

Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Maßzahl

Prozentuale Verteilung der gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebisse.

Anteil gesunder Gebisse in Prozent

$$\frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + m + f + D + M + F = 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

unter 10 Jahren:

$$\frac{\sum(\text{Gebisse mit } D + M + F = 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

ab vollendetem 10. Lebensjahr:

Anteil sanierter Gebisse in Prozent

$$\frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + D = 0 \text{ und } m + f + M + F > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

unter 10 Jahren:

$$\frac{\sum(\text{Gebisse mit } D = 0 \text{ und } M + F > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

ab vollendetem 10. Lebensjahr:

Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse in Prozent

$$\frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + D > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

unter 10 Jahren:

$$\frac{\sum(\text{Gebisse mit } D > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

ab vollendetem 10. Lebensjahr:

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige

Sanierungsgrad

gebiss und das bleibende



Akademie für
öffentliches
Gesundheitswesen
in Düsseldorf

Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Berichte & Materialien Band 25

Das Werk ist einschließlich seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages nicht erlaubt.

Herausgeber:

BZÖG
Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
Uelzener Dorfstr. 9
59425 Unna
www.bzoeg.de

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf
www.akademie-oegw.de

Autorinnen und Autoren:

Dr. Grit Hantzsche
Dr. Christoph Hollinger
Dr. Pantelis Petrakakis
Dr. Gudrun Rojas
Dr. Claudia Sauerland
Dr. Michael Schäfer
Dr. Dagmar Starke
Dr. Cornelia Wempe
Dipl.-Stom. Sabine Ulonska
Namensbeiträge geben die Meinung der Verfasserin bzw. des Verfassers wieder.

Redaktion:

Dr. Michael Schäfer
Dr. Dagmar Starke

1. Auflage 2013

Verlag:

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
in Düsseldorf
Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf
Telefon 02 11/3 10 96-0, Telefax 02 11/3 10 96-69
Internet: www.akademie-oegw.de

Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts:
Träger sind die Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein

ISSN 0930-1364

Vorwort

„Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden. Es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun.“ (Johann Wolfgang von Goethe)

Liebe Kolleginnen und Kollegen der Zahnärztlichen Dienste,
liebe Leserinnen und Leser!

Gesundheitsberichterstattung hat in Deutschland eine lange Tradition. Bereits im ausgehenden 18. Jahrhundert forderte Johann Peter Frank, einer der Protagonisten des Öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland, sogenannte „medizinische Topografien“. Diese sollten regionale und soziale Bezüge zwischen Krankheit und Gesundheit erfassen, beschreiben und Handlungsempfehlungen daraus ableiten. Die Berichterstattung wurde damit sehr früh als prioritäre Aufgabe für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) definiert, verlor jedoch durch die Erfolge der Bakteriologie im 19. Jahrhundert und der in ihrer Folge neu entstandenen Sozialmedizin in Deutschland an Bedeutung.

Während im angelsächsischen Raum bereits in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts moderne Formen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) mit daraus resultierenden Handlungsempfehlungen entstanden, dauerte es in Deutschland noch gut 20 weitere Jahre, bis sie hier eine Renaissance erfuhr. Nicht zuletzt gab das Gutachten des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahr 1987 den Anstoß für eine Verbesserung der Datengrundlage sowie den Aufbau einer bundesweiten GBE. 1998 schließlich wurde der erste amtlich anerkannte Gesundheitsbericht der Bundesregierung veröffentlicht.

Im ÖGD wurde die GBE als wirkungsvolles Instrument zur Qualitätssicherung sowie als Entscheidungsgrundlage in Zeiten knapper Mittel erkannt. Die Berichterstattung der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD hat sich seitdem weiterentwickelt, sei es als Bestandteil kommunaler Gesundheitsberichte oder in Form von Spezialberichten. Erhebungsleitfäden einiger Bundesländer zur jeweiligen landesweiten Standardisierung zahnmedizinischer Befunderfassung sowie Landesberichte zur Zahngesundheit zeugen davon, dass die GBE in den Zahnärztlichen Diensten einen festen Platz erhalten hat.

Bis heute sind die 1997 im Handbuch „Oral Health Surveys. Basic Methods“ veröffentlichten Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gültig. Daher kann sich die berechtigte Frage nach der Notwendigkeit eines weiteren Leitfadens für die Zahnärztlichen Dienste im ÖGD stellen. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus Sicht des BZÖG aus verschiedenen Gründen.

Eine einfache „Ja/Nein-Entscheidung“ nach WHO für die Abbildung der Kariesentwicklung ist aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse in der heutigen Zeit nicht mehr angemessen. Zur Erfassung und Dokumentation der tatsächlichen Karieslast einerseits bzw. zur frühzeitigen Planung und Einleitung präventiver Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen andererseits sind Untersuchungsmethoden mit einer höheren Aussagekraft angezeigt.

Beim Vergleich der bereits veröffentlichten Erhebungsleitfäden zeigen sich Unterschiede, die sich auf die Erfassung und Dokumentation der Angaben zur Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit auswirken.

Zum Zweck der Definition konsentierter, einheitlicher Untersuchungs-, Dokumentations- und Berichtsstandards für alle Bundesländer wurde daher unter Leitung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) in Zusammenarbeit mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Afög) die „Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung“ (AG GBE) gebildet.

Mit der vorliegenden Veröffentlichung halten Sie das Ergebnis der AG GBE in den Händen. Der hier vorgestellte Leitfaden ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung der Arbeit der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD. Er hat empfehlenden Charakter und kann von allen Kolleginnen und Kollegen genutzt werden. Gleichzeitig ist der erste Schritt getan, zeitgemäße Standards zur Erhebung epidemiologischer Daten zur Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen auf Bundesebene auch anderen Institutionen zur Verfügung zu stellen. Da wir die Erkenntnisse unserer Arbeit stets aktualisieren wollen, sind wir in hohem Maße an der fachlichen Expertise unserer Leserinnen und Leser interessiert, die wir bei der Weiterentwicklung des Leitfadens einfließen lassen möchten. Ihre Vorschläge und Anmerkungen richten Sie bitte an den Vorstand des BZÖG.

An dieser Stelle möchten wir allen in der Arbeitsgruppe beteiligten Kolleginnen und Kollegen für ihren hohen fachlichen und zeitlichen Einsatz herzlich danken. Ohne sie wäre dieses Ergebnis in der relativ kurzen Zeit und in der gebotenen Qualität nicht möglich gewesen. Unser Dank gilt dem Leiter der Akademie in Düsseldorf Herrn Dr. Wolfgang Müller für seine Unterstützung und Frau Dr. Dagmar Starke für die hervorragende Erarbeitung der Kriterien für die Berichterstattung der Zahnärztlichen Dienste im ÖGD.

