

Arbeitsrichtlinie

für die standardisierte Datenerfassung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen
und der zahnärztlichen Untersuchung durch die
Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste in Niedersachsen
und Ausfüllhilfe für den
„Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen“



STAND: April 2022

Inhalt

1. Vorwort	3
2. Aktualisierungen und Neuerungen in der aktuellen Arbeitsrichtlinie:	5
3. Erläuterungen zum Ausfüllen des „Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen“ ...	6
3.1. Allgemeines:	6
3.2. Erläuterungen von ausgewählten in den Tabellen verwendeten Begriffen und Feldern der Eingabemaske.....	7
3.2.1. Kinderzahlen.....	7
3.2.2. Einrichtungstypen (Eingabemaske Feld: EINRTYP).....	8
3.2.3. Dokumentation der Klassenstufen.....	11
3.2.4. Dokumentation von Sonderformen bei Einrichtungstypen und Klassenstufen.....	11
3.2.5. Impulse im Rahmen der Gruppenprophylaxe	12
3.3. Befunderhebung.....	13
3.3.1. Zahn- und Gebissbefunde.....	13
3.3.2. Kieferorthopädische Befunde (Tabelle Z3a + Z3b).....	19
3.4. Indikatoren und Indizes.....	20
3.4.1. Kariesstatus des Gebisses.....	20
3.4.2. Gebisszustand nach Kariesaspekten und Sanierungsgrad	22
3.4.3. Significant Caries Index (SiC) (Tabelle Z5)	24
3.4.4. High Caries Index (HiC) (Tabelle Z5).....	25
3.4.5. Kariesrisiko nach DAJ (modifiziert) (Tabelle Z4a + Z4b).....	25
4. Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Tabellen des „Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen“	26
4.1. Tabelle Z1: Gemeldete Einrichtungen und Kinder im Schuljahr XX:.....	26
4.2. Tabelle Z2: Anzahl besuchter Einrichtungen und Gruppen/Klassen im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung bzw. Gruppenprophylaxe, Einrichtungen mit Zähneputzen und Einverständniserklärungen für zahnärztliche Untersuchungen.....	26
4.3. Tabelle Z3 a/Z3 b: Untersuchungen durch Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD bzw. durch Honorarzahnärztinnen/-ärzte nach Einrichtungen:.....	28
4.4. Tabelle Z4a: dmft/DMFT-Indizes, Kinder mit hohem Kariesrisiko nach Einrichtungen	29
4.5. Tabelle Z4b: ECC und MIH / MMH nach Einrichtungen.....	30
4.6. Tabelle Z5: dmft/DMFT-Indizes, SiC, HiC, Sanierungsgrad und Kinder mit hohem Kariesrisiko nach Alter im Schuljahr 20XX/20XY	32
4.7. Tabelle Z6 Prophylaxemaßnahmen im Schuljahr 20XX/20XY	33
4.8. Tabelle Z7a: Veranstaltungen für Eltern und Multiplikatoren sowie Besuche in der zahnärztlichen Praxis/ im zahnärztlichen Dienst.....	35

4.9.	Tabelle Z7b: Veranstaltungen für weitere Personenkreise	36
4.10.	Tabelle Z7c: Prophylaxe-Information für werdende Eltern bzw. Mütter/Väter mit Kleinkindern.....	36
4.11.	Tabelle Z7d: Sonstige öffentlich wirksame Veranstaltungen	36
4.12.	Tabelle Z8a: Angaben zu den Beschäftigten in der Gruppenprophylaxe	37
4.13.	Tabelle Z8b: Durchgeführte Prophylaxeeinheiten (ohne Fluoridierung) durch Prophylaxefachkräfte	37
4.14.	Tabelle Z9: Kontaktierte Einrichtungen im Schuljahr 20XX/20XY, abgelehnte Untersuchungen und/oder Prophylaxemaßnahmen	38
5.	Rechtliche Grundlage	39
6.	Literaturverzeichnis.....	40

1. Vorwort

Die vorliegende Arbeitsrichtlinie wurde von der „Landesarbeitsgruppe zur Erarbeitung einer landeseinheitlichen bzw. vergleichbaren Datenerfassung und Datendokumentation für den Bereich der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste“ (AG-ZäD) unter Federführung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA) erstellt. Sie wurde entwickelt auf Grundlage des neu entwickelten „Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen“, des bereits für Niedersachsen vorliegenden „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Niedersachsen zur standardisierten Befunderhebung und Dokumentation der Untersuchung und gruppenprophylaktischen Maßnahmen nach § 21 SGB V“¹ und der „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“².

Anlass für Erstellung dieser Arbeitsrichtlinie war der neu entwickelte „*Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen*“. Dieser neue Bogen ist eine Zusammenführung der beiden bisher in Niedersachsen verwendeten Bögen: „*Jahresstatistik der unteren Gesundheitsbehörden in Niedersachsen - Daten zur Jugendzahnpflege*“ (NLGA) und „*Dokumentation der Gruppenprophylaktischen Maßnahmen - A2*“ (Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Niedersachsen e.V. (LAGJ) / Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ). Der neue Bogen wurde erstellt, um künftig die Doppeldokumentation für die Kommunen zu vermeiden und auf Landesebene einheitliche bzw. vergleichbare und aussagekräftigere Daten für den Bereich der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZD) zu gewinnen. Der Wunsch nach einheitlichen bzw. vergleichbaren Daten war das Ergebnis einer Umfrage des NLGA an die niedersächsischen Kommunen: von den 36 eingegangenen Rückmeldungen befürworteten 33 Kommunen einheitliche bzw. vergleichbare Daten für den KJZD. Einhergehend mit dem neu entwickelten „*Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen*“ wurden die dafür erforderlichen Dokumentations- bzw. Softwarevoraussetzungen erarbeitet.

Die vorliegende Arbeitsrichtlinie ist als Empfehlung zu verstehen und soll eine einheitliche Arbeitsgrundlage für eine standardisierte Befunderhebung bieten. Sie soll die Kommunen bei der Umsetzung ihrer Aufgaben unterstützen und die Möglichkeit schaffen, dass die Kommunen ihre Daten untereinander vergleichen können. Zudem sollen Daten für eine Landesberichterstattung gewonnen werden, um sowohl die Arbeit der KJZDs als auch die Zahngesundheit der Kinder in Niedersachsen besser darstellen zu können. (*Die Nutzung von kommunalen Daten für eine Landesberichterstattung erfolgt nicht ohne die Zustimmung der Kommunen. Die Zustimmung wird durch das NLGA eingeholt werden, sobald ein erster, Musterbericht erstellt ist.*) In weiten Teilen entsprechen die Datenformate und Berechnungen den Empfehlungen für den Jugendzahnärztlichen Dienst auf Bundesebene, sodass auch hier ein Datenvergleich möglich sein wird.

Die Arbeitsrichtlinie ist ein „work in progress“-Dokument, welches in Zukunft weiter verbessert und ggf. an neue Entwicklungen angepasst werden kann. Änderungsvorschläge und Korrekturen können dem NLGA gerne mitgeteilt werden.

Durch die Corona-Pandemie musste die Einführung des erarbeiteten neuen Bogens um insgesamt zwei Jahre verschoben werden.

¹ Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2011) Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Niedersachsen zur standardisierten Befunderhebung und Dokumentation der Untersuchungen und gruppenprophylaktischen Maßnahmen nach §21 SGB V, Hannover.

² Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens e.V. und Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (2019) Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Düsseldorf

Kurzinformation zur AG-ZäD: Die AG-ZäD setzt sich zusammen aus 10 Vertreter/-innen der kommunalen niedersächsischen KJZD, einer Vertreterin des Bundesverbands der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Landesstelle Niedersachsen (BZÖG Nds.) zwei Vertreterinnen der LAGJ, einer Vertreterin der AG der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens (AGKSV) und vier Vertreterinnen des NLGA. Dreizehn Kommunen hatten Ihr Interesse signalisiert, an der Arbeitsgruppe mitzuwirken. Um eine arbeitsfähige Gruppengröße zu erhalten, musste unter Beachtung einiger Kriterien (unterschiedliche Software-Anwendungen, regionale Verteilung, ländliche und städtische Strukturen, ÖGD mit und ohne eigene Zahnärztin bzw. eigenen Zahnarzt) eine Auswahl der einzubeziehenden Kommunen getroffen werden. Die Auswahl erfolgte in enger Abstimmung mit der AGKSV und der LAGJ. Das erste Treffen der AG-ZäD fand im Oktober 2016 statt und traf sich seitdem zwei- bis dreimal jährlich.

Hinweis:

Der leichten Lesbarkeit wegen wird auf die „genderspezifische Sprache“ verzichtet, es sind jedoch immer alle Geschlechter bzw. Geschlechtsausprägungen gleichberechtigt gemeint.

Im Text der Arbeitsrichtlinie und des Dokumentationsbogens wird nicht durchgehend darauf hingewiesen, dass es sich immer um „Kinder bzw. Jugendliche“ handelt. Häufig wird ausschließlich die Bezeichnung Kinder verwendet, obwohl immer auch Jugendliche mit gemeint sind.

Unter dem Begriff „zahnärztliche Kraft“ sind sowohl Zahnärztinnen als auch Zahnärzte zu verstehen. Dieser Begriff wird mitunter der leichten Lesbarkeit wegen verwendet.

2. Aktualisierungen und Neuerungen in der aktuellen Arbeitsrichtlinie:

(in dieser ersten ARL gibt es noch keine Aktualisierungen oder Neuerungen)

3. Erläuterungen zum Ausfüllen des „Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen“

3.1. Allgemeines:

Der Bogen hat drei Arten von Feldern: die **obligatorischen Felder** (Pflichtfelder), die **fakultativen Felder** (freiwillige Felder) und die **nicht füllbaren Felder**.

Obligatorische Felder:

- sind blau hinterlegt
- werden von der LAGJ benötigt, um den Vertragspartnern der niedersächsischen „Rahmenvereinbarung für die Durchführung der Gruppenprophylaxe nach §21 SGB V“ und der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ)“ Bericht zu erstatten
- entsprechen in großen Teilen den Feldern des ehemaligen Bogens der LAGJ: „Dokumentation der Gruppenprophylaktischen Maßnahmen, A2“
- können geänderte bzw. zusätzliche Felder sein, die das Berichtswesen der LAGJ verbessern sollen

Fakultative Felder:

- sind nicht farbig hinterlegt
- entsprechen in großen Teilen der ehemaligen „Jahresstatistik der unteren Gesundheitsbehörden in Niedersachsen - Daten zur Jugendzahnpflege“
- können geänderte bzw. neue Felder sein, die das Berichtswesen für die Kommunen und das Land Niedersachsen verbessern sollen

Nicht füllbare Felder:

- sind grau hinterlegt
- Eingabesperre ist hinterlegt
- Felder sind nicht zu befüllen, da:
 - Software die Felder selber durch die Übertragung der Zahlen aus vorherigen Tabellen füllt oder
 - für Tabelle 1 die Daten vom NLGA nachgetragen werden

Umgang mit fehlenden Daten:

Wenn keine entsprechenden Daten vorliegen, lassen Sie bitte das Feld leer bzw. lassen Sie den voreingestellten Platzhalter (99,99) im Feld stehen.

3.2. Erläuterungen von ausgewählten in den Tabellen verwendeten Begriffen und Feldern der Eingabemaske

3.2.1. Kinderzahlen

Gemeldete Kinder:

Es handelt sich um die offiziellen Daten des Landes Niedersachsens. Diese Daten können vom Landesamt für Statistik Niedersachsen erfragt werden. (*Zur Info: Diese Daten holt das NLGA für alle Kommunen in Niedersachsen ein und trägt sie in der Tabelle nach.*)

Untersuchte Kinder:

Anzahl der Kinder, die im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung vollständig oder zumindest in Teilen untersucht worden sind. (Kinder, die z.B. auf Grund mangelnder Compliance den Mund nicht weit genug geöffnet haben, als dass man die Molaren hätte beurteilen können, **werden mitgezählt.**)

Wenn die Kinder zwar vollständig untersucht wurden, die Einzelzahnbefunde jedoch nicht dokumentiert worden sind, sind diese Kinder lediglich als „untersuchte Kinder“ im Bogen auszuweisen (z.B. bei Vertragsärzten, die Einzelzahnbefunde nicht dokumentieren oder nicht übermitteln.)

