



BERICHT ZUR ZAHNGESUNDHEIT VON LICHTENBERGER KINDERN

2025

BERLIN



Impressum

Herausgeber

Bezirksamt Lichtenberg
Abteilung Soziales, Arbeit, Gesundheit und Bürgerdienste
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Erstellung und Redaktion

Sarah Blaut (Gesundheitsberichterstattung)
sarah.blaut@lichtenberg.berlin.de

Mitarbeit von
Silke Kühn (kommissarische Leitung ZÄD Lichtenberg)
silke.kuehn@lichtenberg.berlin.de

Titelbild

Gaianami/depositphotos.com

Auflage

200 Stück

Berlin, August 2025

Grußwort



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Lichtenbergerinnen und Lichtenberger,

Lichtenberg ist ein wachsender Bezirk – neben dem Alterssegment 65+ nimmt insbesondere die Altersgruppe der unter 18-Jährigen zu. Ende 2023 waren ca. 17,5 % der Gesamtbevölkerung im Kindes- oder Jugendalter – Tendenz steigend. Gute Bedingungen für ein gesundes Leben und Aufwachsen zu schaffen und zu gewährleisten ist eines der wichtigsten Anliegen des Bezirksamtes.

Das Thema Zahngesundheit spielt unabhängig von Alter und Lebensphase für jeden von uns eine wichtige Rolle. Gesunde Zähne tragen wesentlich zu einem höheren psychischen und körperlichen Wohlbefinden bei. Neben den rein gesundheitlichen Aspekten prägen sie auch das äußere Erscheinungsbild. Im Kindesalter kommen den Milchzähnen weitere wichtige und oftmals unterschätzte Funktionen zu: Zum Beispiel spielen sie für die Entwicklung der Sprache eine bedeutende Rolle und dienen als „Platzhalter“ für das bleibende Gebiss.

Mit diesem Bericht soll neben der regelmäßigen Auswertung der Einschulungsuntersuchungen ein Einblick in einen weiteren Aspekt der Gesundheit von Lichtenberger Kindern ermöglicht werden. Bereits 2018 wurden erstmals die Ergebnisse der vom Zahnärztlichen Dienst Lichtenberg durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen von 3-, 6- und 12-jährigen Kindern veröffentlicht. Die damals erarbeiteten Handlungsempfehlungen werden im Rahmen dieses Berichts unter Berücksichtigung der Situation nach der Covid-19-Pandemie aufgegriffen und weiterentwickelt.

Ich danke Ihnen sehr für Ihr bisheriges Engagement für die Jüngsten in unserem Bezirk. Gleichzeitig möchte ich auch dazu ermutigen, durch Aktivitäten in Vereinen, bei freien Trägern oder in eigenen Projekten die Rahmenbedingungen für die Kinder in unserem Bezirk weiter zu verbessern.

Denn Kinder sind unsere Zukunft!

Ich hoffe, Ihnen mit diesem Bericht aufschlussreiche Erkenntnisse über die Mundgesundheit unserer Lichtenberger Kinder geben zu können und wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Dr. Catrin Gocksch

Bezirksstadträtin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Bürgerdienste

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	3
1 Ergebnisse im Überblick	6
2 Einleitung	6
3 Methodik	7
4 Demografische Daten zu Lichtenberger Kindern	9
5 Soziale Lage von Kindern und Jugendlichen in Lichtenberg	10
5.1 Arbeitslose und Bedarfsgemeinschaften nach SGB II	10
5.2 Kinder in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II	12
5.3 Zwischenfazit	13
6 Grundlagen zur Mund- und Zahngesundheit	13
6.1 Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Karies	13
6.2 Kariesprophylaxe	15
6.3 Prophylaxeprogramme	16
6.4 Indikatoren zur Erfassung der Zahngesundheit	17
6.5 Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030	19
6.6 Zahnärztlicher Dienst in Lichtenberg	19
6.7 LAG Berlin e.V.	21
7 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen des ZÄD in Lichtenberg	22
7.1 3-jährige Kinder	22
7.2 6-jährige Kinder	27
7.3 12-jährige Kinder	32
7.4 Bezug zu den Lichtenberger Sozialdaten	35
8 Vergleich der Berliner Bezirke	36
8.1 3-Jährige	36
8.2 6-Jährige	37
8.3 12-Jährige	39
8.4 Zusammenfassung	40
9 Fazit	40
10 Präventionsansätze im Bereich Mundgesundheit im Bezirk Lichtenberg	42
10.1 Präventionsansätze im Tätigkeitsbereich des ZÄD	42
10.2 Kita mit Biss	42
10.3 Schulgesundheitsfachkräfte	43

11 Handlungsfelder	44
11.1 Überbezirkliche Handlungsfelder	44
11.2 Bezirkliche Handlungsfelder	45
Abkürzungsverzeichnis	47
Literaturverzeichnis.....	48

1 Ergebnisse im Überblick

In diesem Bericht werden die Untersuchungsdaten des Lichtenberger Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) für die Altersgruppen der 3-Jährigen, der 6-Jährigen und der 12-Jährigen im Zeitverlauf der letzten 10 Jahre dargestellt, kleinräumig auf Ebene der Bezirksregionen analysiert und im Kontext von Vergleichsdaten ausgewertet.

Für alle 3 Altersgruppen konnte eine Verbesserung der Zahngesundheit der Lichtenberger Kinder über den Zeitverlauf festgestellt werden. Im Vergleich der Schuljahre 2023/24 mit dem Ausgangswert von 2013/14 hat sich der Anteil naturgesunder Gebisse bei den 3-Jährigen um etwas mehr als 4 Prozentpunkte auf 81,7 % verbessert. Bei den 6-Jährigen waren 51,4 % naturgesund – ein Anstieg um fast 7 Prozentpunkte. Für die 12-Jährigen lag der Anteil naturgesunder Gebisse mit 67,2 % etwas mehr als 7 Prozentpunkte über dem Ausgangswert. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Anzahl kariöser oder sanierter Zähne pro Kind deutlich messbar zurückgegangen. Auch die Auswertungen der prozentualen Anteile von Kindern mit einem erhöhten Kariesrisiko zeigten einen Rückgang.

Die Lichtenberger Ergebnisse wurden mit denen der anderen Berliner Bezirke verglichen. Die Mundgesundheit bei den 3-Jährigen und den 6-Jährigen war schlechter als der Berliner Durchschnitt, im Bezirksranking lag Lichtenberg dabei meist im hinteren Mittelfeld. Lediglich bei den 12-Jährigen stimmten die ermittelten Lichtenberger Werte weitgehend mit den Berliner Ergebnissen überein, die durchschnittliche Anzahl kariöser oder sanierter Zähne war dabei sogar etwas niedriger als der berlinweite Mittelwert.

Die kleinräumige Auswertung auf Ebene der Bezirksregionen legte insbesondere bei den 3-Jährigen und bei den 6-Jährigen einen Zusammenhang zwischen Sozialstruktur in den jeweiligen Bezirksregionen und den Untersuchungsergebnissen zur Zahngesundheit nahe.

Um eine Aussage zur Entwicklung der Zahngesundheit bei den besonders von Karies betroffenen Kindern zu treffen, wurde zusätzlich die Karieslast der Kinder, bei denen kariöse oder sanierte Zähne vorlagen, berechnet. Dabei fiel in allen 3 Altersgruppen auf, dass sich die Anzahl der betroffenen Zähne je Kind nicht oder sehr wenig verringert hat.

Eine Einordnung der Lichtenberger Daten im Vergleich zu gesamtdeutschen Zahlen und Zielvorgaben zeigte ebenfalls erheblichen weiteren Handlungsbedarf.

2 Einleitung

Mit dem Thema Gesundheit von Kindern bringt man im Bezirk Lichtenberg bisher hauptsächlich die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Verbindung. Bei diesen werden die Kinder im Vorschulalter durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Gesundheitsamtes zu

ihrem Gesundheitszustand sowie anderen Entwicklungsparametern untersucht. Auch wenn im Rahmen dieser Untersuchung ein Blick in den Mund der Kinder geworfen wird, entspricht das explizit keiner umfassenden zahnärztlichen Untersuchung.

Neben dem KJGD gehört auch der ZÄD zum Gesundheitsamt. Dieser führt in allen Lichtenberger Kitas und Schulen regelmäßige, d.h. i.d.R. jährliche, Vorsorgeuntersuchungen (VU) durch. Im Rahmen dieser Untersuchungen wird das Gebiss jedes Kindes inspiziert und die entsprechenden Ergebnisse dokumentiert.

Im Jahr 2018 wurde ein erster Bericht zur Zahngesundheit von Lichtenberger Kindern veröffentlicht. Mit diesem Bericht soll für Lichtenberg erneut eine kleinräumige Analyse und Darstellung der Daten des ZÄD zu Lichtenberger Kindern durchgeführt werden, um zu wissen:

- welche Kinder im Rahmen der Betreuung durch den ZÄD besondere Aufmerksamkeit benötigen (sowohl in Bezug auf die Altersgruppe als auch die Region(en) innerhalb des Bezirkes),
- wie sich die Zahngesundheit von Lichtenberger Kindern im Alter von 3, 6 und 12 Jahren im Verlauf der letzten 10 Jahre darstellt,
- wie die Mundgesundheit der Lichtenberger Kinder im Vergleich zu Berlin insgesamt ist,
- was mögliche Handlungsansätze sind, um die Mund- und Zahngesundheit in entsprechenden Altersgruppen und/oder Regionen positiv zu beeinflussen,
- ob und in wieweit die Covid19-Pandemie sich auf die Zahngesundheit von Lichtenberger Kindern ausgewirkt hat.

3 Methodik

Methodisch wurden in diesem Bericht die Daten der Kinder nach Schuljahren, d.h. jeweils im Zeitraum 01.08. bis 31.07. des darauffolgenden Jahres ausgewertet. Dabei fanden nur diejenigen Kinder Berücksichtigung, die an der zahnärztlichen VU teilnahmen. Die Kinder, die die Untersuchung verweigerten, deren Eltern, sofern erforderlich, keine Zustimmung gaben bzw. an dem Tag nicht in der Einrichtung anwesend waren, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt. Auch Kinder, die eine Eltern-Initiativ-Kita besuchten, fanden keine Berücksichtigung.

Die Auswertung erfolgte nach dem Wohnortprinzip, was bedeutet, dass in der Auswertung nur die Daten derjenigen Kinder berücksichtigt wurden, die im Bezirk Lichtenberg wohnhaft waren und durch den Lichtenberger ZÄD untersucht wurden. Dementsprechend wurden Kinder, die 1. zwar in Lichtenberg eine Kita besuchten und vom ZÄD Lichtenberg untersucht wurden aber nicht in Lichtenberg wohnhaft waren, bzw. 2. Kinder, die in Lichtenberg lebten aber in einem anderen Bezirk eine Kita bzw. Schule besuchten, in dieser Auswertung nicht einbezogen. Auch diejenigen Kinder bei denen im Datensatz keine Zuordnung zum Wohnort hinterlegt war, blieben unberücksichtigt.

Bei denjenigen Kindern, die im Laufe eines Schuljahres aufgrund eines Einrichtungswechsels innerhalb des Bezirks zwei Mal untersucht wurden, floss lediglich der aktuellste Befund in die Auswertung ein.

Beim Bezirksvergleich beziehen sich die Auswertungen auf alle im Bezirk untersuchten Kinder, unabhängig von deren Wohnort. Deshalb gibt es Abweichungen zwischen den Daten, die auf Bezirksebene ausgewertet werden und den Daten, die beim überbezirklichen Vergleich angegeben sind.

Eine Auswertung nach Geschlecht wurde nicht vorgenommen. Darüber hinaus war eine Auswertung nach Migrationsstatus nicht möglich, da diese Daten der Kinder nicht erhoben wurden.

Bei der kleinräumigen Auswertung auf Ebene der Bezirksregionen wurden jeweils die Daten der letzten zwei Jahrgänge (2022/23 und 2023/24) zusammengefasst. Ursächlich hierfür ist, dass die Stichprobengrößen häufig zu klein gewesen wären, um zum einen verwertbare Aussagen treffen und zum anderen die Möglichkeit des Rückschlusses auf einzelne Kinder ausschließen zu können. In Bezirksregionen, in denen bei einzelnen Indikatoren aufgrund zu geringer Stichprobengrößen trotz der Zusammenführung der Datensätze Rückschlüsse auf einzelne Kinder gezogen werden könnten, werden die Daten nicht veröffentlicht. Insgesamt wurden im Schuljahr 2023/24 24.198 Kinder durch den ZÄD Lichtenberg untersucht. Davon wurde die in **Tabelle 1** dargestellte Anzahl an Kindern je Altersgruppe in der Auswertung berücksichtigt.

Tabelle 1: Anzahl der in der Auswertung berücksichtigten Kinder in den Schuljahren 2013/14 bis 2023/24

Schuljahr	In der Auswertung berücksichtigte Kinder		
	3 Jahre	6 Jahre	12 Jahre
2013/14	1.566	1.552	574
2014/15	1.319	1.239	736
2015/16	1.632	1.921	708
2016/17	1.517	1.661	690
2017/18	1.267	1.233	702
2018/19	1.086	1.276	675
2022/23	797	1.549	1.022
2023/24	1.777	2.064	1.235

Bei den 12-Jährigen wurde auf die Auswertung der Karieserfahrung der Milchzähne verzichtet, weil auf Grund des bereits weit fortgeschrittenen Zahnwechsels bei vielen Kindern in diesem Alter nur noch wenige oder keine Milchzähne mehr vorhanden sind. Der Anteil an Kindern mit erhöhtem-Kariesrisiko wurde in dieser Altersgruppe nicht ausgewertet, weil es im Untersuchungszeitraum eine Änderung bei der Erfassung des Risikos gab und deshalb die Werte nicht vergleichbar sind.

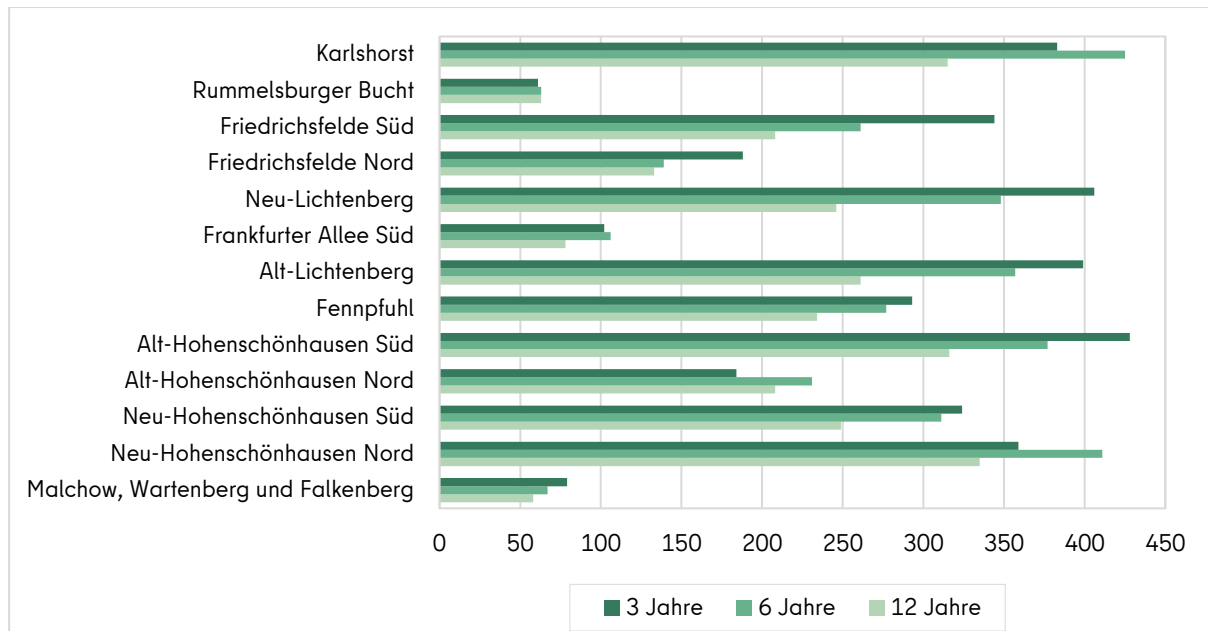
Die Schuljahre 2019/20, 2020/21 und 2021/22 wurden nicht berücksichtigt, weil in diesen Schuljahren die Untersuchungen wegen der Covid19-Pandemie nur eingeschränkt oder gar nicht möglich waren. Für das Schuljahr 2022/23 ist zu beachten, dass bei der Wiederaufnahme der Untersuchungen nach der Pandemie nicht alle Einrichtungen besucht werden konnten, deshalb Schulen

priorisiert wurden und in weniger Kitas die Untersuchungen durchgeführt wurden. So konnten insbesondere bei den 3-Jährigen deutlich weniger Kinder bei der Auswertung berücksichtigt werden, aber auch bei den 6-Jährigen wirkte sich dieser Umstand aus.

4 Demografische Daten zu Lichtenberger Kindern

Zum Stichtag 31.12.2023 lebten 54.735 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren im Bezirk Lichtenberg¹. Das entsprach ca. 17,5 % der Gesamtbevölkerung im Bezirk. Etwas mehr als die Hälfte aller Minderjährigen (28.342 Kinder und Jugendliche) wies einen Migrationshintergrund auf. In der nachfolgenden **Abbildung 1** ist die Anzahl der Kinder im Alter von 3, 6 und 12 Jahren in den Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Dabei wird deutlich, dass die Lichtenberger Kinder in den Bezirksregionen sehr unterschiedlich verteilt sind. Die meisten Kinder dieser drei Altersgruppen lebten in Karlshorst und Alt-Hohenschönhausen Süd. Dahingegen war die geringste Zahl von Kindern im Alter von 3, 6 und 12 Jahren in Rummelsburger Bucht und Malchow, Wartenberg und Falkenberg wohnhaft. Insgesamt ist die Gruppe der 3-jährigen Kinder am größten und betrug zum Stichtag 3.550 Kinder. Des Weiteren lebten 3.373 Kinder im Alter von 6 Jahren und 2.704 Kinder im Alter von 12 Jahren in Lichtenberg.

Abbildung 1: Anzahl der Kinder im Alter von 3, 6 und 12 Jahren in den Lichtenberger Bezirksregionen (absolut)-
Quelle: AfS - Einwohnerregisterstatistik (Stand 31.12.2023)



¹ Vgl. AfS - Einwohnerregisterstatistik (Stand 31.12.2023)

Bis zum Jahr 2040 wird sich der Anteil an Personen unter 18 Jahren in Lichtenberg weiter erhöhen. Laut Berechnungen der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung um ca. 9,2 %².

Die steigende Anzahl an Kindern und Jugendlichen im Bezirk Lichtenberg stellt eine Vielzahl von Akteuren und Bereichen vor große Herausforderungen – neben grundlegenden Themen wie der Kita- und Schulplatzversorgung stellen auch die Schwierigkeiten der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzten den Bezirk vor große Herausforderungen. Vor dem Hintergrund immer knapper werdender Ressourcen ist es wichtig die vorhandenen Kapazitäten umso zielgerichteter dort einzusetzen, wo sie am meisten benötigt werden. Dazu soll u.a. dieser Bericht einen Beitrag leisten.

5 Soziale Lage von Kindern und Jugendlichen in Lichtenberg

5.1 Arbeitslose und Bedarfsgemeinschaften nach SGB II

Zwischen der gesundheitlichen sowie der sozialen Lage besteht bekanntermaßen ein unmittelbarer Zusammenhang³. Da im Datensatz des ZÄD nicht wie bei der Einschulungsuntersuchung Angaben zur sozialen Lage des Kindes bzw. dessen Familie vorhanden sind, werden in diesem Kapitel einige allgemeine Indikatoren zur sozialen Lage auf kleinräumiger Ebene dargestellt.

Insgesamt liegen nur bedingt Sozialdaten zu Kindern vor. Allerdings können auch Sozialdaten zur erwachsenen Bevölkerung indirekte Aussagen über die Lage von Kindern treffen, da die soziale Lage der Eltern i.d.R. auch unmittelbare Auswirkungen auf das Leben der Kinder hat.

Der Bezirk Lichtenberg weist insgesamt eine sehr durchmischte Sozialstruktur auf. Während im Lichtenberger Süden (Karlshorst, Rummelsburger Bucht) sowie im Norden von Hohenschönhausen in Malchow, Wartenberg und Falkenberg die Einwohnerinnen und Einwohner tendenziell eine günstige Sozialstruktur aufweisen, sind die Regionen Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd von vergleichsweise schwierigen sozialen Rahmenbedingungen geprägt. Exemplarisch für diese Unterschiede sind die in **Abbildung 2** dargestellten Arbeitslosenquoten nach Sozialgesetzbuch (SGB) II in den Lichtenberger Bezirksregionen. Insgesamt lag der Bezirk Lichtenberg mit 5,2 % oberhalb des Berliner Durchschnitts (4,6 %). Allerdings gab es zwischen den Bezirksregionen große Abweichungen: So waren in Karlshorst 2,4 % aller Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren von Arbeitslosigkeit betroffen. Vergleichbar niedrig waren die Quoten auch in Rummelsburger Bucht sowie Malchow, Wartenberg und Falkenberg (jeweils 3,0 %). Demgegenüber lag in Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd der Anteil dieser Gruppe bei 7,8 % bzw. 7,6 %.

² Vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen - Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2021-2040 (mittlere Variante, Fortschreibung auf Basis des Einwohnerregisters per 31.12.2021)

³ Vgl. Lampert et al (2016)

Abbildung 2: Anteil Arbeitslose nach SGB II an Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter von 15 Jahren bis zur Regelaltersgrenze (in Prozent) – Quelle: AFS – Abgestimmter Datenpool (Stand 31.12.2023)

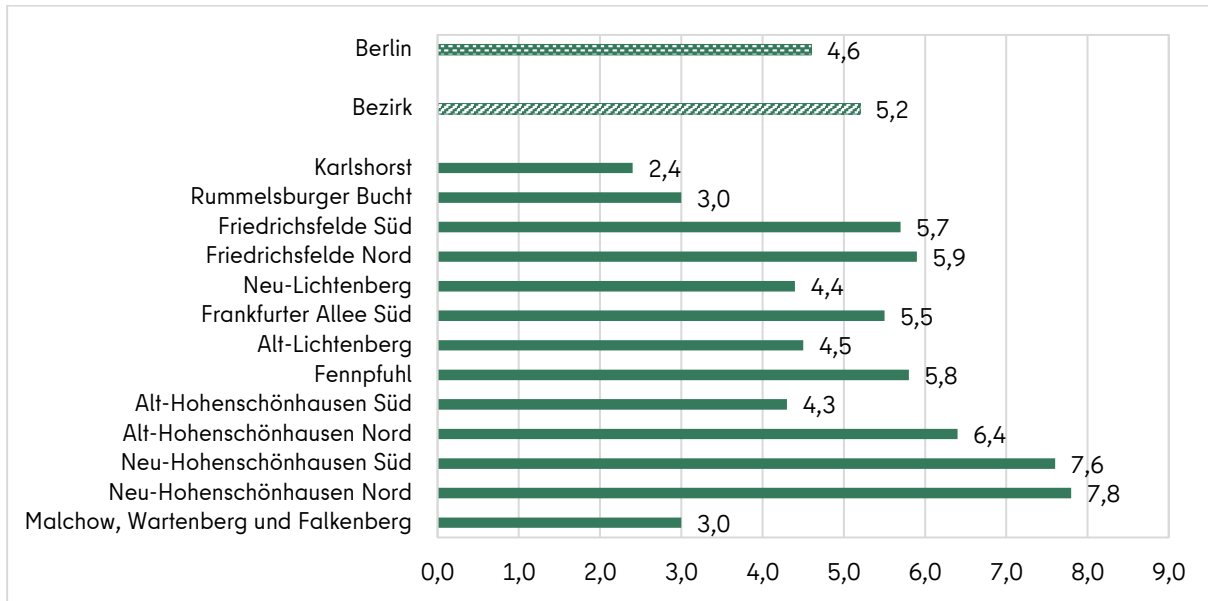
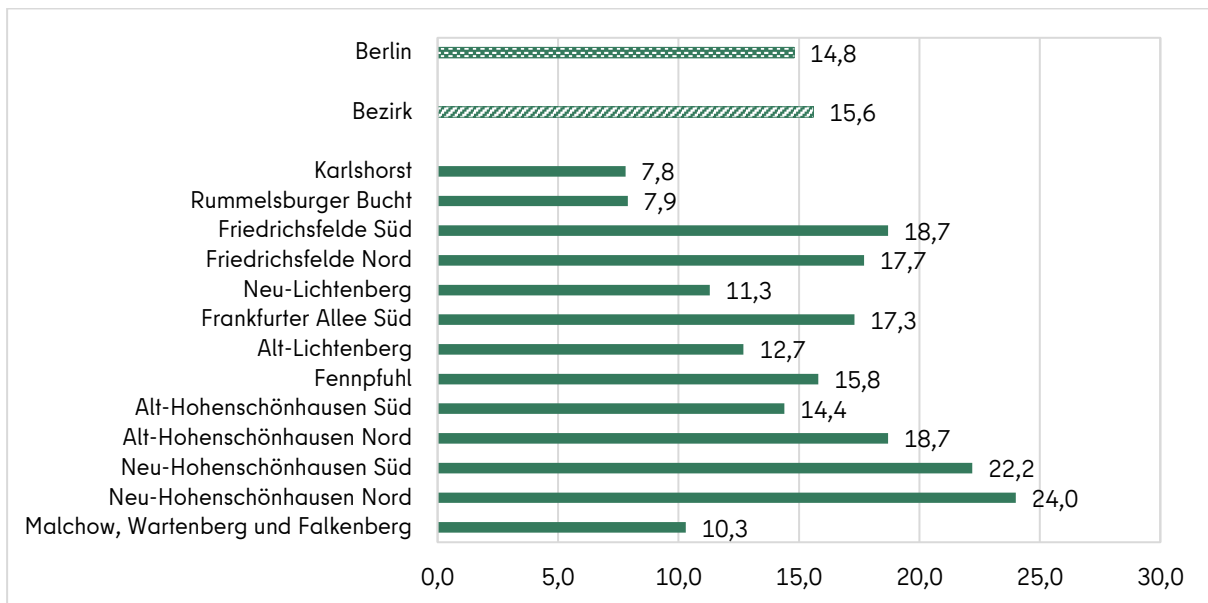


Abbildung 3: Anteil Personen in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II an den Einwohnerinnen und Einwohnern unter der Regelaltersgrenze (in Prozent) – Quelle: AFS – Abgestimmter Datenpool (Stand 31.12.2023)



Wenn weitere Personen im Haushalt der arbeitslosen Personen leben, sind i.d.R. auch diese, zum Beispiel Partnerin bzw. Partner, Kinder und/oder weitere Familienangehörige von den Auswirkungen einer ggf. bestehenden Arbeitslosigkeit betroffen. Ist das der Fall, bilden diese eine Bedarfsgemeinschaft, d.h. dass diese Personen zusammenleben und „wechselseitige Verantwortung füreinander“⁴ übernehmen. Dementsprechend wird auch ihr Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II gemeinsam ermittelt. In **Abbildung 3** werden alle Einwohnerinnen und Einwohner, die 2023 in Be-

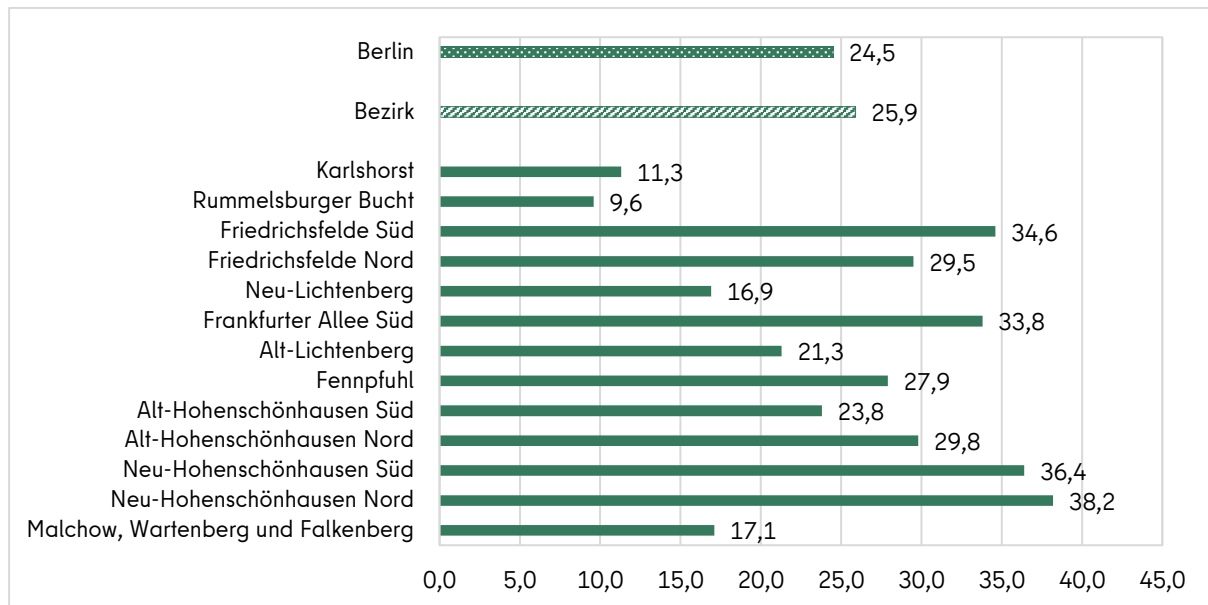
⁴ Lexikon der Bundesagentur für Arbeit

darfsgemeinschaften nach SGB II lebten, im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung unterhalb der Regelaltersgrenze dargestellt. Berlinweit traf das auf 14,8 % der Personen zu. Im Bezirk Lichtenberg lebten 15,6 % dieser Gruppe in Bedarfsgemeinschaften. Kleinräumig bestanden auch hierbei deutliche Unterschiede: Während in Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd die Quoten 24,0 % bzw. 22,2 % betragen, waren in Karlshorst lediglich ca. 7,8 % der Bevölkerung unterhalb des Renteneintrittsalters von SGB II-Leistungen abhängig.

5.2 Kinder in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II

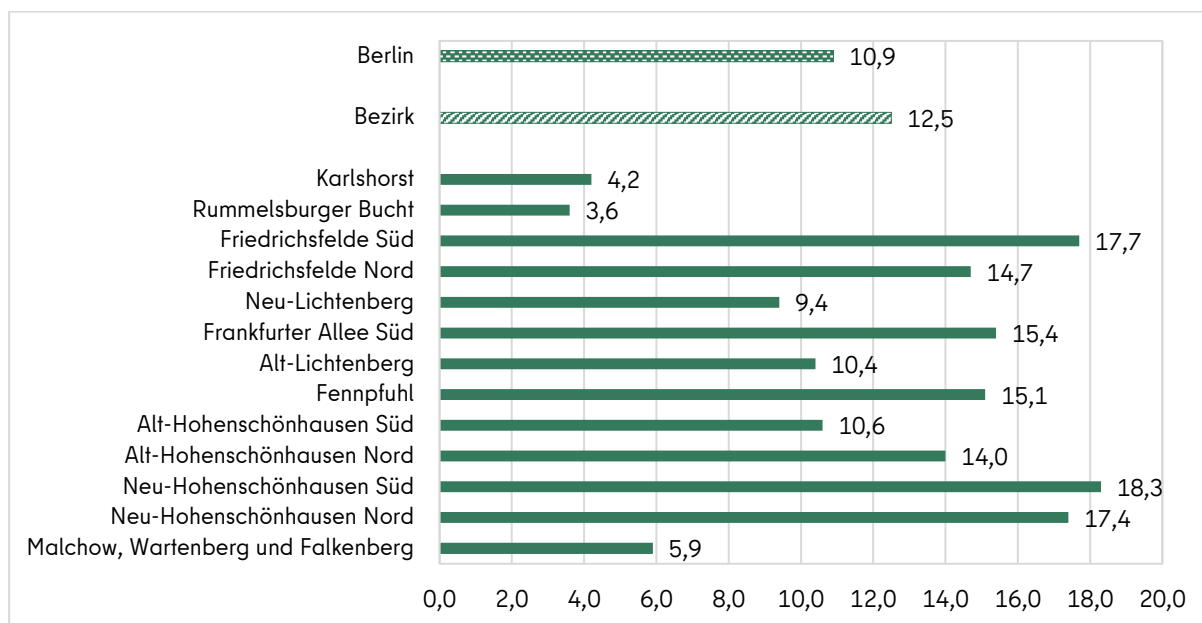
Die soziale Lage von Kindern lässt sich mithilfe des Anteils von Personen in Bedarfsgemeinschaften unter 15 Jahren gemessen an allen Einwohnerinnen und Einwohner dieser Altersgruppe abbilden (vgl. **Abbildung 4**). Während in Berlin insgesamt 24,5 % der Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften lebten, traf das in Lichtenberg insgesamt auf knapp 26 % der Minderjährigen zu. Am häufigsten lebten in Neu-Hohenschönhausen Nord (38,2 %) und Neu-Hohenschönhausen Süd (36,4 %) Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften. Ebenfalls deutlich oberhalb des bezirklichen Durchschnitts war dieser Anteil in Friedrichsfelde Süd (34,6 %) und Frankfurter Allee Süd (33,8 %). Dahingegen betrug diese Quote in Karlshorst bzw. Rummelsburger Bucht 11,3 % bzw. 9,6 %.

Abbildung 4: Anteil Personen in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II im Alter unter 15 Jahren an Einwohnerinnen und Einwohnern (in Prozent) - Quelle: AfS - Abgestimmter Datenpool (Stand 31.12.2023)



Darüber hinaus bietet auch der Anteil von minderjährigen Kindern in Bedarfsgemeinschaften von alleinerziehenden Elternteilen Anhaltspunkte zur sozialen Lage von Kindern. Dabei lag dieser Anteil im Bezirk mit 12,5 % oberhalb des berlinweiten Durchschnittswerts von 10,9 %. Am geringsten waren die Quoten von Kindern in alleinerziehenden Bedarfsgemeinschaften in Rummelsburger Bucht (3,6 %), Karlshorst (4,2 %) und Malchow, Wartenberg und Falkenberg (5,9 %). Im Gegensatz dazu betraf das in Neu-Hohenschönhausen Süd 18,3 % bzw. in Friedrichsfelde Süd 17,7 % der dort lebenden Minderjährigen (vgl. **Abbildung 5**).

Abbildung 5: Anteil der minderjährigen Kinder in alleinerziehenden Bedarfsgemeinschaften nach SGB II an den Einwohnerinnen und Einwohnern unter 18 Jahren (in Prozent) – Quelle: AfS – Abgestimmter Datenpool (Stand 31.12.2023)



5.3 Zwischenfazit

Die kleinräumige Auswertung der Sozialdaten in den beiden vorhergehenden Kapiteln verdeutlicht die großen Unterschiede, die innerhalb des Bezirkes Lichtenberg bestehen. Dabei ist die Rangfolge der Bezirksregionen bei den dargestellten Indikatoren ähnlich. Besonders in das Blickfeld rücken die Stadtteile Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd gefolgt von Friedrichsfelde Süd, wo der Anteil von Menschen, die von Transferleistungen abhängig sind vergleichsweise hoch ist. Dahingegen stellt sich die soziale Lage in Karlshorst, Rummelsburger Bucht sowie Malchow, Wartenberg und Falkenberg als überdurchschnittlich gut dar.

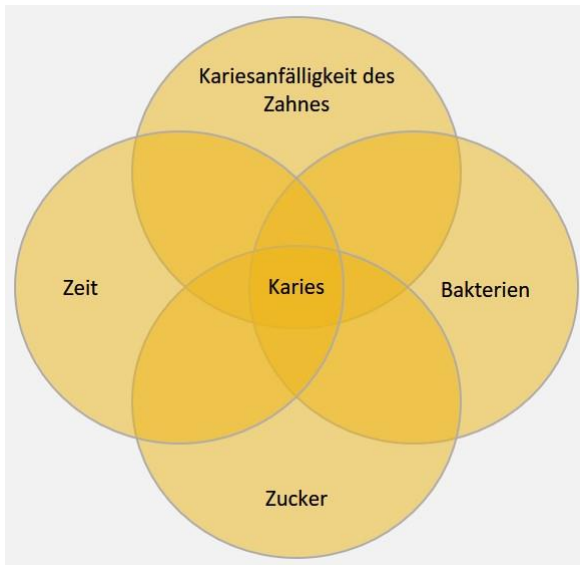
6 Grundlagen zur Mund- und Zahngesundheit

6.1 Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Karies

Karies ist nach wie vor eine weit verbreitete Erkrankung. Aktuelle Untersuchungen für Deutschland zeigen zwar bevölkerungsweit in allen Altersgruppen einen erheblichen Kariesrückgang im Vergleich zu Daten aus den 1990er Jahren, jedoch ist noch immer nahezu jeder Mensch in seinem Leben von Karies betroffen⁵.

Bei der Kariesentstehung handelt es sich um ein Krankheitsgeschehen, welches durch das Zusammenspiel von vier Hauptfaktoren ausgelöst wird und durch zahlreiche weitere Risikofaktoren beeinflusst wird. Die auslösenden Faktoren sind in der nachfolgenden **Abbildung 6** dargestellt. Je nach Zusammensetzung der Bakterien auf der Zahnoberfläche und der Kariesanfälligkeit des Zahnes ist die Häufigkeit und Menge des verfügbaren Zuckers ausschlaggebend dafür, wie lange es dauert, bis eine Karies entsteht.

⁵ Jordan et al. (2025)

Abbildung 6: Schema zur Entstehung von Karies (eigene Darstellung⁶)

In jeder Mundhöhle gibt es unzählige unterschiedliche Bakterien und andere Mikroorganismen. Im gesunden Zustand liegen diese in einem ausgewogenen Gleichgewicht vor. Darunter sind auch Bakterien, die Karies verursachen können, weil sie in der Lage sind, aus Zucker und anderen Kohlenhydraten Säure zu produzieren. Diese Säure löst Mineralien aus der Zahnhartsubstanz, man spricht von einer Demineralisation. Die dadurch fehlenden Mineralien können sich aus dem Speichel wieder einlagern - hierbei handelt es sich um die Remineralisation. Bei häufigem Verzehr von Zucker kommt es jedoch immer wieder zu einer Demineralisation und die Zeit dazwischen reicht nicht aus für die vollständige Remineralisation. Die Zahnoberfläche wird dadurch porös. Außerdem verschiebt sich das bakterielle Gleichgewicht. Die säurebildenden Bakterien vermehren sich stark und dominieren den Biofilm auf der Zahnoberfläche - die sogenannte Plaque. Dadurch wird aus Zucker schneller und mehr Säure produziert. Zudem wird die Plaque dicker und stabiler. Dadurch ist sie schwieriger zu entfernen und Zucker kann darin länger gespeichert werden. Das verlängert den Zeitraum der Demineralisation.

Zunächst bildet sich eine initiale Kariesläsion. Die Zahnoberfläche ist porös, aber noch intakt. Durch eine Verschiebung des Gleichgewichts zurück zur Remineralisation ist der Prozess noch umkehrbar. Kommt es jedoch weiterhin zu einer häufigen Zufuhr von Lebensmitteln, die viel Zucker enthalten, wird die Oberfläche weiter aufgelöst, schließlich bricht sie ein - das als Karies bekannte Loch liegt vor^{7,8,9}.

Milchzähne weisen im Vergleich zu bleibenden Zähnen einen geringeren Mineraliengehalt auf, wodurch die Kariesanfälligkeit höher ist und die Karies schneller voranschreiten kann. Da die Milchzähne außerdem kleiner sind und eine dünnere Zahnhartsubstanzschicht aufweisen, kann die

⁶ Nach König (1987), S.16 und Zimmer (2020)

⁷ Vgl. König (1987)

⁸ Vgl. Kühnisch (2020), S. 4

⁹ Vgl. Meyer, Enax (2018), S. 65

Karies einfacher den nervnahen Bereich erreichen. Deshalb ist die Gefahr von Komplikationen wie Zahnschmerzen erhöht¹⁰.

Die Studienlage zum Thema Mundgesundheit bei Kindern zeigt, dass sowohl eine ungünstige soziale Lage als auch der Migrationsstatus Risikofaktoren darstellen, die mit einem erhöhten Kariesrisiko einhergehen^{11,12,13,14}.

6.2 Kariesprophylaxe

Karies ist eine überwiegend vermeidbare Erkrankung. Die Kariesprophylaxe setzt bei den in Kapitel 6.1 dargestellten Hauptursachen an.

Eine entscheidende Ursache ist der übermäßige Zuckerkonsum. Die WHO-Richtlinie zum Zuckerkonsum empfiehlt, den Anteil an freiem Zucker auf maximal 10 %, besser unter 5 % der täglichen Energiezufuhr zu begrenzen. Mit freiem Zucker sind sowohl zugesetzte Zucker als auch natürlich vorkommende Zucker in Honig, Sirup und Fruchtsäften gemeint, nicht aber der Zucker, der natürlicherweise in Milchprodukten und in intaktem Obst oder Gemüse enthalten ist. Neuere Untersuchungsergebnisse weisen auf deutliche Vorteile des niedrigeren Grenzwertes von 5 % hin^{15,16}.

5 % der Energieaufnahme entsprechen bei einem Kind unter 6 Jahren weniger als 20 Gramm und damit weniger als 7 Stück Würfelzucker. Für 12-Jährige gilt entsprechend, dass der Zuckerverzehr pro Tag am besten unter als 30 Gramm (10 Stück Würfelzucker) liegen sollte^{17,18}.

Der tatsächliche Zuckerkonsum in Deutschland liegt eindeutig über 10 % der täglichen Gesamtenergieaufnahme. Die Angaben liegen geschlechts- und altersübergreifend bei durchschnittlich 12 bis 14 % der Energiezufuhr, für verschiedene Altersgruppen aber zum Teil deutlich höher. So wurden für einzelne Altersgruppen bis zu 18 % des Tagesenergiebedarfs ermittelt. Diese Werte basieren auf Selbstauskünften, deshalb könnte der tatsächliche Verbrauch noch höher sein. So lag der mittlere Pro-Kopf-Zucker-Verbrauch für das Wirtschaftsjahr 2023/24 bei 30,4 kg, was ungefähr 83 g pro Tag pro Person entspricht^{19,20,21,22}.

Deutliche Hinweise legen nahe, dass der Zuckerkonsum bei Kindern und Jugendlichen sozial ungleich verteilt ist. Für den Verzehr zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke konnte ein klares soziales Gefälle festgestellt werden. Der Anteil der Kinder, die laut einer Studie mindestens einmal täglich

¹⁰ Vgl. Kühnisch (2020), S. 4.

¹¹ Vgl. Uhlig, Butler (2009), S. 127 ff.

¹² Vgl. KZBV, BZÄK (2016), S. 9 f.

¹³ Vgl. van der Tas et al. (2017)

¹⁴ Vgl. André Kramner et al. (2018)

¹⁵ Vgl. WHO (2015)

¹⁶ Vgl. Moores et al. (2022)

¹⁷ Vgl. Schiffner (2022)

¹⁸ Vgl. Heilmann, Ziller (2021)

¹⁹ Vgl. Perrar et al. (2024)

²⁰ Vgl. Heuer (2018)

²¹ Vgl. Burgard et al. (2024)

²² Vgl. Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (2024)

zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumierten, lag bei niedrigem sozioökonomischem Status bei 25 % und damit 5mal so hoch wie bei Kindern mit hohem sozioökonomischem Status^{23,24}.

Neben der Reduzierung der Zuckerzufuhr lässt sich das Gleichgewicht in der Mundhöhle und damit das Kariesrisiko durch die Verbesserung der Zahnreinigung positiv beeinflussen. Durch die regelmäßige gründliche Entfernung der Plaque wird die Anzahl der säurebildenden Bakterien reduziert und dadurch die Demineralisation verringert. Ziel ist es dabei gar nicht, alle Mikroorganismen abzutöten, sondern den Biofilm zu reduzieren und zu kontrollieren^{25,26,27,28}.

Ein wichtiger Anteil der Reduzierung der Karies in den letzten Jahrzehnten ist auf die Fluoridanwendung zurückzuführen. Hier hat sich unter anderem die regelmäßige Anwendung fluoridierter Zahnpasta bewährt. Neben der Hemmung des Bakterienwachstums liegt die Hauptwirkung darin, dass die Zähne widerstandsfähiger gegenüber Karies werden. Fluorid reduziert die Löslichkeit der Zahnoberfläche für Säuren und hemmt damit die Demineralisation. Außerdem wird die Remineralisation verbessert²⁹.

Seit 2021 gibt es eine gemeinsame pädiatrische und zahnmedizinische Empfehlung zur Verwendung von Fluorid für Kinder bis zu 6 Jahren. Weil die Karieshäufigkeit im Milchgebiss trotz eines Rückgangs immer noch hoch ist, wurde die empfohlene Fluorid-Dosierung für Kinderzahnpasta so angepasst, dass eine bessere Kariesprophylaxe zu erwarten ist, ohne dass unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. Für Kinder ab 2 Jahren ist dabei ausdrücklich, neben der 2mal täglichen Anwendung zu Hause, zusätzlich die Verwendung von fluoridierter Zahnpasta beim täglichen Zähneputzen in der Kita einberechnet und empfohlen^{30,31}.

6.3 Prophylaxeprogramme

Wichtige Bausteine für die Zahngesundheit sind die Prophylaxeprogramme. Diese lassen sich in die

- Individualprophylaxe, die in der Regel in den Zahnarztpraxen durchgeführt wird und auf die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist, sowie die
- Gruppenprophylaxe, die gruppenweise im Kita- bzw. Schulalter in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen durchgeführt wird,

differenzieren.

Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen werden durch die LAG Berlin e.V. in Zusammenarbeit mit dem ZÄD auf Grundlage des § 21 SGB V durchgeführt (vgl. Kapitel 6.7). Die Einrichtungen sind in 4 Bedarfsgruppen eingeteilt, die das jeweilige Kariesaufkommen widerspiegeln. In Abhängigkeit von der Bedarfsgruppe variieren Art und Häufigkeit der Prophylaxemaßnahmen in den Einrichtungen. Ziel dieser Besuche ist es, durch praktische Zahnputzübungen die Zahnpflege zu vermitteln und zu verbessern. Ebenfalls werden die Kinder altersgerecht über Mundgesundheit, Ernährung usw.

²³ Vgl. Mensink et al. (2018)

²⁴ Vgl. Heilmann, Ziller (2021)

²⁵ Vgl. Kühnisch (2020), S. 18

²⁶ Vgl. Meyer, Enax (2018), S. 67

²⁷ Vgl. Jordan et al. (2016), S. 251f.

²⁸ Vgl. Pieper, Momeni (2006), S. A1004

²⁹ Vgl. Schiffner (2021)

³⁰ Vgl. Berg et al. (2021)

³¹ Vgl. Schiffner (2024)

informiert. In vielen Lichtenberger Schulen erfolgt zudem eine Fluoridierung der Zähne mit einem Fluoridgel.