Dr. Pantelis Petrakakis
1. Vorsitzender BZÖG

Dr. Sabine Breitenbach
2. Vorsitzende BZÖG

Düsseldorf und Mannheim im Februar 2013

Inhalt

VORWORT	3
INHALTSVERZEICHNIS	5
DEFINITION UND AUFGABEN DER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG	6
EBENEN DER GBE IN DEUTSCHLAND	7
ZAHNÄRZTLICHE GBE	8
VORGABEN ZUR STANDARDISIERTEN UNTERSUCHUNG UND BEFUNDDOKUMENTATION	10
1. EINLEITUNG	10
2. BEFUNDERHEBUNG	12
2.1. ZAHNBEFUNDE	12
2.1.1. KOMPONENTEN	12
2.1.2. GESTÖRTE MINERALISATION	14
2.1.3. NICHT DURCH KARIES VERURSACHTE SUBSTANZVERLUSTE	14
2.1.4. ÜBERZÄHLIGER ZAHN	14
2.2. KIEFERORTHOPÄDIE	14
2.3. PARODONTALZUSTAND	15
2.4. MUNDHYGIENE	15
2.5. MUNDGESUNDHEIT	15
3. INDIKATOREN	16
3.1. KARIES	16
3.1.1. ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG DER KARIES	16
3.1.2. KARIESERFAHRUNG	18
3.1.3. VERTEILUNG DER KARIESERFAHRUNG	18
3.1.4. KARIESRISIKO NACH DAJ	19
3.1.5. KARIESBEFALL IN RISIKOGRUPPEN	19
3.2. PROPHYLAKTISCHE VERSORGUNG	20
3.3. PARODONTIUM	20
3.4. MUNDHYGIENE	20
3.5. MUNDGESUNDHEIT	20
4. KRITERIENLISTE	21
5. LITERATUR	28

Definition und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) wird definiert als „die Beschreibung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen in einer handlungsorientierten und allgemeinverständlichen Form. Sie dient der Versachlichung von Diskussionen über politisch relevante gesundheitliche Probleme“ (Kuhn, Ziese 2012).

Ausgehend von dem Jahresgutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen aus dem Jahr 1987, der einen Mangel an aussagekräftigen Gesundheitsdaten konstatierte, wurde in den darauf folgenden Jahrzehnten die Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene aufgebaut. Letztere ging einher mit einer Neuformulierung der Gesundheitsdienstgesetze und der Integration der GBE als Bestandteil der Aufgaben der Landeseinrichtungen bzw. der Gesundheitsämter.

Zu den Kernaufgaben der GBE zählen nach Murza und Hurrelmann (1996)

- **Information und Orientierung:** Adressaten der GBE sind sowohl die Politik und das Gesundheitswesen als auch die Bürgerinnen und Bürger. Durch eine spezifische Themenwahl bereitet die GBE den Weg für zielgerichtetes gesundheitspolitisches Handeln.
- **Monitoring:** Durch eine regelmäßige und standardisierte Datenerhebung bzw. -aufbereitung wird es möglich, Veränderungen der gesundheitlichen Lage zu beobachten und Prognosen über zukünftige Entwicklungen anzustellen.
- **Motivation:** Die GBE zielt darauf ab, die Politik und die Bürgerinnen und Bürger für gesundheitliche Problemlagen zu sensibilisieren und will motivieren, Veränderungsprozesse zu initiieren.
- **Evaluation:** In Form von Gesundheitsberichten lässt sich überprüfen und bewerten, ob gesundheitspolitische Maßnahmen erfolgreich waren. Festgelegte Indikatoren dienen dazu, die Wirksamkeit und das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu untersuchen.
- **Koordination:** Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt vor Ort die Aufgabe der Koordination gesundheitsbezogener Maßnahmen zu. Dabei sind die kommunalen Rahmenbedingungen ebenso zu berücksichtigen wie das ressortübergreifende Handeln.

Gesundheitsberichterstattung kann in Form von Basis- und Spezialberichten erfolgen. Basisberichte beziehen sich dabei auf Themen und Zusammenhänge allgemeinen Interesses, haben Relevanz für mehrere Nutzergruppen sowie einen hohen Bedeutungsgrad für die Gesundheit der Bevölkerung oder die Volkswirtschaft. Spezialberichte vertiefen Themen mit hoher gesundheitspolitischer Bedeutung und Aktualität.

Ebenen der GBE in Deutschland

Gesundheitsberichterstattung wird in Deutschland auf mehreren Ebenen durchgeführt: In den Kommunen (bzw. Stadtteilen oder Quartieren), in den Ländern sowie auf der Bundesebene. Tendenziell gilt dabei, dass die Datensituation für großräumige Analysen besser ausgestaltet ist als für kleinräumige. Dies gilt insbesondere für den Themenbereich des Gesundheitsverhaltens und für verknüpfbare Daten, beispielsweise für eine gemeinsame Betrachtung von sozialer Lage und Gesundheit.

Auf der Bundesebene wird die GBE arbeitsteilig durch das Robert Koch-Institut und das Statistische Bundesamt durchgeführt. Bei den Gesundheitsberichten auf Bundesebene unterscheidet man im Wesentlichen zwei Berichtsformen: Zum einen die in mehrjährigem Abstand erscheinenden umfassenden Gesundheitsberichte, die das ganze Spektrum der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beschreiben. Sie geben einen Gesamtüberblick über die aktuelle Gesundheitssituation sowie deren Entwicklung. Neben diesen umfassenden Berichten gibt es thematisch ausgerichtete Schwerpunkt- oder Spezialberichte, die ein spezifisches Gesundheitsthema oder die Gesundheit einer bestimmten Bevölkerungsgruppe analysieren und beschreiben.

Ergänzt werden die Gesundheitsberichte durch datenorientierte Informationen im Internet. Das umfassendste Angebot stellt dabei das Informationssystem der GBE des Bundes (IS-GBE) dar. Es handelt sich dabei um eine Onlinedatenbank, die unter www.gbe-bund.de Informationen zu allen Themenfeldern der GBE bereitstellt. Dieses gemeinsame Angebot des Statistischen Bundesamtes und des Robert Koch-Instituts führt Informationen aus mehr als 100 verschiedenen Datenquellen, darunter amtlichen Statistiken, Verwaltungs- und Registerdaten sowie Surveys, systematisch zusammen. Die Informationen liegen zum Teil in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, Grafiken und Texten sowie Dokumentationen zu den Datenquellen und Erhebungsmethoden vor. Darüber hinaus werden gesundheitsrelevante Daten für Deutschland, aufbereitet nach den Definitionen der Kurzliste des europäischen Gesundheitsindikatorensatzes (ECHI), zur Verfügung gestellt.

Die Gesundheitsberichterstattung der Länder ist als Aufgabe in den Gesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) definiert und orientiert sich an einem gemeinsamen Indikatorensatz (AOLG-Indikatorensatz 2003), der vergleichende Betrachtungen zwischen den Ländern erlaubt.

