 19.691)



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

Wie erwartet zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede bei der Differenzierung nach sozialem Schichtindex (Abb. 5.12). So nimmt der Anteil der Kinder mit versorgtem Gebiss von der oberen zur unteren Schicht von 93 % bis auf 70 % deutlich ab. Umgekehrt liegt der Anteil an Kindern, bei denen Extraktionen aufgrund von Karies vorgenommen wurden, bei der oberen (2 %) im Vergleich zur unteren Schicht (10 %) um das Fünffache höher.

Auch bei der Differenzierung nach Herkunft sind z. T. große Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen zu beobachten (Abb. 5.13). Während die Kinder deutscher Herkunft und aus den westlichen Industriestaaten mit 87 % bzw. 84 % zu einem relativ großen Prozentsatz über ein versorgtes Gebiss verfügen, nimmt dieser Anteil bei den Kindern türkischer Herkunft bzw. aus den sonstigen Staaten auf 72 % deutlich ab und erreicht bei den Kindern aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks gerade einmal 64 %. Damit ist der Anteil

der Kinder mit einem unversorgten Gebiss bzw. Extraktionen aufgrund von Karies bei den Kindern aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks dreimal so groß wie bei den Kindern deutscher Herkunft.

Bei der Herkunftsgruppe der osteuropäischen Kinder macht es im Gegensatz zu anderen Aspekten wie z. B. den Sprachkenntnissen (vgl. Kapitel 3) keinen Unterschied, ob die Kinder in Deutschland geboren sind bzw. wie lange sie schon in Deutschland leben.

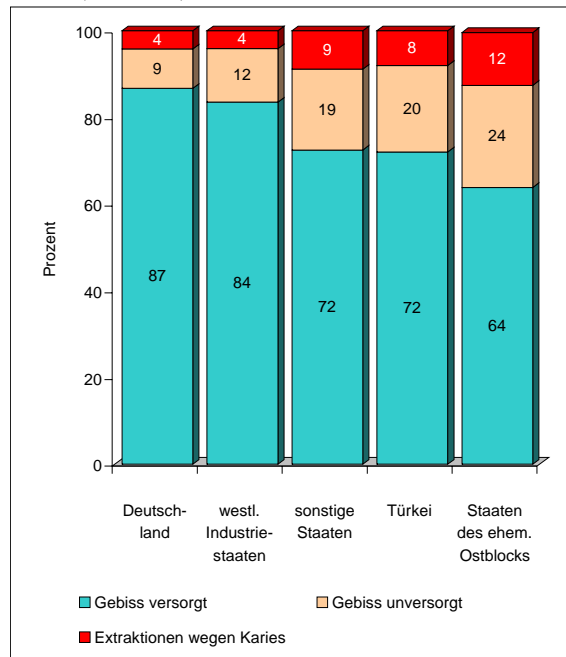
Betrachtet man die Zahngesundheit nach sozialem Schichtindex innerhalb der einzelnen Herkunftsgruppen, so zeigt sich bei allen das bereits bekannte Bild, dass von der oberen zur unteren Schicht der Anteil der Kinder mit einem unversorgten Gebiss zunimmt. Allerdings ist das Ausmaß der Unterschiede zwischen den Schichten nicht in allen Herkunftsgruppen gleich groß. So ist der Unterschied bei den Kindern türkischer Herkunft am geringsten (Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss/ Extraktionen wegen Karies in der oberen Schicht 19 %, in der unteren Schicht 30 %), bei den Kindern aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks hingegen am größten (Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss/ Extraktionen wegen Karies in der oberen Schicht 19 %, in der unteren Schicht 45 %).

Auch bei der Analyse bezüglich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ergeben sich Unterschiede in dem Zustand des Gebisses. Der Fokus liegt hierbei auf der U6 bis U9 (erster Zahndurchbruch in der Regel zwischen 6. und 8. Lebensmonat; Gebissinspektion durch den Kinderarzt/ die Kinderärztin bei der U7). So wurde ein Viertel der Kinder mit einem unversorgten Gebiss nicht vollständig zur U6 bis U9 vorgestellt, wohingegen dieser Anteil bei den Kindern mit einem versorgten Gebiss bei rund einem Achtel lag (Abb. 5.14; in dem Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss sind in dieser Abbildung auch die Kinder mit Extraktionen wegen Karies enthalten).

