

Bericht zur Zahngesundheit von Lichtenberger Kindern

2018

Auswertung der Daten des Zahnärztlichen Dienstes
Lichtenberg



be  **Berlin**

Bezirksamt Lichtenberg

Impressum

Herausgeber	Bezirksamt Lichtenberg Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
Ansprechpartnerin	Sarah Blaut (Gesundheitsberichterstattung) sarah.blaut@lichtenberg.berlin.de
Fachlich-inhaltliche Mitarbeit	Dr. Andrea Barth (Leitung Zahnärztlicher Dienst Lichtenberg) andrea.barth@lichtenberg.berlin.de
Titelbild	©Stacy_T/depositphotos.com
Auflage	250

Berlin, August 2018

Grußwort

Liebe Lichtenbergerinnen und Lichtenberger,
liebe Leserinnen und Leser,

Lichtenberg ist ein wachsender Bezirk – neben dem Alterssegment 65+ nimmt insbesondere die Altersgruppe der unter 18-Jährigen zu. Ende 2017 waren ca. 16 % der Gesamtbevölkerung im Kindes- oder Jugendalter – Tendenz steigend. Gerade vor diesem Hintergrund ist es von besonderer Bedeutung ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Ein Rahmen hierfür wurde bereits durch die Zertifizierung als „familienfreundliche Kommune“ im Jahr 2015 sowie die aktuell laufende Re-Zertifizierung geschaffen.



Das Thema Zahngesundheit spielt unabhängig von Alter und Lebensphase für jeden von uns eine wichtige Rolle. Neben rein gesundheitlichen Aspekten tragen gesunde Zähne unweigerlich zu einem höheren psychischen und körperlichen Wohlbefinden bei und prägen auch das äußere Erscheinungsbild. Doch insbesondere im Kindesalter kommen dem Milchgebiss weitere wichtige und oftmals unterschätzte Funktionen hinzu: Zum einen spielen sie für die Entwicklung der Sprache eine bedeutende Rolle und zum anderen dienen sie als „Platzhalter“ für das bleibende Gebiss. Deshalb stand das Thema Zahngesundheit im Kindesalter bereits im Jahr 2017 in Lichtenberg im Fokus. Hintergrund war der hohe Anteil (ca. 20 %) an 3-jährigen Kindern mit kariösem Gebiss. In diesem Zuge wurde der Aufbau einer bezirklichen Präventionskette mit dem ersten Schwerpunkt Zahngesundheit bei 0- bis 3-jährigen Kindern angestoßen. Die Ergebnisse dieses ersten Teilprozesses waren u.a. eine Reihe von Handlungsempfehlungen, die im Rahmen einer Broschüre veröffentlicht wurden.

Diese Handlungsempfehlungen werden im Rahmen dieses Berichtes erneut aufgegriffen und in dem erweiterten Kontext der ausgewerteten Daten des Zahnärztlichen Dienstes Lichtenberg zur Zahngesundheit von 3-, 6- und 12-jährigen Kindern bewertet. Mit diesem Bericht soll neben der jährlichen Auswertung der Einschulungsuntersuchungen ein Einblick in einen weiteren Aspekt der Gesundheit von Lichtenberger Kindern ermöglicht werden.

Als Gesundheitsstadträtin hoffe ich Ihnen mit diesem Bericht aufschlussreiche Erkenntnisse über die Mundgesundheit Lichtenberger Kinder geben zu können.

Ihre

A handwritten signature in blue ink that reads 'Framke'.

Katrin Framke

Bezirksstadträtin für Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	3
1 Einleitung.....	6
2 Methodik.....	6
3 Demografische Daten zu Lichtenberger Kindern	7
4 Sozialdaten von Kindern und Jugendlichen in Lichtenberg.....	8
4.1 Arbeitslose und Bedarfsgemeinschaften nach SGB II	8
4.2 Kinder in Bedarfsgemeinschaften nach SGB XII	10
4.3 Zwischenfazit.....	11
5 Mund- und Zahngesundheit.....	11
5.1 Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Karies.....	11
5.2 Die Bedeutung von Prävention	13
5.3 Indikatoren zur Erfassung der Zahngesundheit	14
5.3.1 Kariesstatus	14
5.3.2 Dmf(t)/DMF(T).....	14
5.3.3 Kariesrisiko nach DAJ.....	14
5.4 Der ZÄD in Lichtenberg.....	15
5.4.1 Gesetzliche Grundlagen.....	15
5.4.2 Umsetzung in der Praxis	16
5.5 Die LAG Berlin e.V.....	16
6 Ergebnisse der Untersuchungen des ZÄD in Lichtenberg	17
6.1 3-jährige Kinder	17
6.1.1 Entwicklung im Zeitverlauf.....	17
6.1.2 Kleinräumige Auswertung	18
6.1.3 Zusammenfassung.....	20
6.2 6-jährige Kinder	20
6.2.1 Entwicklung im Zeitverlauf.....	20
6.2.2 Kleinräumige Auswertung	22
6.2.3 Zusammenfassung.....	24
6.3 12-jährige Kinder	24
6.3.1 Entwicklung im Zeitverlauf.....	24
6.3.2 Kleinräumige Auswertung	26
6.3.3 Zusammenfassung.....	28
6.4 Bezug der Ergebnisse zur sozialen Lage in den Stadtteilen.....	28
7 Vergleich der Berliner Bezirke	28