Die Prophylaxeprogramme zeigen Wirkung. Die im April 2025 veröffentlichte 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie bestätigt den deutlichen Kariesrückgang seit den 1990er Jahren. Im Vergleich zu 1997 hat sich bei den 12-Jährigen der Anteil der kariesfreien Kinder nahezu verdoppelt und liegt bei knapp 78 %. Die heute 35- bis 44-Jährigen, die in ihrer Kindheit bereits von den Prophylaxeprogrammen profitieren konnten, zeigen eine Halbierung der Zähne mit Karieserfahrung. Während 1997 jeder Erwachsene in diesem Alter durchschnittlich 16 kariöse oder wegen Karies behandelte Zähne hatte, waren das 2025 nur etwas mehr als 8 Zähne. Jedoch zeigt diese Studie auch den deutlichen Einfluss sozioökonomischer Risikofaktoren. So gab es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Karieserfahrung und familiärem Bildungsstand. Bei Familien mit niedrigem Bildungsstand war die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung bei den 12-Jährigen etwa 4mal so hoch wie bei Familien mit hohem Bildungsniveau. Dieser soziale Gradient ist bei den untersuchten Personen im Erwachsenenalter ebenfalls zu beobachten³².

Damit zeigt sich auch in dieser Untersuchung eine Polarisierung der Karies. Polarisierung bedeutet, dass bei immer weniger Menschen Karieserfahrung vorliegt und die Mundgesundheit insgesamt besser wird, bei den Personen mit Karieserfahrung jedoch besonders viel Karies festzustellen ist.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, genau die entsprechenden Zielgruppen zukünftig noch besser zu erreichen. Auf Grund der Möglichkeit niedrigschwelliger Maßnahmen kann hier insbesondere die Gruppenprophylaxe gut ansetzen.

Trotz des guten Erfolges bei den 12-Jährigen über die vergangenen Jahrzehnte ist im Vergleich zu 2016 keine weitere Verbesserung zu erkennen. Zudem sind die Mundgesundheitsziele für Deutschland für das Jahr 2030, die eine Kariesfreiheit von 90 % bei 12-Jährigen als Ziel setzen, noch deutlich verfehlt^{33,34}.

Wichtig ist es deshalb, die bewährte und erfolgreiche Arbeit im Rahmen der Gruppenprophylaxe unvermindert fortzusetzen und mit besonderem Fokus auf den Risikogruppen zielgerichtet weiter zu stärken.

6.4 Indikatoren zur Erfassung der Zahngesundheit

Im Rahmen der VU durch den ZÄD gibt es mehrere standardisierte Indikatoren, die zur Beurteilung der Mund- bzw. Zahngesundheit herangezogen werden. Diese werden nachfolgend näher erläutert.

Kariesstatus

Der Kariesstatus ist der geläufigste der Indikatoren. Er lässt sich in die Kategorien naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig einteilen³⁵. Dabei bedeutet naturgesund, dass das Gebiss

³² Jordan et al. (2025)

³³ Ebd.

³⁴ Vgl. Ziller et al. (2021)

³⁵ Vgl. BZÖG (2019), S. 18.

keine Karies aufweist. Ein saniertes Gebiss liegt vor, wenn in der Vergangenheit bestandene „kariöse Läsionen sowie deren Folgezustände“³⁶ bereits versorgt wurden. In dem Fall, in dem das Gebiss zum Untersuchungszeitpunkt noch unbehandelte Karies aufweist, gilt es als behandlungsbedürftig.

dmft-/DMFT-Index

Der dmft- bzw. DMFT-Index ist eine auch international verwendete Maßzahl zur quantitativen Beschreibung der individuellen Karieserfahrung. Die Bedeutung wird in **Tabelle 2** erklärt. Die Kleinbuchstaben stehen dabei für die Milchzähne, wohingegen die Großbuchstaben für die bleibenden Zähne stehen.

Tabelle 2: dmft-/DMFT-Index³⁷

D bzw. d	kariös („decayed“)
M bzw. m	fehlend („missing“)
F bzw. f	gefüllt („filled“)
T bzw. t	Zähne („teeth“)
S bzw. s	Glattflächen („surfaces“)

Dabei wird im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung für jeden Zahn, der kariös, fehlend oder gefüllt ist, der Wert eins kalkuliert und am Ende die Gesamtsumme für das Individuum berechnet. Da im Rahmen dieser Berichterstattung allerdings nicht die Betrachtung des einzelnen Kindes bzw. dessen dmft- bzw. DMFT-Wertes im Fokus steht, wird in den nachfolgenden Kapiteln der durchschnittliche dmft-/DMFT-Wert der jeweils zugrunde gelegten Stichprobe, d.h. zum Beispiel der dmft-Durchschnitt der 3-jährigen Kinder aus Fennpfuhl dargestellt, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

Kariesrisiko nach DAJ

Die DAJ hat bereits im Jahr 1993 für alle Altersgruppen bis 12 Jahre Empfehlungen definiert, ab welchem individuellen dmft-/DMFT-Wert ein erhöhtes Kariesrisiko besteht (vgl. **Tabelle 3**). Diese Maßzahlen wurden im Jahr 2012 erneut bestätigt und haben bis heute ihre Gültigkeit behalten.

Tabelle 3: Definition von Kariesrisiko in den Altersgruppen nach DAJ³⁸

Altersgruppe	Erhöhtes Kariesrisiko, wenn
bis 3-jährige Kinder	dmft > 0
6- bis 7-jährige Kinder	dmft/DMFT > 5 oder DT > 0
10- bis 12-jährige Kinder	DMFS an Approximal-/Glattflächen > 0

Im Rahmen der nachfolgenden Auswertungen wird der prozentuale Anteil der Kinder in der jeweiligen Gruppe angegeben, die ein erhöhtes Kariesrisiko aufweisen.

³⁶ BZÖG (2019), S. 18.

³⁷ Ebd.

³⁸ Vgl. DAJ e.V. (2000), S. 7.

SaC-Index

Der Specific Affected Caries Index (SaC-Index) kann herangezogen werden, um die Karieslast von Risikogruppen zu beschreiben³⁹. Der Index entspricht dem durchschnittlichen dmft- bzw. DMFT-Wert derjenigen Kinder einer Population, die einen dmft-Wert >0 bzw. DMFT-Wert >0 aufweisen⁴⁰.

6.5 Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030

Eine deutschlandweit gültige Zielvorgabe bezüglich der Mundgesundheit sind die „Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030“. Die Basis dafür waren die WHO-Ziele für 2020, die 1996 seitens der WHO festgeschrieben wurden. Die aktuelle Anpassung für Deutschland mit den Zielen für das Jahr 2030 erfolgte durch die Bundeszahnärztekammer. Die relevanten Maßzahlen sind in **Tabelle 4** aufgeführt.

Tabelle 4: Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030⁴¹

Alter	Kariesfreiheit	Karieserfahrung
3 Jahre	90 % kariesfreie Milchgebisse	dmft ≤ 0,4
6-7 Jahre	80 % kariesfreie Milchgebisse	dmft ≤ 1,5
12 Jahre	90 % kariesfreie Gebisse	DMFT ≤ 0,5

6.6 Zahnärztlicher Dienst in Lichtenberg

Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage zur Durchführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen auf Bundesebene wird im § 21 des Sozialgesetzbuches V (SGB) geregelt. Darin heißt es: „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.“⁴²

Die Bundesrahmenempfehlung der Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 01.07.1993 wurde im Konzept zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe des GKV-Spitzenverbandes von 1995 dahingehend

³⁹ Schmoeckel et al. (2019)

⁴⁰ Vgl. Schmoeckel et al. (2021)

⁴¹ Ziller et al. (2021), S. 6.

⁴² § 21 Abs. 1 SGB V

weiterentwickelt, dass die inhaltliche Ausgestaltung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe beschrieben wurde. Nach diesem Konzept legten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im November 2000 das „Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe“ vor. Dieses Konzept greift die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 festgelegte Erweiterung des § 21 SGB V auf. Das sind die zu erreichende Flächendeckung der Gruppenprophylaxe, der intensivprophylaktische Betreuungsansatz für Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schülerinnen und Schüler überproportional hoch ist, sowie die Durchführung dieser Betreuung bis zum 16. Lebensjahr. Realisierungsmöglichkeiten für alle beteiligten Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner werden darin vorgestellt. Damit gewann der gruppenprophylaktische Betreuungsansatz weiter an Bedeutung.

Die Arbeit der ZÄD in Berlin basiert darüber hinaus auf dem Berliner Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG), in dem die „zahnmedizinische Vorsorge und Beratung in Kindertagesstätten und Schulen“⁴³ geregelt wird. Über die Vorsorge hinaus sieht das Gesetz ebenfalls die Beratung der Sorgeberechtigten sowie Erzieherinnen und Erzieher und Lehrerinnen und Lehrer zu Themen der Zahngesundheit vor⁴⁴. Die Durchführung der VU ist im Berliner Schulgesetz (SchulG) als „verbindliche Veranstaltung der Schule“⁴⁵ geregelt, während eine solche gesetzliche Regelung im Kindertagesförderungsgesetz (KitaFöG)⁴⁶ bisher nicht verankert ist. Die Sorgeberechtigten von Kindern im Kita-Alter müssen bisher eine schriftliche Einwilligung für die Teilnahme an der zahnärztlichen VU abgeben.

Weitere wichtige Aufgaben der ZÄD sind Bürgerinnen- und Bürgerberatungen zu zahnmedizinischen Fragen, kieferorthopädische Beratungen sowie zahnmedizinische gutachterliche Stellungnahmen im Rahmen der Amtshilfe nach SGB VIII und XII.

Im Rahmen des Kinderschutzes nimmt der ZÄD eine wichtige Rolle ein. Basierend auf dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) und dem Berliner Kinderschutzgesetz (KiSchuG) erfasst der ZÄD die Kinder, die über einen längeren Zeitraum bestehende umfangreiche Behandlungsbedürftigkeit aufweisen sowie deren Sorgeberechtigte. Das KKG und das KiSchuG besagen, dass wenn den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ZÄD „gewichtige Anhaltspunkte auf Gefährdung des Wohles des Kindes oder Jugendlichen“^{47,48} bekannt werden, die entsprechenden Schritte auf die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen einzuleiten sind. Das gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten nicht bereit bzw. in der Lage sind hieran mitzuwirken. In diesen Fällen sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte befugt, die personenbezogenen Daten dem Jugendamt mitzuteilen. Darüber hinaus sind die Gesundheitsämter und somit auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ZÄD nach § 3 des KKG in die verbindlichen Netzwerkstrukturen im Bereich des Kinderschutzes einzubeziehen⁴⁹.

⁴³ § 1 Abs. 3 Satz 3 e) GDG

⁴⁴ Vgl. § 8 Satz 2 GDG

⁴⁵ § 52 Abs. 1 SchulG

⁴⁶ Vgl. § 9 Abs. 2 KitaFöG

⁴⁷ § 4 KKG

⁴⁸ § 11 Abs. 2 KiSchuG

⁴⁹ Vgl. § 3 KKG

Umsetzung in der Praxis

Im Rahmen der zahnärztlichen VU werden Zähne mit Behandlungsbedarf und kieferorthopädische Auffälligkeiten festgestellt. Somit nimmt der ZÄD eine wichtige sozialkompensatorische Funktion ein, da Kinder, deren Eltern mit ihnen ansonsten selten oder gar nicht zum Zahnarzt gehen, auf diesem Wege zumindest zahnärztlich untersucht werden können. In der Schule ist die verbindliche Teilnahme an der Untersuchung im Schulgesetz geregelt, in der Kita muss hingegen im Vorfeld das Einverständnis der Eltern eingeholt werden.

Die zahnärztliche VU und die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe durch den ZÄD finden in der Regel in Einrichtungen, u. a. Kitas und Schulen, als aufsuchende Betreuungsform statt. Das bedeutet, dass Kinder, die vor dem Schulbeginn keine Kita besuchen, auch nicht erfasst werden. Betrachtet man allerdings die Kitaquoten der Lichtenberger Kinder, die im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen erhoben und ausgewertet werden, lässt sich feststellen, dass Lichtenberg im Vergleich zu anderen Bezirken insgesamt eine hohe Kitabesuchsquote aufweist. Das bedeutet, dass theoretisch ein großer Anteil der Minderjährigen durch die VUen erreicht werden kann. Nichts desto trotz ist die Teilnahme an den VUen grundsätzlich in Kitas freiwillig, sodass oft nicht alle anwesenden Kinder vom ZÄD untersucht werden können. Darüber hinaus sind die Teams des ZÄD nur an bestimmten im Vorfeld geplanten Tagen in den Einrichtungen. Das hat zur Folge, dass Kinder, die an dem Tag nicht anwesend sind, weil sie bspw. krank sind, an den Untersuchungen entsprechend nicht teilnehmen. D.h. es werden nie alle Kinder eines Jahrganges tatsächlich erreicht. Die Erfüllungsquoten des Schuljahres 2023/24 lagen bei den 3-Jährigen bei 73,8 %, bei den 6-Jährigen bei 84,8 % und bei den 12-Jährigen bei 89,5 %.

Nach dem Abschluss der Untersuchung erhalten die Erziehungsberechtigten einen Arztbrief vom ZÄD, in dem die Ergebnisse der Untersuchung (behandlungsbedürftige Zähne bzw. kieferorthopädische Auffälligkeiten) mitgeteilt und ggf. Hinweise auf Prophylaxemaßnahmen gegeben werden. Darüber hinaus haben Eltern von Kindern, die nicht teilnehmen konnten, die Möglichkeit, die VU am Standort des ZÄD nachzuholen.

6.7 LAG Berlin e.V.

Die Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG Berlin e.V.) ist auf die 1990 geschlossene Rahmenvereinbarung des Landes Berlin mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Zahnärztekammer Berlin zurückzuführen. Ziel war und ist es, die Etablierung der Gruppenprophylaxe voranzutreiben (vgl. Kapitel 6.2). Dabei orientiert sich die LAG Berlin an den Grundsätzen und Empfehlungen der DAJ. Darüber hinaus führt der Verein auch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen im Handlungsfeld Prophylaxe durch⁵⁰. Mitglieder der LAG sind neben dem Land Berlin die Zahnärztekammer Berlin sowie die Verbände der Krankenkassen.

⁵⁰ Vgl. LAG Berlin e.V. (2018), S. 1.

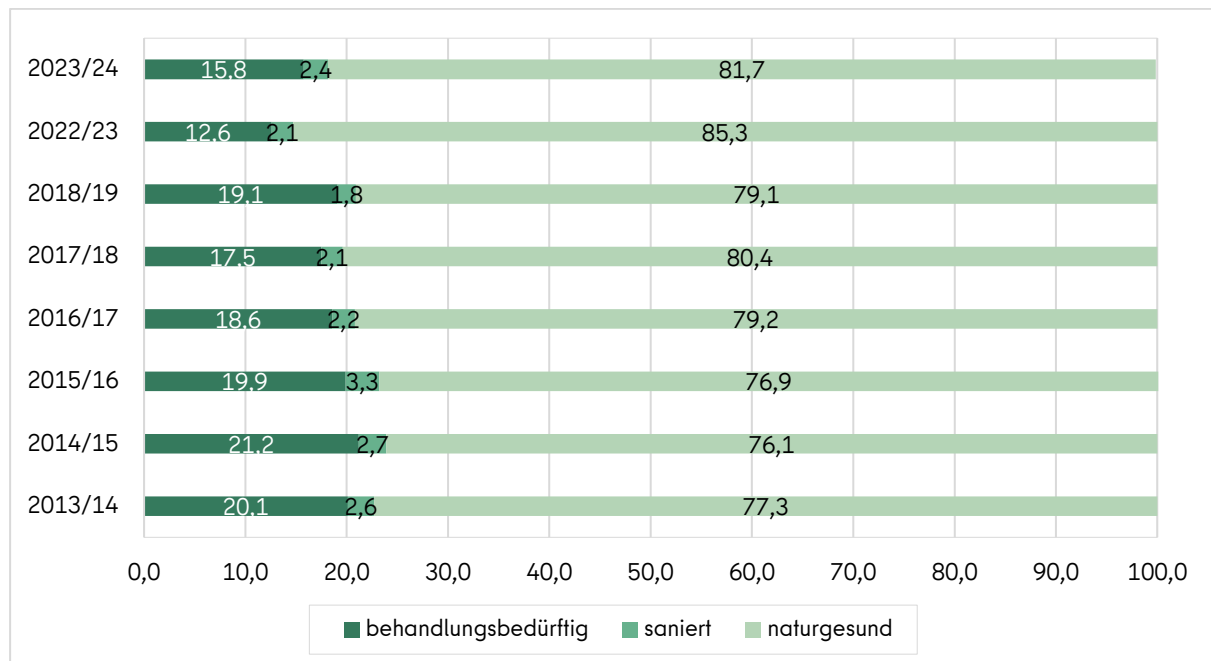
7 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen des ZÄD in Lichtenberg

7.1 3-jährige Kinder

Entwicklung im Zeitverlauf

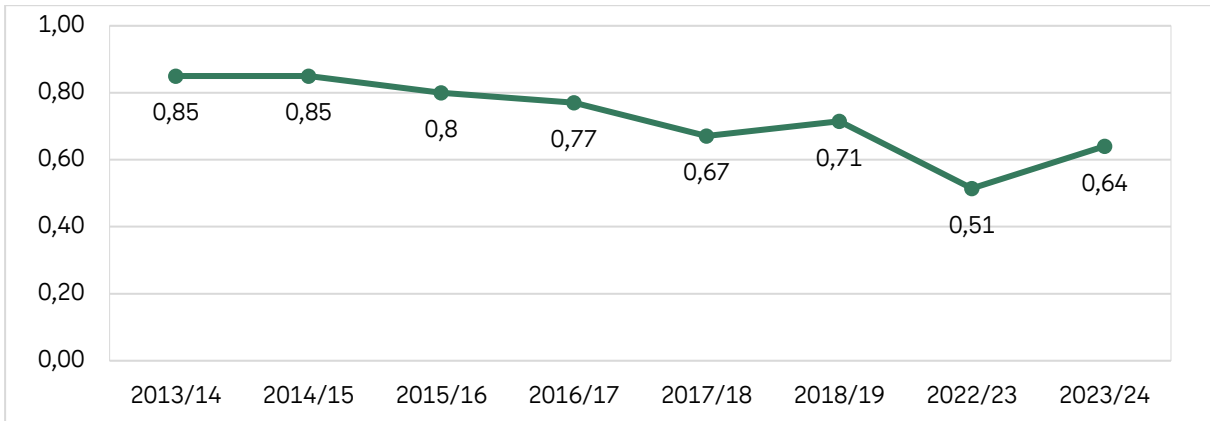
Der Anteil von 3-Jährigen mit behandlungsbedürftigem Gebiss ist im Zeitverlauf der letzten 10 Jahre rückläufig. So wiesen 2013/14 gut 20 % der Kinder im Alter von 3 Jahren einen Behandlungsbedarf auf, während im aktuellsten Schuljahr 2023/24 die Quote knapp 16 % betrug. Gleichzeitig ist im Zeitverlauf ein leichter Anstieg von naturgesunden Gebissen ablesbar. Der Anteil von Kindern mit sanierten Zähnen hat sich im Betrachtungszeitraum kaum verändert. Die zwischenzeitlich noch besseren Werte für das Schuljahr 2022/23 unterliegen der Besonderheit, dass es bei der Wiederaufnahme der Untersuchungen nach der Covid19-Pandemie noch deutliche Einschränkungen gab und deshalb insbesondere bei den 3-Jährigen deutlich weniger Kinder untersucht wurden.

Abbildung 7: Gebissstatus der 3-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf (in Prozent)



Der durchschnittliche dmft-Wert ist im Zeitverlauf der vergangenen 10 Jahre ebenfalls rückläufig, wobei es im Schuljahr 2023/24 gegenüber dem Vorjahr wieder zu einem leichten Anstieg kam. Jedoch ist auch hier von einem deutlichen Einfluss der geringeren Anzahl untersuchter Kinder im Jahr 2022/23 auszugehen (vgl. **Abbildung 8**).

Abbildung 8: Durchschnittliche dmft-Werte der 3-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



Wie aus **Abbildung 9** hervorgeht, sank der Anteil der 3-jährigen Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko seit 2013/14 um 4,5 Prozentpunkte auf 18,2 %. Für 2022/23 gelten auch hier die Einschränkungen auf Grund der vergleichsweise niedrigen Kinderzahl.