Daneben existiert in Deutschland ein differenziertes nichtstaatliches Berichtswesen beispielsweise im Bereich der Sozialversicherungsträger oder der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Neben der Erstellung von Gesundheitsberichten und Informationssystemen übernimmt die GBE wichtige Aufgaben bei der Unterstützung (gesundheits-)politischer Maßnahmen und Programme. So spielen die Informationen der Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Rolle bei den Gesundheitszieleprozessen oder anderen Aktionsprogrammen beispielsweise zur Förderung der Gesundheit im Kinder- und Jugendalter. Die Beteiligung der GBE an solchen Programmen hat dabei zwei Schwerpunkte: Zum einen trägt die GBE dazu bei, Programmziele und Maßnahmen zu deren

Umsetzung zu identifizieren, zum anderen wirkt sie mit an der Evaluation, die der Kontrolle der Zielerreichung und der Wirksamkeit der Maßnahmen dient.

Kommunale Berichte dienen als gesundheitspolitische Planungs- und Handlungshilfe sowie der Kontrolle und Qualitätssicherung umgesetzter Maßnahmen. Als Datenquellen nutzt der ÖGD vorwiegend Sekundärdaten, das heißt im Amt vorliegende – zu anderen Zwecken erhobene – Daten, wie z.B. die der Schuleingangsuntersuchungen. Darüber hinaus werden in manchen Bundesländern auf Stadt-/Kreisebene aufbereitete Daten der Krankenhausstatistik, der Todesursachenstatistik, der Rehabilitationsstatistik und anderer amtlicher Statistiken etc. zur Verfügung gestellt.

Zahnärztliche GBE

Oralepidemiologisch bedeutsame Erkrankungen wie Karies und Parodontopathien werden seit Jahren durch mehrere nationale, repräsentative Querschnitts- bzw. Längsschnittuntersuchungen dargestellt. Hierunter fallen die „Deutschen Mundgesundheitsstudien“ (DMS 1 bis 4, Micheelis, Schiffner 2006; Micheelis, Reich 1999; Micheelis, Bauch 1993, 1991) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), die epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ 2013) sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (Schenk, Knopf 2007).

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichte unter Bezug auf die vorgenannten Datenquellen im Jahre 2009 ein Themenheft zur „Mundgesundheit“ (RKI 2009).

Des Weiteren liegen länderbezogene Studien, wie auch Gesundheitsberichte in Form von Spezialberichten, Beiträgen zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung und kleinräumige Gesundheitsberichterstattungen auf Ebene der Stadtstaaten vor.

Hierunter fallen u.a. die „Study of Health in Pomerania“ (SHIP, Splieth, Schwahn, Bernhardt et al. 2004), der Bericht „Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg“ (MASGF 2008), der Spezialbericht „Mundgesundheit der Berliner Kinder“ (Senatsverwaltung Berlin 2011) sowie die Diplomarbeit „Sozialräumliche Betrachtung der Zahngesundheit Hamburger Grundschüler“ (Tüger 2009).

Darüber hinaus existiert eine Vielzahl „Zahnärztlicher Gesundheitsberichte“ auf Stadt- oder Kreisebene, z.T. als alleinige Berichterstattung, z.T. eingebettet in ein umfanglicheres Berichtswesen. Bislang wurden zahnärztliche Daten nur sehr vereinzelt in eine integrierte Berichterstattung aufgenommen.

Eine kleinräumige oder sozialraumbezogene Berichterstattung auf kommunaler oder lokaler Ebene ist bisher grundsätzlich und unter Einbezug zahnärztlicher Daten „Pionierarbeit“ (Meier 1996). Die Orientierung an sozialraumbezogenen Problemen bietet potentiell die Möglichkeit, bei begrenzten Ressourcen den Mitteleinsatz bedarfsgerecht zu steuern und damit zu mehr Verteilungsgerechtigkeit beizutragen. Aus der zahnmedizinischen Basisprävention, die **alle** Kinder und Jugendlichen erreicht,

ist bekannt, dass gerade diese Leistungen auch zum gesundheitlichen Nutzen der sozial belasteten Menschen beitragen.

Zahnärztliche Gesundheitsberichte auf kommunaler Ebene weiter zu entwickeln, ist ein Ziel des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG e. V.). Gemeinsam mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen wurden Vorgaben zu einer standardisierten Untersuchung und Befunddokumentation beschrieben und Kriterien für die Erstellung eines (Mund-)Gesundheitsberichtes entwickelt. Eine wichtige Basis waren dabei die Leitfäden für Zahnärztliche Dienste einiger Bundesländer, die sich in der praktischen Umsetzung bewährt haben.

Vorgaben zur standardisierten Untersuchung und Befunddokumentation

1. Einleitung

Die standardisierten Untersuchungen der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bei Kindern und Jugendlichen werden in Kindertagesstätten, Schulen sowie Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt.

Die Untersuchungen haben einen bevölkerungsmedizinischen Aspekt und einen individuellen Vorsorgeaspekt. Es werden Angaben für die Gesundheitsberichterstattung und zur Steuerung und Bewertung zahnmedizinischer präventiver Betreuungsprogramme nach einheitlichen Kriterien erhoben.

Weiterhin haben die Untersuchungen eine sozialkompensatorische Funktion. Die Heranwachsenden werden unabhängig von ihrer Lebenssituation mit einer präventiven Leistung, der zahnärztlichen Untersuchung, erreicht.



Als Vorsorgemaßnahme wird der individuelle zahnärztliche (Be-)Handlungsbedarf (z. B. Versiegelungen, Kariestherapie, Kariesrisiko, kieferorthopädische Behandlung, parodontale Probleme) festgestellt, der den Sorgeberechtigten mitgeteilt wird.

Die Schaffung qualitätsfördernder Rahmenbedingungen und die Beachtung der im Weiteren dargelegten Systematik sind notwendig. Die Ausführungen orientieren sich an den Empfehlungen der World Health Organisation (WHO), publiziert in den Basic Methods for Oral Health Surveys in der aktuellen Version von 1997.

Das von dem ICDAS Coordinating Committee (2005) entwickelte internationale System zur Beurteilung des Vorhandenseins einer Karies – International Caries Detection Assessment System (ICDAS-II) – sollte zukünftig zu evaluativen Zwecken Berücksichtigung finden.

Arbeitsbedingungen sollten unter ergonomischen Gesichtspunkten geschaffen werden. Für die Beleuchtung ist die Erfüllung aktueller Medizinnormen und CE-Prüfung (EN 60601, EN 60598, EN 12464 als Ersatz für DIN 5035-3) zu berücksichtigen:

Dort werden folgende Lux-Werte für eine maximale Ausleuchtung der Mundhöhle festgelegt:

- Zahnärztliche Untersuchungen: Mundhöhle > 5.000 lx; Umfeld 1.000 lx;

Die Untersuchung erfolgt mit normaler oder auf normal korrigierter Sehkraft. Der Visus der Untersucherinnen und Untersucher sollte regelmäßig überprüft werden.

Die Untersuchungen werden durchgeführt mit

- nicht vergrößerndem Mundspiegel
- zahnärztlicher Sonde
- Untersuchungsleuchte
- Hilfsmittel wie Watterollen, -stäbchen.