7.1	3-jährige Kinder	28
7.1.1	Zahnstatus	28
7.1.2	dmf(t)-Wert	29
7.1.3	Kariesrisiko (DAJ)	29
7.2	6-jährige Kinder	30
7.2.1	Zahnstatus	30
7.2.2	dmf(t)-/DMF(T)-Wert	30
7.2.3	Kariesrisiko (DAJ)	31
7.3	12-jährige Kinder	31
7.3.1	Zahnstatus	31
7.3.2	dmf(t)-/DMF(T)-Werte	32
7.3.3	Kariesrisiko (DAJ)	32
7.4	Zusammenfassung.....	33
8	Präventionsansätze im Bereich Mundgesundheit in Lichtenberg.....	33
8.1	Vier Möhren	33
8.1.1	Konzept.....	33
8.1.2	Umsetzung.....	34
8.1.3	Zwischenfazit.....	34
8.2	Kita mit Biss	34
8.2.1	Konzept.....	34
8.2.2	Umsetzung.....	35
8.2.3	Zwischenfazit.....	35
9	Handlungsempfehlungen	35
9.1	Überbezirkliche Handlungsempfehlungen.....	35
9.2	Bezirkliche Handlungsempfehlungen.....	36
	Abkürzungsverzeichnis	38
	Literaturverzeichnis.....	39

1 Einleitung

Mit dem Thema Gesundheit von Kindern brachte 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. Dazu gehört u.a. der Zahnstatus. Diesen Ergebnissen zufolge hat sich der Zahnstatus der Lichtenberger Kinder im Einschulungsalter im Verlauf der letzten Jahre nicht wesentlich verändert¹. Diese kinderärztliche Untersuchung entspricht dabei allerdings explizit keiner zahnärztlichen Untersuchung. Vor diesem Hintergrund sind diese Daten in Bezug auf den zahnmedizinischen Gesundheitszustand der Kinder nicht aussagekräftig.

Neben dem KJGD gehört auch der Zahnärztliche Dienst (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 untersucht und die entsprechenden Ergebnisse dokumentiert.

Darüber hinaus rückte das Thema Zahngesundheit bei Kindern bereits im Jahr 2017 in Lichtenberg in den Fokus. Der besorgniserregend hohe Anteil an frühkindlicher Karies bei den 0- bis 3-jährigen Kindern wurde zum Anlass genommen im Bezirk mit dem Aufbau einer Präventionskette zu beginnen. Die Ergebnisse des Prozesses inkl. der unter Beteiligung von bezirklichen Akteuren entwickelten Handlungsansätze wurden im Rahmen einer Broschüre dokumentiert². Der aus dem Prozess resultierende Arbeitskreis zur Mundgesundheit bei Kindern, in dem sich unterschiedliche Akteure aus dem Bezirk beteiligten, konnte sich allerdings ressourcenbedingt nicht auf Dauer etablieren.

Mit diesem Bericht soll für Lichtenberg erstmals 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 Lichtenberger Kinder im Alter von 3, 6 und 12 Jahren im Vergleich zu den anderen Bezirken darstellt,
- was mögliche Handlungsansätze sind, um die Mund- und Zahngesundheit in entsprechenden Altersgruppen und/oder Regionen positiv zu beeinflussen.

2 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 Untersuchung teilnahmen. Die Kinder, die die Untersuchung verweigerten, deren Eltern keine Zustimmung gaben³ bzw. an dem Tag nicht in der Einrichtung anwesend waren, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

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. Dementsprechend wurden Kinder, die 1. zwar in Lichtenberg eine Kita besuchten und vom ZÄD

¹ Vgl. Bezirksamt Lichtenberg (2017a), S. 21.

² Vgl. Bezirksamt Lichtenberg (2017b)

³ Bezieht sich auf Kinder im Kita-Alter

Lichtenberg untersucht wurden, 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.

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 (vgl. Kapitel 6.1.2, 6.2.2 und 6.3.2) wurden jeweils die Daten der letzten drei Jahrgänge⁴ zusammengefasst. Ursächlich hierfür war, dass die Stichprobengrößen, insbesondere bei den 12-jährigen Kindern häufig zu klein gewesen wären, um 1. verwertbare Aussagen treffen und 2. die Möglichkeit des Rückschlusses auf einzelne Kinder ausschließen zu können. In Bezirksregionen, in denen aufgrund zu geringer Stichprobengrößen trotz der Zusammenführung der Datensätze Rückschlüsse auf einzelne Kinder gezogen werden könnten, werden die Daten nicht veröffentlicht⁵.

Bei der Stichprobe der 12-jährigen Kinder in Lichtenberg muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der ZÄD im Bezirk lediglich diejenigen Schulen/Einrichtungen besuchen konnte, die laut der Rangliste der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen Berlin e.V. (LAG) den Bedarfsgruppen 3 oder 4 zugeordnet wurden. Diejenigen Kinder, die eine Schule bzw. Einrichtung besuchten, die die Bedarfsgruppe 1 oder 2 aufweisen, werden aktuell nur im mehrjährigen Rhythmus besucht und fließen dementsprechend auch nur punktuell in den Datensatz ein. Dadurch findet eine gewisse Verzerrung der Daten in dieser Altersgruppe statt, da vornehmlich Kinder aus Einrichtungen mit tendenziell unterdurchschnittlicher Zahngesundheit im Datensatz enthalten sind. Das hat zur Folge, dass die über die 12-Jährigen getroffenen Aussagen nicht auf alle Kinder dieser Altersgruppe übertragen werden können.