Abbildung 9: Anteil der 3-jährigen Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko nach DAJ im Zeitverlauf (in Prozent)

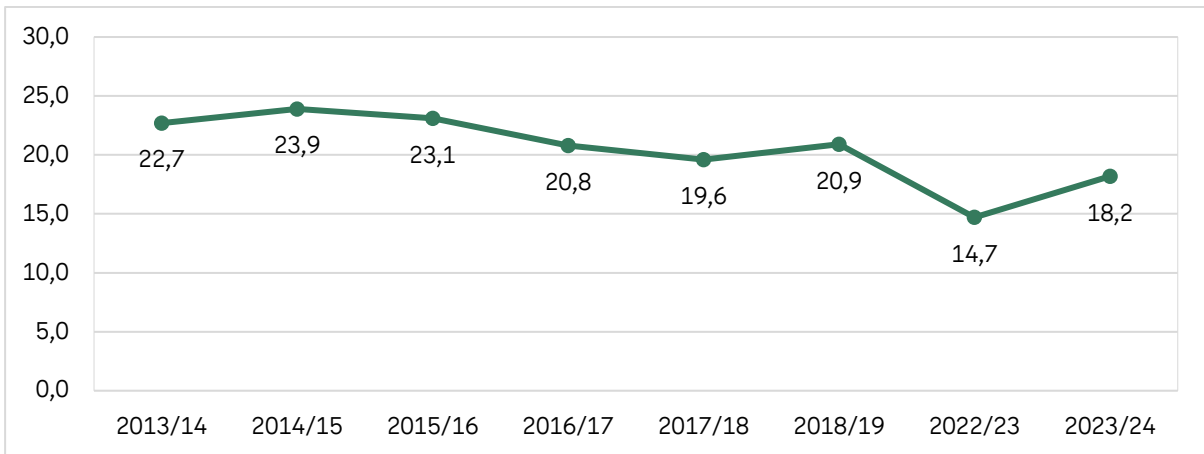
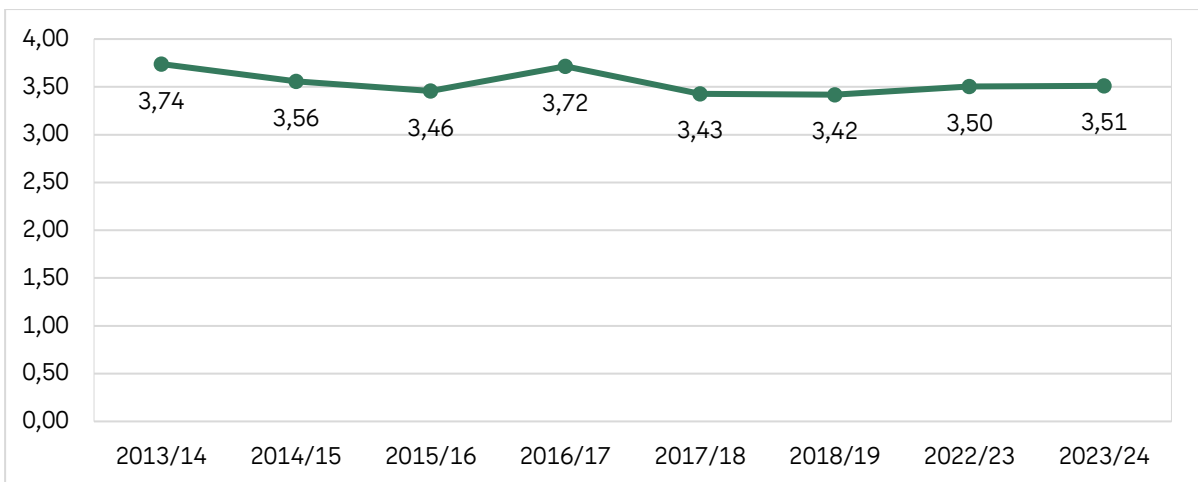


Abbildung 10: Durchschnittliche SaC-Werte der 3-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf

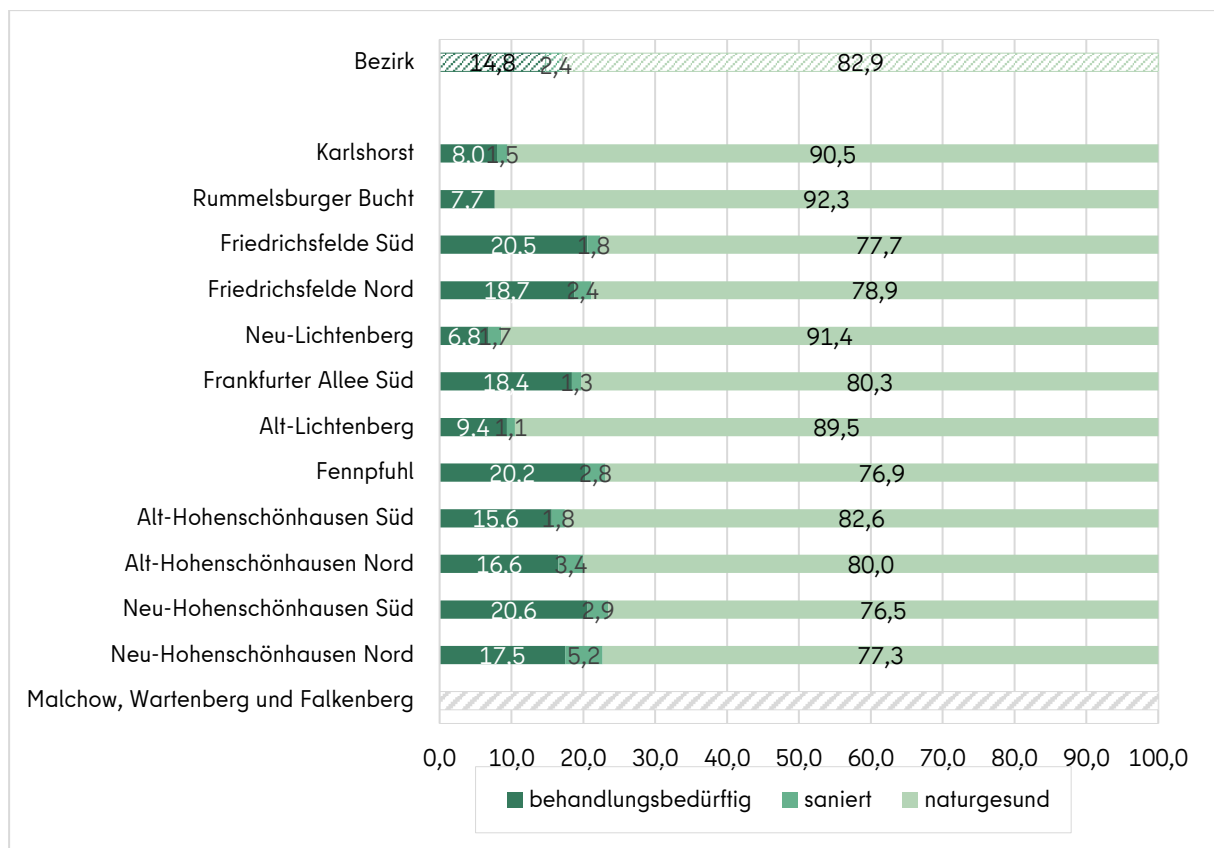


Mithilfe von **Abbildung 10** wird der durchschnittliche SaC-Wert dargestellt. Es wird deutlich, dass die Karieslast der 3-jährigen Lichtenberger Kinder mit einem dmft>0 im Betrachtungszeitraum nur minimal niedriger als vor 10 Jahren und in den Jahren seit 2017/18 nahezu unverändert ist.

Kleinräumige Ergebnisse

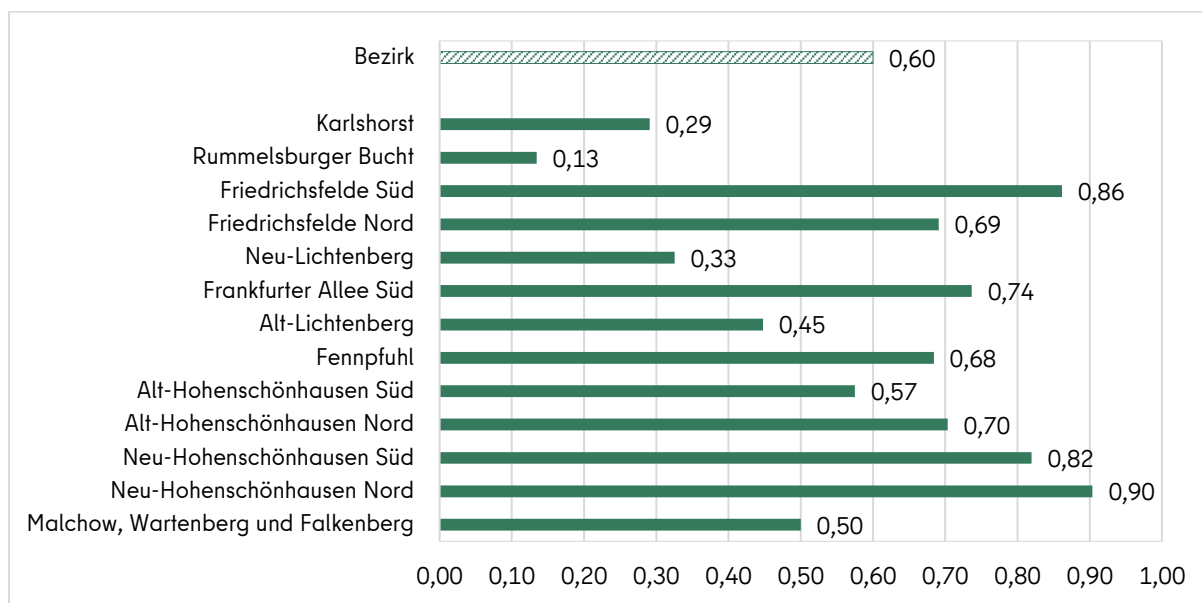
Die Auswertung des Gebisszustandes der 3-Jährigen auf Bezirksregionenebene zeigt deutliche Unterschiede: Während im Bezirk insgesamt knapp 15 % der Kinder ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufwiesen, traf das in Karlshorst und Rummelsburger Bucht auf jeweils ca. 8 % zu. Am häufigsten wiesen Kinder aus Neu-Hohenschönhausen Süd und Friedrichsfelde Süd (jeweils > 20 %) Behandlungsbedarf auf (vgl. **Abbildung 11**). Die Quote von Kindern mit naturgesundem Gebiss war bei den untersuchten Kindern im Alter von 3 Jahren in Rummelsburger Bucht (92,3 %) und Neu-Lichtenberg (91,4 %) am höchsten.

Abbildung 11: Gebisszustand der 3-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent) (n=2.574)



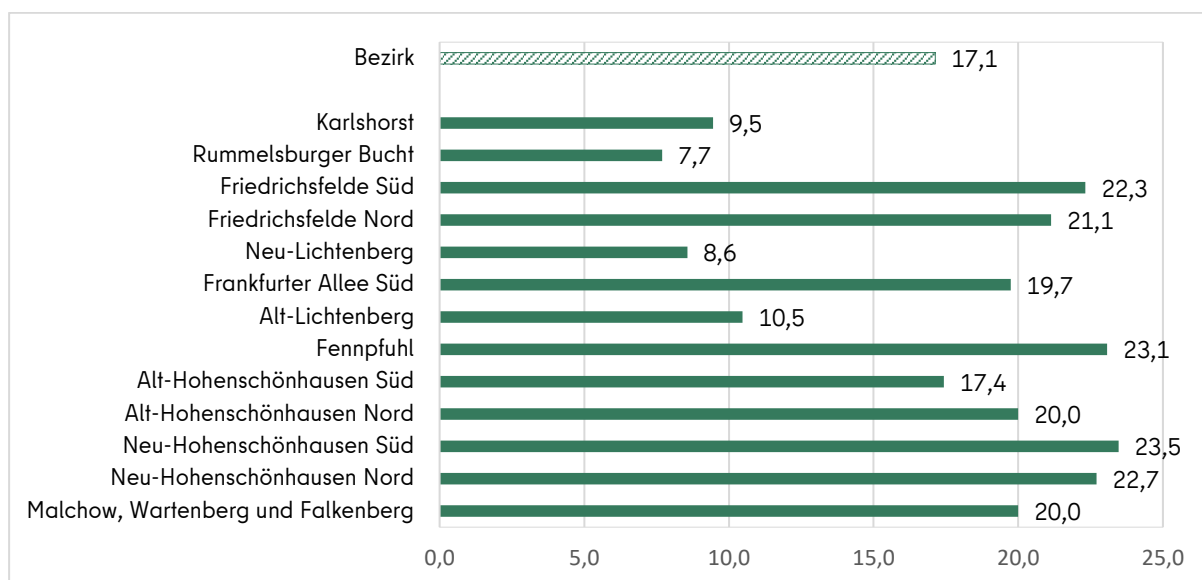
Die durchschnittlichen dmft-Werte lagen in den Bezirksregionen Neu-Hohenschönhausen Nord (0,90) und Friedrichsfelde Süd (0,86) deutlich über dem bezirklichen Durchschnitt von 0,6. Geringer waren die Werte hingegen in Rummelsburger Bucht und Karlshorst (vgl. **Abbildung 12**).

Abbildung 12: Durchschnittliche dmft-Werte der 3-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen



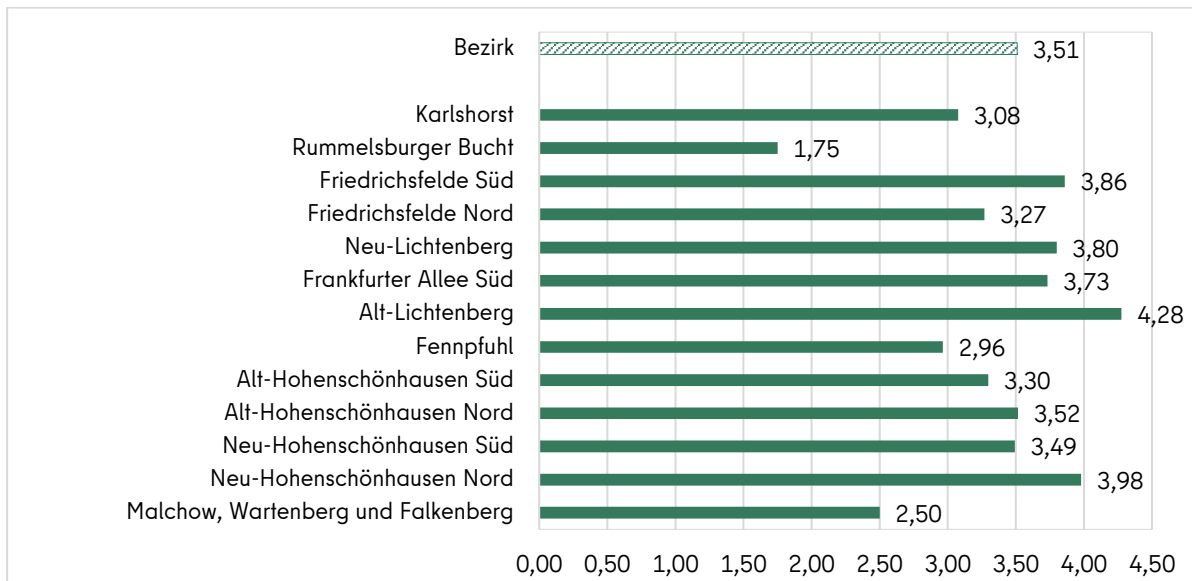
Ein im Vergleich zum Bezirkswert (17,1 %) um ca. 6 Prozentpunkte höheres Kariesrisiko wiesen 3-Jährige aus Neu-Hohenschönhausen Süd (23,5 %) sowie Fennpfuhl (23,1 %) auf, während diese Quote in Rummelsburger Bucht (7,7 %) und Neu-Lichtenberg (8,6 %) am niedrigsten war (vgl. **Abbildung 13**).

Abbildung 13: Anteil der 3-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent)



Die kleinräumige Auswertung des SaC-Wertes zeigt eine große Spannweite innerhalb Lichtenbergs (vgl. **Abbildung 14**): während von den 3-Jährigen mit einem sanierten oder kariösen Gebiss bezirkswert durchschnittlich 3,5 Zähne betroffen waren, lag dieser Anteil in Alt-Lichtenberg und Neu-Hohenschönhausen Nord bei 4,3 bzw. 4 Zähnen. Deutlich geringer war die durchschnittliche Karieslast der Kinder mit Karieserfahrung in Rummelsburger Bucht (1,75 Zähne) und Malchow, Wartenberg und Falkenberg (2,5 Zähne).

Abbildung 14: Durchschnittliche SaC-Werte der 3-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23 und 2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen



Zusammenfassung

Bei den 3-Jährigen hat sich im Durchschnitt die Mundgesundheit im Verlauf der letzten 10 Jahre verbessert. Erkennbar ist das an der Entwicklung der Anteile naturgesunder Gebisse, der dmft-Werte und der Quote von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Allerdings hat sich die Anzahl betroffener Zähne bei den Kindern, die Karieserfahrung haben, nicht verbessert.

Auf Ebene der Bezirksregionen treten deutliche Unterschiede zutage: So wiesen Kinder aus Rummelsburger Bucht, Karlshorst und Neu-Lichtenberg häufiger naturgesunde Gebisse, einen niedrigen dmft-Wert bzw. ein geringeres Kariesrisiko auf, dahingegen wiesen die Bezirksregionen Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd, Friedrichsfelde Süd sowie Fennpfuhl einen erhöhten Handlungsbedarf auf. Die Polarisation der Karies war in Alt-Lichtenberg am höchsten. Hier war der Anteil von naturgesunden Gebissen vergleichsweise hoch, jedoch wiesen diejenigen Kinder mit Karieserfahrung überdurchschnittlich viele von Karies betroffene Zähne auf.

Die Mundgesundheitsziele für Deutschland für das Jahr 2030 wurden im Schuljahr 2023/24 für die 3-Jährigen in Lichtenberg deutlich verfehlt. Der Anteil naturgesunder Zähne im Schuljahr 2023/24 war mit 81,7 % mehr als 8 Prozentpunkte vom Ziel (90 %) entfernt, der dmft-Durchschnitt ist mit 0,64 ebenfalls deutlich schlechter als die Zielvorgabe von 0,4 bis zum Jahr 2030. Lediglich in den Bezirksregionen Rummelsburger Bucht, Karlshorst und Neu-Lichtenberg wurden diese Ziele für die zusammengefassten Schuljahre 2022/23 und 2023/24 erreicht.

7.2 6-jährige Kinder

Entwicklung im Zeitverlauf

Im zeitlichen Verlauf der letzten 10 Jahre ist eine deutlich rückläufige Tendenz (ca. -9 Prozentpunkte) bei dem Anteil von 6-jährigen Kindern mit behandlungsbedürftigem Gebiss zu verzeichnen (vgl. **Abbildung 15**). Dementsprechend ist in demselben Zeitraum eine Zunahme an naturgesunden (+7 Prozentpunkte) sowie sanierten Gebissen (+2 Prozentpunkte) zu beobachten.

Die Werte unterliegen der Einschränkung, dass 2022/2023 in weniger Kitas VUen durchgeführt wurden. Dadurch wurden im Vergleich zu anderen Jahren mehr 6-jährige Schulkinder und weniger 6-jährige Kindergartenkinder untersucht.

Abbildung 15: Zahnstatus der 6-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf (in Prozent)

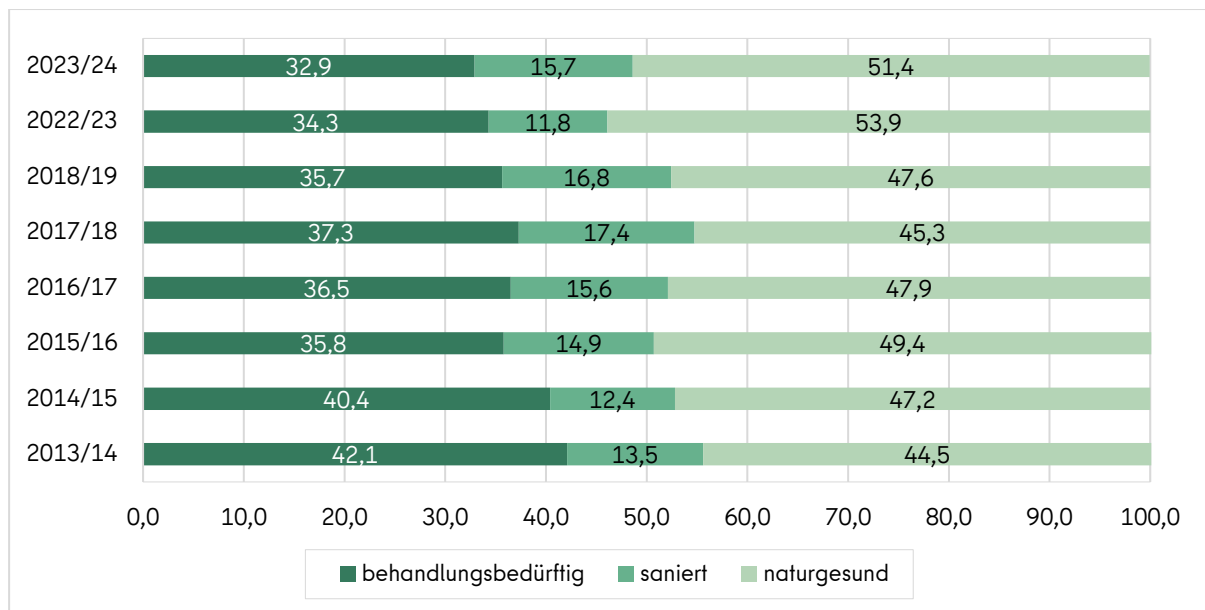
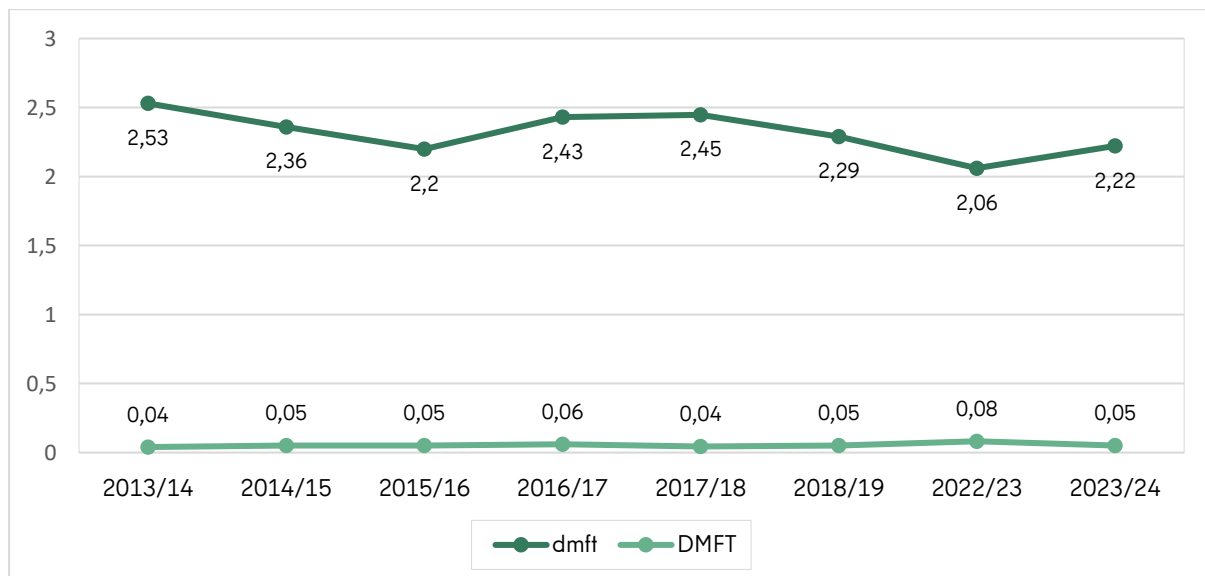


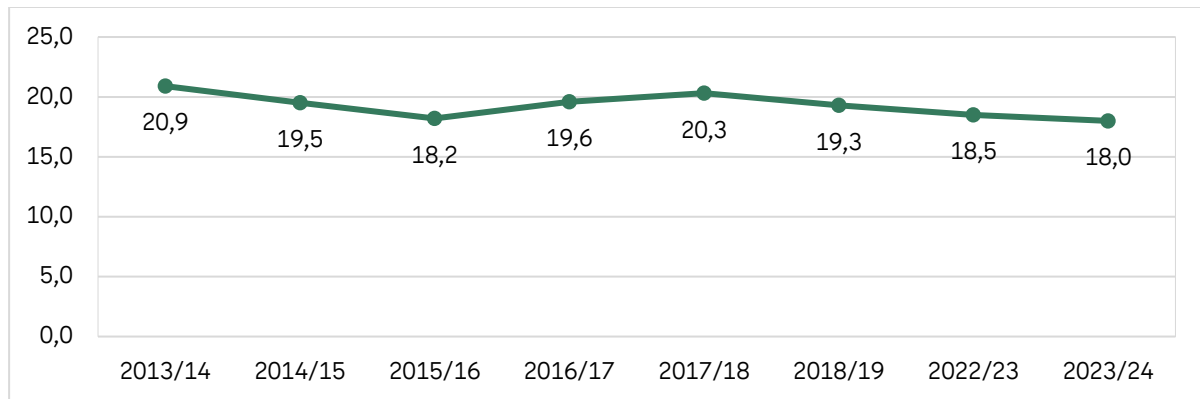
Abbildung 16: Durchschnittliche dmft/DMFT-Werte der 6-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



Aus **Abbildung 16** geht hervor, dass der dmft-Wert der 6-Jährigen im Betrachtungszeitraum schwankte und im aktuellen Schuljahr nur etwas niedriger (-0,3) als im Schuljahr 2013/14 lag. Der DMFT-Durchschnitt veränderte sich im Verlauf der letzten 10 Jahre nicht merklich. Die Einschränkungen für das Schuljahr 2022/23 gelten hier ebenfalls.