Der Empfehlung der WHO folgend sollten abgerundete, nicht scharfe Sonden verwendet werden. Die Sonde ist aufgrund der Möglichkeit, initial vorgeschädigte Schmelzbereiche zu verletzen, sehr vorsichtig zu handhaben. Die alleinige visuelle Untersuchung reicht aufgrund von gelegentlich vorliegenden Belägen und der fehlenden Lufttrocknung nicht aus. Ist ein Zahn nicht ausreichend beurteilbar, sollte eine Trocknung mit Hilfsmitteln erfolgen.

Die Aufbereitung des Untersuchungsinstrumentariums erfolgt nach einem Hygieneplan, der auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen, des DAHZ-Hygieneleitfadens und des BZÄK-Rahmenhygieneplans erstellt wird.

Um die kariesepidemiologischen Daten vergleichen und verlässliche Aussagen zum Mundgesundheitszustand der Bevölkerung machen zu können, werden Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in den Gesundheitsämtern tätig sind, kalibriert. Die reproduzierbare Befundung wird dabei theoretisch und praktisch trainiert.

Für die Erfassung und Verwaltung der Befunde, der allgemeinen Angaben zu den Personen und Untersuchungen sowie der Kindereinrichtungen stehen fachspezifische Softwaremodule zur Verfügung.

2. Befunderhebung

2.1. Zahnbefunde

Die kariesepidemiologische Befunderhebung erfolgt im Milch- und Wechselgebiss sowie im bleibenden Gebiss für jeden einzelnen Zahn. Milchzähne werden mit Klein-, bleibende Zähne mit Großbuchstaben notiert.

2.1.1. Komponenten

u/U-Komponente

Es handelt sich um einen Zahn, der die Gingivakontinuität noch nicht aufgehoben hat. Dies gilt auch bei Verdacht auf Nichtanlage des Zahnes.

s/S-Komponente

Es handelt sich um einen Zahn, der visuell und gegebenenfalls instrumentell keine Anzeichen von Karies, keine Füllung, Krone oder Versiegelung aufweist.

v/V-Komponente

Es handelt sich um einen Zahn der visuell und gegebenenfalls instrumentell keine Anzeichen von Karies aufweist und dessen Fissuren und/oder Grübchen versiegelt sind.

Auch ein nur teilweise versiegelter Zahn wird mit „v“/„V“ klassifiziert, um die Teilnahme an einer Prophylaxemaßnahme zu dokumentieren.

Dieser Zahn ist statistisch als „s“/„S“ zu werten.

i/I-Komponente

Es handelt sich um einen Zahn mit einer Initialkaries (D1-, D2-Niveau), mit einer weißlich, kreydig verfärbten rauen Schmelzoberfläche an den Glattflächen, bräunlich verfärbten Fissuren/Grübchen oder um fissurenversiegelte Molaren mit einem partiellen Materialverlust und freiliegenden verfärbten Fissuren.

Dieser Zahn ist statistisch als „s“/„S“ zu werten.

d/D-Komponente

Es handelt sich um einen Zahn mit Karies, der eine visuell und gegebenenfalls instrumentell nachweisbare Läsion im Dentin aufweist (D3-, D4-Niveau). Unabhängig von allen anderen Befunden werden Zähne mit Primärkaries oder Sekundärkaries immer mit „d“/„D“ klassifiziert.

1. Fissuren und Grübchen

Grübchen und Fissuren an den okklusalen, bukkalen, lingualen und palatinalen Zahnflächen gelten als kariös, wenn eine Kavitation vorliegt oder eine Opazität in der Umgebung des Areals auf eine Unterminierung bzw. Demineralisation schließen lässt.

2. Glattflächen

Glattflächen (bukkal/labial u. lingual/palatinal) gelten als kariös, wenn Unterbrechungen der Oberflächenkontinuität und farbliche Veränderungen auf eine Dentinbeteiligung schließen lassen.

3. Approximalflächen

Für das Vorhandensein einer Karies ist charakteristisch, dass eine Kavitation festgestellt wird oder ein Schatten mit Verlust an Transluzenz als Hinweis auf unterminierten Schmelz erkennbar ist.

Im Zweifelsfall ist ein Zahn als nicht kariös zu werten.

Ein Milchzahn, der infolge einer Karies trepaniert wurde, einen Pulpapolyphen, eine Fistel, einen Abszess oder Ulzeration aufweist, oder ein Wurzelrest kann differenziert erfasst werden. Er ist statistisch als „d“ zu werten.

f/F-Komponente

Es handelt sich um einen Zahn, der wegen Karies mit einer intakten Füllung oder einer Krone versehen wurde.

m/M-Komponente

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. In Zweifelsfällen sollte er als bleibender, noch nicht durchgebrochener Zahn („U“) registriert werden.

Es handelt sich nicht um einen aus kieferorthopädischen Gründen extrahierten Zahn. Diese Befunde können spezifisch dokumentiert werden (z.B. „X“, „Y“).

t/T-Komponente

Es handelt sich um einen kariesfreien, (un-)versorgten, traumatisch geschädigten oder durch Trauma verloren gegangenen Zahn.

2.1.2. Gestörte Mineralisation

Es handelt sich um einen Zahn, der eine gestörte Entwicklung einer der Zahnhartsubstanzen aufweist, z.B. Hypoplasie, Hypomineralisation oder Fluorose. Dies können entweder weißlich opake Flecken, bräunliche Verfärbungen, Tüpfel, Rillen oder flächenhafte Läsionen sein.

Der Zahn kann mit „h“/„H“ erfasst werden. Er ist statistisch als „s“/„S“ zu werten.

Entwickelt ein solcher Zahn eine Karies, ist er als „d“/„D“ zu dokumentieren, bei entsprechender Füllungstherapie als „f“/„F“.¹

2.1.3. Nicht durch Karies verursachte Substanzverluste

Es handelt sich um einen Zahn, der durch Erosion, Abrasion, Ablation, Attrition o.ä. geschädigt ist.

Diese Zähne sind statistisch als „s“/„S“ zu werten.

Entwickelt ein solcher Zahn eine Karies, ist er als „d“/„D“ zu registrieren, bei entsprechender Füllungstherapie als „f“/„F“.

2.1.4. Überzähliger Zahn

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

2.2. Kieferorthopädie

In der oralen Epidemiologie liegen in Deutschland wenige Daten zur Verbreitung, zum Schweregrad und zur Behandlungsnotwendigkeit dentofazialer Anomalien sowie zum kieferorthopädischen Behandlungsstatus vor. Die Erfassung kieferorthopädisch relevanter Daten in der Gesundheitsberichterstattung erfolgt bisher selten und aufgrund unterschiedlicher Indizes hat sich keine einheitliche Methodik durchgesetzt. Wenn bei der zahnärztlichen Untersuchung keine dentofaziale Anomalie erkennbar ist, wird das Gebiss als eugnath befundet. Dentofaziale

¹ Die Prävalenz von Zähnen mit gestörter Mineralisation, insbesondere die der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation, ist Untersuchungen zufolge regional sehr unterschiedlich. Hier sind weitere Beobachtungen zur Häufigkeit notwendig. Die Zahnärztlichen Dienste im ÖGD sollten Daten hierzu erfassen und auswerten. Dies ist wichtig, da es deutliche Hinweise darauf gibt, dass die Häufigkeit Einfluss auf die Höhe des Kariesbefalls nimmt. Hier ist zukünftig eine Berücksichtigung anzustreben, die dann ggf. Anpassungen in den gebräuchlichen Erfassungsprogrammen erforderlich machen wird.