Die in Kapitel 7 dargestellten Daten entstammen ausschließlich der Auswertung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG). Da die Senatsverwaltung alle bezirklichen Datensätze der in Berlin untersuchten Kinder in ihrer Auswertung berücksichtigen und die Kinder bezirklich zuordnen kann, weichen die bezirklichen Zahlen ggf. geringfügig von den in den vorhergehenden Kapiteln analysierten Daten ab.

3 Demografische Daten zu Lichtenberger Kindern

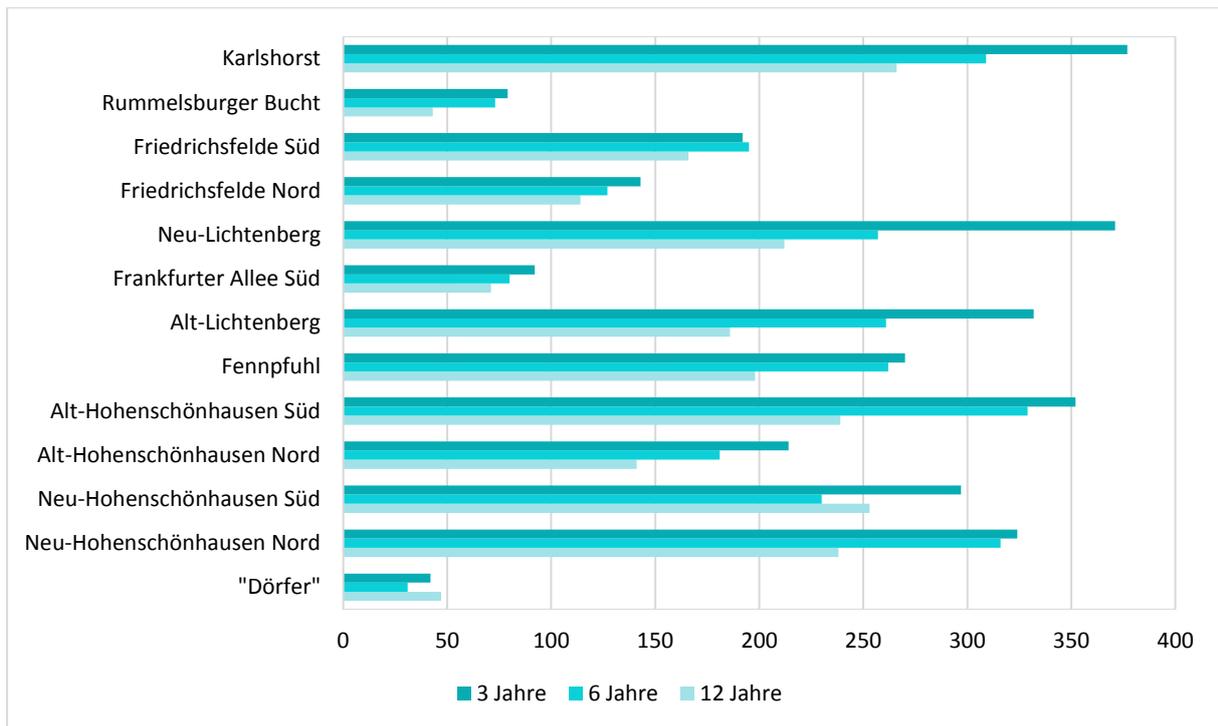
Am 31.12.2017 lebten 45.589 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Bezirk Lichtenberg⁶. Das entsprach ca. 16 % der Gesamtbevölkerung. Etwa ein Drittel aller Minderjährigen (17.736 Kinder und Jugendliche) hatte einen Migrationshintergrund⁷. In der nachfolgenden Abbildung 1 ist die Anzahl der Kinder im Alter von 3, 6 und 12 Jahren in den Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Dabei wird deutlich, dass die Kinder in den Bezirksregionen sehr unterschiedlich verteilt sind. Die Gruppe der 3-jährigen Kinder ist dabei insgesamt am größten und betrug zum Stichtag 3.085 Kinder. Des Weiteren lebten 2.651 Kinder im Alter von 6 Jahren und 2.174 Kinder im Alter von 12 Jahren in Lichtenberg.

⁴ D.h. Schuljahre 2014/15, 2015/16 und 2016/17

⁵ Diese werden in den Abbildungen als schraffierte Balken dargestellt.

⁶ Vgl. AfS Berlin-Brandenburg - Einwohnerregister 2017

⁷ Ebd.

Abbildung 1: Anzahl der 3-, 6- und 12-jährigen Kinder in den Lichtenberger Bezirksregionen am 31.12.2017⁸

Bis zum Jahr 2030 wird sich der Anteil an Personen unter 18 Jahren in Lichtenberg weiter erhöhen. Laut Berechnungen der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung um ca. 15 %⁹. Allerdings sind bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Prognosen „überholt“, sodass künftig mit einer höheren Kinderzahl zu rechnen ist.