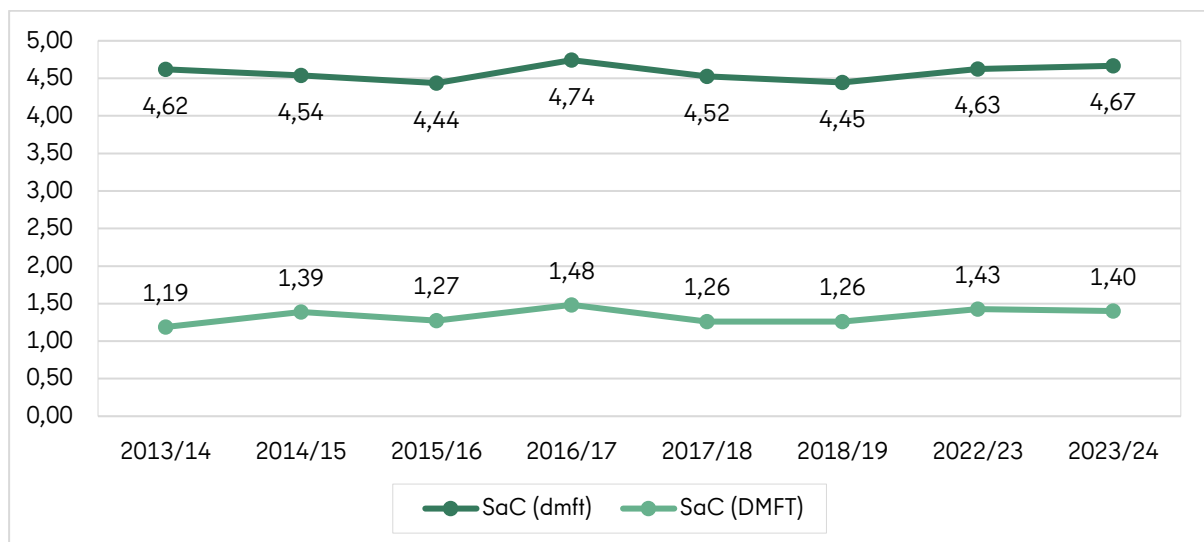
In **Abbildung 17** wird deutlich, dass der Anteil von 6-Jährigen mit erhöhtem Kariesrisiko im Zeitverlauf rückläufig war und seit 2013/14 um ca. 3 Prozentpunkte auf 18 % sank.

Abbildung 17: Anteil der 6-jährigen Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko nach DAJ im Zeitverlauf (in Prozent)



Die durchschnittlichen dmft- bzw. DMFT-Werte von den Kindern mit einem dmft>0 bzw. DMFT>0 lagen 2023/24 bei 4,67 bzw. 1,40 (vgl. **Abbildung 18**). Der SaC (dmft) und der SaC (DMFT) nahmen bei schwankendem Verlauf im Betrachtungszeitraum seit 2013/14 geringfügig zu.

Abbildung 18: Durchschnittliche SaC-Werte der 6-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



Kleinräumige Ergebnisse

Wie aus **Abbildung 19** hervorgeht, wies ein Drittel der Lichtenberger Kinder im Alter von 6 Jahren einen zahnärztlichen Behandlungsbedarf auf. Das traf in Neu-Hohenschönhausen Süd auf fast jedes zweite Kind (49,6 %) dieser Altersgruppe zu. Ähnlich hoch war dieser Anteil auch in Frankfurter Allee Süd (46,3 %). Am geringsten war diese Quote in Karlshorst, wo knapp 17 % der Kinder ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufwiesen. Über naturgesunde Zähne verfügten Lichtenbergweit

über die Hälfte (52,4 %) der 6-Jährigen. In Karlshorst traf das auf ca. drei Viertel (74,3 %) der Kinder und in Frankfurter Allee Süd auf 34,7 % der Kinder zu.

Abbildung 19: Zahnstatus der 6-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent) (n=3.613)

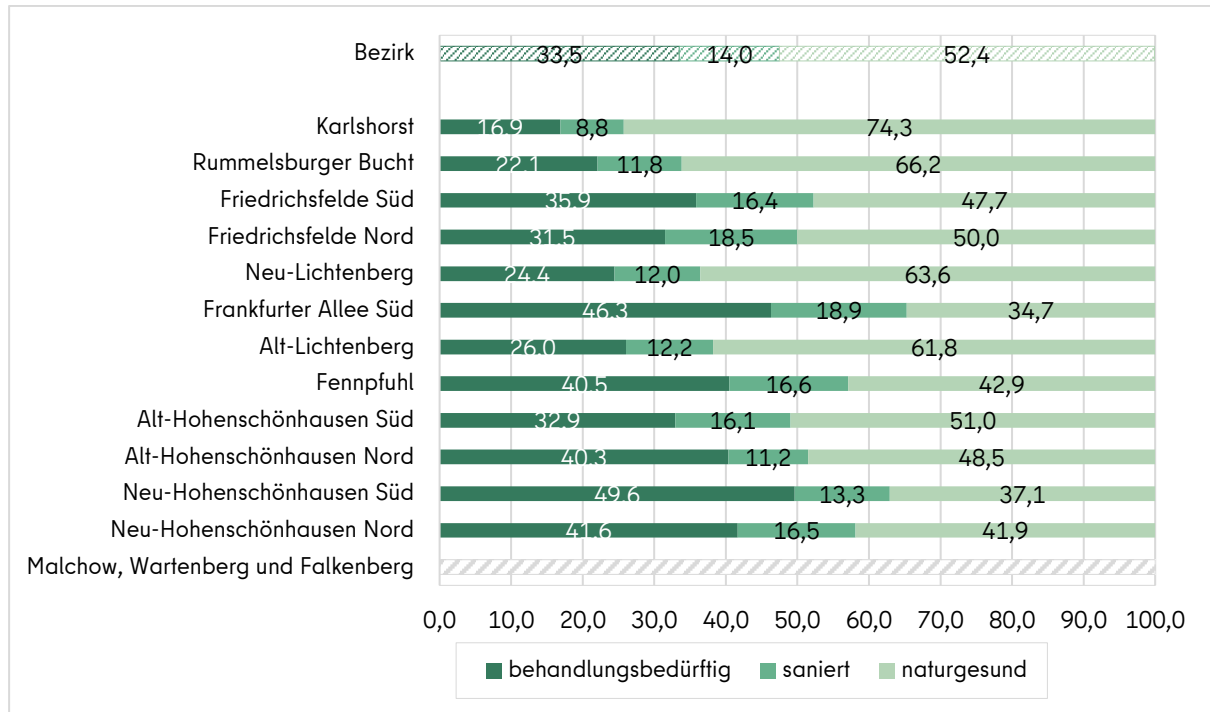
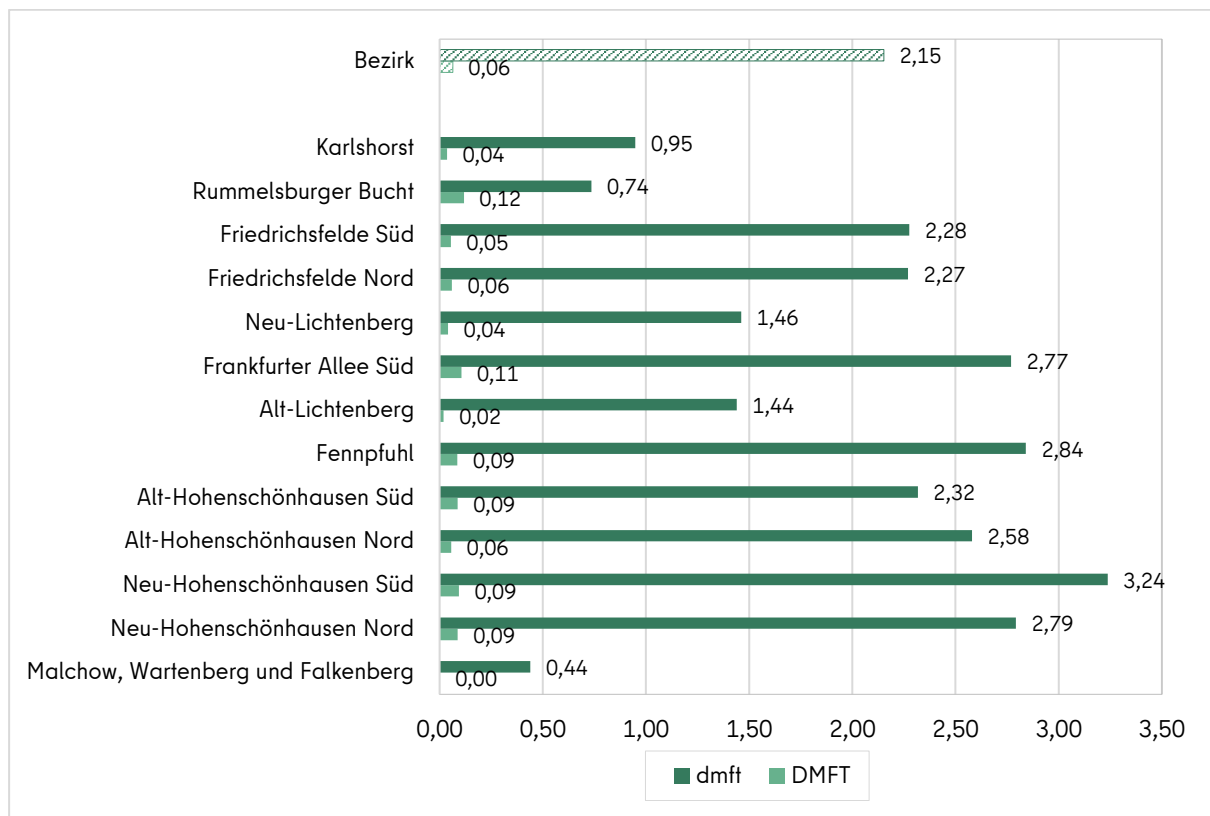


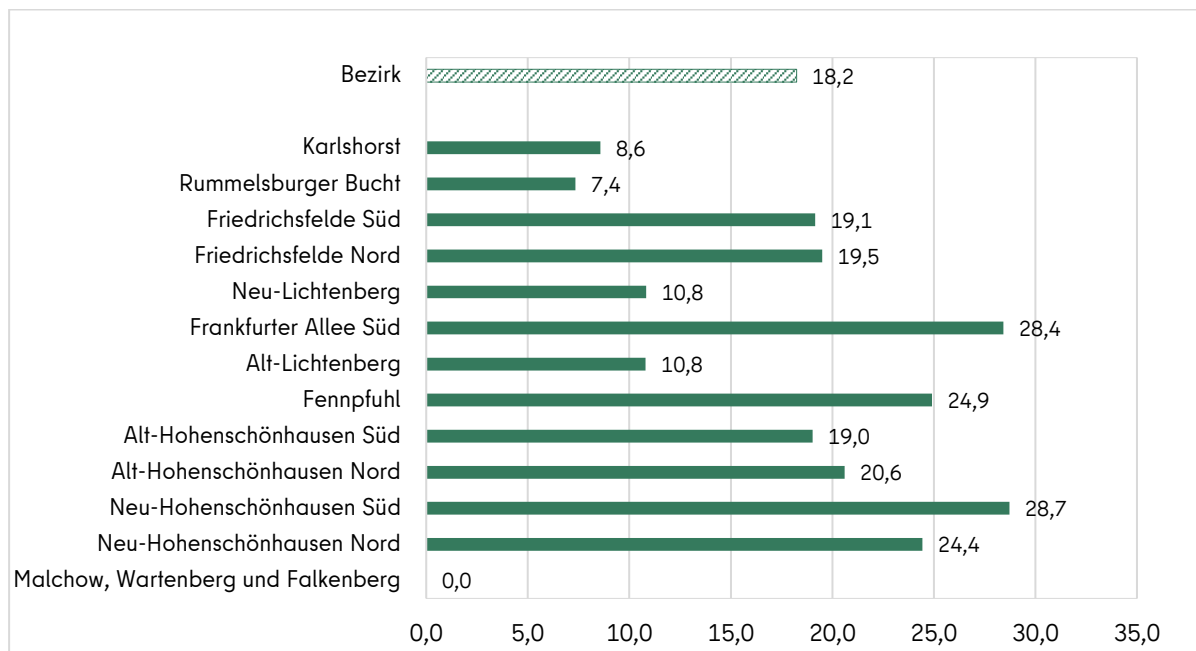
Abbildung 20: Durchschnittliche dmft/DMFT-Werte der 6-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen



Im Bezirk Lichtenberg hatte im Durchschnitt jedes 6-jährige Kind etwas mehr als zwei nicht mehr naturgesunde Milchzähne (vgl. **Abbildung 20**). In Neu-Hohenschönhausen Süd wiesen die Kinder durchschnittlich mehr als drei sanierte oder kariöse Milchzähne auf, wohingegen diese Zahl in Malchow, Wartenberg und Falkenberg 0,44 Zähnen entsprach. Der Anteil von nicht naturgesunden Zähnen des bleibenden Gebisses unterschied sich zwischen den Bezirksregionen hingegen nur geringfügig.

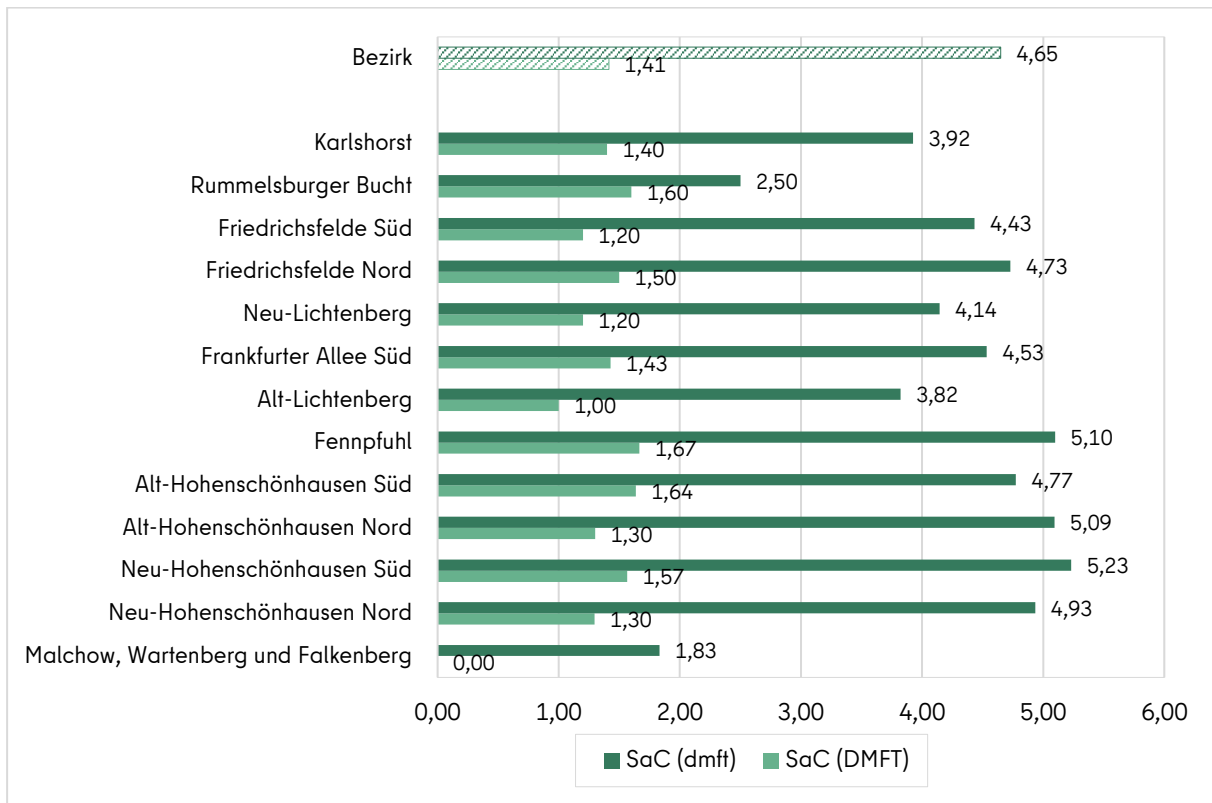
In der Gruppe der 6-Jährigen konnte bei 18 % aller untersuchten Lichtenberger Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt werden (vgl. **Abbildung 21**). In den Bezirksregionen Neu-Hohenschönhausen Süd und Frankfurter Allee Süd war diese Quote mehr als 10 Prozentpunkte (28,7 % bzw. 28,4 %) höher. Im Gegensatz dazu hatte keines der 6-jährigen Kinder aus Malchow, Wartenberg und Falkenberg ein erhöhtes Kariesrisiko. Geringe Kariesrisiko-Quoten lagen auch in Rummelsburger Bucht (7,4 %) und Karlshorst (8,6 %) vor.

Abbildung 21: Anteil der 6-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent)



Bei der Betrachtung nur derjenigen 6-Jährigen, die einen dmft- bzw. DMFT-Wert >0 aufwiesen, zeigen sich auf der Ebene der Bezirksregionen deutliche Unterschiede: So lag die durchschnittliche Karieslast der Milchzähne in Neu-Hohenschönhausen Süd, Alt-Hohenschönhausen Nord und Fennpfuhl bei jeweils mehr als 5 Zähnen je Kind, während diese Anzahl in Malchow, Wartenberg und Falkenberg bei unter 2 Zähnen lag. In Bezug auf das bleibende Gebiss war der höchste Wert in Fennpfuhl (1,67 Zähne) und der niedrigste in Alt-Lichtenberg (1 Zahn) anzutreffen (vgl. **Abbildung 22**).

Abbildung 22: Durchschnittliche SaC-Werte der 6-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen



Zusammenfassung

Auf bezirklicher Ebene war in den letzten 10 Jahren eine deutlich rückläufige Tendenz (ca. -9 Prozentpunkte) bei dem Anteil von 6-jährigen Kindern mit behandlungsbedürftigem Gebiss zu verzeichnen. Der Anteil naturgesunder Gebisse stieg um 7 Prozentpunkte auf 51,4 % an. Der dmft-Durchschnitt ist leicht gesunken, während sich der DMFT-Durchschnitt im Vergleich zu 2013/14 kaum verändert hat. Der Anteil von 6-Jährigen mit Kariesrisiko lag 2023/24 bei 18 % und somit 3 Prozentpunkte niedriger als noch 2013/14. Sowohl SaC (dmft) als auch SaC (DMFT) zeigten hingegen keine Verbesserung, sondern stiegen sogar leicht an.

Kleinräumig betrachtet wies in Neu-Hohenschönhausen Süd bzw. Frankfurter Allee Süd fast jedes zweite Kind ein sanierungsbedürftiges Gebiss auf. In Karlshorst traf das auf 17 % der Kinder zu. In Neu-Hohenschönhausen Süd hatten die Kinder im Mittel mehr als drei sanierte oder kariöse Milchzähne wohingegen diese Zahl in Malchow, Wartenberg und Falkenberg 0,44 Zähne entsprach. 6-Jährige mit einem erhöhten Kariesrisiko lebten vor allem in Neu-Hohenschönhausen Süd und Frankfurter Allee Süd. Die Karieslast der Kinder mit dmft>0 betrug in Neu-Hohenschönhausen Süd, Alt-Hohenschönhausen Nord und Fennpfuhl jeweils mehr als 5 Zähne je Kind, während diese Anzahl in Malchow, Wartenberg und Falkenberg bei unter 2 Zähnen lag.

Als Mundgesundheitsziel für Deutschland für das Jahr 2030 wird für 6- bis 7-Jährige ein dmft-Wert von maximal 1,5 angestrebt. Der Wert für die 6-jährigen Lichtenberger Kinder lag mit einem Wert von 2,2 deutlich höher. Erreicht wurde dieses Mundgesundheitsziel in den 3 Bezirksregionen Malchow, Wartenberg und Falkenberg, in Rummelsburger Bucht und in Karlshorst. Laut **Abbildung**

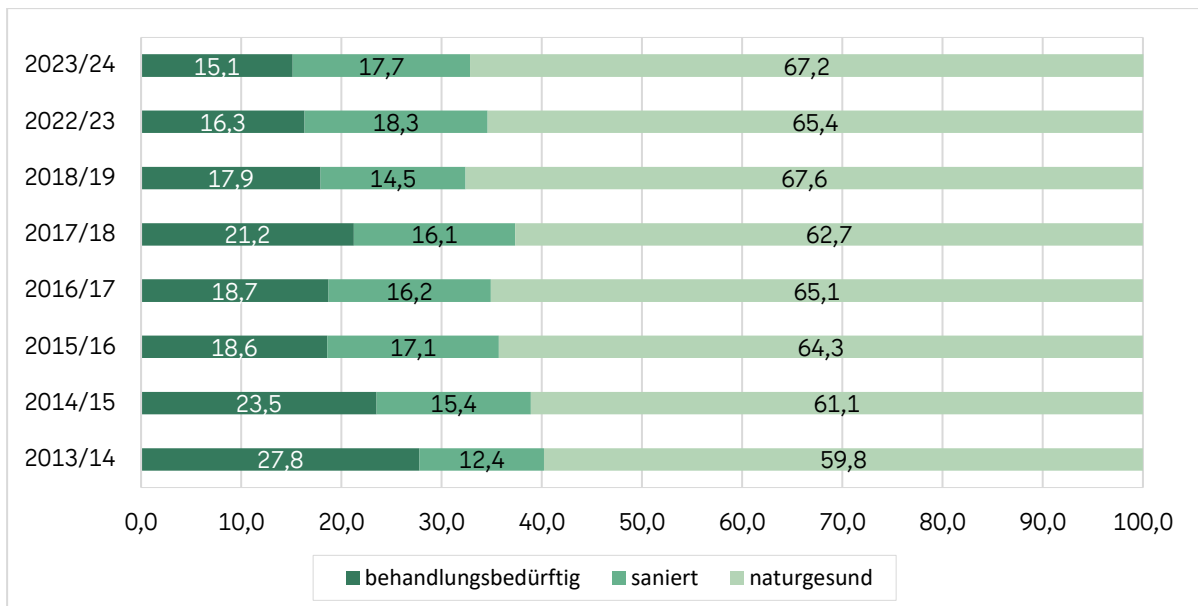
20 lagen auch in Neu-Lichtenberg und Alt-Lichtenberg die dmft-Werte ganz knapp darunter, hier ist aber zu berücksichtigen, dass nur die Befunde der 6-Jährige ausgewertet wurden, das Mundgesundheitsziel sich hingegen auf 6- und 7-Jährige bezieht und der dmft-Wert in diesem Altersbereich mit steigendem Alter ansteigt, der Zielwert also nach unten korrigiert werden müsste.

7.3 12-jährige Kinder

Entwicklung im Zeitverlauf

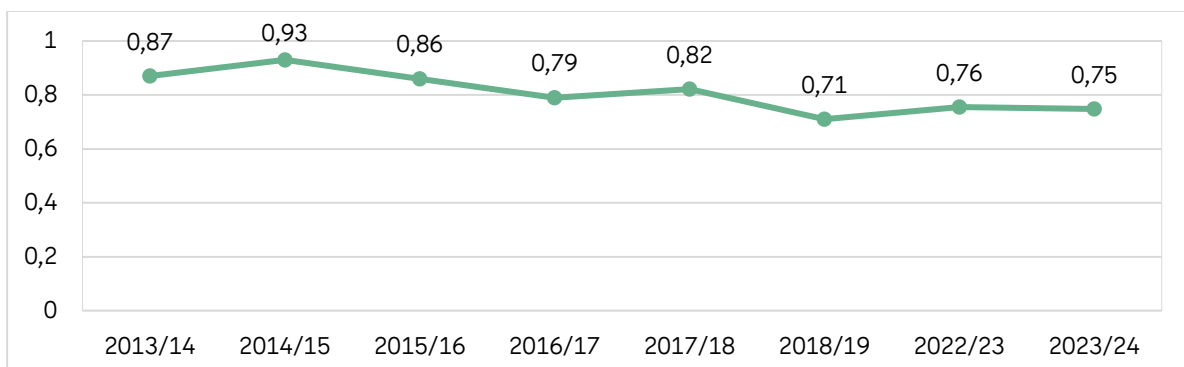
Mithilfe von **Abbildung 23** ist zu erkennen, dass der Zahnstatus der 12-jährigen Lichtenbergerinnen und Lichtenberger sich im Verlauf der letzten 10 Jahre verbessert hat. So reduzierte sich der Anteil von Kindern mit behandlungsbedürftigem Gebiss von knapp 28 % im Schuljahr 2013/14 auf ca. 15 % im Schuljahr 2023/24. Die Quote von Kindern mit saniertem Gebiss nahm in diesem Zeitraum um ca. 5 Prozentpunkte zu. Darüber hinaus stieg auch der Anteil von 12-Jährigen mit naturgesundem Gebiss um ca. 7,5 Prozentpunkte an.