Anomalien können nach den Klassifikationen ANGLE, KLINCK-HECKMANN oder KIG registriert werden.

Konsentierter Standards zur Diagnostik kieferorthopädischer Anomalien gibt es derzeit nicht.

Wird die Empfehlung gegeben, eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen, wird das ebenso dokumentiert, wie die kieferorthopädische Behandlung.

2.3. Parodontalzustand

Die Beurteilung des Zahnhalteapparates ist Bestandteil der zahnärztlichen Untersuchung und erfolgt nach einer einfachen Ja/Nein-Entscheidung:

Es liegt/liegen Rötung, Schwellung, Lockerung, Rezession und/oder harte Zahnbeläge vor/nicht vor.

2.4. Mundhygiene

Der Mundhygienestatus wird nach visuellen Gesichtspunkten erhoben. Die Beurteilung erfolgt in Abhängigkeit vom Vorhandensein von Zahnbelägen.

- ▶ Mundhygiene **sehr gut**: keine Zahnbeläge
- ▶ Mundhygiene **gut**: vereinzelte Zahnbeläge
- ▶ Mundhygiene **schlecht**: massive Zahnbeläge

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.

2.5. Mundgesundheit

Die Beurteilung der Mundgesundheit umfasst den Zahn-, Mund- und Kieferbereich in seiner Gesamtheit und erfolgt nach einer einfachen Ja/Nein-Entscheidung. Der Zahn-, Mund- und Kieferbereich weist keine behandlungs- oder beratungsbedürftigen pathologischen Befunde, wie z.B.

- ▶ Zahnschmelzverluste jeglicher Art,
- ▶ Erkrankung des Zahnhalteapparates,
- ▶ harte Zahnbeläge,
- ▶ kieferorthopädische Anomalie,

sowie eine gute Mundhygiene auf.

3. Indikatoren

Die nachfolgenden Maßzahlen werden in verschiedenen Altersstufen Verwendung finden, um die Situation im Milch-, Wechsel- und bleibenden Gebiss zu verdeutlichen. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit nationalen und internationalen Werten (DAJ; Global Goals for Oral Health for 2020) sind folgende Gruppen empfehlenswert: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige.

3.1. Karies

Die Maßzahlen zur Karies beziehen sich durchweg auf den dmf-t/DMF-T-Index (bezogen auf Zähne).

3.1.1. Zahnärztliche Versorgung der Karies

a) Kariesstatus

Definition

gesund

Das Gebiss ist von Karies und ihren Folgeerkrankungen frei.

unter 10 Jahren: $d + m + f + D + M + F = 0$

ab vollendetem 10. Lebensjahr: $D + M + F = 0$

saniert

Das Gebiss ist saniert, wenn sowohl alle kariösen Läsionen sowie deren Folgezustände therapeutisch definitiv versorgt sind.

unter 10 Jahren: $d + D = 0$ **und** $m + f + M + F > 0$

ab vollendetem 10. Lebensjahr: $D = 0$ **und** $M + F > 0$

behandlungsbedürftig

Das Gebiss ist behandlungsbedürftig, wenn unbehandelte Karies vorliegt.

unter 10 Jahren: $d + D > 0$

ab vollendetem 10. Lebensjahr: $D > 0$

Maßzahl

Prozentuale Verteilung der gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebisse.

Anteil gesunder Gebisse in Prozent

$$\text{unter 10 Jahren:} \quad \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + m + f + D + M + F = 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{ab vollendetem 10. Lebensjahr:} \quad \frac{\sum(\text{Gebisse mit } D + M + F = 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

Anteil sanierter Gebisse in Prozent

$$\text{unter 10 Jahren:} \quad \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + D = 0 \text{ und } m + f + M + F > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{ab vollendetem 10. Lebensjahr:} \quad \frac{\sum(\text{Gebisse mit } D = 0 \text{ und } M + F > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse in Prozent

$$\text{unter 10 Jahren:} \quad \frac{\sum(\text{Gebisse mit } d + D > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{ab vollendetem 10. Lebensjahr:} \quad \frac{\sum(\text{Gebisse mit } D > 0) \times 100}{\sum \text{Probanden}}$$

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige

b) Sanierungsgrad

Maßzahl

Der Sanierungsgrad in Prozent wird für das Milchgebiss und das bleibende angegeben.

$$\text{Im Milchgebiss:} = \frac{\sum f+m}{\sum dmf} \times 100$$

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige

$$\text{im bleibenden Gebiss:} = \frac{\sum F+M}{\sum DMF} \times 100$$

Altersstufenempfehlung: 12-Jährige, 15-Jährige

3.1.2. Karieserfahrung

Maßzahl

Der dmf-t/DMF-T-Wert wird als Mittelwert für das Milchgebiss und das bleibende Gebiss angegeben.

$$\text{dmf-t-Index} = \frac{\sum d+m+f}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{d-t-Index} = \frac{\sum d}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{m-t-Index} = \frac{\sum m}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{f-t-Index} = \frac{\sum f}{\sum \text{Probanden}}$$

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige

$$\text{DMF-T-Index} = \frac{\sum D+M+F}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{D-T-Index} = \frac{\sum D}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{M-T-Index} = \frac{\sum M}{\sum \text{Probanden}}$$

$$\text{F-T-Index} = \frac{\sum F}{\sum \text{Probanden}}$$

Altersstufenempfehlung: 12-Jährige, 15-Jährige

3.1.3. Verteilung der Karieserfahrung

Definition

Relative Verteilung der dmf-t/DMF-T-Werte (Bezug: Anzahl der untersuchten Kinder und Jugendlichen)

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige

3.1.4. Kariesrisiko nach DAJ

Definition

1993 hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) nachfolgende Empfehlungen zur Bestimmung des Kariesrisikos auf der Basis der bestehenden Karieserfahrung des Kindes in Abhängigkeit vom Alter formuliert und letztmalig im Jahr 2006 bestätigt.

Altersgruppe	Erhöhtes Kariesrisiko, wenn
2- bis 3-Jährige	dmf-t > 0
4-Jährige	dmf-t > 2
5-Jährige	dmf-t > 4
6- bis 7-Jährige	dmf-t/ DMF-T > 5 oder D-T > 0
8- bis 9-Jährige	dmf-t / DMF-T > 7 oder D > 2
10- bis 12-Jährige	DMF-S an Approximal-/ Glattflächen > 0

Maßzahl

Prozentualer Anteil der Gebisse mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ

Ergänzend kann das subjektive Kariesrisiko festgestellt und dokumentiert werden.

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige,

3.1.5. Kariesbefall in Risikogruppen

Maßzahl

SiC = Significant Caries Index (nach Brathall 2000)

Berechnung: Die dmf-t/DMF-T-Werte der Kinder werden aufsteigend geordnet. Im Drittel der Probanden mit den höchsten Werten wird der dmf-t/DMF-T-Mittelwert berechnet.