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 Kinderärzt*innen das Bezirksamt 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.

4 Sozialdaten von Kindern und Jugendlichen in Lichtenberg

4.1 Arbeitslose und Bedarfsgemeinschaften nach SGB II

Im Allgemeinen besteht zwischen der gesundheitlichen sowie der sozialen Lage bekanntermaßen ein unmittelbarer Zusammenhang. 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.

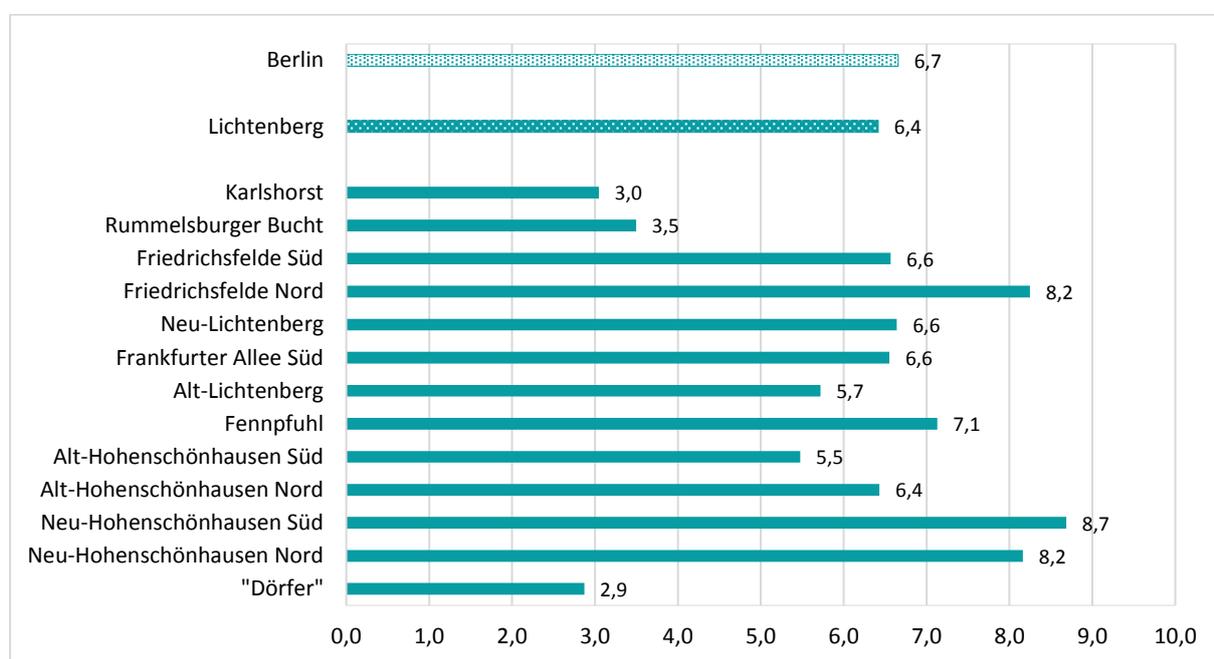
Insgesamt liegen nur bedingt Sozialdaten zu Kindern vor. Allerdings können auch Sozialdaten zur erwachsenen Bevölkerung indirekte Aussagen über die Lage von Kindern treffen, da die soziale Lage der Eltern i.d.R. auch unmittelbare Auswirkungen auf das Leben der Kinder hat.

⁸ Vgl. AfS Berlin-Brandenburg – Einwohnerregister 2017

⁹ Vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen - Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015-2030 (mittlere Variante, Fortschreibung auf Basis des Einwohnerregisters per 31.12.2014)

Der Bezirk Lichtenberg weist insgesamt eine sehr durchmischte Sozialstruktur auf. Während im Lichtenberger Süden sowie im Norden von Hohenschönhausen in Malchow, Wartenberg und Falkenberg („Dörfer“) die Einwohner*innen tendenziell eine günstige Sozialstruktur aufweisen, sind die Regionen Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Friedrichsfelde Nord von vergleichsweise schwierigen sozialen Rahmenbedingungen geprägt. Exemplarisch für diese Unterschiede sind die in Abbildung 2 dargestellten Arbeitslosenquoten nach Sozialgesetzbuch (SGB) II und III in den Lichtenberger Bezirksregionen. Insgesamt lag der Bezirk dabei leicht unter dem Berliner Durchschnitt. Allerdings gab es zwischen den Bezirksregionen große Abweichungen: So waren in den „Dörfern“ nur 2,9 % aller Einwohner zwischen 15 bis 64 Jahren von Arbeitslosigkeit betroffen. Vergleichbar niedrig waren die Quoten auch in Karlshorst (3,0 %) und der Rummelsburger Bucht (3,5 %). Demgegenüber lag in Neu-Hohenschönhausen Nord und Süd der Anteil dieser Gruppe bei 8,2 % bzw. 8,7 %. Ähnlich war auch die Quote in Friedrichsfelde Nord.