Abbildung 23: Zahnstatus der 12-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf (in Prozent)



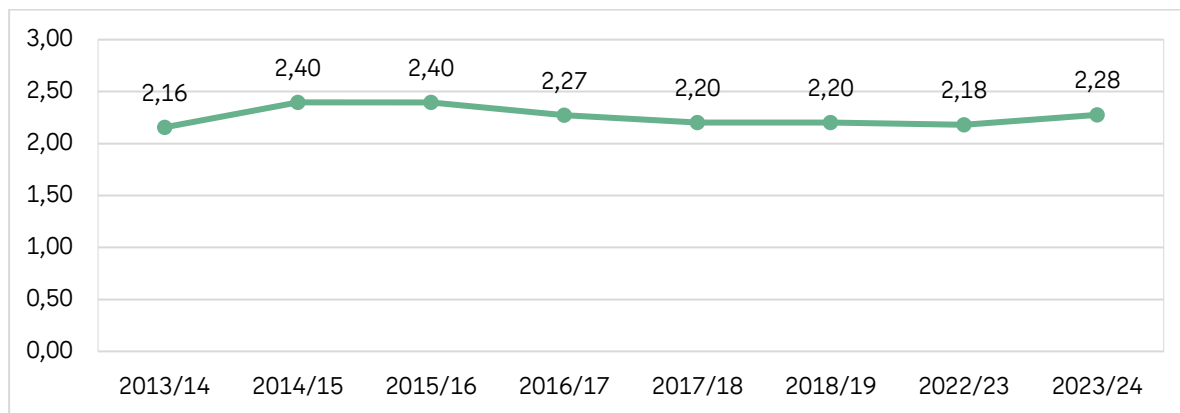
Der durchschnittliche DMFT-Wert der 12-jährigen Kinder war im Betrachtungszeitraum rückläufig und betrug 2023/24 0,75 Zähne wie aus **Abbildung 24** hervorgeht.

Abbildung 24: Durchschnittliche DMFT-Werte der 12-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



Bei der Anschauung der DMFT-Werte der 12-Jährigen mit sanierten, fehlenden oder kariösen Zähnen in **Abbildung 25** zeigt sich, dass der Wert nahezu unverändert ist.

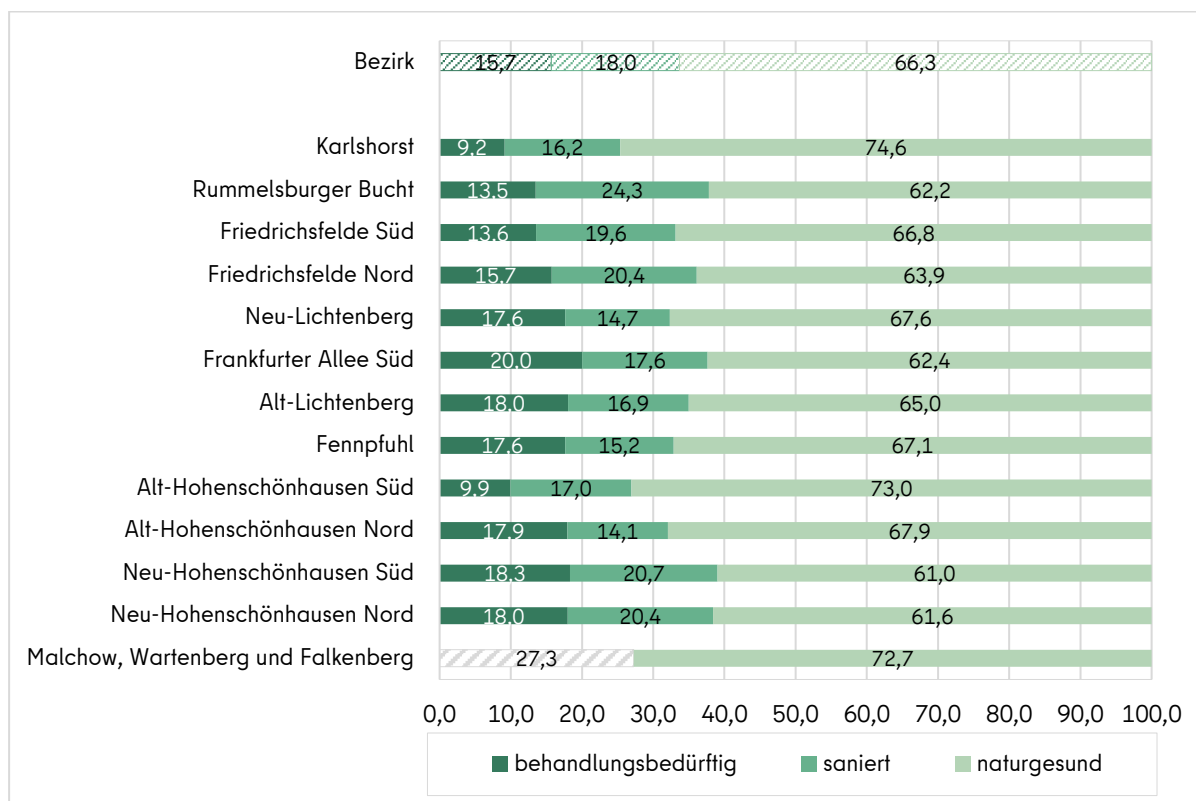
Abbildung 25: Durchschnittliche SaC (DMFT)-Werte der 12-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



Kleinträumige Ergebnisse

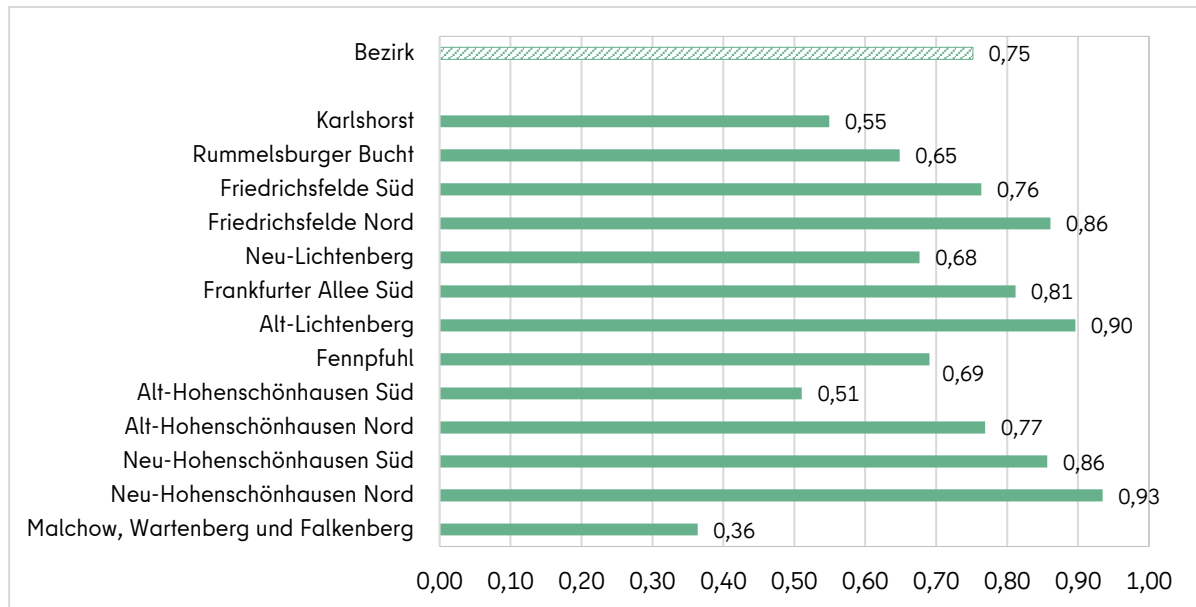
Bezirkswweit wiesen 15,7 % der 12-Jährigen behandlungsbedürftige Gebisse auf (vgl. **Abbildung 26**). Dieser Anteil war in Frankfurter Allee Süd mit 20 % deutlich oberhalb des Durchschnitts. Am geringsten waren diese Anteile hingegen in Karlshorst (9,2 %) und Alt-Hohenschönhausen Süd (9,9 %). In diesen beiden Bezirksregionen war gleichzeitig die Quote von naturgesunden Gebissen am höchsten (74,6 % bzw. 73,0 %). Sanierte Gebisse waren am häufigsten in Rummelsburger Bucht, wo das auf ca. ein Viertel der untersuchten Kinder zutraf, anzutreffen.

Abbildung 26: Zahnstatus der 12-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent) (n=2.257)



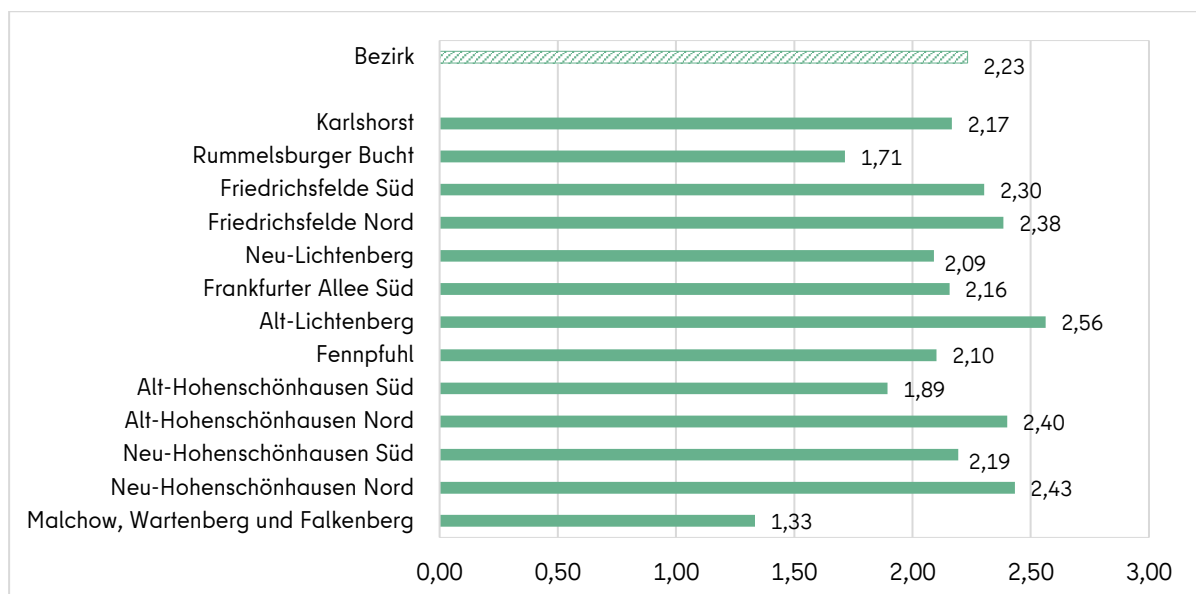
Aus **Abbildung 27** geht hervor, dass die untersuchten 12-jährigen Kinder in Lichtenberg einen durchschnittlichen DMFT von 0,75 aufwiesen. Der Wert war in Neu-Hohenschönhausen Nord und Alt-Lichtenberg mit 0,9 am höchsten. Demgegenüber lag der DMFT-Wert in Malchow, Wartenberg und Falkenberg bei 0,36.

Abbildung 27: Durchschnittliche DMFT-Werte der 12-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen



Die Auswertung der DMFT-Werte der 12-Jährigen mit sanierten oder kariösen Gebissen zeigt kleinräumig deutliche Unterschiede (vgl. **Abbildung 28**). Bei den bleibenden Zähnen wiesen Kinder aus Alt-Lichtenberg mit durchschnittlich 2,56 nicht naturgesunden Zähnen den höchsten Durchschnittswert auf. Am geringsten war diese Karieslast in Malchow, Wartenberg und Falkenberg (1,33 Zähne).

Abbildung 28: Durchschnittliche SaC-Werte der 12-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten der Schuljahre 2022/23-2023/24) in den Lichtenberger Bezirksregionen



Zusammenfassung

Auf bezirklicher Ebene verbesserte sich der Gebissstatus der 12-Jährigen in den letzten 10 Jahren deutlich. Auch der durchschnittliche DMFT-Wert war in diesem Zeitraum rückläufig. Im Vergleich zu 2018/19 gab es jedoch bei beiden Parametern keine weitere Verbesserung. Die Karieslast (SaC) der Kinder mit Gebiss mit Karieserfahrung blieb bei den bleibenden Zähnen nahezu unverändert.

Die kleinräumige Auswertung zeigte, dass von den 12-Jährigen in Frankfurter Allee Süd 20 % Sanierungsbedarf aufwiesen und somit deutlich häufiger als im Bezirk insgesamt (15,7 %). Am geringsten war dieser Anteil in Karlshorst und Alt-Hohenschönhausen Süd. Der DMFT war in Neu-Hohenschönhausen Nord und Alt-Lichtenberg mit 0,9 am höchsten. Demgegenüber lag der Wert in Malchow, Wartenberg und Falkenberg bei 0,36. Den höchsten Wert für die Karieslast bei Kindern mit Karieserfahrung wiesen die Kinder aus Alt-Lichtenberg mit durchschnittlich 2,6 nicht naturgesunden Zähnen auf. Am geringsten war dieser Wert in Malchow, Wartenberg und Falkenberg.

Die Mundgesundheitsziele für Deutschland für das Jahr 2030 liegen für 12-Jährige bei einer Kariesfreiheit von 90 % und einem DMFT-Wert von maximal 0,5. Beide Ziele wurden in Lichtenberg 2023/2024 deutlich verfehlt. Der Anteil naturgesunder Gebisse lag mit 67,2 % deutlich mehr als 20 Prozentpunkte unter dem Ziel, der DMFT-Wert lag mit 0,75 ebenfalls weit über Zielgröße. Auf Ebene der Bezirksregionen konnte lediglich in der Region Wartenberg, Malchow und Falkenberg für den DMFT-Wert das Mundgesundheitsziel erreicht werden, aber auch hier lag die Kariesfreiheit mit 72,7 % weit unter dem Zielwert.

7.4 Bezug zu den Lichtenberger Sozialdaten

Auch wenn keine direkte Verknüpfung der bezirklichen Daten zur Zahngesundheit mit der jeweiligen sozialen Lage der Kinder hergestellt werden kann, fällt doch auf, dass die in den Kapiteln 7.1, 7.2 und 7.3 dargestellten Stadtteile mit einer im Durchschnitt niedrigeren Sozialstruktur oftmals auch diejenigen waren, bei denen die Kinder häufiger auffällige Ergebnisse zeigten. Hierzu gehören u.a. Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Friedrichsfelde Süd.

Dahingegen stellt sich die soziale Lage in Karlshorst, Rummelsburger Bucht sowie Malchow, Wartenberg und Falkenberg als überdurchschnittlich gut dar. In diesen Bezirksregionen waren auch die Ergebnisse der zahnärztlichen VUen auffallend positiv.

Das trifft insbesondere auf die Resultate für die 3- und 6-jährigen Kinder zu. Bei den Kindern im Alter von 12 Jahren lassen sich die Ergebnisse nur teilweise in einen direkten Kontext der sozialen Lage in den Sozialräumen einordnen.

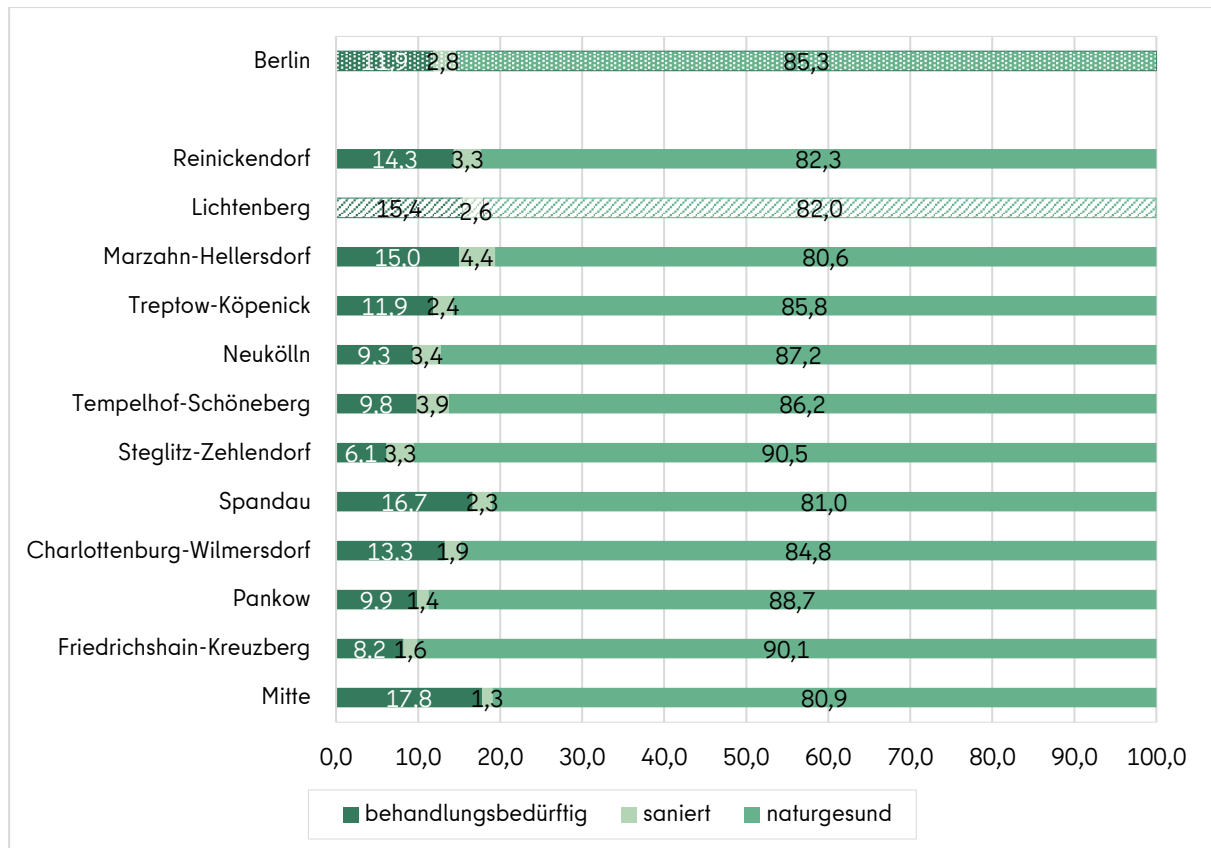
Bei der Analyse der Karieslast bei den Kindern mit kariösen oder sanierten Zähnen lässt sich ebenfalls kein genereller Zusammenhang mit der sozialen Lage erkennen, zum Teil liegen auffallend hohe SaC-Werte in Bezirksregionen mit überdurchschnittlich guten Sozialdaten vor.

8 Vergleich der Berliner Bezirke

8.1 3-Jährige

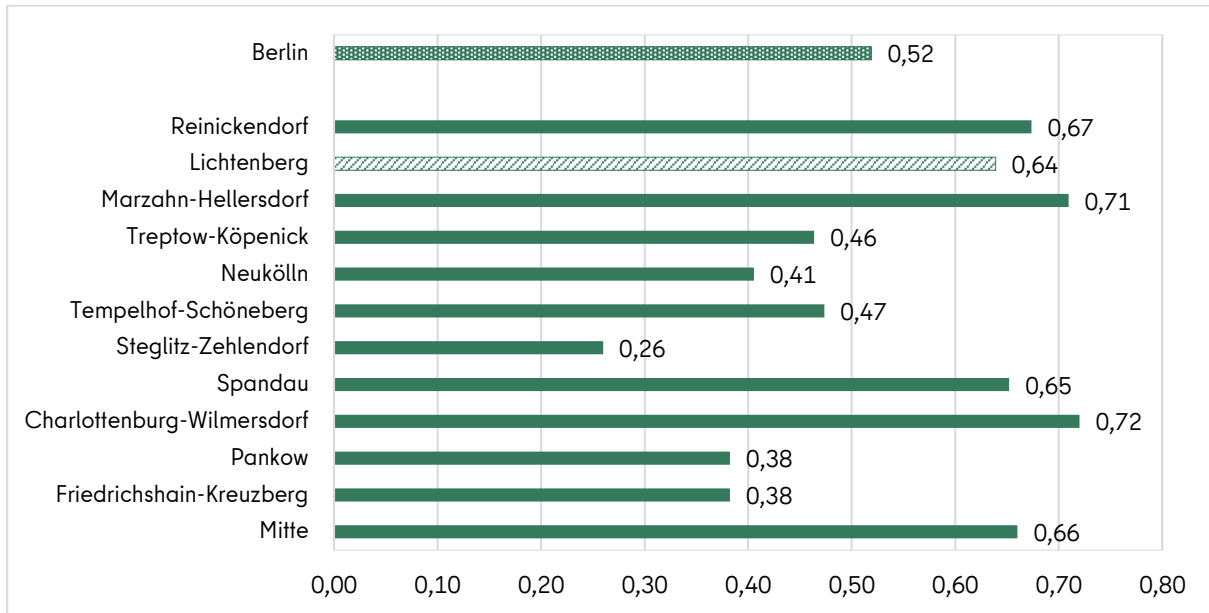
Mithilfe von **Abbildung 29** wird der Zahnstatus der 3-jährigen Kinder im Vergleich aller 12 Berliner Bezirke dargestellt. Es wird dabei deutlich, dass der Zahnstatus der Kinder zwischen den Bezirken stark variierte. Der Bezirk Lichtenberg hatte einen verhältnismäßig niedrigen Anteil (Rang 9) an 3-Jährigen mit einem naturgesunden Gebiss (82 %). Darüber hinaus wiesen in Lichtenberg ca. 15 % der Kinder noch ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf. Dieser Wert erreichte im bezirklichen Vergleich den dritthöchsten Wert (Rang 10).