Die Ausweisung des Zahnstatus (naturgesund, saniert, kariös) kann bei den „untersuchten Kindern“ entweder über die Berechnung der Einzelzahnbefunde oder über die ärztliche Beurteilung erfolgen. Bei der ärztlichen Beurteilung kann von den beurteilten Zähnen auf die nicht beurteilten Zähne geschlossen werden.

Wenn Kinder den Mund gar nicht aufgemacht haben, gelten sie nicht als untersucht und sind im Zahnbogen nirgends zu dokumentieren.

Vollständig untersuchte Kinder:

Anzahl der Kinder, bei denen im Rahmen der Untersuchung der Zahnstatus vollständig erfasst werden konnte: Für jeden oder fast jeden Zahn der Kinder konnte eine Beurteilung vorgenommen **und dokumentiert** werden. Wenn keine Einzelzahnbefunde dokumentiert wurden, sind die Kinder lediglich als „untersuchte Kinder“ zu dokumentieren. (Kinder, die z.B. den Mund nicht weit genug geöffnet haben um die Molaren beurteilen zu können, werden **nicht** als „vollständig untersucht“ gezählt!)

Erreichte Kinder:

Anzahl der Kinder, die im Rahmen der gruppenprophylaktischen Maßnahmen erreicht worden sind. Zu den gruppenprophylaktischen Maßnahmen gehören die zahnärztliche Untersuchung sowie die Theorieeinheiten (Dauer ca. eine Schulstunde (45-60 Minuten), die Zahnputzübungen und die Fluoridierung.

Die Anzahl der erreichten Kinder bildet sich aus der Summe aller Kinder der entsprechenden Einrichtung/ Altersgruppe, die bei den angebotenen gruppenprophylaktischen Maßnahmen anwesend waren.

3.2.2. Einrichtungstypen (Eingabemaske Feld: EINRTYP)

Krippen:

- Datenexport: 06
- 0-<3 Jahre (i.d.R.)
- Eingabe der Klassenstufe:
 - Klassenstufe „21“: (reine) Krippengruppe in Krippeneinrichtung
(Voreinstellung in der Software möglich)
(**Zur Info:** bei einer Krippengruppe in einer KiTa ist als Einrichtungstyp ‚KINDERGARTEN‘ und als Klassenstufe 22 - Krippengruppe in Kindergarteneinrichtung (< 3 Jahre (i.d.R.)) - zu dokumentieren)

Großtagespflege/private Betreuungsgruppe von Kleinkindern:

- Datenexport: 07
- 0-<3 Jahre (i.d.R.)
- Eingabe der Klassenstufe:
 - Klassenstufe „20“: Kinder 0-<3 Jahre (i.d.R.) (Voreinstellung in der Software möglich)

Kindergarten:

- Datenexport:00
- 3-<6 Jahre (i.d.R.)
- Zur Info:**
 - die Softwareanbieter bieten in der Regel Differenzierungsmöglichkeiten für Kindergärten an. **Für das Ausfüllen des „gemeinsamen Bogens“ sind diese Differenzierungen zusammenzuführen.** Die uns bekannten Untergliederungen lauten: „Kindergarten: (Datenexport:00), Sprachheilkindergarten: (Datenexport: 01), Heilpädagogischer Kindergarten: (Datenexport: 02), Kindergarten für sonstige Behinderung: (Datenexport: 03), Kindergarten mit Fördergruppe: (Datenexport: 04)
 - Sollte noch eine **Vorschule** existieren, ist diese bei „Kindergarten“ mitzuzählen
 - der **Schulkindergarten** ist hier **nicht** mitzuzählen, er gehört zur Grundschule
 - Da in Kindergärten auch Krippengruppen und Horte sein können, ist die Angabe von Klassen-/Altersstufen notwendig:
- Eingabe der Klassenstufe:
 - Klassenstufe „23“: Kinder 3-<6 Jahre (i.d.R.) (Voreinstellung in der Software möglich, dann aber manuelle Anpassung bei Krippengruppen im KiGa („22“) und Hortgruppen im KiGa („99“) erforderlich)

Schulkindergarten:

- Datenexport: 10
- Kinder im schulpflichtigen Alter
- wird als Klasse innerhalb der Grundschule gezählt
- Eingabe der Klassenstufe:
 - Klassenstufe: „00“

Hort:

- Datenexport: 90
- Kinder im Grundschulalter (i.d.R. 6-10 Jahre)
- können auch an die Grundschule oder Kindergarten angeschlossen sein.
- Eingabe der Klassenstufe:
 - Klassenstufe: „99“ (altersübergreifend) (*Voreinstellung in der Software möglich*)

Grundschule:

- Datenexport: 20
- umfasst alle Grundschultypen (mit sonderpädagogischer Förderung, integrativ, mit Sprachförderung, u.s.w.)
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „01“, „02“, „03“, „04“: Klasse 1,2,3,4
 - „00“ für Schulkindergarten
 - „91“: Kombiklasse Klasse 1+2 bzw. „Eingangsstufe“
 - „93“: Kombiklasse Klasse 3+4
 - „97“: klassenübergreifende Lerngruppen (Klasse 1-4, auch Sprachlernklasse)

Hauptschule:

- Datenexport: 30
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „05“, „06“, ...bis „10“
 - „99“ altersübergreifende Klassen (*z.B. Sprachlernklassen*)

Realschule:

- Datenexport: 40
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „05“, „06“, ... bis „10“
 - „99“ für altersübergreifende Klassen (*z.B. Sprachlernklassen*)

Oberschule:

- Datenexport: 35
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „05“, „06“, ...bis „10“
 - „99“ für altersübergreifende Klassen (*z.B. Sprachlernklassen*)

Gymnasium:

- Datenexport: 50
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „05“, „06“, ...bis „10“
 - „99“ für altersübergreifende Klassen (*z.B. Sprachlernklassen*)

Gesamtschule (IGS/KGS):

- Datenexport: 60
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „05“, „06“, ...bis „10“
 - „91“: Kombiklasse Klasse 1+2 bzw. „Eingangsstufe“

- „93“: Kombiklasse Klasse 3+4
- „97“: klassenübergreifende Lerngruppen (Klasse 1-4)
- „99“ für altersübergreifende Klassen höher Klassenstufe 4

Waldorfschule:

- Datenexport: 65
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „01“, „02“, ...bis „10“ (je nach Klassenstufe)
 - „00“: für Schulkindergarten
 - „91“: Kombiklasse Klasse 1 und 2 bzw. „Eingangsstufe“
 - „93“: Kombiklasse Klasse 3+4
 - „97“: Kombiklasse 1-4
 - „99“: für altersübergreifende Klassen höher Klassenstufe 4
(z.B. Sprachlernklassen)

Förderschule:

- Datenexport: 70
- Umfasst alle Einrichtungen unterschiedlicher Förderrichtungen
- Förderschulen sind allgemeinbildende Schulen für Menschen mit Behinderungen. Es gibt Förderschulen mit den Förderschwerpunkten: Sprache, Hören, Sehen, geistige Entwicklung, körperliche und motorische Entwicklung, Lernen, emotionale und soziale Entwicklung.
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „01“, „02“, ... bis „10“
 - „97“: Kombiklasse 1-4
 - „98“ für altersübergreifende Klassen

Tagesbildungsstätten:

- Datenexport: 80
- Tagesbildungsstätten sind teilstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in denen Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf (Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung) ihre Schulpflicht erfüllen können.
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „01“, „02“, ... bis „10“
 - „98“ für altersübergreifende Klassen

Sonstige Betreuungseinrichtungen:

- Datenexport: 99
- Eingabe von Klassenstufen:
 - „99“ für altersübergreifende Klassen

*Hinweis: Die altersübergreifenden **Sprachlernklassen** sind jeweils unter der entsprechenden Einrichtungsform zu dokumentieren, wo diese Klasse untersucht wurde. Als „Klassenstufe“ erhalten sie, abgesehen von Sprachlernklassen in Grundschulen, die „99“ für „altersübergreifende Klasse“. Alle Einträge mit Klassenstufe „99“ werden im Nachtrag von der Softwarefirma für die Auswertung umcodiert: Ihnen wird dann unter „Einrichtungsform“ eine „99“ für „Sonstige Betreuungseinrichtung“ zugewiesen. Grund dafür ist, dass ansonsten die klassenstufenbezogenen Berechnungen nicht korrekt durchgeführt werden können.*

3.2.3. Dokumentation der Klassenstufen

Klassenstufe 1-10:

- sind mit dem entsprechenden Code 01, 02, 03, ...bis 10 zu kodieren

Sonstige Klassenstufen:

- „00“ - Schulkindergarten (schulpflichtiges Alter, i.d.R. 6 Jahre alt)
- „20“ - Großtagespflege/priv. Gruppe (< 3 Jahre (i.d.R.))
- „21“ - Krippengruppe in (reiner) Krippeneinrichtung (< 3 Jahre (i.d.R.))
- „22“ - Krippengruppe in Kindergarteneinrichtung (< 3 Jahre (i.d.R.))
- „23“ - Kindergarten (3-<6 Jahre (i.d.R.))
- „91“ - Klasse 1+2 altersübergreifend im Primarbereich
- „93“ - Klasse 3+4 altersübergreifend im Primarbereich
- „97“ - Klasse 1- 4 altersübergreifend im Primarbereich
- „98“ - altersübergreifende Klassen in Förderschulen und Tagesbildungsstätten
- „99“ - altersübergreifende Gruppen in Kiga und Hort sowie Klassen höher Klassenstufe 4

3.2.4. Dokumentation von Sonderformen bei Einrichtungstypen und Klassenstufen

Wie sind Krippen und Kindergartengruppen in Justizvollzugsanstalten (JVA) zu dokumentieren?

Da dem Landesamt für Statistik keine Informationen über Kinder in Krippen und Kindergartengruppen in JVAs vorliegen, sind diese Einrichtungen unter „Sonstige Betreuungseinrichtungen“ zu dokumentieren.

Wie sind separat unterrichtete, altersübergreifende Sprachlernklassen in Schulen zu dokumentieren?

Separat unterrichtete, altersübergreifende Sprachlernklassen sind unter ihrer entsprechenden Einrichtung zu dokumentieren. In Grundschulen erhalten sie bei „Klassenstufe“ eine „97“, bei allen weiterführenden Schulen eine „99“. In der Auswertung werden die Sprachlernklassen, die mit „99“ kodiert worden sind, nicht unter ihrem Schultyp ausgewiesen, sondern unter „sonstige Betreuungseinrichtung“. Der Grund dafür ist der, dass in den weiterführenden Schulen nach Klassenstufe (5.- 6. bzw. 7.-10.) ausgewertet wird und die Untersuchungen in den Sprachlernklassen sonst nicht in der Auswertung dargestellt werden kann.

Wie werden Schulkindergärten dokumentiert?

Schulkindergärten werden im Bogen nicht separat gelistet, sondern stellen eine Klasse in der Grundschule dar. In der Software werden sie unter Einrichtungstyp mit „Grundschule“ kodiert, als Klassenstufe erhalten sie die „00“.

Wie werden Waldorfschulen dokumentiert?

Waldorfschulen werden als Waldorfschulen dokumentiert. In der Auswertung werden sie bei IGS/KGS mitgezählt.

Wie werden Besuche bei Tageseltern dokumentiert?

Unter „sonstige Betreuungseinrichtung“

Wie dokumentiere ich klassenübergreifende Eingangsstufen in Grundschulen?

Eine differenziertere Auswertung ist möglich, wenn eine übergreifende Klasse aus Klassenstufe 1 und 2 (oft Eingangsstufe genannt) mit „91“ kodiert wird und ggf. eine

übergreifende Klasse der Klassenstufe 3 und 4 mit „93“. Sollte es sich um eine klassenübergreifende Grundschule (Klassenstufe 1-4) handeln, kodieren Sie mit „97“. Auch die Sprachlernklassen in GS sind mit „97“ zu kodieren.