Abbildung 2: Anteil arbeitsloser Personen nach SGB II und III an Einwohner*innen im Alter von 15¹⁰ bis unter 65 Jahren am 31.12.2016 (in Prozent)¹¹



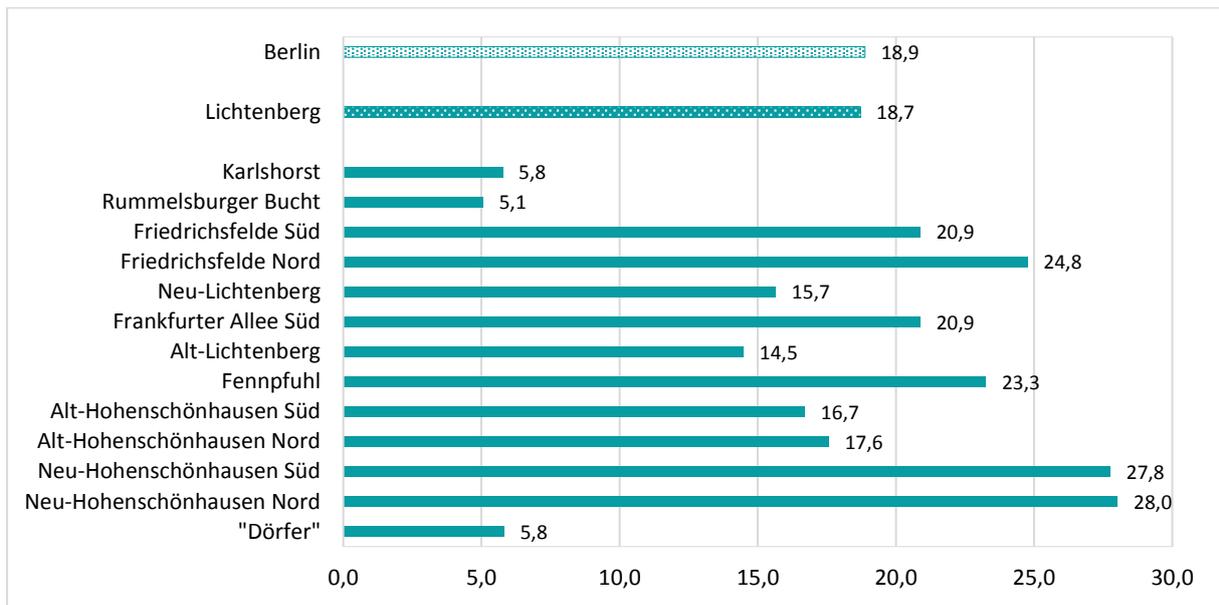
Neben den arbeitslosen Personen direkt sind i.d.R. auch weitere im Haushalt lebende Personen, z.B. Partner*in, Kinder und/oder weitere Familienangehörige von den Auswirkungen einer Arbeitslosigkeit betroffen. Ist das der Fall spricht man von einer Bedarfsgemeinschaft, d.h. dass die Personen „im gleichen Haushalt zusammenleben, gemeinsam wirtschaften und füreinander sorgen und einstehen“¹². Dementsprechend wird auch ihr Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II gemeinsam ermittelt wird. In Abbildung 3 werden alle Einwohner*innen, die Ende 2016 in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II lebten im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung unter 65 Jahren dargestellt. Hierbei fallen die kleinräumigen Unterschiede erneut deutlich auf: Während in Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd die Quoten 28,0 % bzw. 27,8 % betragen, waren in der Rummelsburger Bucht lediglich ca. 5 % der Bevölkerung unterhalb des Renteneintrittsalters von SGB II Leistungen abhängig.

¹⁰ Definitorisch sind Personen ab 15 Jahren im erwerbsfähigen Alter.

¹¹ Vgl. AFS Berlin-Brandenburg – Gemeinsamer Datenpool; Die hier dargestellte Quote ist niedriger als die Erwerbslosenquote, da diese sich auf die gesamte Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren bezieht, wohingegen die Erwerbslosenquote lediglich die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen berücksichtigt.

¹² Lexikon der Bundesagentur für Arbeit

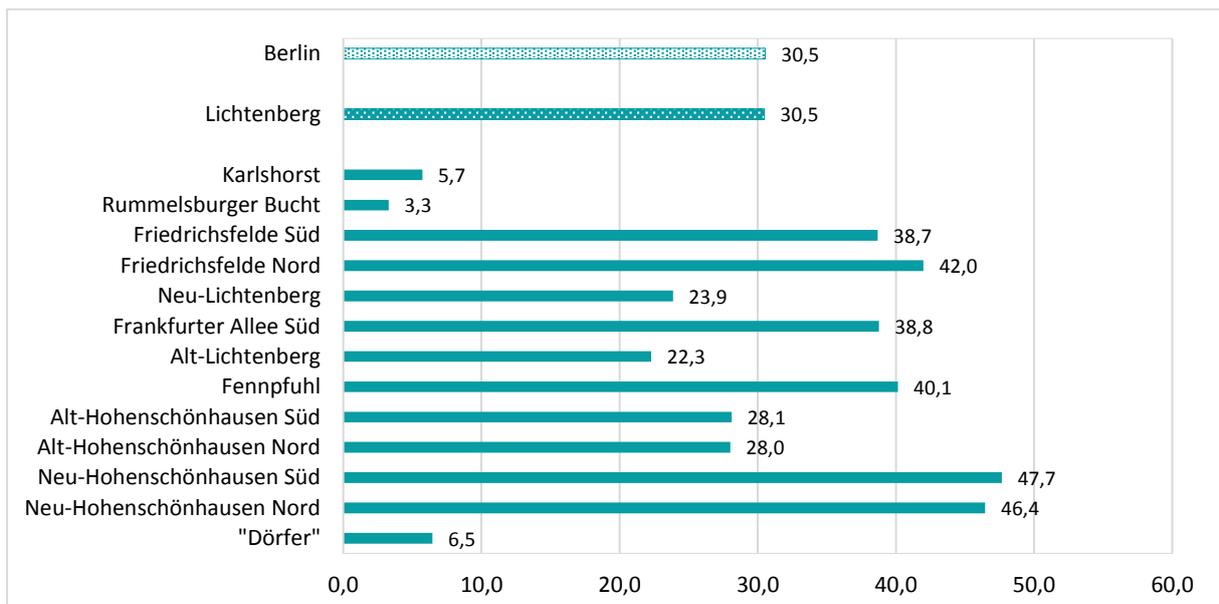
Abbildung 3: Anteil Personen in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II an Einwohner*innen unter 65 Jahren am 31.12.2016 (in Prozent)¹³