Abbildung 29: Zahnstatus der 3-jährigen Kinder in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) (in Prozent) - Datenquelle: Bezirksabfrage



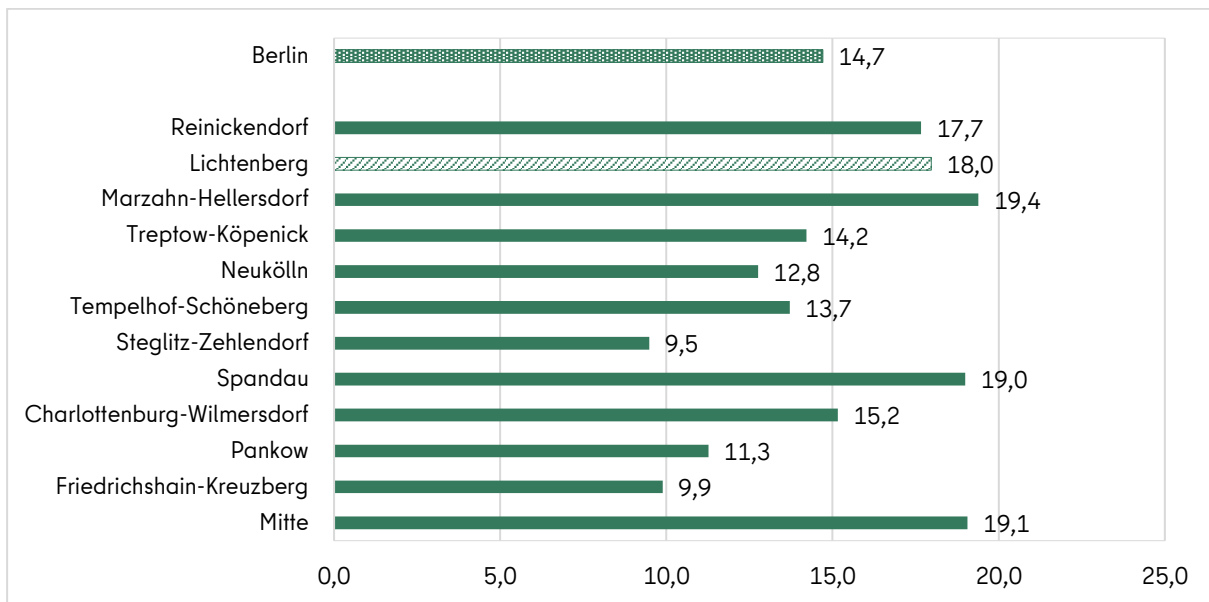
Die bezirkliche Auswertung der dmft-Werte verdeutlicht ebenfalls die großen Unterschiede innerhalb Berlins. Lichtenberg erreichte bei der Altersgruppe der 3-Jährigen mit einem durchschnittlichen dmft-Wert von 0,64 zwar einen mittleren 7. Rang im bezirklichen Vergleich, lag damit aber deutlich über dem Gesamtberliner Durchschnitt von 0,52 (vgl. **Abbildung 30**).

Abbildung 30: Durchschnittlicher dmft-Wert der 3-jährigen Kinder in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) - Datenquelle: Bezirksabfrage



In Berlin hatten 14,7 % der Kinder im Alter von drei Jahren ein erhöhtes Kariesrisiko. Die Quote in Lichtenberg lag bei 18,0 % und somit mehr als 3 Prozentpunkte darüber. Der Bezirk erreichte damit den 9. Platz im Vergleich der Bezirke (vgl. **Abbildung 31**).

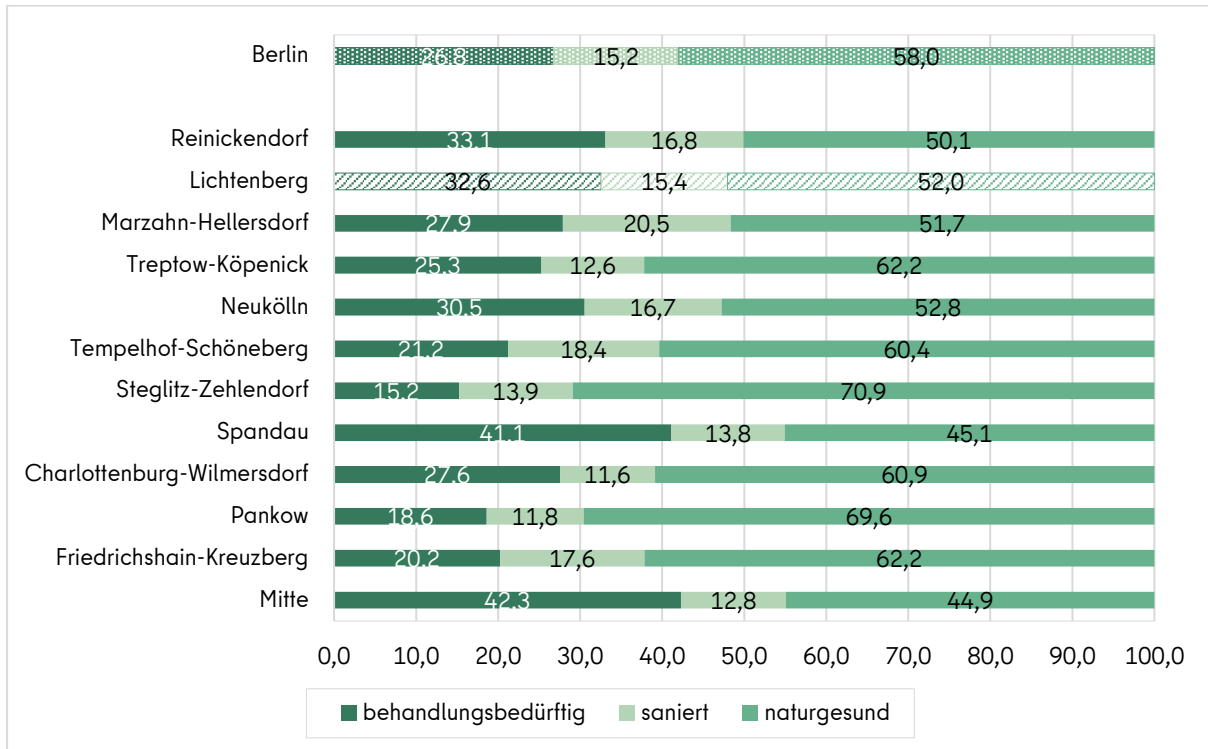
Abbildung 31: Anteil der 3-jährigen Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) (in Prozent) - Datenquelle: Bezirksabfrage



8.2 6-Jährige

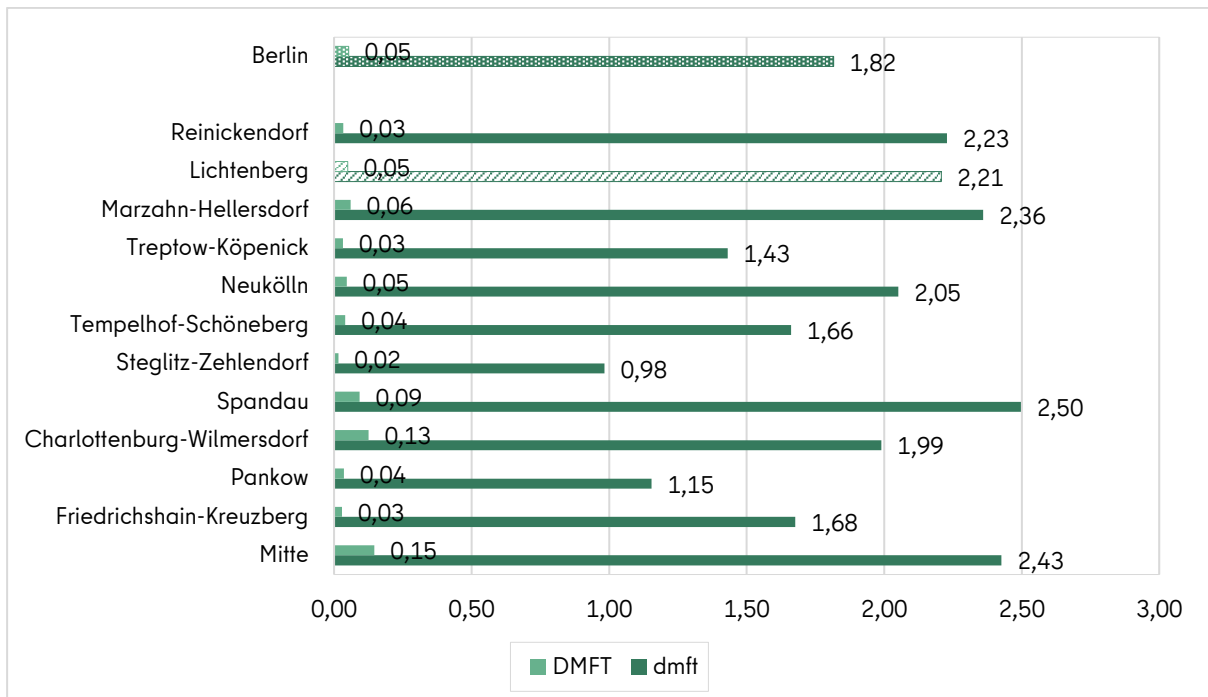
Bei den 6-jährigen Lichtenbergerinnen und Lichtenbergern des Schuljahres 2023/24 hatte nur etwas mehr als die Hälfte aller Kinder (52 %) ein naturgesundes Gebiss wie in **Abbildung 32** dargestellt wird. Lichtenberg lag im bezirklichen Ranking damit auf Rang 8 sowie deutlich unter dem Berliner Durchschnitt von 58 %.

Abbildung 32: Zahnstatus der 6-jährigen Kinder in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) (in Prozent) - Datenquelle: Bezirksabfrage



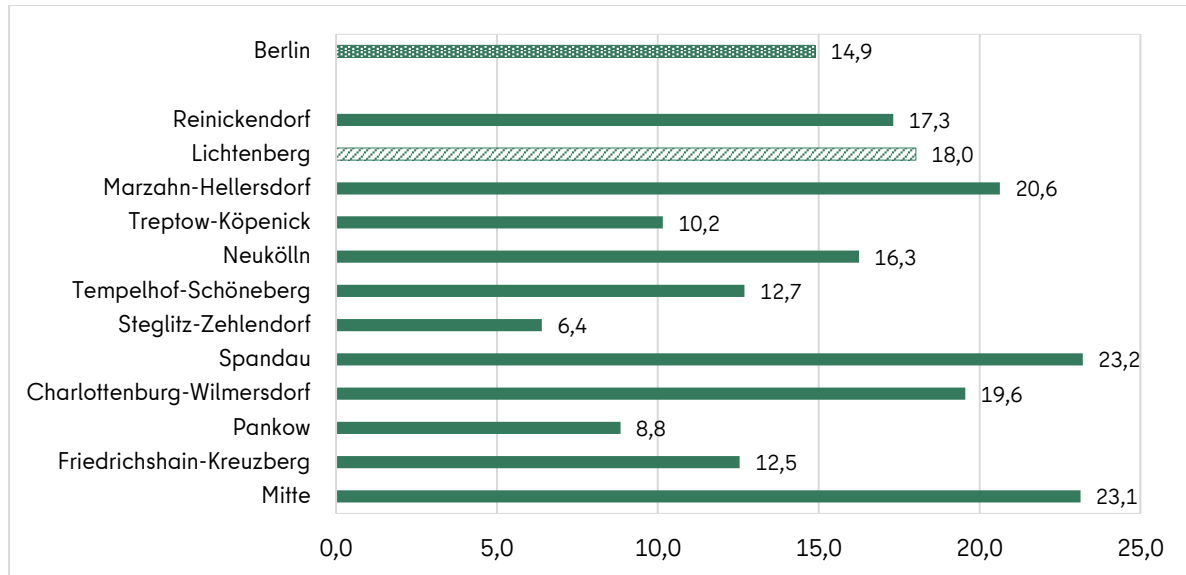
Die dmft-Werte der 6-Jährigen aus Lichtenberg lagen 2023/24 höher als der Berliner Durchschnitt (+0,39). Im Ranking belegte der Bezirk damit den 8. Platz (vgl. **Abbildung 33**). Die durchschnittlichen DMFT-Werte waren bei dieser Altersgruppe auch berlinweit noch niedrig, da der Zahnwechsel im Alter von 6 Jahren erst begonnen hat.

Abbildung 33: Durchschnittliche dmft- sowie DMFT-Werte der 6-Jährigen in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) - Datenquelle: Bezirksabfrage



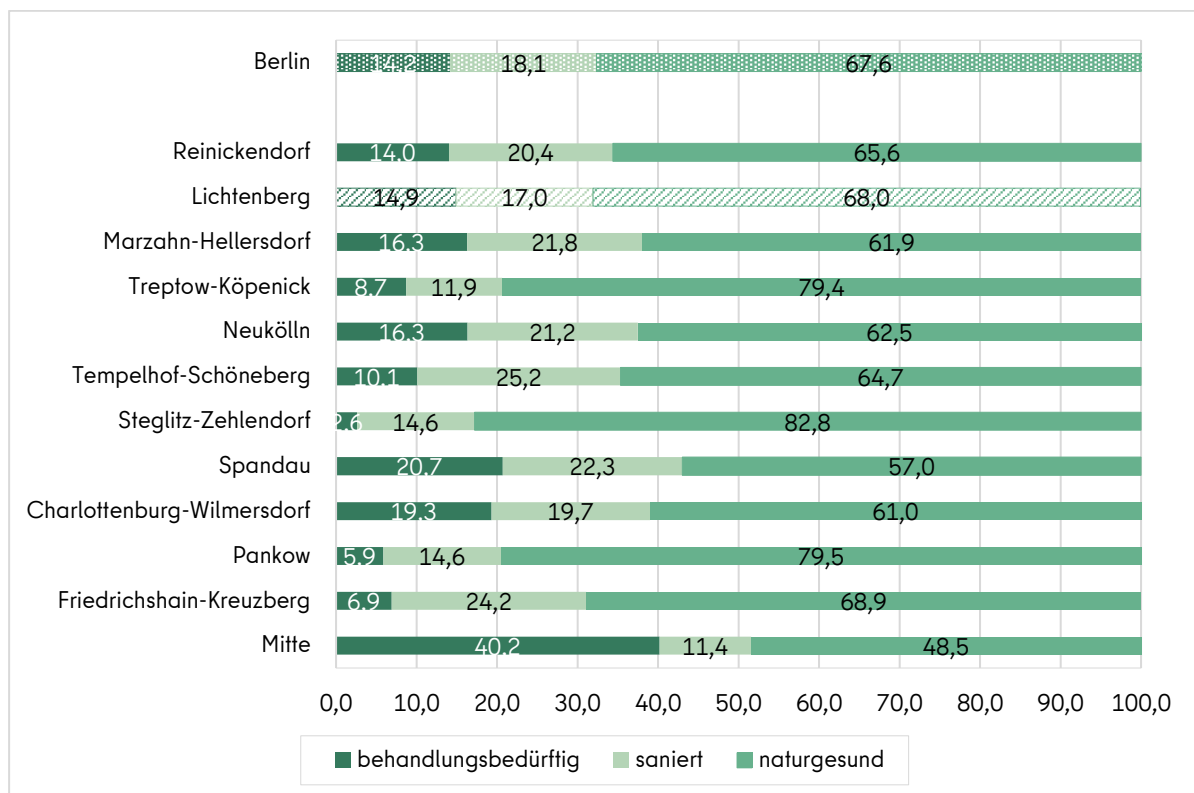
Das Kariesrisiko der Lichtenberger Kinder im Alter von 6 Jahren war bei 18,0 % dieser Gruppe erhöht. Das entsprach Rang 8 und somit dem hinteren Mittelfeld der Bezirke. Berlinweit wiesen ca. 15 % der untersuchten Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko auf (vgl. **Abbildung 34**).

Abbildung 34: Anteil der 6-jährigen Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) (in Prozent) - Datenquelle: Bezirksabfrage



8.3 12-Jährige

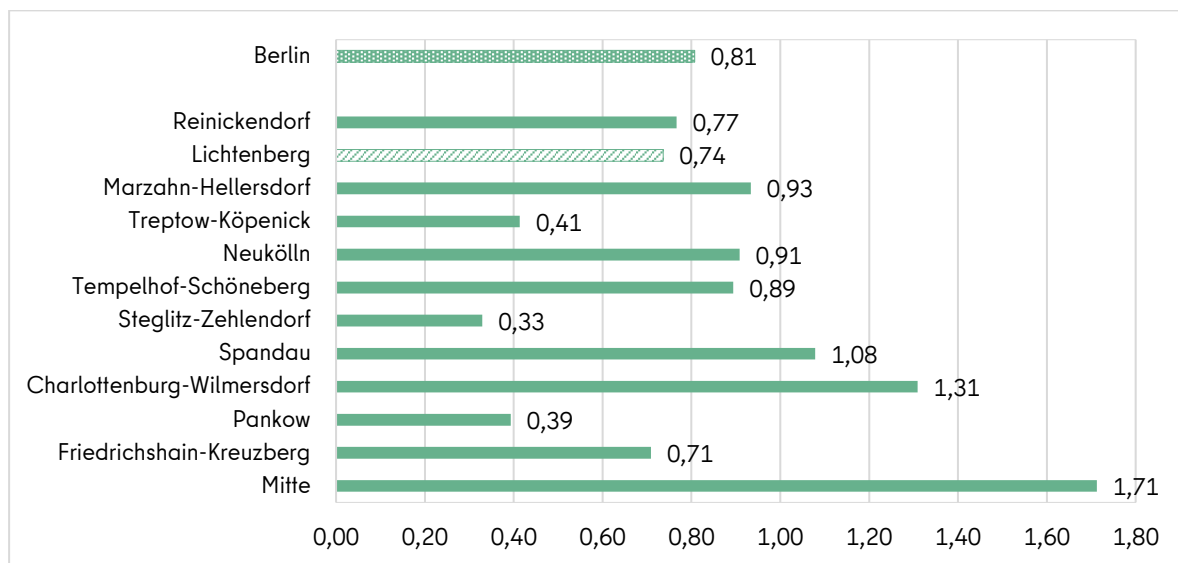
Abbildung 35: Zahnstatus der 12-jährigen Kinder in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) (in Prozent) - Datenquelle: Bezirksabfrage



Von den untersuchten 12-jährigen Lichtenbergerinnen und Lichtenbergern wiesen 15 % ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf, was mit dem gesamtstädtischen Wert vergleichbar war (vgl. **Abbildung 35**). Lichtenberg belegte damit im bezirklichen Ranking einen mittleren 7. Platz. Im Vergleich des Anteils an 12-Jährigen mit naturgesundem Gebiss nahm Lichtenberg Rang 5 ein und entsprach mit 68 % fast genau dem Berliner Durchschnitt von 67,6 %.

Der mittlere DMFT-Wert der 12-jährigen Kinder aus Lichtenberg lag minimal unter dem Berliner Durchschnitt (vgl. **Abbildung 36**) und entsprach im Bezirksvergleich Rang 5.

Abbildung 36: Durchschnittliche DMFT-Werte der 12-Jährigen in den Berliner Bezirken (Schuljahr 2023/24) - Datenquelle: Bezirksabfrage



8.4 Zusammenfassung

Die erhobenen Daten zur Zahngesundheit bei den Gruppen der 3-jährigen und der 6-jährigen Lichtenberger Kinder waren schlechter als die Berliner Durchschnittswerte. Im Bezirksranking nahm Lichtenberg bei den einzelnen Werten meist Plätze im hinteren Mittelfeld ein. Die Werte für den Anteil naturgesunder Gebisse lagen bei den 3-Jährigen gut 3 Prozentpunkte und bei den 6-Jährigen 6 Prozentpunkte unterhalb der Berliner Mittelwerte. Die Ergebnisse für die 12-jährigen Lichtenbergerinnen und Lichtenberger waren genau im Bereich des Berliner Durchschnitts, entsprechend lag Lichtenberg für diese Altersgruppe beim Bezirksranking im Mittelfeld, zum Teil im vorderen Mittelfeld.

9 Fazit

In allen 3 ausgewerteten Altersgruppen hat sich die Zahngesundheit der Lichtenberger Kinder über den Zeitverlauf von 10 Jahren verbessert. Der Anteil naturgesunder Gebisse war im Schuljahr 2023/24 bei den 3-Jährigen mit 81,7 % mehr als 4 Prozentpunkte besser als der Ausgangswert von 2013/14. Bei den 6-Jährigen waren 51,4 % naturgesund – eine Verbesserung um fast 7 Prozentpunkte und bei den 12-Jährigen lag der Wert mit 67,2 % etwas mehr als 7 Prozentpunkte über dem Wert von 2013/14. Die durchschnittliche Anzahl kariöser oder sanierter Zähne hat sich

im gleichen Zeitraum deutlich messbar verringert und auch der Anteil der Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko ist bei den 3-Jährigen und den 6-Jährigen niedriger geworden, für die 12-Jährigen lagen dazu keine vergleichbaren Werte vor.

Im Vergleich mit den anderen Berliner Bezirken ist die Mundgesundheit bei den 3-Jährigen und den 6-Jährigen jedoch schlechter als der Berliner Durchschnitt, im Bezirksranking liegt Lichtenberg dabei meist im hinteren Mittelfeld. Lediglich bei den 12-Jährigen stimmen die gemessenen Werte weitgehend mit den Berliner Mittelwerten überein, die durchschnittliche Anzahl kariöser oder sanierter Zähne ist sogar etwas niedriger als der berlinweite Durchschnitt.

Für 12-Jährige gibt es aktuelle deutschlandweite Vergleichszahlen. Die DMS 6 - Studie⁵¹ gibt 2025 eine Kariesfreiheit von 77,6 % an. Lichtenberg liegt mit 67,2 % mehr als 10 Prozentpunkte darunter. Der deutschlandweite durchschnittliche DMFT-Wert liegt laut dieser Untersuchung bei 0,5. Das entspricht genau dem Mundgesundheitsziel für Deutschland bis zum Jahr 2030. Der entsprechende Lichtenberger Wert ist mit 0,75 Zähnen hingegen 1,5-fach so hoch. Das Mundgesundheitsziel eines Anteils naturgesunder Gebisse von 90 % wurde deutschlandweit nicht erreicht und in Lichtenberg deutlich verfehlt. Die Mundgesundheitsziele für das Jahr 2030 wurden auch für die 3-Jährigen und die 6-Jährigen in Lichtenberg nicht erreicht.

Bei der kleinräumigen Auswertung auf Ebene der Bezirksregionen fiel insbesondere bei den 3-Jährigen und den 6-Jährigen auf, dass in Bezirksregionen mit vergleichsweise schlechten Zahnbefunden häufig besonders ungünstige Sozialdaten vorlagen und andererseits die Befunde in Bezirksregionen mit überdurchschnittlich guter sozialer Lage oft deutlich besser waren.

Die Analyse der Karieslast der Kinder, bei denen kariöse oder sanierte Zähne vorlagen, zeigte in allen 3 Altersgruppen, dass sich die Anzahl der betroffenen Zähne je Kind in den letzten 10 Jahren nicht wesentlich verringert hat. Das bedeutet, dass die Zahl der an Karies erkrankten Kinder zwar zurückgegangen ist, bei den von Karies betroffenen Kindern ist das Ausmaß der Erkrankung aber nahezu gleichgeblieben, so dass diese Kinder von der Verbesserung der Zahngesundheit kaum profitiert haben. Deshalb ist es besonders wichtig, Kariesrisikogruppen zu erkennen und mit den Prophylaxemaßnahmen gezielt zu erreichen.

Direkte Auswirkungen der Covid19-Pandemie auf die Zahngesundheit der Lichtenberger Kinder konnten an Hand der Untersuchungsergebnisse nicht nachgewiesen werden. Für das Schuljahr 2022/23 liegen zum Teil sogar bessere Zahlen vor als für das aktuellste ausgewertete Schuljahr 2023/24, das kann jedoch mit strukturellen Besonderheiten bei den Untersuchungen im Schuljahr 2022/23 erklärt werden.

⁵¹ Vgl. Jordan, Micheelis (2025), S. 93.

10 Präventionsansätze im Bereich Mundgesundheit im Bezirk Lichtenberg

10.1 Präventionsansätze im Tätigkeitsbereich des ZÄD

Informationsaustausch mit Fachkräften im Bezirk

Der ZÄD steht in direktem Austausch mit anderen Fachkräften im Bezirk. Bei regelmäßigen Treffen unter anderem mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Fachbereichen des Gesundheitsamtes und des Jugendamtes wird so zum einen immer wieder für das Thema Mundgesundheit sensibilisiert und zum anderen können aktuelle Fragestellungen direkt thematisiert werden. Ein jährlicher Informationstermin für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Jugendamt stellt sicher, dass auch die neuen Kolleginnen und Kollegen zu diesem wichtigen Themenbereich informiert werden.

