

Dr. D. Heese, Dr. G. Wahl

## Aufbau einer elektronischen Datenerfassung in den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene

In Sachsen-Anhalt wurde nach der politischen Wende die Gruppenprophylaxe mit den zahnärztlichen Untersuchungen nach § 21 SGB V aufgebaut. Die Datenerfassung erfolgte zunächst in einfachster Form – wie allgemein üblich – durch handschriftlich ausgefüllte Tabellen. Nach der ersten Kreisgebietsreform 1994 führten einige wenige der 24 Gesundheitsämter die elektronische Datenerfassung ein.

Im Jahr 1997 legte Sachsen-Anhalt als erstes neues Bundesland fünf Landesgesundheitsziele fest, worunter eines die „Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt“ war. Ebenfalls im Jahr 1997 wurde das Gesundheitsdienstgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (GDG-LSA) verabschiedet. Im GDG-LSA § 9 „Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“ werden die ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen in den Kindereinrichtungen geregelt. Der § 11 „Gesundheitsberichterstattung“ besagt, dass die oberste Gesundheitsbehörde alle zwei Jahre eine Gesundheitsberichterstattung erstellen soll. Die übrigen Gesundheitsbehörden stellen auf der Grundlage der bei ihnen vorhandenen gesundheitsbezogenen Daten die für den Gesundheitsbericht erforderlichen Daten in anonymisierter Form zusammen, bereiten sie für eine epidemiologische Bewertung auf und übermitteln die aufbereiteten Daten der obersten Gesundheitsbehörde.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist die in einem Gesamtüberblick dargestellte systematisch wissenschaftlich gestützte Analyse und Bewertung gesundheitsrelevanter Daten und Informationen zum Zustand der Bevölkerung hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Risiken und ihrer Versorgung. Sie dient der Planung, Abstimmung und Durchführung von Strategien zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sowie Krankenversorgung. Die Gesundheitsberichte für das Land Sachsen-Anhalt wurden in den ersten Jahren (1997-2005) im Auftrag des

Ministeriums für Gesundheit und Soziales von externen oder landeseigenen Forschungsinstituten erstellt. Im Jahr 2006 wurde die Aufgabe der GBE an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV), Dezernat 21 (Gesundheits- und Hygienemanagement) übertragen.

Mit der „Rückübertragung“ der Aufgabe an den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) intensivierte sich die Zusammenarbeit im Rahmen der GBE zwischen Landesamt und den Gesundheitsämtern. Man besann sich darauf, dass die Gesundheitsämter jährlich einen sehr großen Fundus an gesundheitsrelevanten Daten erheben. So werden in Sachsen-Anhalt die flächendeckenden zahnärztlichen Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen nach SGB V § 21 fast ausschließlich von den Zahnärzten und Zahnärztinnen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZD) der Gesundheitsämter durchgeführt. Sowohl auf Landesebene als auch auf kommunaler Ebene entstand der Wunsch, diese Daten einheitlich elektronisch zu erfassen und im Rahmen sowohl der kommunalen GBE als auch der Landes-GBE auszuwerten.

In einem etwa 3-jährigen Prozess (2007-2009) wurde in einer sehr arbeitsintensiven Kooperation zwischen dem LAV, den Gesundheitsämtern und der Herstellerfirma (easy-soft GmbH Dresden) der in Sachsen-Anhalt am weitesten verbreiteten Software (Octoware®) eine einheitliche elektronische Erfassung der Daten des KJZD und eine zentrale Übermittlung über zwei Schnittstellen (für Untersuchungsbefunde und für Prophylaxedaten) aufgebaut. Gleichzeitig wurden die zahnärztlichen Untersuchungen und deren Datenerfassung in zahlreichen Zusammenkünften vereinheitlicht.

Nach der zweiten Kreisgebietsreform im Jahr 2007 erheben inzwischen alle 14 KJZD der Gesundheitsämter des Landes Sachsen-Anhalt die Daten elektronisch.

13 Gesundheitsämter arbeiten dabei mit derselben Software (Octoware®). Die elektronisch erfassten Daten werden von allen Gesundheitsämtern einmal jährlich per E-Mail-Anhang als anonymisierte Einzeldatensätze an das LAV übermittelt. Dort werden sie zu einer Landesdatei zusammengefasst, in das Programm SPSS® eingelesen und für eine epidemiologisch-wissenschaftliche Auswertung in verschiedenen Gesamt- und Fokusberichten ausgewertet.