3.2.5. Impulse im Rahmen der Gruppenprophylaxe

Ein Impuls im Rahmen der gruppenprophylaktischen Maßnahmen ist:

1. eine praktische und/oder theoretische Einheit zum Verhaltenstraining und/oder zur Wissensvermittlung durch die Prophylaxefachkraft (PFK)
2. die zahnärztliche Untersuchung inkl. theoretischer Einführung
3. eine spezielle Maßnahme zur Fluoridierung mit Lack oder Gel oder Lösung

Ein theoretischer Impuls umfasst ca. eine Schulstunde (45-60 Minuten). Deutlich kürzere Einheiten sind **nicht** zu dokumentieren.

Pro Termin sind maximal 3 Impulse möglich (Input durch die PFK, zahnärztliche Untersuchung, Fluoridierung).

Die theoretische Einführung durch die Zahnärztin/den Zahnarzt im Zusammenhang mit der Untersuchung oder der Fluoridierung wird **nicht** als eigener Impuls gewertet, da zu der zahnärztlichen Untersuchung und auch zu der Fluoridierung durch die Zahnärztin/den Zahnarzt ein theoretischer Impuls immer dazu gehört.

Das Versenden von Info-Post ist **kein Impuls**.

3.3. Befunderhebung

3.3.1. Zahn- und Gebissbefunde

3.3.1.1. Komponenten der Zahnbefundung

Die Befunde werden mittels Kürzel in Klein- und Großbuchstaben dokumentiert. Die **Kleinbuchstaben** sind bei Milchzähnen zu verwenden, die **Großbuchstaben** bei bleibenden Zähnen.

Sollte ein überzähliger Zahn vorhanden sein, wird in der entsprechenden Position nur ein Zahn befundet bzw. aufgeführt.

Falls an einer Position sowohl ein bleibender Zahn als auch der Milchzahn vorhanden ist, wird nur der bleibende Zahn gezählt.

Kürzel	Bedeutung	Erläuterung
s/S	sound = intakt = naturgesund	Es handelt sich um einen naturgesunden Zahn, der visuell und gegebenenfalls instrumentell keine Anzeichen von Karies, keine Füllung, Krone oder Versiegelung aufweist.
f/F	filled = gefüllt	Gefüllter Zahn, der wegen Karies definitiv oder temporär mit einer Füllung versehen wurden. Das Symbol F gilt auch für Zähne mit einer erweiterten Versiegelung und kariesbedingte Kronen (ggf. den Grund der Überkronung erfragen). <i>Wurde ein Zahn aus anderen Gründen gefüllt (z. B. wegen Trauma/Fraktur, Hypoplasie/Missbildung oder aus ästhetischen Gesichtspunkten) wird er nicht als F dokumentiert.</i>
d/D	decayed = kariös	Als kariös gelten Zähne, bei denen entweder eine deutliche Kavität sichtbar ist oder eine Opazität in der Umgebung des Areals auf eine Unterminierung bzw. Demineralisation schließen lässt bzw. ein Defekt durch vorsichtiges Tasten mit der Sonde festgestellt werden kann. Bei Approximalfächen, die nicht direkt visuell kontrolliert werden können, kann die Durchleuchtung herangezogen werden: Ist approximal ein charakteristischer Schatten oder ein Verlust an Transluzenz zu beobachten, gilt dies als Indikator für eine Karies an dieser Fläche. <i>Zähne werden nicht mit „d/D“ dokumentiert, wenn lediglich optische Anzeichen einer Demineralisation festgestellt werden, da Verfärbungen allein auch an gesunden Zähnen vorkommen können.</i> <i>Bei nicht durch Karies verursachte Substanzverlusten wie Erosion, Abrasion,</i>

		<i>Ablation, Attrition o.ä. wird der Zahn als „s/S“ dokumentiert. Entwickelt ein solcher Zahn jedoch eine Karies, wird er als „d/D“ zu dokumentiert, bei entsprechender Füllungstherapie als „f/F“.</i>
i/I	Initialkaries	<p>Es handelt sich um einen Zahn mit einer weißlich, kreidig verfärbten rauen Schmelzoberfläche an den Glattflächen, bräunlich verfärbten Fissuren/Grübchen (White-, Brown-Spot-Läsionen ohne Kavität) oder um fissurenversiegelte Molaren mit einem partiellen Materialverlust und freiliegenden verfärbten Fissuren.</p> <p><i>„i/I“-Zähne werden für die Statistik zu den „s/S“-Zähne gerechnet.</i></p>
v/V	Versiegelung der Fissuren	<p>Es handelt sich um einen Zahn, der visuell und gegebenenfalls instrumentell keine Anzeichen von Karies aufweist und dessen Fissuren und/oder Grübchen versiegelt sind.</p> <p>Auch ein nur teilweise versiegelter Zahn wird mit „v/V“ klassifiziert, um die Teilnahme an einer Prophylaxemaßnahme zu dokumentieren.</p> <p><i>„v/V“-Zähne werden für die Statistik zu den „s/S“-Zähne gerechnet.</i></p>
m/M	missing = fehlend	<p>Es handelt sich um Zahnverlust infolge einer kariösen Erkrankung. Im beginnenden Wechselgebiss ist nicht immer eindeutig feststellbar, ob ein Zahn wegen einer Karies extrahiert wurde oder aus physiologischen Gründen verloren gegangen ist.</p> <p><i>In Zweifelsfällen sollte er als bleibender, noch nicht durchgebrochener Zahn („u/U“) dokumentiert werden. (insb. OK-Frontzähne). Zur Entscheidungsfindung können folgende Kriterien berücksichtigt werden: Dentitionsalter, Durchbruchmuster, Form des Alveolarfortsatzes, Karieserfahrung des Restgebisses.</i></p> <p><i>Es handelt sich nicht um einen aus sonstigen/kieferorthopädischen Gründen extrahierten Zahn. Solche Befunde können spezifisch mit „y/Y“ dokumentiert werden.</i></p> <p><i>Die WHO gibt in ihren Basic Methods an, das in älteren Altersgruppen fehlende Oberkiefer-Milchfrontzähne nicht als m-Komponente dokumentiert werden sollten, da nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob diese auf Grund von Trauma oder physiologischer Exfoliation verloren gegangen sind (WHO, 2014)</i></p>
u/U	unerrupted = noch nicht durchgebrochener Zahn	<p>Es handelt sich um einen Zahn, der die Gingivakontinuität noch nicht aufgehoben hat. Dies gilt auch bei Verdacht auf Nichtanlage des Zahnes</p>

		<p>Sowie ein kleiner Teil des Zahnes durchgebrochen ist, wird der Zahn bewertet. <i>Bei der Beurteilung des Grundes für das Fehlen des Zahnes stellt sich die Frage, ob er wegen Karies extrahiert wurde oder durch die physiologische Exfoliation verloren gegangen ist. Zur Entscheidungsfindung können Kriterien wie Dentionsalter, Durchbruchmuster, Form des Alveolarfortsatzes oder Karieserfahrung des Restgebisses berücksichtigt werden.</i> Ein nicht beurteilbarer Zahn (z.B. Abdeckung mit Kunststoff oder Bebänderung im Rahmen der KFO-Behandlung) wird nicht in die Berechnung der Indizes einbezogen.</p> <p><i>„u/U“-Zähne werden für die Statistik zu den „s/S“-Zähne gerechnet.</i></p>
t/T	traumatisiert	<p>Registriert werden Kronenfrakturen (mit Schädigungen des Zahnschmelzes bzw. des Zahnschmelzes und des Dentins mit oder ohne Pulpabeteiligung) inkl. der posttraumatischen Rekonstruktionen, devitale Zähne, sowie durch Trauma verloren gegangene Zähne.</p> <p>Eine Füllung, die nur gelegt wurde, um nach einer posttraumatischen Trepanation den Zugang zum Wurzelkanal zu verschließen, wird als „t/T“ und nicht als „f/F“ dokumentiert.</p> <p><i>„t/T“-Zähne werden für die Statistik zu den „s/S“-Zähne gerechnet.</i></p>
h/H	hypoplastisch	<p>Es handelt sich hier um einen Zahn, der genetisch bedingt bzw. als Folge von Noxen eine gestörte Schmelzentwicklung aufweist.</p> <p>Derartige Defekte (bräunliche Verfärbungen in der Oberflächenstruktur, Tüpfel, Rillen, flächenhafte Läsionen) können in seltenen Fällen auch im Dentin beobachtet werden.</p> <p><i>Hypoplastische Zähne werden für die Statistik zu den „s/S“-Zähnen gerechnet.</i></p> <p><i>Hypoplastische Zähne, die <u>wegen Hypoplasie gefüllt</u> wurden, werden als „h/H“ dokumentiert und somit in der Statistik zu den „s/S“-Zähnen gerechnet.</i></p> <p><i>Hypoplastische Zähne <u>mit einer Versiegelung</u> sind als „v/V“ zu dokumentieren.</i></p> <p><i>Entwickelt ein hypoplastischer Zahn eine <u>Karies</u>, ist er als „d/D“ zu dokumentieren, bei entsprechender <u>Füllungstherapie</u> als „f/F“.</i></p>

e/E	trepaniert, zur Extraktion vorgesehen	Trepanierte, stark zerstörte Zähne, ggf. mit Pulpapolyphen, Fistel, Wurzelreste, Abszess oder Ulzeration, deren Cavum pulpae infolge des Entzündungsgeschehens eröffnet wurde und bei denen eine definitive konservierende Behandlung nicht mehr möglich ist. Diese Zähne werden teilweise als Platzhalter belassen, solange sie keine klinischen Beschwerden verursachen, obwohl eine Extraktion angezeigt wäre. <i>Die „e/E“-Zähne werden für die Statistik zu den „d/D“-Zähnen gerechnet.</i>
x/X	Zahn nicht beurteilbar	Zahn war unter den Untersuchungsbedingungen bzw. in der Untersuchungssituation nicht zu beurteilen <i>Die „x/X“-Zähne werden für die Statistik nicht berücksichtigt.</i>
y/Y	Extraktion aus sonstigen Gründen	Extraktion aus sonstigen Gründen (z.B. kieferorthopädische Maßnahmen) <i>„y/Y“-Zähne werden für die Statistik zu den „s/S“-Zähne gerechnet.</i>
n/N	Nichtanlage	Dieser Zahn wurde nicht angelegt. <i>Dieser Zahn geht in die Statistik als „naturgesund (s/S)“ ein, da er weder eine Karies noch eine Füllung hat.</i>
z/Z	zerstört	Der Zahn ist aufgrund von Karies zerstört. <i>Die „z/Z“-Zähne werden für die Statistik zu den „d/D“-Zähnen gerechnet.</i>

3.3.1.2. Mundhygiene (Tabelle Z3a und Z3b)

Begriff	Erläuterung
Der Mundhygienestatus wird nach <u>visuellen</u> Gesichtspunkten erhoben. Die Beurteilung erfolgt in Abhängigkeit vom Vorhandensein von Zahnbelägen.	
Anzahl der Kinder mit unterschiedlicher Mundhygiene in den unterschiedlichen Einrichtungen.	
sehr gute Mundhygiene	keine Zahnbeläge
gut/befriedigende Mundhygiene	vereinzelte Zahnbeläge (bis 1/3 der Zahnoberfläche)
schlechte Mundhygiene	massive Zahnbeläge (mehr als 1/3 der Zahnoberfläche)
<i>Für explorative oder evaluative Zwecke stehen weitere Maßzahlen wie die Plaqueindices nach Quigley und Hein (1962), Silness und Loe (1964) sowie nach O'Leary et al. (1972) oder der Oral Hygiene Index (OHI – Greene, Vermillion 1964) zur Verfügung.</i>	