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige

3.2. Prophylaktische Versorgung

Maßzahl

Anteil der Gebisse mit mindestens einer Versiegelung im bleibenden Gebiss
oder

Mittelwert der mit Versiegelung versorgten Zähne = $\frac{\sum V}{\sum \text{Probanden}}$

Altersstufenempfehlung: 12-Jährige, 15-Jährige

3.3. Parodontium

Maßzahl

Prozentualer Anteil der Gebisse mit pathologischem Befund am Parodontium

Altersstufenempfehlung: 12-Jährige, 15-Jährige

3.4. Mundhygiene

Maßzahl

Prozentualer Anteil der Gebisse mit sehr guter, guter und schlechter Mundhygiene in Prozent.

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige

3.5. Mundgesundheit

Maßzahl

Prozentualer Anteil der Kinder/Jugendlichen ohne behandlungs- oder beratungsbedürftige Befunde (s. 2.5) und guter Mundhygiene.

Altersstufenempfehlung: 3-Jährige, 6-Jährige, 12-Jährige, 15-Jährige

4. Kriterienliste

Die nachfolgende Kriterienliste beinhaltet Aspekte, die bei der Erstellung eines Gesundheitsberichts Anwendung finden sollten. *Kursiv* gedruckt sind dabei solche Kriterien, die nicht zwingend berücksichtigt werden müssen, bzw. je nach Gegenstand des Berichts nicht sinnvoll sind. Autorinnen und Autoren von Gesundheitsberichten sollten alle anderen Punkte hinsichtlich ihrer Relevanz prüfen und diese gegebenenfalls als „trifft nicht zu“ klassifizieren.

I. ZIELSETZUNG DES BERICHTES

	JA	NEIN	trifft nicht zu
Die Zielsetzung des Berichtes wird nachvollziehbar beschrieben und begründet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziel des Berichtes ist ...			
- das Monitoring bevölkerungsrelevanter Daten zur Mund- und Zahngesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eine Evaluation der gruppenprophylaktischen Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Beschreibung und Analyse einer spezifischen Fragestellung, z.B. im Hinblick auf eine spezifische Erkrankung (z.B. Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Personen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigende Faktoren zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- im Auftrag der Politik eine Grundlage zur Politikberatung (z.B. zur Initiierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen) zu schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- empirisch überprüfbare Aussagen zu treffen. Das heißt, die Aussagen können durch eine Wiederholung oder Vergleich belegt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. QUERSCHNITTSANFORDERUNGEN

a. Bevölkerungsbezug/Demografische Daten der Kommune/des Stadtteils	JA	NEIN	trifft nicht zu
Zur Beschreibung der Bevölkerung werden folgende Angaben gemacht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bevölkerung (mittlere Bevölkerung/Stichtagsbevölkerung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Geschlechtsverteilung (siehe auch 2.b.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Altersverteilung (siehe auch 2.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ethnische Zugehörigkeit der größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund (siehe auch 2.f.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Geschlechtersensible Betrachtungsweise	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen der Datenauswertung erfolgt eine geschlechtersensible Betrachtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Sozial-differentielle Betrachtungsweise	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen der Datenauswertung wird die soziale Lage des Stadtteils/Stadtbezirks berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zur Beschreibung der Lebenslage der Bevölkerung im Stadtteil/Stadtbezirk können herangezogen werden</i>			<input type="checkbox"/>
- <i>der Anteil Erwerbsloser</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>der Anteil ALG II-Empfänger</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>der Anteil geringfügig Beschäftigter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>mittleres Einkommen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>Anteil alleinerziehender Mütter (unter Vorbehalt)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>der Anteil hilfebedürftiger Kinder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>der Anteil an Familien mit Migrationshintergrund</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Altersbezogene Betrachtungsweise	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen der Datenauswertung wird eine Altersklassifikation zu Grunde gelegt, nämlich _____ (z.B. Lebensalter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lebensphasenbezogene Betrachtungsweise	JA	NEIN	trifft nicht zu
<i>Im Rahmen des Berichtes wird den einzelnen Lebensphasen Rechnung getragen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Migrationssensible Betrachtungsweise	JA	NEIN	trifft nicht zu
Zur Darstellung der Zusammensetzung der Bevölkerung werden Daten zur ethnischen Herkunft, Nationalität und/oder Staatsangehörigkeit aufbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Zeitliche Entwicklung, regionale Vergleichbarkeit, Trends	JA	NEIN	trifft nicht zu
<i>Im Rahmen der Datenauswertung werden zeitlich/regionale Vergleiche angestellt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. DATENGRUNDLAGE, DATENQUALITÄT

h. Formen der Datengewinnung	JA	NEIN	trifft nicht zu
Die dem Gesundheitsbericht zugrunde liegenden Daten sind Routinedaten, aus			<input type="checkbox"/>
- dem Einwohnermeldeamt der Kommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dem Landesamt für Statistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI, statistisches Bundesamt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Die Daten stammen aus einer nationalen Erhebung (z.B. RKI).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Die Daten stammen aus einer wissenschaftlichen Untersuchung.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Daten stammen aus einer eigenen Erhebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Daten stammen aus öffentlich zugänglichen Quellen, z.B. Wegweiser Kommune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die zugrunde liegenden Daten stammen aus einer anderen Quelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Genauigkeit	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichtes wird auf Unschärfbereiche statistischer Ergebnisse hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Rahmen des Gesundheitsberichtes wird auf folgende Fehlerquellen hingewiesen:			<input type="checkbox"/>
- stichprobenbedingte Fehler (z.B. Selektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Unschärfen durch die Erfassung selbst (z.B. aufgrund gesetzlicher Vorgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Unschärfen durch fehlende Werte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Messfehler (z.B. aufgrund von Abweichungen bei der standardisierten Untersuchung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fehler im Rahmen der Datenaufbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j. Aktualität der Daten	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichtes sind die aktuellsten verfügbaren Daten, deren Herkunft und Gewinnung unter Berücksichtigung des Datenschutzes transparent sind, verwendet worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k. Daten über Erkrankungen	JA	NEIN	trifft nicht zu
Zur Beschreibung der Gesundheit der Bevölkerung werden Daten über Erkrankungen herangezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l. Daten zur Versorgungssituation	JA	NEIN	trifft nicht zu
<i>Zur Beschreibung der Gesundheit der Bevölkerung werden Daten zur Versorgungssituation herangezogen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. DATENAUSWERTUNG

m. Fallzahlen (vgl. Kap. 3 Indikatoren, Maßzahlen)	JA	NEIN	trifft nicht zu
Es werden absolute Fallzahlen dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden relative Fallzahlen, z.B. definiert als Anzahl der Fälle in Bezug auf 100 000 Einwohner dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die jeweilige Fragestellung wird die Population unter Risiko, d.h. die Population, aus der die Fälle stammen und die die Erkrankung bekommen könnte, definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

n. Raten (vgl. Kap. 3 Indikatoren, Maßzahlen)	JA	NEIN	trifft nicht zu
Die standardisierte Morbiditätsrate wird ausgewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