4.2 Kinder in Bedarfsgemeinschaften nach SGB XII

Ein Indikator für die soziale Lage von Kindern ist der Anteil an Kindern unter 15 Jahren¹⁴ in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II im Verhältnis zu allen Kindern dieser Altersgruppe. Auch hierbei waren besonders häufig Kinder aus Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd (vgl. Abbildung 4) betroffen. Dort machte dieser Anteil jeweils fast die Hälfte (46,4 % bzw. 47,7 %) aller dort lebenden Kinder im Alter bis 14 Jahren aus. Sowohl in Lichtenberg insgesamt als auch Berlin lag die Quote ca. ein Drittel darunter (jeweils 30,5 %).

Abbildung 4: Anteil Personen in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II im Alter unter 15 Jahren an den Einwohner*innen unter 15 Jahren am 31.12.2016 (in Prozent)¹⁵



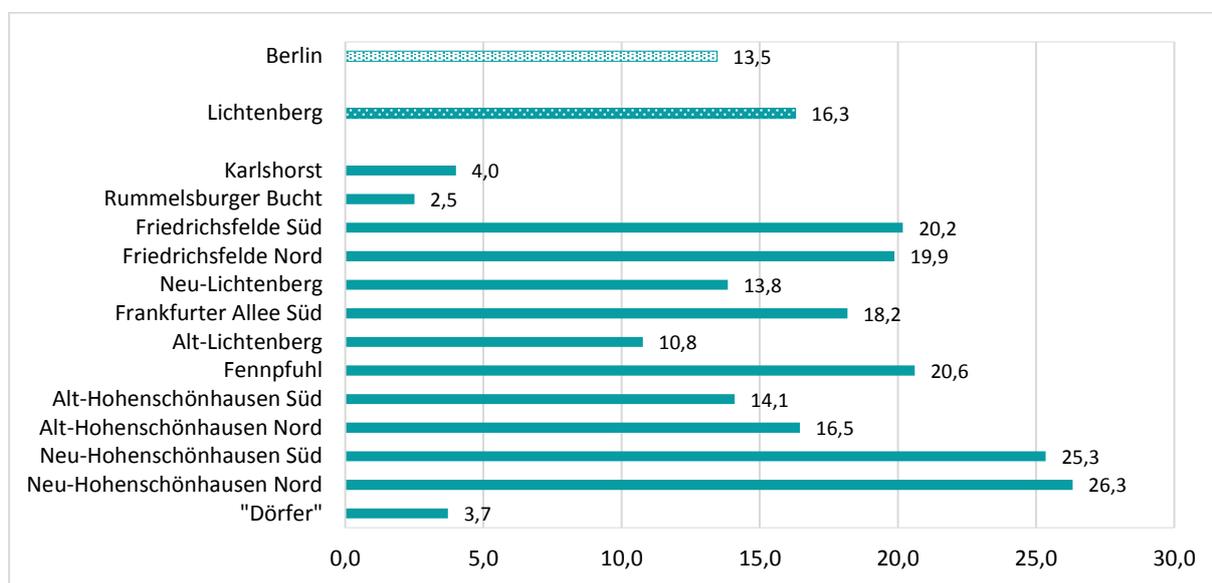
¹³ Vgl. AFS Berlin-Brandenburg – Gemeinsamer Datenpool

¹⁴ Die Altersgrenze wird hier gezogen, da Personen unter 15 Jahren definitorisch noch nicht im erwerbsfähigen Alter sind.