3.3.1.3 Early Childhood Caries (ECC) (Tabelle Z4b)

Begriff /Einteilung	Erläuterung
<p>Für die Early Childhood Caries (ECC) wird eine Klassifizierung zu Grunde gelegt, die Wyne (1999) publiziert hat und die von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung 2014 auf Deutsch ausformuliert wurde. Die Initialkaries wird bei Wyne nicht in die Beurteilung mit einbezogen.</p> <p>Die ECC ist nur für Kinder bis zum 6. Geburtstag (0-5 Jahre bzw. < 6 Jahre) anzugeben.</p> <p>Die Dokumentation erfolgt differenziert nach Schweregraden.</p> <p>Literaturangabe: Wyne AH: Early childhood caries: nomenclature and case definition. Community Dent Oral Epidemiol 27: 313-315 (1999) Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK): Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin (2014)</p>	
ECC-Typ I	<p>milde bis moderate Form, isoliert an Milchmolaren und / oder Schneidezähnen</p> <p>(häufig zwischen 2. und 5. Lebensjahr)</p>
ECC-Typ II	<p>moderate bis schwere Form, Kariesläsionen an Schneidezähnen des Oberkiefers bei kariesfreien Schneidezähnen des Unterkiefers, altersabhängig können auch Milchbackenzähne betroffen sein.</p> <p>Erste Läsionen zeigen sich meist schon kurz nach Durchbruch der Milchzähne</p>
ECC-Typ III	<p>schwere Form, fast alle Milchzähne betroffen (auch untere Schneidezähne)</p> <p>(meist zwischen 3. und 5. Lebensjahr)</p>

3.3.1.4. Dokumentation der Molaren-Incisiven-Hypomineralisation (MIH) nach Wetzel und Reckel (modifiziert durch die AG-ZäD) (Tabelle Z4b)

<p>Molaren-Incisiven-Hypomineralisation (MIH):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betroffen sind grundsätzlich ein oder mehrere Sechsjahrmolaren, die bleibenden Frontzähne können ebenfalls betroffen [Weerheijm et al., 2001] - Entwicklungsbedingte Erkrankung der Zahnschmelzsubstanz - Ursache(n) nicht abschließend geklärt - Gelblich/bräunlich bzw. weißlich/cremefarbene Flecken bereits vor Durchbruch der betroffenen Zähne - Schlechtere Schmelzqualität - Alle Schweregrade können mit oder ohne Beteiligung der Schneidezähne auftreten - Vermehrte Berührungs- und Temperaturempfindlichkeit bei Schweregrad 2 und 3 (<i>wird im Rahmen der Schulzahnärztlichen Untersuchung nicht geprüft</i>) - Höhere Kariesanfälligkeit - Viele Patienten bis zum Durchbruch der ersten bleibenden Zähne hinsichtlich der Zahnbildung unauffällig und beschwerdefrei - Die Ausdehnung der Defekte auf den Sechsjahrmolaren ist in der Regel sehr ungleichmäßig, auf den Frontzähnen oft etwas gleichmäßiger - Histologisch zeigen sich Porositäten und niedrigere Kalzium- und Phosphatkonzentration im Vergleich zum normalen Schmelz.

Für die **MIH** soll für den Bogen in die drei unterschiedlichen Schweregrade nach einer **Modifikation von Wetzel und Reckel (1991)** unterteilt werden, die an Hand der Sechsjahremolaren klassifiziert worden ist. (*Die Modifikation der „Wetzel und Reckel-Unterteilung“ wurde von der AG-ZäD vorgenommen, da im Rahmen der Jugendzahnärztlichen Untersuchung die Empfindlichkeit der Zähne gegenüber Kälte nicht geprüft und die erhöhte Gefahr von Schmelzfrakturen nicht bestimmt werden kann.*)

Wenn eine Differenzierung nach Schweregraden nicht möglich ist, kann die MIH auch als Gesamtzahl (ohne Differenzierung) angegeben werden.

In der Tabelle Z4b sind die absoluten Zahlen zu dokumentieren.

Literaturangabe:

Wetzel WE, Reckel U. Fehlstrukturierte Sechsjahrmolaren nehmen zu – eine Umfrage. Zahnärztl Mitt; 81: 650–652 (1991)

Begriff /Einteilung	Erläuterung
MIH Schweregrad 1 (nach Wetzel & Reckel)	ein oder mehrere Molare mit einzelnen cremefarbenen Arealen an Kauflächen/Höckerspitzen bei erhaltener Zahnmorphologie
MIH Schweregrad 2 (Wetzel & Reckel modifiziert: ohne Beurteilung der Empfindlichkeit der Zähne und ohne Beurteilung einer erhöhten Gefahr für Schmelzfrakturen.)	ein oder mehrere Molare mit überwiegend gelb-braunem Zahnschmelz, hypomineralisierte Bereiche über die Okklusalfäche hinaus.
MIH Schweregrad 3 (Wetzel & Reckel modifiziert: ohne Beurteilung der Empfindlichkeit der Zähne.)	ein oder mehrere Molare mit großen gelblich-braunen Arealen im gesamten Zahnbereich mit Defekten in der Kronenmorphologie und starken Schmelzverlusten.
MIH ohne Differenzierung nach Schweregrad	Anzahl der Gebisse mit MIH an einem oder mehreren Molaren liegt vor. MIH wird aber nicht nach Schweregrad differenziert.
Maßzahlen	Anzahl der Gebisse mit mind. einem von MIH betroffenen Molaren ohne Schweregraddifferenzierung nach Einrichtungsform Anzahl der Gebisse mit mind. einem von MIH betroffenen Molaren mit Schweregraddifferenzierung (MIH 1, MIH 2, MIH 3) nach Einrichtungsform

3.3.1.5. Milchmolaren Hypermineralisation (MMH) (Tabelle Z4b)

MMH Milchmolaren-Hypomineralisation

Milchmolare mit Hypomineralisation, die als deutlich abgegrenzte Opazitäten, als umschriebener oder als umfassenderer Schmelzdefekt imponieren.

Die Konzentration auf die Molaren hängt vor allem mit der Beobachtungshäufigkeit und den teilweise überlappenden Mineralisationszeiträumen der 2. Milchmolaren und der 6-Jahr-Molaren zusammen.

Zu dokumentieren ist, ob eine MMH vorliegt oder nicht (unabhängig vom Schweregrad bzw. Anzahl der betroffenen Milchmolaren).

3.3.2. Kieferorthopädische Befunde (Tabelle Z3a + Z3b)

In den Tabellen Z3a und Z3b sind die absoluten Zahlen zu dokumentieren.	
Standards zur Diagnostik	Konzertierte Standards zur Diagnostik existieren nicht
Begriff	Erläuterung
kieferorthopädische Behandlung/Beratung	Dokumentiert werden die 3 Varianten: <ul style="list-style-type: none"> - Ja, kieferorthopädische Behandlung/Beratung wird empfohlen - Nein, keine kieferorthopädische Behandlung/Beratung notwendig - Kind ist bereits in kieferorthopädischer Behandlung/Beobachtung
kieferorthopädische Diagnose:	Zu dokumentieren sind: <ul style="list-style-type: none"> - Eugnathes Gebiss - Platzmangel - Platzüberschuss - ausgeprägte sagittale Stufe - lateraler Kreuzbiss (laterale Okklusionsstörung) - frontaler Kreuzbiss (mandibuläre Prognathie) - offener Biss - tiefer Biss/Deckbiss (steil/ invertiert stehende Schneidezähne)

3.4. Indikatoren und Indizes

3.4.1. Kariesstatus des Gebisses

a. Absolute Werte (Tabelle Z3a + Z3b, Z4a, Z5):

Begriff	Erläuterung
naturgesundes Gebiss	<p>karies- und füllungsfreies Gebiss, ohne kariesbedingt fehlende Zähne</p> <p>Naturgesundes Gebiss: $d+m+f+D+M+F = 0$</p> <p>e/E und z/Z werden zu d/D hinzugerechnet</p> <p><i>Nicht für den Bogen erforderlich:</i></p> <p><i>Milchgebiss: $d+m+f=0$</i> <i>Wechselgebiss: $d+m+f+D+M+F = 0$</i> <i>bleibendes Gebiss: $D + M + F = 0$</i></p>
saniertes Gebiss	<p>kariesfreies Gebiss, mit kariesbedingt fehlenden oder gefüllten Zähnen</p> <p>Saniertes Gebiss: $d+D = 0$ und $m+f+M+F > 0$</p> <p>e/E und z/Z werden zu d/D hinzugerechnet</p> <p><i>Nicht für den Bogen erforderlich:</i></p> <p><i>Milchgebiss: $d=0$ und $m+f=0$</i> <i>Wechselgebiss: $d+D = 0$ und $m+f+M+F > 0$</i></p> <p><i>bleibendes Gebiss: $D = 0$ und $M+F > 0$</i></p>
kariöses/behandlungsbedürftiges Gebiss	<p>Gebiss mit einem oder mehreren kariösen Zähnen</p> <p>Kariöses Gebiss: $d+D > 0$</p> <p>e/E und z/Z werden zu d/D hinzugerechnet</p> <p><i>Nicht für den Bogen erforderlich:</i></p> <p><i>Milchgebiss: $d > 0$</i> <i>Wechselgebiss: $d+D > 0$</i> <i>bleibendes Gebiss: $D > 0$</i></p>

b. Relative Werte: (für das Ausfüllen des Bogens nicht erforderlich)

Begriff	Erläuterung
Anteil naturgesunder Gebisse	<p>Anteil karies- und füllungsfreier Gebisse, ohne kariesbedingt fehlende Zähne</p> <p>Milchgebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + m + f = 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>Wechselgebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + m + f + D + M + F = 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>Bleibendes Gebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } D + M + F = 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>e/E und z/Z werden zu d/D hinzugerechnet</p>
Anteil sanierter Gebisse	<p>Anteil kariesfreier Gebisse, mit kariesbedingt fehlenden oder gefüllten Zähnen</p> <p>Milchgebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d = 0 \text{ und } m + f > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>Wechselgebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + D = 0 \text{ und } m + f + M + F > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>Bleibendes Gebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } D = 0 \text{ und } M + F > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>e/E und z/Z werden zu d/D hinzugerechnet</p>
Anteil kariöser/behandlungsbedürftiger Gebisse	<p>Anteil Gebisse mit einem oder mehreren kariösen Zähnen</p> <p>Milchgebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>Wechselgebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + D > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>Bleibendes Gebiss: $= \frac{\sum(\text{Gebisse mit } D > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$</p> <p>e/E und z/Z werden zu d/D hinzugerechnet</p>

3.4.2. Gebisszustand nach Kariesaspekten und Sanierungsgrad

a. Absolute Werte: (für das Ausfüllen des Bogens nicht erforderlich)

Begriff	Erläuterung / Berechnung
<p>Absolute Werte ermöglichen eine Aussage über ein individuelles Kind. Es wird der Zustand eines einzelnen Gebisses unter verschiedenen Aspekten von Karies beurteilt.</p>	
<p>d-t-, m-t-, f-t- Wert D-T, M-T-, F-T- Wert</p>	<p>Die Werte beschreiben ein Gebiss nach den separaten Zahnbefunden.</p>
<p>dmf-t-Wert</p>	<p>Der dmf-t-Wert beschreibt die individuellen Karies-Erfahrung eines Gebisses. Er basiert auf der Anzahl kariöser (decayed, d), fehlender (missing, m) und gefüllter (filled, f) Zähne (teeth, t).</p> <p>$dmf-t (-Wert) = d + m + f$</p> <p>Seine Kalkulation bezieht sich auf 20 Milchzähne.</p> <p>Ein <i>dmf-t-Wert</i> von 1 bedeutet, dass ein Zahn entweder kariös, wegen Karies fehlend oder wegen Karies bereits gefüllt ist (z.B.: $dmf-t\text{-Wert} = 3 - (1 + 0 + 2 = 3)$ Ein Zahn kariös, keiner fehlend und zwei Zähne mit Füllungen; dementsprechend sind 17 Zähne intakt.</p>
<p>DMF-T-Wert</p>	<p>Der DMF-T-Wert beschreibt die individuellen Karies-Erfahrung eines Gebisses.</p> <p>$DMF-T (-Wert) = D + M + F$</p> <p>Seine Kalkulation bezieht sich auf 28 bleibende Zähne (ohne Mitzählung der Weisheitszähne) oder 32 Zähne, wenn die Weisheitszähne berücksichtigt werden.</p> <p>Ein <i>DMF-T-Wert</i> von 16 bedeutet, dass 16 Zähne entweder kariös, wegen Karies fehlend oder wegen Karies bereits gefüllt sind (z.B.: $(4 + 3 + 9 = 16)$ bedeutet: 4 Zähne kariös, 3 Zähne fehlend und 9 Zähne Füllungen aufweisen; dementsprechend sind 12 Zähne intakt.)</p>

b. Relative Werte (Tabelle Z4a + Z5)