o. Komplexere epidemiologische Kennziffern	JA	NEIN	trifft nicht zu
Die Prävalenzrate einzelner Erkrankungen wird ausgewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inzidenzrate einzelner Erkrankungen wird ausgewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Berechnung von Inzidenzen werden Personenjahre verwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

p. Gesundheitsökonomische Betrachtungen	JA	NEIN	trifft nicht zu
<i>Es werden gesundheitsökonomische Betrachtungen angestellt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Direkte Kosten, d.h. Kosten, die für medizinische Leistungen entstehen, werden angegeben.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

q. Elektronische Verarbeitung und Auswertung	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung werden die Daten elektronisch verarbeitet und ausgewertet. Im Bericht ist das verwendete Programm genannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

r. Auswertungsstrategien	JA	NEIN	trifft nicht zu
Alle Schritte der Datenverarbeitung und Datenanalyse werden nachvollziehbar und transparent dokumentiert (Log-Buch, Programm-Syntax).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Rohdatensatz wird einer Plausibilitätsprüfung unterzogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der plausible Rohdatensatz wird einmal in unveränderter Version (d.h. ohne neu gebildete oder umkodierte Variablen) gesichert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Auswertung werden grundsätzlich neue Variablen (z.B. zur Altersklassifikation) gebildet und nicht Variablen umkodiert oder ersetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Überprüfung von Ergebnissen, die zentralen Schlussfolgerungen zugrunde liegen, wird das 4-Augen-Prinzip verwandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. INTERPRETATION, SCHLUSSFOLGERUNGEN, HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

s. Herausarbeiten von Problemlagen	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichtes werden Problemlagen konkretisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemlagen werden durch eine objektive, abwägende Interpretation der Ergebnisse herausgearbeitet. Alternative Erklärungsansätze werden diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

t. Benennung von Handlungsbedarf	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichtes werden Handlungsbedarfe konkretisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Benennung von Handlungsbedarfen wird zu Interessensvertreter/inne/n Abstand gewahrt. Das bedeutet, dass die Gesundheitsberichterstattung sich nicht zum Instrument einzelner Interessensvertreter/inne/n machen lässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen werden mit Blick auf mögliche Strategien zur Gefahrenabwehr/Risikominderung formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen widmen sich Maßnahmen der Prävention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen beziehen sich auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen wird auf eine Kongruenz zwischen Ergebnissen und Empfehlungen geachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

u. Formulierung von Gesundheitszielen	JA	NEIN	trifft nicht zu
<i>Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung werden Gesundheitsziele formuliert.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Die formulierten Gesundheitsziele orientieren sich an den Landesgesundheitszielen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Die Gesundheitsziele orientieren sich an den nationalen Gesundheitszielen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

v. Evaluation der Umsetzung von Handlungsempfehlungen	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird die Umsetzung von Handlungsempfehlungen evaluiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. BERICHTSSYSTEM

w. Auftraggeber und Autor/inn/en erkennbar	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen des Gesundheitsberichtes ist der/die Auftraggeber/in klar benannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Autor/inn/en sind genannt (inkl. Tätigkeit und beruflicher Standort).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögliche Interessenskonflikte sind dargelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

x. Erstellung	JA	NEIN	trifft nicht zu
<i>Die Gesundheitsberichterstattung innerhalb des Gesundheitsamtes erfolgt...</i>			
- <i>Abteilungsübergreifend</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>Interdisziplinär, d.h. Zusammenarbeit mehrerer wissenschaftl. Disziplinen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>Multiprofessionell, d.h. Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>Integrativ, d.h. Zusammenarbeit mehrere Fachbereiche/Ämter/Behörden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>Unter Einbeziehung (Partizipation) der Bevölkerung, z.B. bei der Konzeption, der Ermittlung von Bedarfen etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>Unter Einbindung anderer (ggf. externer) Expert/inn/en</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden verfügbare finanzielle und personelle Ressourcen ermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird ein gemeinsamer Zeitplan unter Einbeziehung aller relevanten Akteur/inn/e/n vereinbart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Es werden relevante lokale Partner/inn/en, wie z.B. Universitäten etc. ermittelt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

y. Aufbau	JA	NEIN	trifft nicht zu
Der Gesundheitsbericht hat einen in sich logischen Aufbau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkret bedeutet das, der Gesundheitsbericht umfasst			
- ein Inhaltsverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ein Abbildungs-/Tabellenverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ein Abkürzungsverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ein Vorwort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eine Kurzfassung/Zusammenfassung, die folgende Punkte beinhaltet:			
... Auftraggeber/in des Berichtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ziele des Berichtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Zielgruppe des Berichtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zentrale Ergebnisse des Berichtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Handlungsempfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>ein Kapitel zu dem (theoretischen) Hintergrund</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Methodenkapitel, in dem...			
... <i>die Quellen der genutzten Daten sowie der Datenhalter und das Datum des letzten Zugriffs beschrieben werden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>bei einer eigenen Untersuchung die Rekrutierung der Stichprobe beschrieben wird</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>die Instrumente (Fragebogen, Leitfaden) vorgestellt werden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>die verwendeten Methoden zur Beschreibung und Analyse der Daten dargestellt werden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ein Ergebniskapitel, in dem die Ergebnisse mittels Methoden der deskriptiven (beschreibenden) Statistik präsentiert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eine Diskussion, in der die Ergebnisse objektiv abwägend interpretiert und in den Kontext wissenschaftlicher Erkenntnisse gestellt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Handlungsempfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. KOMMUNIKATION

z. Verständlicher Stil	JA	NEIN	trifft nicht zu
Im Rahmen der Gesundheitsberichtsberichterstattung wird ein verständlicher Sprachstil verfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem verständlichen Sprachstil ist gemeint, dass...			<input type="checkbox"/>
- die Ansprache der Bezugsgruppen gezielt erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auf eine Verwendung fachspezifischer Formulierungen verzichtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- „Bandwurmsätze“ und verschachtelte Sätze vermieden werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aktive statt passive Formulierungen gewählt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auf Füllwörter, wie z.B. „eigentlich“ verzichtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abkürzungen erklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- auf Anglizismen verzichtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- der Zweck einer verwendeten statistischen Methode alltagssprachlich dargestellt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

aa. Ansprechendes Gesamtlayout	JA	NEIN	trifft nicht zu
Der Gesundheitsbericht hat ein ansprechendes Gesamtlayout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitsbericht ist im Corporate Design der Stadt/des Landkreises gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Der Gesundheitsbericht arbeitet mit zusätzlichen Kästen, die bspw. Definitionen, Gute-Praxis-Beispiele und Querverweise beinhalten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Gesundheitsbericht verfügt über ein Impressum mit Angaben zum/zur Herausgeber/in, zum Erscheinungsjahr, zum/zur Ansprechpartner/in für Rückfragen und zur Auflage des Berichtes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von dem/der Ansprechpartner/in zur Kontaktaufnahme werden die postalische Anschrift, die berufliche E-Mail-Adresse und eine Telefonnummer genannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dem Gesundheitsbericht ist ein Nutzer/innen-Fragebogen beigelegt, der mit einer Rückanschrift/Faxnummer versehen ist.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bb. Verfügbarkeit im Internet	JA	NEIN	trifft nicht zu
Der Gesundheitsbericht ist im Internet frei zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Der Gesundheitsbericht ist im Internet nur nach Registrierung zugänglich.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Der Gesundheitsbericht ist nicht im Internet veröffentlicht.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bei der Online-Version des Gesundheitsberichtes wird die Möglichkeit gegeben über ein Kontaktformular Rückfragen zu stellen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bei der Online-Version des Gesundheitsberichtes besteht die Möglichkeit, einen Nutzer/innen-Fragebogen online auszufüllen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. KRITERIEN WISSENSCHAFTLICHEN ARBEITENS