Bei der Auswertung bezogen auf den Besuch einer Betreuungseinrichtung zeigt sich, dass die Kinder, die nicht oder nur kurz in eine Kita gegangen sind, in einem etwa doppelt so hohen Anteil ein unversorgtes Gebiss (25 %) bzw. Extraktionen wegen Karies (13 %) aufweisen, als die Kinder mit einem Kitabesuch größer ½ Jahr (11 % bzw. 5 %).

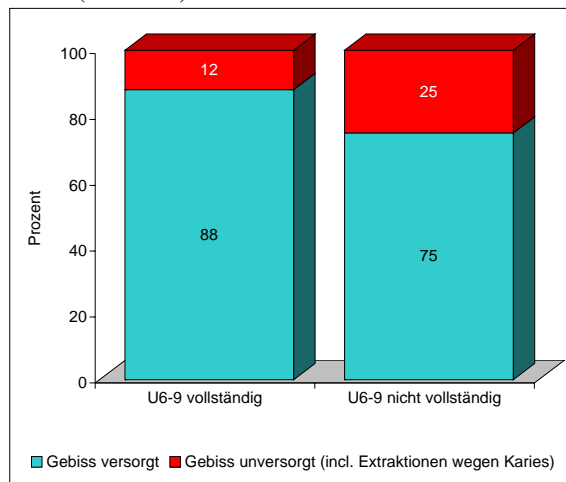
Bei der Verteilung auf der Bezirksebene zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss mit Ausnahme des Bezirks Mitte im Wesentlichen umgekehrt proportional dem sozialen Schichtindex verläuft (Abb. 5.15). So sind die Anteile in Zehlendorf, Prenzlauer Berg und Pankow mit unter 10 % am niedrigsten, dagegen in Kreuzberg, Neukölln, Mitte und Wedding mit bis zu 34 % am höchsten.

Abbildung 5.13:
Gebisszustand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
- in % (n = 21.506)



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

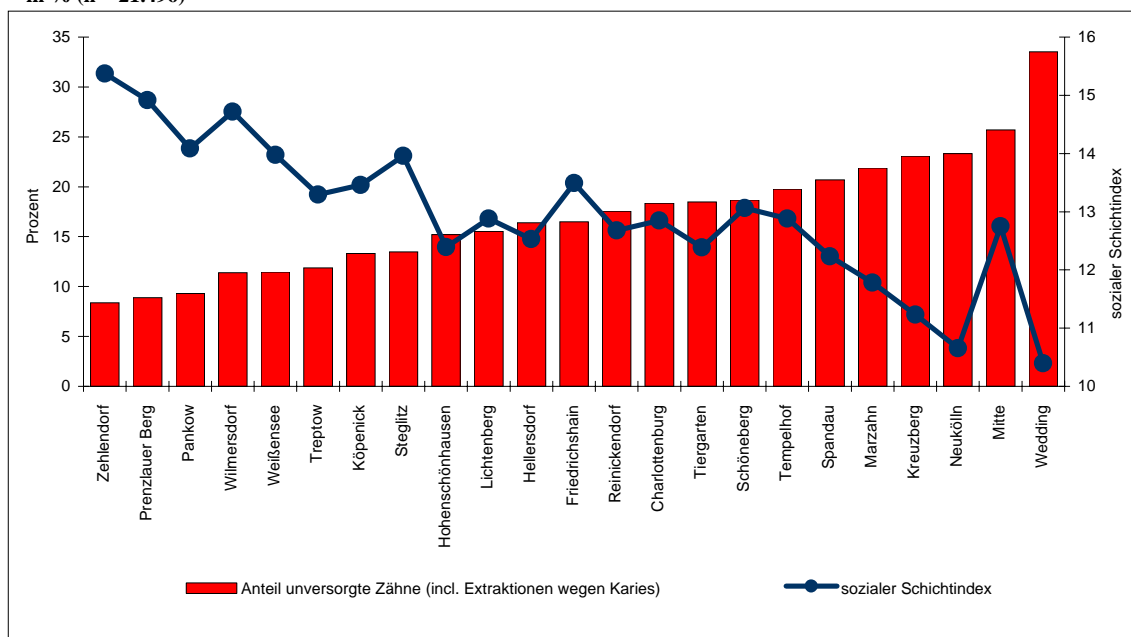
Abbildung 5.14:
Anteil vollständiger Vorsorgeuntersuchungen (U6 - U9) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Gebisszustand der Kinder
- in % (n = 19.084)



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

Abbildung 5.15:

Zusammenhang zwischen dem sozialen Schichtindex der Kinder in den Bezirken (Mittelwerte) und Anteil an Kindern mit unversorgten Zähnen bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 21.496)



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

Dieser prinzipielle Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Zahngesundheit wird auch durch die sozialraumbezogene Auswertung der Daten der Erstklässler/innen nach Bezirken (neue Bezirksstruktur) unter Einbeziehung der Sozialstruktur der Bezirke nach dem Berliner Sozialstrukturatlas gestützt (nicht bildlich dargestellt).