Begriff	Erläuterung / Berechnung
<p>Indices sind relative Werte und beschreiben den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand von Gebissen einer Gesamtheit.</p>	
<p>dmf-t/ DMF-T-Index (Tabelle Z4a+Z5)</p>	<p>Der dmf-t/DMF-T-Index steht als Abkürzung für die Beurteilung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Gebisse einer Gesamtheit.</p> <p>Die Erläuterung des Begriffs ergibt sich aus den Kürzeln, d/D = decayed (kariös) (dazu zählen auch e/E und z/Z) m/M = missing (fehlend) f/F = filled (gefüllt) t/T = teeth (Zähne)</p> <p>Der dmf-t/DMFT-Index wird für das Milchgebiss und das bleibende Gebiss getrennt angegeben und errechnet sich wie folgt:</p> $dmf-t-Index = \frac{\sum d + m + f}{\sum Probanden}$ <p>bzw.</p> $DMF-T-Index = \frac{\sum D + M + F}{\sum Probanden}$ <p>Indizes für unterschiedliche Altersgruppen: 3-jährige: dmft-Index 6- und 9-jährige: dmft-Index und DMFT-Index 12- und 15-jährige: DMF-T-Index</p>
<p>d-t-, m-t-, f-t-Index und D-T-, M-T-, F-T-Index</p>	<p>Für alle drei Befundausprägungen (d, m, f bzw. D, M, F) können auch Einzel-Indizes berechnet werden. Beispiel anhand von „D“:</p> $D-T-Index = \frac{\sum D}{\sum Probanden}$
<p>df-t-Index und DF-T-Index</p>	<p>Der df-t-Index/DF-T-Index betrachtet nur die kariösen und gefüllten Zähne:</p> $df-t-Index = \frac{\sum d + f}{\sum Probanden}$ <p>bzw.</p> $DF-T-Index = \frac{\sum D + F}{\sum Probanden}$

c. Sanierungsgrad (Tabelle Z5)

Sanierungsgrad Milchgebiss (bezogen auf die Gesamtheit der Zähne aller Kinder einer Altersgruppe)	$\text{Milchgebiss} = \frac{\sum f+m}{\sum d+m+f} \times 100$ <p>Wird angegeben bei Kindern von 3, 6, 9 Jahren</p>
Sanierungsgrad bleibendes Gebiss (bezogen auf die Gesamtheit der Zähne aller Kinder einer Altersgruppe)	$\text{bleibendes Gebiss} = \frac{\sum F+M}{\sum D+M+F} \times 100$ <p>Wird angegeben bei Kindern/ Jugendlichen von 6, 9, 12, 15 Jahren</p>
Sanierungsgrad (bezogen auf Kinder)	$\text{Milchgebiss} = \frac{\sum f+m}{\sum \text{Probanden}} \times 100$ $\text{bleibendes Gebiss} = \frac{\sum F+M}{\sum \text{Probanden}} \times 100$

3.4.3. Significant Caries Index (SiC) (Tabelle Z5)

Begriff	Erläuterung / Berechnung
SiC steht für „Significant Caries“	
Dient der genaueren Betrachtung der Kinder und Jugendlichen mit dem höchsten Kariesbefall. Er eignet sich, um die Entwicklung der Zahngesundheit in Risikogruppen abzubilden. Der SiC hat zum Ziel, intensiv zu betreuende Sozialräume, Stadtteile oder Einrichtungen zu identifizieren.	
Für Niedersachsen wird der SiC-dmf-t für die 3-, 6- und 9-Jährigen berechnet und der SiC-DMF-T für 6-, 9-, 12- und 15-Jährige.	
Die SiC-Indizes für Kinder in weiterführenden Schulen können für die verschiedenen Schulformen getrennt ausgewertet werden. Wenn möglich, können in Gesamtschulen die SiC-Indizes zusätzlich auch für die einzelnen Schulzweige getrennt berechnet werden. <i>Literatur: Brathall D (2000) Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new health goal for 12-year-olds. Int Dent J 50: 378-384</i>	
SiC-dmf-t-Index und SiC-DMF-T-Index	<p>Für die Berechnung des SiC-Index werden zuerst die individuellen dmf-t bzw. DMF-T-Werte der Kinder aufsteigend geordnet. Vom Drittel (33,3 %) der Kinder mit den höchsten Werten, wird dann der Mittelwert errechnet.</p> <p>In Nds. sollen folgende Werte ausgewiesen werden:</p> <p>SiC-dmf-t für 3, 6- und 9-Jährige</p> <p>SiC-DMF-T für 6-, 9-, 12- und 15-Jährige</p>

3.4.4. High Caries Index (HiC) (Tabelle Z5)

Begriff	Erläuterung / Berechnung
HiC steht für „High Caries“	
Der HiC ist ein neuerer Index und ist mitunter besser geeignet als der SiC, die Entwicklung der Zahngesundheit in Risikogruppen abzubilden. Der HiC (als Ergänzung zum SiC) wurde entwickelt, weil sich die Kariesprävalenzen in den letzten Jahren geändert haben. Beim SiC gehen heutzutage in einigen Altersgruppen sogar dmft-/DMF-T-Werte von Kindern mit naturgesunden Gebissen mit in die Berechnung ein, was den Index unbrauchbar macht. Anders als der SiC, der das oberste Drittel (33,3 %) der Kinder mit den höchsten dmft-/DMF-T-Werten betrachtet, betrachtet der HiC nur die obersten 10 % . (Die Festlegung auf die obersten 10% erfolgte in Absprache mit dem BZÖG und der AfÖG, die den HiC-Index in der aktualisierten „Empfehlung zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ empfehlen, allerdings dort keine Prozentangabe geliefert haben.)	
HiC - dmft HiC - DMFT	<p>Für die Berechnung des HiC-Index werden zuerst die individuellen dmft-/DMF-T-Werte der Kinder aufsteigend geordnet. Von den 10 % der Kinder mit den höchsten Werten, wird dann der Mittelwert errechnet.</p> <p>In Nds. sollen folgende Werte ausgewiesen werden:</p> <p>HiC-dmft-t für 3, 6- und 9-Jährige</p> <p>HiC-DMF-T für 6-, 9-, 12- und 15-Jährige</p>

3.4.5. Kariesrisiko nach DAJ (modifiziert) (Tabelle Z4a + Z4b)

Das hohe Kariesrisiko nach DAJ kann nur für die Kinder errechnet und ausgewiesen werden, für die Einzelzahnbefunde dokumentiert worden sind. Da im Rahmen der schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen i.d.R. keine Flächen beurteilt und dokumentiert werden, ist für die Altersgruppe der 10- bis 12-Jährigen die „*Definition von Risikogruppen mit hohem Kariesrisiko in Altersdifferenzierung, beschlossen in der DAJ-Vorstandssitzung vom 24.6.1998*“ nicht zielführend. Daher wurde die Definition für die 10-, 11- und 12-Jährigen durch den Zusatz „**oder D(T) > 2**“ von der AG-ZäD und LAGJ-Nds. modifiziert:

Definition von Risikogruppen mit „hohem Kariesrisiko“ in Altersdifferenzierung beschlossen in der DAJ-Vorstandssitzung vom 24.6.1998, modifiziert für die Altersgruppe der 10-12-jährigen	
<i>Erläuterung: x-jährig: bis zum letzten Tag vor dem (x+1) Geburtstag</i>	
Alter der Kinder	Grenzwert für „hohes Kariesrisiko“
0-, 1-, 2- und 3-jährige	dmf(t) > 0
4-jährige	dmf(t) > 2
5-jährige	dmf(t) > 4
6- und 7-jährige	dmf/DMF(t/T) > 5 oder D(T) > 0
8- und 9-jährige	dmf/DMF(t/T) > 7 oder D(T) > 2
10-, 11- und 12-jährige	DMF(S) an Approximal-/Glatflächen > 0 <u>oder D(T) > 2</u>

4. Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Tabellen des „Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen“

4. 1. Tabelle Z1: Gemeldete Einrichtungen und Kinder im Schuljahr XX:

Diese Tabelle ist künftig nicht mehr von den Kommunen zu befüllen.

Das NLGA holt die offiziellen Daten vom Landesamt für Statistik Niedersachsen bzw. für die Tagesbildungsstätten beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ein.

4. 2. Tabelle Z2: Anzahl besuchter Einrichtungen und Gruppen/Klassen im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung bzw. Gruppenprophylaxe, Einrichtungen mit Zähneputzen und Einverständniserklärungen für zahnärztliche Untersuchungen

In der Tabelle Z2 werden nach Einrichtungen/Klassenstufen folgende Items erfasst:

- Zeile 1: Durch die zahnärztliche Kraft innerhalb des Untersuchungszeitraumes aufgesuchte **Gruppen/Klassen** zwecks Durchführung von zahnärztlichen Untersuchungen nach Einrichtungstyp
- Zeile 2: Durch die zahnärztliche Kraft innerhalb des Untersuchungszeitraumes aufgesuchte **Einrichtungen** zwecks Durchführung von zahnärztlichen Untersuchungen nach Einrichtungstyp
- Zeile 3: Durch die Prophylaxefachkraft innerhalb des Untersuchungszeitraumes aufgesuchte **Gruppen/Klassen** zur Durchführung von theoretischen und/oder praktischen Impulsen nach Einrichtungstyp
- Zeile 4: Durch die Prophylaxefachkraft innerhalb des Untersuchungszeitraumes aufgesuchte **Einrichtungen** zur Durchführung von theoretischen und/oder praktischen Impulsen nach Einrichtungstyp
- Zeile 5: Anzahl der Einrichtungen, in denen mind. eine Gruppe/Klasse mind. einmal täglich die Zähne putzt, aus der Gesamtheit von der Prophylaxefachkraft aufgesuchten Einrichtungen nach Einrichtungstyp
- Zeile 6: Anzahl der Kinder mit **positiv beschiedener Einverständniserklärungen** für die zahnärztliche Untersuchung nach Einrichtungstyp. Die Grundgesamtheit sind alle in den Gruppen/Klassen gelisteten/gemeldeten Kinder (Gesamtkinderzahl), die von der zahnärztlichen Kraft aufgesucht wurden.
- Zeile 7: (*Fakultativ*) Anzahl der Kinder mit **negativ beschiedener Einverständniserklärung** für die zahnärztliche Untersuchung nach Einrichtungstyp. Diese Zeile ist nur zu füllen, wenn Ihnen diese Information von der Einrichtung mitgeteilt worden ist. Diese Kinder sind zusätzlich in Zeile

8 miterfasst. Die Grundgesamtheit sind alle in den Gruppen/Klassen gelisteten/gemeldeten Kinder (Gesamtkinderzahl), die von der zahnärztlichen Kraft aufgesucht wurden.

Zeile 8: Anzahl der Kinder **ohne Rückgabe einer Einverständniserklärung** oder **mit negativ beschiedener Einverständniserklärung** nach Einrichtungstyp. Die Grundgesamtheit sind alle in den Gruppen/Klassen gelisteten/gemeldeten Kinder (Gesamtkinderzahl), die von der zahnärztlichen Kraft aufgesucht wurden.

Wichtig: Sollten ihnen von der Schule ausschließlich die Kinder mit positiver Einwilligungserklärung weitergeleitet werden, dokumentieren Sie bitte die Differenz zu der Anzahl der Kinder in der Gruppe/Klasse/Einrichtungstyp unter „keine Rückmeldung“.

Wichtig: Alle Gruppen/Klassen und Einrichtungen werden für das Berichtsjahr nur **einmal** gezählt, auch wenn sie mehrfach aufgesucht worden sind. Ansonsten lässt sich der Anteil der erreichten Gruppen/Klassen bzw. Einrichtungen nicht errechnen.

Zur Info:

- **Einverständniserklärungen für zahnärztliche Untersuchung:**

Positive Rückmeldung: Anzahl der positiv beschiedenen Einverständniserklärungen

Negative Rückmeldung: Anzahl der negativ beschiedenen Einverständniserklärungen (*Info liegt nicht allen Kommunen vor*)

Keine Rückmeldung: Anzahl der Einverständniserklärungen, die ausgeteilt aber nicht wieder zurückgekommen sind. (Errechenbar aus der Anzahl der Kinder in der Gruppe/Klassenstufe/Einrichtungstyp abzüglich der positiv (und negativ) beschiedenen Rückmeldungen.