	JA	NEIN	trifft nicht zu
Bei der Erstellung des Gesundheitsberichtes werden die Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens berücksichtigt, nämlich...			
- die Thematik ist klar abgegrenzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- der Umfang des Berichtes ist der Menge des vorliegenden Materials und der Fragestellung angemessen, d.h., es wird auf Redundanzen und unnötige Daten verzichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- der Aufbau des Berichtes ist logisch, d.h., die Struktur ist aufeinander aufbauend, der zweite Schritt ergibt sich aus dem Ersten (siehe auch 6.d.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Daten- und Informationsquellen werden offen gelegt (siehe 3.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Methoden sind detailliert dargestellt und den Daten angemessen (vgl. 4.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Darstellung ist gegliedert (siehe auch 6.d.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Ergebnisse werden objektiv, d.h. neutral und mit kritischer Distanz, dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Ergebnisse sind nachprüfbar, d.h., die Daten sind bei Bedarf für eine wissenschaftliche Replikation der Ergebnisse verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Daten und Ergebnisse sind wissenschaftlich korrekt und vollständig belegt. Beobachtungen und Erkenntnisse werden wahrheitsgemäß wiedergegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prämissen und Schlussfolgerungen werden klar benannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Daten und Ergebnisse aus anderen Publikationen werden wissenschaftlich korrekt und vollständig zitiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die Quellen werden nicht selektiv ausgewählt und sind richtig und vollständig zitiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatoren-satz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. 3. neu bearb. Fassung. Bielefeld: Iögd.

Balzert H, Schäfer C, Schröder M, Kern U (2008) Wissenschaftliches Arbeiten – Wissenschaft, Quellen, Artefakte, Organisation, Präsentation. Herdecke: W3L-Verlag.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2008) Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung – Handlungshilfe: GBE Praxis 4. September 2008.

Brathall D (2000) Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J* 50:378-384.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) (1993) Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. <http://www.daj.de/Grundsätze.49.0.html>, Stand 22.02.2013.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) Studien <http://www.daj.de/Studien.29.0.html>, Stand 15.03.2013.

FA Jugendzahnpflege – LV ÖGD Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hg) (2003) Leitfaden für die standardisierte Befunderhebung und Dokumentation zahnärztlicher

Reihenuntersuchungen durch die Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaates Sachsen.

FA ZÄD – MUGV Land Brandenburg (2010) Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter im Land Brandenburg zur standardisierten Durchführung und Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen und Maßnahmen präventionsorientierter zahnmedizinischer Betreuungsprogramme, Dritte, überarbeitete Ausgabe. http://www.mugv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/lf_zahnd.pdf, Stand 17.12.2012.

Global Goals for Oral Health for 2020 (2003) *Int Dent J* 53: 285-288.

Greene J, Vermillion J (1964) The simplified oral hygiene index. *J Am Dent* 68: 7-13.

ICDAS Coordinating Committee (2005) Criteria Manual. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS-II). Committee Workshop Baltimore, Maryland.

Klemperer D et al. (2009) Gute Praxis Gesundheitskommunikation. *ZEFQ* 104: 66-68.

Klemperer D (2010) Kommunikation von Public-Health-Evidenzergebnissen. In: Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (Hg) *Evidence-based Public Health*. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG, 131-144.

Körner T, Schmidt J (2006) Qualitätsberichte – ein neues Informationsangebot über Methoden, Definitionen und Datenqualität der Bundesstatistiken. *Statistisches Bundesamt, Auszug aus Wirtschaft und Statistik 2*: 109-118.

Kuhn J (2006) Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung der Länder. Frankfurt/a.M.: Mabuse-Verlag.

Kuhn J, Ziese T (2012) Gesundheitsberichterstattung und ihre Indikatorensysteme. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N (Hg) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer, 60-70.

Leitfaden für die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZÄD) in Thüringen, Stand Februar 2012 (unveröffentlichtes Dokument).

Meier B (1996) Kommunale Gesundheitsberichterstattung: Anforderungen und Risiken einer neuen Alltagsroutine in Gesundheitsämtern. In: Murza G, Hurrelmann K (Hg) *Regionale Gesundheitsberichterstattung, Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung* Weinheim/München: Juventa, 78-89.

Micheelis W, Bauch J (1991) Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland (DMS I). Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Micheelis W, Bauch J (1993) Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland (DMS II). Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Micheelis W, Reich E (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Micheelis W, Schiffner U (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Deutscher Zahnärzte Verlag.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2008) Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen. Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 6. Potsdam: MASGF.

Murza G, Hurrelmann K (1996) Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik. In: Murza G, Hurrelmann K (Hg) Regionale Gesundheitsberichterstattung, Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Weinheim/München: Juventa, 8-31.

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.

O’Leary TJ, Drake RB, Naylor JE (1972) The plaque control records. J Periodontol 43: 38-39.

Robert Koch-Institut (RKI) (2009) Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 47. Berlin: RKI.

Quigley GA, Hein JW (1962) Comparative cleansing efficiency of manual and power brushing. J Am Dent Assoc 65: 26-29.

Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50: 653-658.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2011) Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht Mundgesundheit der Berliner Kinder, Ergebnisse des Schuljahres 2009/2010. Berlin.

Shivakumar K, Prasad S, Chandu G (2009) International Caries Detection and Assessment System: A new paradigm in detection of dental caries. J Conserv Dent 12: 10-16.

Silness J, Løe H (1964) Periodontal disease in pregnancy. Acta Odont Scand 22: 121-135.

Splieth C, Schwahn C, Bernhardt O et al. (2004) Prevalence and Distribution of Root Caries in Pomerania, North-East Germany. Caries Res 38: 333-340.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg) (2006) Die Qualitätsstandards der amtlichen Statistik. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stiftung Health on the Net (2012) Operationelle Definition der HONcode Prinzipien. http://www.hon.ch/home1_de.html, Stand 24.04.12.

Tüger A (2009) Sozialräumliche Betrachtung der Zahngesundheit Hamburger Grundschüler. Hamburg: Hochschule f. Angewandte Wissenschaften (Diplomarbeit).

WHO (1997) Oral Health Surveys – Basic methods; 4th Edition, Genf.

WHO (2000) City Health Profiles. How to report on health in your city. (ICP/HSIT/94/01 PB 02)