Zusammenfassung

Für die zusammenfassende Betrachtung und Interpretation der Ergebnisse im Sinne des Gesundheitsverhaltens „Zahnpflege“ werden die Anteile der Kinder mit unsaniertem Gebiss und der Kinder mit Extraktionen wegen Karies zu einer Gruppe zusammengefasst. Danach findet sich in 18 % der Fälle bei Berliner Einschülern und Einschülerinnen ein Gebiss, welches auch für den Laien erkennbar nicht ausreichend gepflegt bzw. versorgt wurde. Während sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben, zeigen sich deutliche Disparitäten je nach sozialer Schicht und soziokultureller Herkunft der Kinder. So nimmt der Anteil von Kindern mit nicht ausreichend gepflegtem Gebiss von der oberen zur unteren Schicht deutlich von 7 % auf 30 % zu, wobei hier neben der eigentlichen Pflege sicher auch der Ernährung, insbesondere dem Konsum zuckerhaltiger Getränke und Speisen, eine wichtige Rolle zukommt.

Auch zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede, bei denen kulturelle Einflüsse wie z. B. das Ernährungsverhalten, aber auch die Einstellung zur Zahnpflege als wesentliche Einflussfaktoren zu diskutieren sind. So findet sich der größte Anteil der Kinder mit einem unzureichend gepflegten Gebiss in der Gruppe der Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks (36 %) und zwar unabhängig davon, ob diese Kinder in Deutschland geboren wurden bzw. wie lange sie schon in Deutschland leben. Darüber hinaus ist ihr Anteil in der oberen Schicht ihrer Herkunftsgruppe mit 19 % fast viermal so hoch wie bei den Kindern aus der oberen Schicht deutscher Herkunft (5 %). Bei den Kindern türkischer Herkunft sind die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten am geringsten, was ebenfalls für eine kulturelle Prägung des Verhaltens sprechen könnte.

Wie auch schon bei den Vorsorgeuntersuchungen und dem Impfstatus kommt dem Besuch einer Betreuungseinrichtung auch mit Blick auf die Zahngesundheit die Bedeutung eines möglichen Zugangsweges für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu. Im Falle der Zahngesundheit ist dieser Stellenwert möglicherweise noch höher, da die tägliche Zahnpflege als Gesundheitsverhalten in den Tagesablauf der Kita integriert werden kann und damit unabhängig von der Initiative der Eltern zu Hause ist. Die Ergebnisse bestätigen diese Vermutung. Von den Kindern, die nie oder nur kurz eine Betreuungseinrichtung besucht haben, weisen 37 % ein nicht adäquat gepflegtes Gebiss auf. Das in Berlin durch eine institutionell übergreifende Arbeitsgruppe entwickelte Organisationskonzept zu Prophylaxemaßnahmen in Kitas und Schulen ist in Kapitel 8 „Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen“ unter dem Settingansatz Kita näher ausgeführt.

Neben der Kita bieten auch die Vorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit, einen mangelhaften Versorgungsgrad des kindlichen Gebisses frühzeitig zu erkennen. Hier zeigt sich, dass die Eltern, die Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, anscheinend auch eher auf eine adäquate Zahnpflege achten, was im Sinne eines generell höheren Stellenwertes von Gesundheitsverhalten bzw. Prävention in diesen Familien gewertet werden kann.

¹ Gemeinsamer Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

² Delekat, D., Kis, A. (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

³ Wetzel, W.-E., Boemans, B., Lorbeer, J. (1998): Oralhygiene im Kleinkind- und Kindergartenalter. (Publiziertes Abstract). In: G. Hetzer und N. Kramer (Hrsg.): Autoreferate-Band der 5. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK. Lengenfelder, Erlangen. ISBN 3-00-003108-1, S. 120-121.

⁴ Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005): Leistungsbericht über die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) in Berlin im Schuljahr 2004/2005 – bislang unveröffentlichte Zusatzauswertung.