- Die grau hinterlegten und mit dem Zeichen „/“ versehenen Felder sind nicht auszufüllen. Diese Zahlen sind in den Angaben des Kindergartens mit enthalten.

- In Krippengruppen und Kindergärten gibt es immer Kinder, die vom Alter her eigentlich nicht in diese Betreuungsform gehören. Diese Tatsache ist zu vernachlässigen.

- Bei den Schulformen ist die Trägerschaft (staatliche Schule, private Trägerschaft) ohne Bedeutung. Sie werden gemeinsam dokumentiert.

- Waldorfschulen werden in der Auswertung bei IGS/KGS mitgezählt.

- Internate werden der jeweiligen Schulform zugeordnet.

4.3. Tabelle Z3 a/Z3 b: Untersuchungen durch Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD bzw. durch Honorarzahnärztinnen/-ärzte, differenziert nach Einrichtungen:

Die Tabelle Z3a und Z3b unterscheiden sich dahingehend, dass, in Tabelle Z3a die Angaben zu den **ÖGD-Zahnärztinnen/-ärzten** gemacht werden und in die Tabelle Z3b die Angaben zu den **Honorarzahnärztinnen/-ärzten**. Sollte keine Differenzierung der Daten zwischen ÖGD- und Honorarärzten möglich sein, tragen Sie bitte die Gesamtdaten in Tabelle Z3a ein und machen Sie durch ein **Kreuz** unter **Erläuterungen** kenntlich, dass diese Tabelle die Daten beider Ärzteteams beinhaltet. Sollte es keine ÖGD-Zahnärzte geben, dann bleibt Tabelle Z3a leer; sollte es keine Honorarzahnärzte geben, dann bleibt Tabelle Z3b leer.

In den Tabellen Z3a und Z3b werden nach Einrichtungen/Klassenstufen folgende Items erfasst:

1. Absolute Häufigkeiten des Kariesstatus des Gebisses (naturgesundes, saniertes, kariöses Gebiss)
2. Absolute Häufigkeiten der Kinder mit Zahn-/Kieferfehlstellungen
3. Absolute Häufigkeiten der Kinder mit unterschiedlichen Mundhygienestatus (sehr gute, gut-befriedigende, schlechte Mundhygiene, Mundhygiene nicht beurteilbar.)

Wichtig: Jedes Kind bzw. Jugendliche wird nur **einmal** gezählt, auch wenn es/er im Untersuchungszeitraum mehrmals untersucht worden ist.

Wichtig: Von jedem Kind/Jugendlichen wird nur die **aktuellste** Beurteilung des Gebisses (naturgesund, saniert, kariös) und der Mundhygiene in der Tabelle dokumentiert.

Zeile 1: Unter „**untersuchte Kinder**“ werden auch die Kinder mitgezählt, bei denen auf Grund mangelnder Compliance nicht alle Zähne beurteilt werden konnten oder von denen keine Einzelzahnbefunde vorliegen (*anders als in den Tabellen Z4a/b und Z5, wo nur die „vollständig untersuchten Kinder“ gezählt werden*). (siehe Kapitel 3.2.1.)
(Die Zahlen der „untersuchten Kinder“ der Tabellen Z3a/b sind i.d.R. größer als die Zahlen der „vollständig untersuchten Kinder“ der Tabellen Z4a/b und Z5.)

Die Summe von „naturgesundem Gebiss“, „saniertem Gebiss“ und „kariösem Gebiss“ ergibt die Anzahl der „untersuchten Kinder“.

Zeile 2-4: Es sind die absoluten Häufigkeiten der Gebisse mit den drei verschiedenen **Kariesstatus** (naturgesundes Gebiss/ saniertes Gebiss/ kariöses Gebiss) zu dokumentieren. (siehe Kapitel 3.4.1.)

Eine Unterscheidung zwischen Milchzähnen und bleibenden Zähnen findet nicht statt.

Zeile 2: Naturgesundes Gebiss: $d+m+f+D+M+F = 0$

Zeile 3: Saniertes Gebiss: $d+D = 0$ und $m+f+M+F > 0$

Zeile 4: Kariöses Gebiss: $d+D > 0$

Die Summe von „naturgesundem Gebiss“, „saniertem Gebiss“ und „kariösem Gebiss“ entspricht der Anzahl der „untersuchten Kinder“.

Konnten bei einzelnen Kindern wegen fehlender Compliance nicht alle Zähne gesehen werden, wird von den gesehenen auf die nicht gesehenen Zähne geschlossen.

Zeile 5: In die Zeile der **Zahn/-Kieferfehlstellungen** wird die Anzahl der Kinder mit kieferorthopädischen Auffälligkeiten dokumentiert. Um welche Diagnose es sich handelt und ob es ggf. Mehrfachdiagnosen gibt, spielt dabei keine Rolle. (siehe Kapitel 3.3.2.)

Zeile 6-8: Der Status der **Mundhygiene** wird nach visuellen Gesichtspunkten erhoben. Unterschieden wird zwischen sehr gut (**keine** Zahnbeläge), gut/befriedigend (**bis 1/3** der Zahnoberflächen mit Zahnbelägen) und schlecht (**mehr als 1/3** der Zahnoberflächen mit Zahnbelägen). (siehe Kapitel 3.3.1.2)

Zeile 6: Anzahl Kinder mit sehr guter Mundhygiene

Zeile 7: Anzahl Kinder mit guter/befriedigender Mundhygiene

Zeile 8: Anzahl Kinder mit schlechter Mundhygiene

Zeile 9: Anzahl Kinder ohne Beurteilung der Mundhygiene

Wenn das Alter einzelner Kinder nicht dem eigentlich üblichen Alter von Krippen (<3 Jahre) und Kindergartenkindern (3 Jahre bis Einschulungsalter) und Klassenstufen entspricht, werden diese Kinder dennoch in diesen Gruppen mitgezählt. Das Alter wird somit nicht berücksichtigt.

4.4. Tabelle Z4a: dmft/DMFT-Indizes, Kinder mit hohem Kariesrisiko nach Einrichtungen

In der Tabelle Z4a werden nach Einrichtungsformen/Klassenstufen folgende Items erfasst:

Zeile 1: Anzahl der „vollständig untersuchten Kinder“. In dieser Tabelle werden nur Kinder berücksichtigt, bei denen der Zahnstatus (weitestgehend) **vollständig** zu beurteilen war und für die Einzelzahnbefunde vorliegen. (Die Zahlen der „vollständig untersuchten“ Kinder entsprechen i.d.R. nicht den Zahlen der „untersuchten“ Kinder aus den Tabellen Z3a und Z3b. Deren Zahlen sind in der Regel größer, weil sie u.a. auch die Kinder enthalten, für die keine Einzelzahnbefunde vorliegen.)

Zeile 2: Es ist die Anzahl der Kinder mit naturgesundem Gebiss (karies- und füllungsfreies Gebiss) zu dokumentieren. (siehe Kapitel 3.4.2.b)

- Zeile 3-7: Karieserfahrung im Milchzahngebiss:
Zu dokumentieren ist der dmf-, df-, d-, m-, f-t-Index der Kinder aus den
Einrichtungsformen: Großtagespflege/private Gruppen, Krippen, Kindergarten,
Grundschule und Förderschule, Tagesbildungsstätten (*siehe Kapitel 3.4.2.b*)
- Zeile 8-12: Karieserfahrung im bleibenden Gebiss:
Zu dokumentieren ist der DMF-, DF-, D-, M-, F-T-Index von Kindern aus den
Einrichtungsformen: Kindergarten, Grundschule, Förderschule,
Tagesbildungsstätten, 5. - 6. Klasse und 7. – 10. Klasse aufgegliedert nach
Schulformen (*siehe Kapitel 3.4.2.b*)
- Zeile 13: Zu dokumentieren ist die Anzahl der Kinder/Jugendlicher mit hohem
Kariesrisiko gemäß der DAJ-Definition (modifiziert) (*siehe Kapitel 3.4.5.*)

Wichtig: Alle Kinder bzw. deren Befunde werden nur **einmal** gezählt, auch wenn sie
mehrfach untersucht worden sind. Dokumentiert wird immer der aktuellste Befund.

Wichtig: Alle Berechnungen der Tabelle beziehen sich auf die Kohorte der „vollständig
untersuchten“ Kinder.

Wenn das Alter einzelner Kinder nicht dem üblichen Alter von Krippen (<3 Jahre),
Kindergartenkindern (3 Jahre bis Einschulungsalter) oder Klassenstufen entspricht, werden
diese Kinder dennoch in diesen Gruppen mitgezählt.

4.5. Tabelle Z4b: ECC und MIH / MMH nach Einrichtungen

Die Tabelle Z4b ist die Fortsetzung der Tabelle Z4a. Daher sind Zeile 1 und 2 (grau
hinterlegt) identisch mit den entsprechenden Zeilen aus Tabelle Z4a und werden
automatisch aus Tabelle Z4a übernommen.

Die Tabelle bezieht sich ausschließlich auf die Kohorte der „vollständig untersuchten“ Kinder.

In der Tabelle Z4b werden nach Einrichtungen/Klassenstufen folgende Items erfasst:

- Zeile 3-5: Anzahl Kinder mit ECC Typ I-III (*siehe Kapitel 3.3.1.3.*)
- Zeile 6-8: Anzahl Kinder mit MIH Grad I-III (*siehe Kapitel 3.3.1.4.*)
- Zeile 9: Anzahl Kinder mit MIH ohne Differenzierung nach Schweregraden (diese Zeile
ist nur zu füllen, wenn Zeile 6-8 nicht gefüllt werden können) (*siehe Kapitel
3.3.1.4.*)
- Zeile 10: Anzahl Kinder mit MMH (*siehe Kapitel 3.3.1.5.*)

Der ECC ist nach Schweregraden differenziert anzugeben.

Die Initialkaries ist bei der Beurteilung der ECC nicht zu berücksichtigen.

Wichtig: Alle Kinder bzw. deren Befunde werden nur **einmal** gezählt, auch wenn sie
mehrfach untersucht worden sind. Dokumentiert wird immer der aktuellste Befund.

Early Childhood Caries (ECC):

Für die **Early Childhood Caries (ECC)** wird eine Klassifizierung zu Grunde gelegt, die Wyne (1999) publiziert hat und die von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014 auf Deutsch ausformuliert wurde. Die Initialkaries wird bei Wyne nicht in die Beurteilung mit einbezogen.

- **ECC-Typ I:** milde bis moderate Form, isoliert an Milchmolaren und / oder Schneidezähnen (häufig zwischen 2. und 5. Lebensjahr)
- **ECC-Typ II:** moderate bis schwere Form, Kariesläsionen an Schneidezähnen des Oberkiefers bei kariesfreien Schneidezähnen des Unterkiefers, altersabhängig können auch Milchbackenzähne betroffen sein. Erste Läsionen zeigen sich meist schon kurz nach Durchbruch der Milchzähne
- **ECC-Typ III:** schwere Form, fast alle Milchzähne betroffen (auch untere Schneidezähne) (meist zwischen 3. und 5. Lebensjahr)

Die ECC ist nur für Kinder bis zum 6. Geburtstag (0-5 Jahre bzw. < 6 Jahre) anzugeben.

Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation

Die **MIH** soll für den Bogen in die drei unterschiedlichen Schweregrade nach einer **Modifikation** von Wetzel und Reckel (1991) unterteilt werden. *(Die Modifikation der „Wetzel und Reckel-Klassifizierung“ wurde von der AG-ZäD vorgenommen, da im Rahmen der Jugendzahnärztlichen Untersuchung die Empfindlichkeit der Zähne gegenüber Kälte nicht geprüft und die erhöhte Gefahr von Schmelzfrakturen nicht bestimmt werden kann.)*

MIH Schweregrad 1 (nach Wetzel & Reckel)	ein oder mehrere Molare mit einzelnen cremefarbenen Arealen an Kauflächen/Höckerspitzen bei erhaltener Zahnmorphologie
MIH Schweregrad 2 (Wetzel & Reckel modif.: <i>ohne Beurteilung der Empfindlichkeit der Zähne und ohne Beurteilung einer erhöhten Gefahr für Schmelzfrakturen.</i>)	ein oder mehrere Molare mit überwiegend gelb-braunem Zahnschmelz, hypomineralisierte Bereiche über die Okklusalfäche hinaus.
MIH Schweregrad 3 (Wetzel & Reckel modif: <i>ohne Beurteilung der Empfindlichkeit der Zähne.</i>)	ein oder mehrere Molare mit großen gelblich-braunen Arealen im gesamten Zahnbereich mit Defekten in der Kronenmorphologie und starken Schmelzverlusten.