Beratungen des Fachpersonals in Kitas und Schulen

In der alltäglichen Arbeit findet ein ständiger Austausch mit dem pädagogischen Fachpersonal statt. Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Beratung von Einrichtungsleitungen und dem Kollegium, um die Zahngesundheit als wichtiges Thema in den Alltag der Kinder zu integrieren. Insbesondere bei der Etablierung des täglichen Zähneputzens in den Einrichtungen unterstützt der ZÄD mit ganz konkreten Lösungsansätzen und bietet hierzu Schulungen und zusätzliche Termine beispielsweise für Teambesprechungen an.

Beratungen von Eltern

Der ZÄD steht allen Eltern in Lichtenberg für Fragen rund um die Mundgesundheit der Kinder zur Verfügung und bietet eine Erreichbarkeit per Telefon, E-Mail oder im Rahmen der Sprechstunde an.

Mit der Teilnahme des ZÄD an Aktionstagen und Festen wie zum Beispiel Sommerfesten in Kitas werden Eltern niedrigschwellig erreicht, ohne dass diese selbst aktiv den Kontakt mit dem ZÄD aufnehmen müssen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem KJGD

Neben der intensiven Zusammenarbeit zwischen ZÄD und KJGD im Rahmen des Kinderschutzes kooperieren beide Dienste auch im Präventionsbereich eng miteinander. Bei den Ersthausbesuchen durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des KJGD wird die Zahngesundheit mit der Verteilung von Babyzahnbürsten und Flyern thematisiert. Diesbezüglich steht der ZÄD für fachliche Fragen zur Verfügung und unterstützt bei der Materialbestellung über die LAG Berlin e.V.

10.2 Kita mit Biss

Das Präventionsprogramm, dessen Einführung erst 2016 in Berlin durch die ZÄDs und Amtsärztinnen und Amtsärzte beschlossen wurde, hat seinen Ursprung im Land Brandenburg, wo es bereits

2003 durch den ZÄD der Stadt Frankfurt (Oder) gemeinsam mit Erzieherinnen und Erziehern entwickelt wurde. Inzwischen beteiligen sich brandenburgweit bereits mehr als 600 Kitas an dem Programm.

Ursprung der Idee war der steigende Anteil an Kindern mit frühkindlicher Karies („Early Childhood Caries“), der man entgegenwirken wollte. Das Programm knüpft dabei an die gruppenprophylaktische Betreuung gemäß § 21 SGB V an und will die Entstehung von frühkindlicher Karies verhindern. Ziel ist es, die Mundgesundheit von Kindern im Setting Kita zu verbessern. Dabei bilden sieben Handlungsleitlinien die Grundlage für die Gestaltung des Kita-Alltags. Voraussetzung für die Teilnahme der Kitas an dem Programm ist die Verpflichtung den Kita-Alltag entsprechend den Leitlinien umzusetzen. Dafür erhalten sie eine Zertifizierung.

Zu den Handlungsleitlinien gehört bspw., dass in der Kita ein zahngesundes Frühstück sowie zuckerfreie Getränke angeboten werden und dass durch die Kita das tägliche Zähneputzen nach einer Hauptmahlzeit begleitet und unterstützt wird und dabei fluoridhaltige Zahnpasta verwendet wird. Darüber hinaus sind die teilnehmenden Kitas bzw. die dort arbeitenden Erzieherinnen und Erzieher dazu angehalten, mit Eltern über die Fortsetzung der Handlungsempfehlungen auch im häuslichen Umfeld zu sprechen, hierfür wurde ein entsprechendes Faltblatt (auch mehrsprachig) entwickelt, um sie dafür zu sensibilisieren.

Umsetzung

Federführend in der Bewerbung und Unterstützung bei der Umsetzung des Programms in Lichtenberg ist der ZÄD. Dieser informiert im Rahmen der VUen in den Kitas die Einrichtungen über das Programm in Zusammenarbeit mit der LAG, die ebenfalls in der Verbreitung des Themas Kita mit Biss unterstützt und auf der Homepage <https://www.lag-berlin.de> entsprechende Informationen zusammengestellt hat.

Zwischenfazit

Aktuell sind bereits mehr als 20 Kitas aus Lichtenberg zertifiziert. Aufgrund der Covid19-Pandemie waren die Besuche des ZÄDs in den Einrichtungen zwischenzeitlich unterbrochen und in einigen Kitas wurde das bereits fest etablierte tägliche Zähneputzen ausgesetzt. Nach der Pandemie wurden die Kitas inzwischen flächendeckend zum aktuellen Stand des Programms informiert und gezielt zur Umsetzung beraten. In vielen Einrichtungen erfolgt eine schrittweise Umsetzung, so dass auch in diesen Kitas die Kinder bereits von dem Programm profitieren, selbst wenn für die Zertifizierung noch weitere Schritte notwendig sind.

10.3 Schulgesundheitsfachkräfte

Als Pilotbezirk werden in Lichtenberg seit 2023 an mehreren Schulen Schulgesundheitsfachkräfte durch das Bezirksamt eingesetzt. Sie unterstützen einerseits das pädagogische Fachpersonal, indem sie für die zahlreichen medizinischen Fragestellungen und Probleme der Kinder zur Verfügung stehen. Andererseits bietet ihr Einsatz die Chance, präventive medizinische bzw. zahnmedi-

zinische Angebote im Schulalltag zu integrieren, für die bislang zu wenig Ressourcen zur Verfügung standen. Im Rahmen der Pilotphase wurde in Zusammenarbeit mit dem ZÄD ein erstes Zahnputzprojekt durchgeführt.

11 Handlungsfelder

Die Landesgesundheitskonferenz, die das Ziel verfolgt durch umfassende gesundheitsförderliche Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen und Handlungsfelder die Gesundheit der Berlinerinnen und Berliner zu verbessern, hat im Jahr 2022 eine Zielmatrix für das Handlungsfeld der Mund- und Zahngesundheit verabschiedet⁵². Darin werden verschiedene Teilziele sowie Maßnahmen benannt, die auf die Zielgruppe Kinder fokussieren. Darüber hinaus gibt es weitere Ansatzpunkte zur Prävention von Karies im Kindesalter.

11.1 Überbezirkliche Handlungsfelder

Schaffung verbindlicher Grundlagen zum täglichen Zähneputzen in allen Kitas

Es ist wichtig, die verbindliche Forderung, dass das tägliche angeleitete Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpasta ein essentieller Bestandteil des Kitaalltags ist, in das Berliner Bildungskonzept aufzunehmen. Außerdem sollte das tägliche Zähneputzen als wichtiges Qualitätsmerkmal für die externe Kita-Evaluation etabliert werden.

Änderung der gesetzlichen Grundlage zur Teilnahme an VUen in Kitas

Die Teilnahme von Kitakindern an den zahnmedizinischen VUen setzt momentan die aktive schriftliche Zustimmung durch die Sorgeberechtigten voraus. Dadurch besteht die Gefahr, dass Kinder nicht an der Untersuchung teilnehmen dürfen, weil die Zustimmung beispielsweise einfach vergessen wurde. Zudem bindet die Einholung der Zustimmungen wichtige Personalressourcen in den Kitas. Deshalb wird gefordert, dass diese Zustimmungslösung durch eine Widerspruchslösung ersetzt wird. Das bedeutet, dass ein Kind nur dann nicht teilnehmen darf, wenn durch die Sorgeberechtigten widersprochen wird.

Verabschiedung eines berlinweiten Prophylaxekonzeptes

Wie der Bezirksvergleich gezeigt hat, unterscheiden sich die Untersuchungsergebnisse in den einzelnen Bezirken sehr stark. Ein berlinweites Prophylaxekonzept ist dringend notwendig, um ein abgestimmtes Vorgehen im Rahmen der alltäglichen Arbeit in den einzelnen Bezirken sicherzustellen und um vergleichbare Standards für notwendige Priorisierungen beim Ressourceneinsatz festzulegen.

⁵² Vgl. Landesgesundheitskonferenz Berlin (2022)

Integration des Themas Mund- und Zahngesundheit in den Kita- und Schulalltag

Der Themenkomplex Mund- und Zahngesundheit sollte als fester Bestandteil im Berliner Bildungsprogramm und in den schulischen Lehrplänen verankert werden. Verbunden damit ist die verbindliche Etablierung dieser Themen für Ausbildung und Studium der pädagogischen Fachkräfte notwendig.

Förderung einer zuckerärmeren Ernährung

Da sich die Ernährungsgewohnheiten bereits im frühen Kindesalter für das weitere Leben manifestieren, ist es besonders sinnvoll, Anreize für eine zuckerreiche zahnschädliche Ernährung im Kindesalter zu reduzieren und die Möglichkeiten der diesbezüglichen gesetzlichen Beschränkungen zu prüfen und umzusetzen. Erfolgversprechend sind beispielsweise die Beschränkung von Süßigkeiten in den Kassenbereichen von Supermärkten oder Werbeschränkungen für Kinder und verpflichtende Angaben von gesundheitsschädlichen Inhaltsstoffen. Auf Grund des sehr hohen Zuckeranteils sowie weiterer gesundheitsgefährdender Inhaltsstoffe sollte eine gesetzliche Altersbeschränkung für den Verkauf von Energy-Drinks erwogen werden⁵³. Unabhängig von gesetzlichen Regelungen steht es den Verkaufseinrichtungen frei, eigene Regeln zur Abgabe bestimmter Produkte festzulegen. Erfreulicherweise gibt es bereits Supermärkte, die eine Altersbeschränkung bei der Abgabe von Energy-Drinks umsetzen.

Bekanntheitsgrad bestehender Prophylaxemaßnahmen erhöhen

Leider sind viele bestehende Prophylaxeangebote noch nicht flächendeckend bekannt, so dass hierfür überregionale Informationsmaßnahmen beispielsweise durch Krankenkassen erfolgversprechend sein können. Zu diesen Prophylaxeangeboten zählen unter anderem die seit 2019 bereits ab dem 6. Lebensmonat vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen, die neben der reinen Zahnkontrolle ausdrücklich die individuelle Beratung der Betreuungspersonen enthalten. Zudem gewinnt der Zahngesundheitspass zwar an Bedeutung und wird inzwischen immer häufiger zusammen mit dem Vorsorgeuntersuchungsheft zur Geburt des Kindes ausgegeben. Die konsequente Nutzung und Füllung des Zahngesundheitspasses ist jedoch noch deutlich verbesserbar. Gegebenenfalls sollte für beide Angebote die Schaffung von Anreizen für deren Nutzung geprüft werden, zum Beispiel in Form einer Erinnerung, wenn die Untersuchung nicht stattgefunden hat.

11.2 Bezirkliche Handlungsfelder

Etablieren des täglichen Zähneputzens in allen Kitas

Aktuell gibt es in Lichtenberg noch immer viele Kitas, in denen das tägliche angeleitete Zähneputzen nicht in den Kitaalltag integriert ist. Neben der Beratung direkt in den Kitas ist hier voraussichtlich die direkte Kontaktaufnahme mit Kitaträgern und weiteren Akteuren notwendig, um eine Verbesserung zu erreichen. Unterstützend sollen hier außerdem Visualisierungsmöglichkeiten bei der Beratung in den Kitas eingesetzt werden, um noch mehr zu verdeutlichen, wie wichtig dieser eigentlich selbstverständliche Alltagsbestandteil ist.

⁵³ Vgl. Foodwatch e.V.

Gezielte Implementierung von „Kita mit Biss“

Eng verknüpft mit dem täglichen Zähneputzen sind auch die weiteren Punkte zur Zertifizierung als „Kita mit Biss“. Diesbezüglich sind gezielte weitere Umsetzungen geplant, damit noch mehr Kinder von den Vorteilen profitieren können.

Weitere Vernetzung auf Bezirksebene

Einerseits sollen die Kontakte des ZÄD zu Kitaträgern ausgebaut werden. Andererseits sind im Bereich des Kinderschutzes Informationen über die Arbeit des ZÄD und die Sensibilisierung für das Thema der Mund- und Zahngesundheit in Arbeitsrunden mit weiteren Akteurinnen und Akteuren konkret geplant. Des Weiteren soll der Austausch mit den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten im Bezirk genutzt werden, um auch hier zum Beispiel über zahnmedizinische Präventionsangebote zu informieren und deren Bekanntheitsgrad zu steigern. Die Zusammenarbeit mit den Lichtenberger Familienbüros soll intensiviert werden, um sie beispielsweise zielgerichtet mit Informationsmaterial zu Themen der Zahngesundheit zu versorgen. Gezielte Beratungen und Fortbildungsangebote durch den ZÄD für interessierte Berufsgruppen sind jederzeit bedarfsorientiert möglich.

Etablierung eines digitalen Visualisierungs-Werkzeugs für die Arbeit des ZÄD

Der vorliegende Bericht zeigt, dass eine detaillierte Auswertung der Untersuchungsergebnisse sinnvoll und für die Ableitung von gezielten Handlungsmaßnahmen dringend notwendig ist. Deshalb ist es wichtig, dass der ZÄD ein einfach und schnell nutzbares digitales Werkzeug zur Verfügung hat, um detailliert Entwicklungen der Untersuchungsergebnisse und deren Ursachen zu analysieren und zu visualisieren.

Fortschreibung der Berichterstattung im 5-Jahres-Zeitraum

Um die weitere Entwicklung der Zahngesundheit in Lichtenberg zu analysieren und weiteren Handlungsbedarf ableiten zu können, ist eine Fortschreibung der Gesundheitsberichterstattung notwendig. Geplant ist die Fortsetzung im 5-Jahres-Zeitraum.

Abkürzungsverzeichnis

BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZÖG	Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.
dmft/DMFT	Maßzahl zur Quantifizierung der Karieserfahrung für Milchzähne (dmft) bzw. bleibende Zähne (DMFT) <u>d</u> : kariöse (decayed); <u>m</u> : fehlende (missing); <u>f</u> : gefüllte (filled); <u>∫</u> : Zähne (teeth)
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
Ebd.	ebenda
GDG	Gesundheitsdienst-Gesetz
KiSchuG	Kinderschutzgesetz
KitaFöG	Kitaförderungsgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.
SaC	Specific Affected Caries Index - Maßzahl zur Quantifizierung der Karieserfahrung in Risikogruppen (vgl. S. 19)
SGB	Sozialgesetzbuch
VU	(Zahnärztliche) Vorsorgeuntersuchung
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst im Gesundheitsamt

Literaturverzeichnis

Berg, B., Cremer, M., Flothkötter, M., Koletzko, B., Krämer, N., Krawinkel, M., Lawrenz, B., Przyrembel, H., Schiffner, U., Splieth, C., Vetter, K., Weißenborn, A. (2021) Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter, *Monatsschr Kinderheilkd* 2021 169, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00112--021-01167-z> (zuletzt geprüft am 08.08.2025)

Berliner Kinderschutzgesetz (KiSchuG) vom 17.12.2009

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2018) Lexikon, online verfügbar unter: <https://www.arbeitsagentur.de/lexikon/bedarfsgemeinschaft> (zuletzt geprüft am: 25.03.2025)

Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (2024) Versorgungsbilanzen Zucker, Glukose, online verfügbar unter: <https://www.bmel-statistik.de/ernaehrung/versorgungsbilanzen/zucker-glukose#:~:text=Im%20Non%2Dfood%2DBereich%20stieg,Prozentpunkte%20%C3%BCber%20dem%20des%20Vorjahres> (zuletzt geprüft am: 08.08.2025)

Burgard, L., Jansen, S., Spiegler, C., Brettschneider, A., Straßburg, A., Alexy, U., Storcksdieck genannt Bonsmann, S., Ensenauer, R., Heuer, T. (2024) Unfavorable nutrient intakes in children up to school entry age: results from the nationwide German KiESEL study, *Frontiers in Nutrition, Jg. 10:1302323*, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1302323> (zuletzt geprüft am: 08.08.2025)

BZÖG e.V., Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (2019) Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Akademie des öffentlichen Gesundheitswesens in Düsseldorf, 2. Auflage.

DAJ e.V. (Hrsg.) (2017) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016, online verfügbar unter: https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Epi_2016/Epi_final_BB1801_final.pdf (zuletzt geprüft am: 25.03.2025)

Foodwatch e.V. (Hrsg.) (2024) Kindergetränke: Süß, süßer am süßesten, online verfügbar unter: https://www.foodwatch.org/fileadmin/-DE/Themen/Kinderernaehrung/140824_foodwatch_Marktstudie_Kindergetraenke.pdf (zuletzt geprüft am: 27.08.2025)

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutzgesetz (KKG) vom 22.12.2011 in der Fassung vom 03.04.2025

Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. (2021) Zahnärztliche Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg, online verfügbar unter: <https://www.brandenburger-kinderzaehne.de/kita-mit-biss/elternarbeit> (zuletzt geprüft am: 16.04.2025)

Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) vom 25.05.2006 in der Fassung vom 12.10.2020.

Heilmann, A., Ziller, S. (2021) Reduzierung des Zuckerkonsums für eine bessere Mundgesundheit - Welche Strategien sind Erfolg versprechend? *Bundesgesundheitsblatt Jg. 64:838-846*

Heuer, T. (2018) Zuckerkonsum in Deutschland, *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 43 (S 01):8-11

Jordan, A. R. (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Statement

Jordan, A.R., Micheelis, W. (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), online verfügbar unter: https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/Bd_35-Fuenfte_Deutsche_Mundgesundheitsstudie_DMS_V.pdf (zuletzt geprüft am: 08.08.2025)

Jordan, A.R., Meyer-Lueckel, H., Kuhr, K., Sasunna, D., Bekes, K., Schiffner, U. (2025) Caries experience and care in Germany: results of the 6th German Oral Health Study (DMS 6) – Quintessenz International, online verfügbar unter: https://www.quintessence-publishing.com/quintessenz/journals/issues/fulltextpdfs/qi_2025_dms_sup.pdf (zuletzt geprüft am: 25.03.2025)

Jordan, A. R., Meyer-Lückel, H., Kuhr, K., Sasunna, D., Bekes, K., Schiffner, U. (2025) Karieserfahrung und Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS-6), *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 2/2025 90-100

Kindertagesförderungsgesetz (KitaFöG) vom 23.06.2005 in der Fassung vom 27.08.2021.

König, Klaus G. (1987) Karies und Parodontopathien, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Kramer, A.C.A., Petzold, M., Hakeberg, M., Östberg, A.L. (2018) Multiple Socioeconomic Factors and Dental Caries in Swedish Children and Adolescents, *Caries Research*, Jg. 52(1-2):42-50, online verfügbar unter: <http://doi.org/10.1159/000481411> (zuletzt geprüft am: 08.08.2025)

Kühnisch, J. (Hrsg) (2020) Kinderzahnmedizin, Quintessence Publishing Deutschland, Berlin.

LAG Berlin (2018) Satzung der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V., online verfügbar unter: <https://www.lag-berlin.de/downloads/Satzung.pdf> (zuletzt geprüft am: 14.04.2025)

LAG Berlin (2021) Kita mit Biss – Handlungsleitlinien, online verfügbar unter: <https://www.lag-berlin.de/inhalt/handlungsleitlinien> (zuletzt geprüft am: 16.04.2025)

Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., Dragano, N. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit; *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 59, S. 153-165.

Landesgesundheitskonferenz Berlin (2022) Gesundheitsziel 'Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen' Zielmatrix Mund- und Zahngesundheit, online verfügbar unter: https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/Gesundheitsziele/Gesund_aufwachsen/2022_Zielmatrix_Mund-Zahngesundheit_BF.pdf (zuletzt geprüft am: 27.08.2025)

Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrmann, A., Richter, A. (2018) Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, *Journal of Health Monitoring*, Jg. 3(1):32-39, online verfügbar unter: <http://doi.org/10.17886/-GBE-2018-007> (zuletzt geprüft: 08.08.2025)

Meyer, F., Enax, J. (2018) Die Mundhöhle als Ökosystem, *Biologie in unserer Zeit*, 48:62-68.

Moore C.J., Kelly, S.A.M., Moynihan P.J. (2022) Systematic Review of the Effect on Caries of Sugars Intake: Ten-Year Update, *Journal of Dental Research*, Jg. 101(9):1034-1045, online verfügbar unter: <http://doi.org/10.1177/00220345221082918> (zuletzt geprüft: 08.08.2025)

Perrar, I., Alexy, U., Nöthlings, U. (2024) Intake of free sugar among children and adolescents in Germany declines - current results of the DONALD study, *European Journal of Nutrition*, Jg. 63:2827-2833

Pieper, K., Momeni, A. (2006) Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern, *Deutsches Ärzteblatt* 2006, 103(15): A 1003-9.

Schiffner, U. (2024) Sicherheit der Anwendung fluoridhaltiger Kinderzahnpasten. *Oralprophylaxe und Kinderzahnmedizin*, Jg. 46(2):86-89, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s44190-024-1023-8> (zuletzt geprüft am: 08.08.2025)

Schiffner, U. (2022) Aktuelles zum Zusammenhang von Zuckerkonsum und Karies, *Oralprophylaxe & Kinderzahnmedizin*, Jg. 44(3):16-19

Schiffner, U. (2021) Verwendung von Fluoriden zur Kariesprävention, *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 64:830-837

Schmoeckel, J., Santamaría, R.M., Basner, R., Schankath, E., Splieth, C.H. (2021) Mundgesundheitstrends im Kindesalter, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 64:772-781.

Schmoeckel, J., Santamaría, R.M., Basner, R., Schüler, E., Splieth, C.H. (2019) Introducing a Specific Term to Present Caries Experience in Populations with Low Caries Prevalence: Specific Affected Caries Index (SaC), *Caries Research*, 53 (5):527-531.

Schulgesetz für das Land Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 10.07.2024.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (2024) Kitas bewegen - Landesprogramm für eine gute gesunde Kita, online verfügbar unter: <https://gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/programm-beschreibung/> (Letzter Zugriff: 16.04.2025)

Sozialgesetzbuch V (SGB V) vom 20.12.1988 in der Fassung vom 25.02.2025.

Staudte, H., Glockmann, E. (2012) Vermeidung von Zahnschäden durch eine zahngesunde Ernährung, *wissen kompakt* 6:15-26.

Uhlig, U., Butler, J. (2009) Einflussfaktoren auf die Zahngesundheit von Schulkindern, *Prävention und Gesundheitsförderung*, Jg. 4:125-130.

van der Tas, J.T., Kragt, L., Elfrink, M.E.C., Bertens, L.C.M., Jaddoe, V.W.V., Moll, H.A., Ongkosuwito, E.M., Wolvius, E.B. (2017) Social inequalities and dental caries in six-year-old children from the Netherlands. *Journal of Dentistry*; 62:18-24, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2017.04.008> (zuletzt geprüft am 08.08.2025)

World Health Organization (2015) Guideline: Sugars intake for adults and children

Willershausen, I., Lampe F., Fink, O. (2013) Grundlagen der Zahngesundheit, *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161:500-507.

Wölber, Dr. J., Engler, Dr. U., Woelnerhanssen; B., Tennert, Dr. C. (2018) Wie gefährlich ist Zucker wirklich? *Der Freie Zahnarzt*, Januar 2018.

Zahnärztliche Mitteilungen (2012) Auf den Punkt gebracht - Mundgesundheitsziele für Deutschland 102, Nr. 21 A, 01.11.2012.

Ziller, S. (2018) Die soziale Herkunft beeinflusst das Ernährungsverhalten und damit die Zahngesundheit, online verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/die-soziale-herkunft-beeinflusst-das-ernaehrungsverhalten-und-damit-die-zahngesundheit/> (zuletzt geprüft am: 16.04.2025)

Ziller, S., Oesterreich, D., Jordan, A. R. (2021) Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030. *Zahnmedizin, Forschung und Versorgung*, 4:1

Zimmer, S. (2020) Kariesprophylaxe als multifaktorielle Präventionsstrategie, Habilitationsschrift