¹⁵ Vgl. AFS Berlin-Brandenburg – Gemeinsamer Datenpool

Besonders häufig sind Alleinerziehende von sozialen Härten betroffen, da sie aufgrund der doppelten Belastung (alleinige Verantwortung für sowohl Kind(er) als auch das Familieneinkommen) und/oder den häufig unflexiblen Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes auf den (ergänzenden) Bezug von Transferleistungen, wie bspw. SGB II Leistungen angewiesen sind. Nach Auswertung der Statistik der Haushalte war in Lichtenberg mehr als jeder dritte Haushalt mit Kindern ein Alleinerziehender-Haushalt (35,6 %; 10.309 Haushalte¹⁶). Beim Vergleich der Bezirke war nur im Bezirk Marzahn-Hellersdorf der Anteil noch höher. Mithilfe von Abbildung 5 wird der Anteil an minderjährigen Kindern dargestellt, der in alleinerziehenden Bedarfsgemeinschaften nach SGB II lebte. Neu-Hohenschönhausen Nord (26,3 %) und Süd (25,3 %) wiesen die höchsten Quoten auf, was bedeutet, dass jedes vierte dort lebende Kind unter 18 Jahren in einer alleinerziehenden Bedarfsgemeinschaft aufwuchs. Der Durchschnitt für Lichtenberg lag insgesamt bei 16,3 % aller Kinder und somit über der Berliner Quote von 13,5 %.

Abbildung 5: Anteil minderjähriger Kinder in alleinerziehenden Bedarfsgemeinschaften nach SGB II an den Einwohner*innen unter 18 Jahren am 31.12.2016 (in Prozent)¹⁷



4.3 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 allen dargestellten Indikatoren ähnlich. Besonders fallen die Stadtteile Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd gefolgt von Friedrichsfelde Nord und Fennpfuhl ins Auge, wo der Anteil an Menschen, die Transferleistungen beziehen vergleichsweise hoch ist. Im Gegensatz dazu stellt sich die soziale Lage in den „Dörfern“ sowie Karlshorst und der Rummelsburger Bucht als überdurchschnittlich gut dar.

5 Mund- und Zahngesundheit

5.1 Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Karies

Das Risiko an Zahnkaries zu erkranken besteht altersunabhängig und bevölkerungsweit und stellt somit eine wesentliche Problematik bei der Zahn- und Mundgesundheit dar. Jeder Mensch hat im Mund eine

¹⁶ AfS Berlin-Brandenburg – generierte Haushaltsdaten auf Basis des Einwohnerregisters, Stand 31.12.2017

¹⁷ AfS Berlin-Brandenburg – Gemeinsamer Datenpool

Vielzahl unterschiedlicher Bakterien. Die Zusammensetzung dieser sogenannten Mundhöhlenflora ist dabei immer individuell¹⁸. Diese Bakterien bilden mit Speiseresten und dem Speichel einen Belag auf den Zähnen, die sogenannte Plaque. Die Plaque stellt in gesunder Zusammensetzung einen natürlichen Schutz der Zahnoberflächen dar¹⁹.

Bei der Aufnahme von Nahrung bzw. Getränken setzt ein natürlicher Demineralisationsprozess (Mineraleauflösung) des Zahnschmelzes ein, der zu einem temporären Härteverlust führt. Üblicherweise folgt der Demineralisation eine Remineralisation, die durch den Speichel und/oder den Konsum kalziumhaltiger Nahrungsmittel (z.B. Milchprodukte) ausgelöst wird²⁰. Bei einer intakten Mundhöhlenflora sind diese beiden Prozesse in einem gesunden Gleichgewicht. Dieses kann jedoch bspw. durch den (häufigen) Konsum zucker- bzw. stärkehaltiger Speisen und Getränke gestört werden²¹, da sich der Anteil an kariogenen (d.h. Karies auslösenden) Bakterien in der Plaque erhöht. Diese Plaquebakterien verstoffwechseln den Zucker bzw. die Stärke, wodurch Säure produziert und in deren Folge der Demineralisationsprozess ausgelöst wird²². Findet dies häufig statt, kann die Säure den Zahnschmelz nachhaltig angreifen und diesen porös machen. Sobald dieser beschädigt ist, können andere Mikroorganismen in die darunter liegenden Zahnschichten eindringen und somit Karies verursachen. Entscheidend hierbei ist vor allem der Faktor Zeit. So entsteht Karies nicht plötzlich, sondern entwickelt sich über einen längeren Zeitraum. Sekundäre Einflussfaktoren sind neben der Ernährung auch andere Faktoren, wie bspw. die Zusammensetzung des Speichels oder eine unregelmäßige bzw. nicht gründliche Zahnpflege. In der nachfolgenden Abbildung 6 sind die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Entstehung von Karies dargestellt.

Abbildung 6: Kariesschema nach König (1971); Abbildung: Pieper, Momenti (2006), S. A 1004



Aus zahlreichen Studien zum Thema Mundgesundheit bei Kindern geht hervor, dass sowohl die soziale Lage als auch der Migrationsstatus Risikofaktoren darstellen bzw. sich auf die Mundgesundheit

¹⁸ Vgl. Willershausen et al. (2013), S. 500.

¹⁹ Vgl. Wölber et al. (2018), S. 53.

²⁰ Vgl. Willershausen et al. (2013), S. 504.

²¹ Vgl. Staudte, Glockmann (2012), S. 16.

²² Vgl. Meyer, Enax (2018), S. 65.

auswirken^{23,24,25,26,27}. Bei Milchzähnen kommt erschwerend hinzu, dass der Zahnschmelz noch nicht voll ausgereift ist und eine andere Struktur aufweist, sodass diese besonders anfällig für die Entstehung von Karies sind²⁸.