Alle Schweregrade können mit oder ohne Beteiligung der Schneidezähne auftreten.

Wenn eine Differenzierung nach Schweregraden nicht möglich ist, kann die MIH auch als Gesamtzahl (ohne Differenzierung) angegeben werden.

Milchmolaren-Hypomineralisation (MMH)

Hypomineralisation bei einem oder mehreren Milchmolaren liegt vor.

4.6. Tabelle Z5: dmft/DMFT-Indizes, SiC, HiC, Sanierungsgrad und Kinder mit hohem Kariesrisiko nach Alter im Schuljahr 20XX/20XY

In der Tabelle Z5 werden nach „Alter in Lebensjahren“ folgende Items erfasst:

- Zeile 1: Anzahl der „vollständig untersuchten Kinder“. In dieser Tabelle werden nur Kinder berücksichtigt, bei denen der Zahnstatus (weitestgehend) **vollständig** zu beurteilen war und Einzelzahnbefunde vorliegen. *(Die Zahlen der „vollständig untersuchten“ Kinder entsprechen i.d.R. nicht den Zahlen der „untersuchten“ Kinder aus den Tabellen Z3a und Z3b. Deren Zahlen sind in der Regel größer.)*
- Zeile 2: Anzahl der Kinder mit naturgesundem Gebiss *(siehe Kapitel 3.4.2.)*
- Zeile 3-7: Karieserfahrung im Milchzahngebiss:
Zu dokumentieren ist der dmf-, df-, d-, m-, f-t-Index der Kinder der Altersgruppen < 3, 3, 6, 9 Jahren *(siehe Kapitel 3.4.2.b)*
- Zeile 8: der SiC-dmft der Kinder im Alter von 3, 6, 9 Jahren *(siehe Kapitel 3.4.3.)*
- Zeile 9: der HiC-dmft der Kinder im Alter von 3, 6, 9 Jahren *(siehe Kapitel 3.4.4.)*
- Zeile 10: der Sanierungsgrad der Milchgebisse bei Kinder im Alter von 3, 6, 9 Jahren *(siehe Kapitel 3.4.2.c)*
- Zeile 11-15: Karieserfahrung im bleibenden Gebiss:
Zu dokumentieren ist der DMF-, DF-, D-, M-, F-T-Index der Kinder/Jugendliche von 6, 9, 12, 15 Jahren (12- und 15-jährige aufgeschlüsselt nach Schulform) *(siehe Kapitel 3.4.2.b)*
- Zeile 16: der SiC-DMF-T der Kinder/Jugendlichen von, 6, 9, 12, 15 Jahren (12- und 15-jährige aufgeschlüsselt nach Schulform) *(siehe Kapitel 3.4.3.)*
- Zeile 17: der HiC-DMF-T der Kinder/Jugendlichen von, 6, 9, 12, 15 Jahren (12- und 15-jährige aufgeschlüsselt nach Schulform) *(siehe Kapitel 3.4.4.)*
- Zeile 18: der Sanierungsgrad der bleibenden Gebisse bei Kindern im Alter von 6, 9, 12, 15 Jahren (12- und 15-jährige aufgeschlüsselt nach Schulform) *(siehe Kapitel 3.4.2.c)*
- Zeile 19: die Anzahl der Kinder/Jugendlicher mit hohem Kariesrisiko gemäß DAJ-Definition (modifiziert) *(siehe Kapitel 3.4.5.)*

Wichtig: Alle Kinder bzw. deren Befunde werden nur **einmal** gezählt, auch wenn sie mehrfach untersucht worden sind. Dokumentiert wird immer der aktuellste Befund.

Wichtig: Alle Berechnungen der Tabelle beziehen sich auf die Kohorte der „vollständig untersuchten“ Kinder.

HiC steht für „**H**igh **C**aries“ und **SiC** für **S**ignificant **C**aries. Beide werden als Index dargestellt. Anders als der SiC-Index, der das oberste Drittel (**33,3 %**) der Kinder mit den höchsten dmf-t/DMF-T-Werten betrachtet, betrachtet der HiC-Index nur die obersten **10 %** der Kinder mit den höchsten dmf-t/DMF-T-Werten. Auf Grund der stark unterschiedlichen Verteilung der Karieslast bei Kindern werden beim SiC-Index mitunter Kinder miterfasst, die ein kariesgesundes Gebiss haben und somit die Aussagekraft mindern. Das ist beim HiC nicht der Fall.

Der **Sanierungsgrad** setzt die Summe der gefüllten und aufgrund von Karies fehlenden Zähne ins Verhältnis zur Summe der gefüllten, auf Grund von Karies fehlenden und kariösen Zähne. (*Formeln siehe unter „3.4.2.c: Sanierungsgrad“*)

Der Sanierungsgrad wird für die Milchzähne und bleibenden Zähne getrennt ausgewiesen.

Für die unterschiedlichen Altersgruppen werden folgende Sanierungsgrade ausgewiesen:

- Bei Kindern von **3 Jahren** ausschließlich der Sanierungsgrad der Milchzähne
- Bei Kindern von **6 und 9 Jahren** der Sanierungsgrad sowohl für die Milchzähne als auch für die bleibenden Zähne
- Bei Kindern/Jugendlichen von **12 und 15 Jahren** ausschließlich der Sanierungsgrad der bleibenden Zähne (aufgeschlüsselt nach Schulform)

Wann man bei Kindern/Jugendlichen unterschiedlicher Altersgruppen von einem „**hohen Kariesrisiko**“ spricht, ergibt sich aus der „Definition von Risikogruppen in Altersdifferenzierung beschlossen in der DAJ-Vorstandssitzung vom 24.6.1998, modifiziert (siehe Kapitel 3.4.5.)“

4.7. Tabelle Z6 Prophylaxemaßnahmen im Schuljahr 20XX/20XY

1. durch die **zahnärztliche Kraft** mit Prophylaxeimpulsen erreichte Kinder
2. durch die **Prophylaxefachkraft** (PFK) mit Prophylaxeimpulsen erreichte Kinder

Zeile 1-4: Anzahl der durch die **zahnärztliche Kraft** erreichten Kinder, untergliedert nach Einrichtungstyp und aufgliedert in „Untersuchung“ und „Fluoridierungsmaßnahmen“.
Diese Zahlen sind für die gegebenen Impulse 1-4 getrennt aufzulisten.

Zeile 5: Anzahl der durch die **zahnärztliche Kraft** erreichten Kinder im Rahmen von „speziellen Programmen für Kinder mit hohem Kariesrisiko“ nach Einrichtungstyp.

Zeile 6-10: Anzahl der durch die **Prophylaxefachkraft** erreichten Kinder, untergliedert nach Einrichtungstyp und aufgliedert in „nur Theorie“, „Theorie und Putzübungen“ und „Fluoridierungsmaßnahmen“.
Diese Zahlen sind für die gegebenen Impulse 1-5 getrennt aufzulisten.

Zeile 11: Anzahl der durch die **Prophylaxefachkraft** erreichten Kinder im Rahmen von „speziellen Programmen für Kinder mit hohem Kariesrisiko“ nach Einrichtungstyp. Es sind alle Kinder zu zählen, die an den „speziellen

Programmen“ teilgenommen haben, ungeachtet ihres individuellen dmf-t/DMF-T/D-T-Wertes.

Wichtig: In dieser Tabelle werden Kinder, die mehrfach erreicht worden sind, auch **mehrfach** dokumentiert.

Weichen einzelne Kinder von der für die Einrichtung angegebenen Altersgruppe ab, werden sie trotzdem mitgezählt.

Bei **Impulsen im Rahmen der Prophylaxemaßnahmen** handelt es sich um:

- praktische und/oder theoretische Einheiten zum Verhaltenstraining und/oder zur Wissensvermittlung durch die Prophylaxefachkraft
- zahnärztlichen Untersuchungen
- spezielle Maßnahmen zur Fluoridierung mit Lack, Gelee oder Lösung

Wichtig: Der zeitliche Umfang eines Prophylaxeimpulses muss ca. eine Unterrichtseinheit (mind. ca. 45 Minuten) umfassen. Ein kürzerer Impuls ist nicht zu dokumentieren.

Folgendes ist nicht als Impuls zu dokumentieren:

- theoretische Einführungen vor der Untersuchung oder der Fluoridierung
- das Versenden von Info-Post

Es wird davon ausgegangen, dass zu jeder zahnärztlichen Untersuchung und zu jeder Fluoridierungsmaßnahme ein theoretischer Impuls dazu gehört. Dieser theoretische Impuls ist somit **nicht** separat zu dokumentieren.

Sollte eine zahnärztliche Kraft im Rahmen der Untersuchung/Fluoridierung einen theoretischen Impuls in der Länge von ca. einer Unterrichtseinheit geben oder einen theoretischen Impuls geben, ohne zu untersuchen, gibt es in diesem Bogen keine Möglichkeit, dieses zu dokumentieren.

Wenn Prophylaxefachkräfte vor einer Fluoridierungsmaßnahme einen kurzen theoretischen Impuls geben, wird dieser nicht separat ausgewiesen. Es findet also keine Unterscheidung in der Dokumentation danach statt, ob eine Fluoridierung mit oder ohne einen kurzen Theorieteil stattgefunden hat. Wenn der Theorieteil vor einer Fluoridierungsmaßnahme jedoch ca. eine (Schul-)stunde gedauert hat, kann er separat unter „nur Theorie“ dokumentiert werden.

Wichtig: Werden Prophylaxeimpulse von Prophylaxefachkräften aus dem niedergelassenen Sektor durchgeführt, dann sind sie auch mit in dieser Tabelle zu dokumentieren. Die Anzahl der durch „niedergelassene Prophylaxefachkräfte“ erreichte Kinder/Jugendliche unbedingt **zusätzlich in Tabelle Z8.b. eintragen.**

Wenn die Prophylaxefachkraft/Assistenz fluoridiert, während die zahnärztliche Kraft untersucht, dann ist der Fluoridierungsimpuls bei der Prophylaxefachkraft zu dokumentieren.

Pro Termin und Klasse/Gruppe inkl. Fluoridierung sind **maximal 3 Impulse** möglich: Untersuchung (zahnärztliche Kraft), Theorie mit oder ohne Putzübung (PFK), Fluoridierungsmaßnahme (zahnärztliche Kraft oder PFK).

„**Spezielle Programme für Kinder mit einem hohen Kariesrisiko**“ sind Programme, die speziell für Kinder/Jugendliche mit „hohem Kariesrisiko“ konzipiert worden sind. Wann man

bei Kindern/Jugendlichen unterschiedlicher Altersgruppen von einem „hohen Kariesrisikos“ spricht, ergibt sich aus der „Definition von Risikogruppen in Altersdifferenzierung beschlossen in der DAJ-Vorstandssitzung vom 24.6.1998, modifiziert (siehe Kapitel 3.4.5.). Ein hohes Kariesrisiko besteht, wenn mindestens ein Grenzwert (dmf-t, DMF-T oder D-T) überschritten wird. *In der Tabelle Z6 sind alle Kinder zu zählen, die an den „speziellen Programmen“ teilgenommen haben, ungeachtet ihres individuellen dmf-t/DMF-T/D-T-Wertes. Daher ist es nicht möglich anhand dieser Zahlen eine Aussage darüber zu machen, wie viele Kinder mit einem errechneten „hohen Kariesrisiko“ mit „speziellen Programmen“ erreicht worden sind.*

4.8. Tabelle Z7a: Veranstaltungen für Eltern und Multiplikatoren sowie Besuche in der zahnärztlichen Praxis/ im zahnärztlichen Dienst

In der Tabelle Z7a werden nach Einrichtungstyp (Ort der Veranstaltung mit der i.d.R. dazugehörenden Klientel) folgende Items erfasst:

- Zeile 1: Anzahl der durchgeführten Veranstaltungen im Rahmen der Elternarbeit
- Zeile 2: im Rahmen der Elternarbeit erreichte Personenzahl (Eltern und dabei i.d.R. anwesende Multiplikatoren)
- Zeile 3: Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren. Als Multiplikatoren sind Lehrende, Erziehende, Betreuende und die sich dazu in Ausbildung befindliche Personen zu verstehen.
- Zeile 4: im Rahmen der Multiplikatorenschulung erreichte Personenzahl
- Zeile 5: Anzahl der Kinder/Jugendlichen bei Besuchen in der zahnärztlichen Praxis oder im zahnärztlichen Dienst.
Es ist zu dokumentieren, wie viele Kinder nicht in ihren Einrichtungen, sondern entweder in der Praxis der Honorarzahnärztin/-arztes oder in den Räumlichkeiten des Jugendzahnärztlichen Dienstes Prophylaxemaßnahmen (Untersuchungen, praktische Impulse, theoretische Impulse) erhalten haben.