Da in analoger Weise auch die Daten der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste (KJÄD) elektronisch erfasst und übermittelt werden, ist in einer bis dahin nicht gekannten Weise ein sehr großer und sehr differenziert auswertbarer Datenpool zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt entstanden.

Hervorzuheben ist, dass mit der Weiterentwicklung der elektronischen Datenerfassung im KJZD in Sachsen-Anhalt erstmalig und wegweisend im gesamten Bundesgebiet die EDV-gestützte Erstellung des sogenannten A2-Bogens in Octoware® entwickelt wurde. Der A2-Bogen ist ein Standardformular der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ) zur Meldung der regionalen Prophylaxezahlen (Impulse, Fluoridierungen, Zähneputzen, Aktionstage und Elternabende). Durch die EDV-gestützte Erfassung der Prophylaxemaßnahmen in Octoware® können diese sowohl impulsbezogen als auch kindbezogen dargestellt werden. Die Finanzierung dieses Pilot-Projektes in Sachsen-Anhalt erfolgte gemeinschaftlich durch die Gesundheitsämter, die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (LAGJ) und das LAV. Wünschenswert wäre, wenn die elektronische Erstellung des A2-Reports auch in anderen Bundesländern eingeführt würde und wenn letztendlich auch die Zusammenführung der A2-Reports in den sogenannten A3-Bogen (Prophylaxedaten auf Landesebene) zukünftig elektronisch erfolgen könnte.

Nach § 21 SGB V werden in Sachsen-Anhalt jährlich etwa 150.000 Kinder und Jugendliche in Kindergärten und Schulen zahnmedizinisch untersucht und gruppenprophylaktisch betreut. Dies sind etwa 60 % der in den Einrichtungen insgesamt gemeldeten Heranwachsenden (Settingansatz) und immerhin 76 % der in den „SGB-V-relevanten“ Einrichtungen gemeldeten Heranwachsenden (64 % der Kita-Kinder, 88 % der Grundschüler, 82 % der Fünft- und Sechstklässler an weiterführenden Schulen, 80 % der Förderschüler). Die Untersuchungsquoten der Grundschüler, der Fünft- und Sechstklässler und der Förderschüler sind dabei deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Hervorzuheben ist auch, dass in Sachsen-Anhalt viele Kinder – wie im § 21 SGB V gefordert – schon vor dem 3. Lebensjahr erreicht werden.

Insgesamt besteht am LAV derzeit ein Pool von zahnmedizinischen Daten von etwa 700.000 untersuchten Kindern und Jugendlichen. Dieser Datenpool wächst jährlich um etwa 150.000 Datensätze. Durch Kumulierung von Untersuchungsjahren können detaillierte und sehr belastbare Analysen der altersabhängigen Entwicklung des Zahnstatus, der kieferorthopädischen Anomalien, des Sanierungsgrades der Gebisse und des Versiegelungsgrades durchgeführt werden. An keiner anderen Stelle des Gesundheitswesens erfolgt eine vergleichsweise flächendeckende und gründliche jährliche gesundheitliche Beobachtung von Heranwachsenden.

Auf Landesebene erschien ein erster Bericht mit zahnärztlichen Daten im Jahr 2008 unter dem Titel „Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt“. Landesweite Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen wurden auch in dem Überblick „Zehn Jahre Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt“ (2008) und zuletzt in sehr ausführlicher Form in einem Basisbericht „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt“ veröffentlicht (Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, 2010). Ein Folgebericht zur Kinder- und Jugendgesundheit ist in Arbeit und wird getrennt nach ärztlichen und zahnärztlichen Bereichen die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Untersuchungen in Kindergärten und Schulen in einer 5-Jahresbilanz in Sachsen-Anhalt darstellen.

Der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) empfohlene Satz von etwa 300 Indikatoren für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthält lediglich fünf Indikatoren zur Zahngesundheit: 3.102: DMF-T-Wert bei 12-Jährigen, 7.7 und 7.8: Gebisszustand bei Kita-Kindern und Schülern bis 6. Klasse (Land und regional), 7.9: Prophylaxeimpulse, Fluoridierungen, Prophylaxeaktionen und 7.10: regionaler gruppenprophylaktischer Betreuungsgrad.