Diese Kinder bzw. deren Befunddaten sind (zum größten Teil) bereits in den vorherigen Tabellen (Tabelle Z3a/Z3b, Z4a/b, Z5, Z6) miterfasst.

Die DAJ nutzt diese Zahlen um sich ein Bild darüber zu verschaffen, wie viele Kinder für einen Impuls die eigene Einrichtung verlassen haben.

Die durchgeführten Veranstaltungen sind unter den Einrichtungstypen zu dokumentieren, für die sie durchgeführt worden sind. Dabei ist zu vernachlässigen, ob wirklich alle Teilnehmenden dem jeweiligen Einrichtungstyp zugeordnet werden können. Unter Sonstige Betreuungseinrichtungen sind auch z.B. Familienzentren, Eltern-Cafés, Nachbarschaftszentren, kirchliche Zentren etc. zu zählen.

4.9. Tabelle Z7b: Veranstaltungen für weitere Personenkreise

In diesem Tabellenteil sind die Anzahl der Veranstaltungen/Beratungen und Teilnehmerzahlen für „Tagesmütter/-väter“, „Hebammen/Entbindungspfleger (*alte Bezeichnung Geburtshelfer*)“, „Sozialassistenten“ und „Sonstige“ zu dokumentieren. Dabei werden auch Fortbildungen für dazu in Ausbildung befindliche Personengruppen gezählt.

- Zeile 1: Anzahl Beratungen für Tagesmütter/-väter und dabei erreichte Personenzahl
- Zeile 2: Anzahl Beratungen für Hebammen/Entbindungspfleger und dabei erreichte Personenzahl
- Zeile 3: Anzahl Beratungen für Sozialassistenten und dabei erreichte Personenzahl
- Zeile 4: Anzahl Beratung für sonstige Personengruppen und dabei erreichte Personenzahl

4.10. Tabelle Z7c: Prophylaxe-Information für werdende Eltern bzw. Mütter/Väter mit Kleinkindern

In der Tabelle Z7c ist für die Zielgruppe der werdenden Eltern und Eltern mit Kleinkindern Folgendes zu dokumentieren:

- Zeile 1: Anzahl der Gruppenberatungen und dabei erreichte Personenzahl
- Zeile 2: Anzahl der Einzelberatungen

Bei den Teilnehmern der „Gruppenberatung“ ist auch die Anzahl der anwesenden Kleinkinder mitzuzählen, wenn diese im Rahmen der Veranstaltung durch kindgerechte Angebote an Themen der Zahngesundheit herangeführt werden.

Die Einzelberatungen können auch telefonisch durchgeführt worden sein.

4.11. Tabelle Z7d: Sonstige öffentlich wirksame Veranstaltungen

In der Tabelle Z7d ist Folgendes zu dokumentieren:

- Zeile 1-X: Alle sonstigen öffentlich wirksamen Veranstaltungen, die in den vorherigen Tabellen nicht mitgezählt worden sind, samt dabei erreichter Anzahl Kinder/Jugendlicher und erreichter Eltern bzw. Multiplikatoren

Jede Veranstaltung ist in eine eigene Zeile einzutragen.

Unter „sonstige öffentlich wirksame Veranstaltung“ sind z. B. zu verstehen: Ausstellungen, Infostände, Kariestunnel, Theater/Puppenspiel.

Über den Datenexport sind max. 12 Veranstaltungen zu übertragen.

Anstatt die Tabelle zu füllen, kann gerne auch eine ausgedruckte Excel-Tabelle mit den vorgegebenen Angaben angefügt werden. Dies bitte auch bei mehr als 12 Veranstaltungen.

4.12. Tabelle Z8a: Angaben zu den Beschäftigten in der Gruppenprophylaxe

In der Tabelle Z8a ist Folgendes zu dokumentieren:

- Zeile 1: Anzahl (Köpfe) der in der Gruppenprophylaxe Beschäftigten **aus dem ÖGD** (zahnärztliche Kraft, PFK, Assistenz) und die Summe der Wochenarbeitsstunden dieser Personengruppen.
- Zeile 2: Anzahl (Köpfe) der in der Gruppenprophylaxe Beschäftigten **aus dem niedergelassenen Sektor** (zahnärztliche Kraft, Prophylaxefachkraft, Assistenz).

Es wird zwischen Personen des ÖGD (Jugendzahnärztlicher Dienst) und des niedergelassenen Sektors unterschieden. (Zwischen Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Sektor und der Kommune besteht ein Vertrag, der die Übermittlung der Untersuchungsergebnisse umfasst und die zu leistenden Prophylaxeimpulse beschreibt.)

Die Vollzeitäquivalente lassen sich für das ÖGD-Team aus den Zahlen errechnen.

4.13. Tabelle Z8b: Durchgeführte Prophylaxeeinheiten (ohne Fluoridierung) durch Prophylaxefachkräfte

In der Tabelle Z8b ist Folgendes zu dokumentieren:

- Zeile 1: Anzahl der durchgeführten Prophylaxeeinheiten (ausgenommen Fluoridierung) durch die Prophylaxefachkräfte des **ÖGD-Teams**
- Zeile 2: Anzahl der durchgeführten Prophylaxeeinheiten (ausgenommen Fluoridierung) durch die Prophylaxefachkräfte aus dem **niedergelassenen Sektor**

In der Tabelle soll dokumentiert werden, wie viele der von den Prophylaxefachkräften insgesamt durchgeführten Einheiten („nur Theorie“ und „Theorie und Putzübung“) durch Kräfte des ÖGD bzw. durch Kräfte des niedergelassenen Sektors durchgeführt worden sind.

Durch die PFK durchgeführte Fluoridierungsmaßnahmen sind hier nicht zu dokumentieren.

Alle durchgeführten Einheiten sind in die Auswertung einzubeziehen, auch wenn Kinder durch diese mehrfach erreicht worden sind.

4.14. Tabelle Z9: Kontaktierte Einrichtungen im Schuljahr 20XX/20XY, abgelehnte Untersuchungen und/oder Prophylaxemaßnahmen

Diese Tabelle ermöglicht es zu dokumentieren, wie vielen Einrichtungen das Angebot von zahnärztlichen Untersuchungen und anderen Prophylaxemaßnahmen gemacht worden ist und wie viele Einrichtungen diese Angebote aus welchem Grund abgelehnt haben.

Diese Tabelle ist freiwillig zu füllen!

In der Tabelle Z9 ist Folgendes zu dokumentieren:

- Zeile 1: Anzahl kontaktierter Einrichtungen, denen das Angebot einer zahnärztlichen Untersuchung unterbreitet worden ist.
- Zeile 2: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen, die **für dieses Jahr** das Angebot einer zahnärztlichen Untersuchung abgelehnt haben.
- Zeile 3: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen, die **generell** das Angebot einer zahnärztlichen Untersuchung ablehnen.
- Zeile 4: Anzahl der Einrichtungen, denen das Angebot einer zahnärztlichen Untersuchung nicht gemacht worden ist.
- Zeile 5: Anzahl kontaktierter Einrichtungen, denen das Angebot von Prophylaxemaßnahmen durch Prophylaxefachkräfte unterbreitet worden ist.
- Zeile 6: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen, die **für dieses Jahr** das Angebot von Prophylaxemaßnahmen durch Prophylaxefachkräfte abgelehnt haben.
- Zeile 7: Anzahl der kontaktierten Einrichtungen, die **generell** das Angebot von Prophylaxemaßnahmen durch Prophylaxefachkräfte ablehnen.
- Zeile 8: Anzahl der Einrichtungen, denen das Angebot von Prophylaxemaßnahmen durch Prophylaxefachkräfte nicht gemacht worden ist.

Die Tabelle ermöglicht die Unterscheidung zwischen „diesmaliger Ablehnung“ und „genereller Ablehnung“. Die Option „diesmalige Ablehnung“ ist zu wählen, wenn die Einrichtung grundsätzlich dem durch den Jugendzahnärztlichen Dienst gemachten Angebot positiv gegenübersteht, aber auf Grund von z.B. terminlichen oder organisatorischen Gründen das Angebot dieses Jahr nicht annehmen kann. Bei einer „generellen Ablehnung“ besteht eine grundsätzlich ablehnende Haltung der Einrichtung gegenüber dem unterbreiteten Angebot. In diesem Fall ist es wahrscheinlich, dass der Einrichtung im Folgejahr kein neues Angebot gemacht wird.

Zudem besteht die Möglichkeit zu dokumentieren, wie viele Einrichtungen nicht angeschrieben/kontaktiert worden sind. Gründe dafür können die eigenen **begrenzten Kapazitäten** sein aber auch die Tatsache, dass Einrichtungen, die zuvor eine **generelle Ablehnung** zum Ausdruck gebracht haben, nicht erneut kontaktiert werden.

5. Rechtliche Grundlage

§ 21 SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

- (1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

Die zahnärztliche Untersuchung erstreckt sich besonders auf die Untersuchung der Mundhöhle, der Erhebung des Zahnstatus und Zahnschmelzhärtung, sowie der Mundhygiene und beinhaltet auch eine Ernährungsberatung. Sie ist eine präventive Maßnahme zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Mundgesundheit.

Zur Umsetzung des § 21 SGB V wurde in Niedersachsen im August 1993 die „**Landesrahmenvereinbarung**“ für die Durchführung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V“, rückwirkend zum 1.1.1993, abgeschlossen.

Laut Landesrahmenvereinbarung § 1, Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen erstrecken sich die Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen als flächendeckende Gruppenprophylaxe bei Kindern insbesondere auf:

- Die Mundhygiene,
- Die Ernährungsberatung,
- Die Zahnschmelzhärtung,
- Intensivprophylaxe für ca. 15% der Kinder aufgrund von hohem Kariesbefall,
- Regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen der Mundhöhle.

Die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen (LAGJ) bekommt in dieser Vereinbarung die Aufgaben der Qualitätssicherung (Dokumentation und Kontrolle) zugesprochen, ebenso wie die Mitwirkung bei Fortbildungen für Prophylaxefachkräfte und Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung.

6. Literaturverzeichnis

„Empfehlung zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“. 2. überarbeitete Auflage, 2019, BZÖG-Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst e.V., Verlag: Akademie Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, ISSN 0930-1364

„Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Niedersachsen zur standardisierten Befunderhebung und Dokumentation der Untersuchungen und gruppenprophylaktischen Maßnahmen nach § 21 SGB V Stand: Mai 2011, NLGA, BZÖG, LAGJ“
<https://www.nlga.niedersachsen.de/startseite/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichte/zahngesundheit/spezialberichte-133596.html>

Wyne AH: Early childhood caries: nomenclature and case definition. Community Dent Oral Epidemiol 27: 313-315 (1999)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK): Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin (2014)

WetzelWE, Reckel U. Fehlstrukturierte Sechsjahrmolaren nehmen zu – eine Umfrage. Zahnärztl Mitt; 81: 650–652 (1991)

<https://www.aerzteverlag.de/portfolio/fachwissen-medizidental/zm-zahnaerztliche-mitteilungen/profil/> (10 Euro)