Mit der Schaffung des oben beschriebenen, umfangreichen neuen Datenpools hat das LAV sich entschieden, neben den AOLG-Indikatoren einen eigenen Indikatorenatz zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt zu stellen. Dieser wird demnächst unter [www.gbe.sachsen-anhalt.de](http://www.gbe.sachsen-anhalt.de) abrufbar sein. Im Zusammenspiel zwischen den Folgeberichten und dem neuen Indikatorenatz wird damit ein leistungstarkes Instrumentarium für das Monitoring der Kinder- und Jugend(zahn)gesundheit in Sachsen-Anhalt geschaffen.

Unabhängig von den Auswertungen auf Landesebene können die Landkreise mit der Software Octoware<sup>®</sup> weitergehende Auswertungen durchführen bzw. zusätzliche eigene Regionalindikatoren definieren, wie zum Beispiel die Early-Childhood-Caries (ECC), Dentalfluorose (DFL), Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) oder Melanodontie (Black-Stain-Attack). Auch können die Landkreise mit der genannten Software einrichtungs- und gemeindebezogene Auswertungen durchführen und so Prävention und Gesundheitsförderung in ihrem Verantwortungsbereich zielgerichteter planen.

Ein besonders gewinnbringender Effekt des Aufbaus einer elektronischen Datenerfassung im KJZD (und KJÄD) in Sachsen-Anhalt ist die Etablierung einer echten Zusammenarbeit zwischen kommunaler und Landes-GBE: während die Gesundheitsämter die nach GDG-LSA erforderlichen GBE-Daten wesentlich einfacher (auf Knopfdruck) und in festem jährlichen Rhythmus an das LAV schicken können, hat das LAV im Gegenzug die jährliche Verschickung eines „gbe-service“ an die Gesundheitsämter etabliert. Im gbe-service-KJZD werden die wichtigsten Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen in standardisierten Tabellen an alle Gesundheitsämtern geschickt, und zwar jeweils

für den eigenen Kreis/ die eigene kreisfreie Stadt und für Sachsen-Anhalt insgesamt. So können für die kommunale GBE die verschiedenen zahnmedizinischen Parameter des eigenen Kreises 1:1 mit dem Landesdurchschnitt verglichen werden. Bei auffälligen Abweichungen kann dann mit der entsprechenden Software (s. oben) nach besonders betroffenen Einrichtungen bzw. Wohngemeinden gesucht werden.

Ein Indiz für die gute Zusammenarbeit des Zahngesundheitswesens in Sachsen-Anhalt ist, dass sich seit 2011 die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZVSAN) dem Daten- und Ergebnisaustausch angeschlossen hat. Inzwischen findet ein periodischer elektronischer Datenaustausch zwischen KZVSAN und LAV statt; gemeinsame Berichte/ Publikationen sind geplant. Sowohl die LAGJ als auch die Zahnärztekammer des Landes werden seit mehreren Jahren vom LAV über anstehende zahnärztliche Berichte und Publikationen auf Landesebene informiert und geben fachlichen Rat. Wünschenswert wäre ein noch weiter gehender Ausbau des „Netzwerkes Zahngesundheit Sachsen-Anhalt“ unter Einbeziehung der Krankenkassen und der Kindereinrichtungen.

Die steigende Aufmerksamkeit, welche die Auswertung der Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit in Sachsen-Anhalt in der Politik, bei Gesundheitsexperten und in der Öffentlichkeit erfährt, hat auch dazu geführt, dass die gesellschaftlich wichtige Arbeit der Gesundheitsämter wieder stärker wahrgenommen wird.

#### **Korrespondenzadresse:**

##### **Dr. med. dent. Dieter Heese**

Fachzahnarzt für öffentliches  
Gesundheitswesen  
Leiter Jugendzahnärztlicher Dienst  
Fachdienst Gesundheit  
Landkreis Börde  
Gerikestraße 5  
39340 Haldensleben

##### **Dr. rer. nat. Goetz Wahl**

Dez. 21 Gesundheits- und  
Hygienemanagement  
Landesamt für Verbraucherschutz  
Sachsen-Anhalt  
Große Steinernetischstraße 4  
39104 Magdeburg