5.2 Die Bedeutung von Prävention

Im Bereich der Mund- und Zahngesundheit spielt das Thema Prävention eine wichtige Rolle. Wie bereits in Kapitel 5.1 erwähnt, trägt eine zahngesunde Ernährung, d. h. insgesamt wenig zucker-, stärke- bzw. säurehaltige Speisen und Getränke zu einer gesunden Mundhöhlenflora bei. Darüber hinaus ist auch die individuelle Mundhygiene²⁹ sowie die Nutzung von Fluoriden von Bedeutung, da diese den Zahnschmelz stärken³⁰.

Weiterführend ist auch die Kariesprophylaxe bedeutsam. Diese lässt sich in die

- Individualprophylaxe, die in der Regel durch niedergelassene Zahnärzt*innen durchgeführt und auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen zugeschnitten ist sowie die
- Gruppenprophylaxe, die gruppenweise im Kita- bzw. Schulalter in Einrichtungen durchgeführt wird,

differenzieren.

Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen werden durch die LAG in Zusammenarbeit mit dem ZÄD auf Grundlage des § 21 SGB V durchgeführt (vgl. Kapitel 5.5). Durch Auswertung der Untersuchungsergebnisse bei den Zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen werden unter Hinzuziehung eines Sozialindexes Bedarfsgruppen festgelegt, nach denen sich die Häufigkeit der Besuche in den Einrichtungen durch die LAG bestimmt (vgl. Kapitel 2). Ziel dieser Besuche ist es, durch praktische Zahnputzübungen die Zahnpflege zu erlernen bzw. zu verbessern. Ebenfalls werden die Kinder durch Mitarbeiter*innen des ZÄD oder speziell geschulte Mitarbeiter*innen der LAG altersentsprechend über die Mundgesundheit, Ernährung usw. aufgeklärt. In vielen Schulen erfolgt auch eine Fluoridierung mit einem Fluoridgelee.

Die Durchführung der Gruppenprophylaxe wirkte sich im Zeitverlauf positiv aus. Im Rahmen der Auswertung der Gruppenprophylaxe durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) wird deutlich, dass seit 1994/95 insgesamt ein kontinuierlicher Rückgang des dmf(t)-Wertes³¹ bei 5- und 6-jährigen Kindern bzw. DMF(T)-Wertes bei 12-jährigen Kindern zu verzeichnen ist³². Die Berliner Ergebnisse weisen allerdings beim dmf(t)- bzw. DMF(T)-Wert noch immer Verbesserungspotenzial im Vergleich zum gesamtdeutschen Durchschnitt auf.³³ Darüber hinaus findet jedoch insgesamt in der Tendenz eine Polarisation statt³⁴. Das heißt, dass sich zwar insgesamt die Mund- und Zahngesundheit verbessert, allerdings immer weniger Kinder einen Großteil der Karieslast tragen. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig genau diese entsprechenden Zielgruppen zukünftig noch besser zu erreichen.

²³ Vgl. Heinrich-Weltzien et al. (2007), S. 107 f.

²⁴ Vgl. Erb et al. (2002), S.263.

²⁵ Vgl. Uhlig, Butler (2009), S. 127 ff.

²⁶ Vgl. Schenk, Knopf (2007), S. 654 f.

²⁷ Vgl. KZBV, BZÄK (2016), S. 9 f.

²⁸ Vgl. Willershausen et al. (2013), S. 504 f.

²⁹ Vgl. Pieper, Momeni (2006), S. A1004.

³⁰ Vgl. Staudte, Glockmann (2012), S. 18.

³¹ Begriffserläuterung dmf(t) bzw. DMF(T) in Kapitel 5.3.2

³² Vgl. DAJ e.V. (2017), S. 167.

³³ Vgl. Ebd.

³⁴ Vgl. KZBV, BZÄK (2016), S. 9 f.

5.3 Indikatoren zur Erfassung der Zahngesundheit

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

5.3.1 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 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.

5.3.2 Dmf(t)/DMF(T)

Der dmf(t)- bzw. DMF(T)-Index ist eine weitere auch international verwendete Maßzahl zur Bewertung der individuellen Karieserfahrung. Die Bedeutung wird in Tabelle 1 erklärt. Die Kleinbuchstaben stehen dabei für das Milchzahngebiss, wohingegen die Großbuchstaben für das bleibende Gebiss stehen.

Tabelle 1: dmf(t)-/DMF(T)-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 dmf(t)- bzw. DMF(T)-Wertes im Fokus steht, wird in den nachfolgenden Kapiteln der durchschnittliche dmf(t)-/DMF(T)-Wert der jeweils zugrunde gelegten Stichprobe, d.h. z.B. der dmf(t)-Durchschnitt der 3-jährigen Kinder aus Fennpfuhl dargestellt, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

5.3.3 Kariesrisiko nach DAJ

Die DAJ hat bereits im Jahr 1993 für alle Altersgruppen bis 12 Jahre Empfehlungen definiert, ab welchem individuellen dmf(t)-/DMF(T)-Wert ein erhöhtes Kariesrisiko besteht (vgl. Tabelle 2). Diese Maßzahlen wurden im Jahr 2012 erneut bestätigt und haben bis heute ihre Gültigkeit behalten.

Tabelle 2: Definition von Kariesrisiko in den Altersgruppen nach DAJ³⁸

Altersgruppe	Erhöhtes Kariesrisiko, wenn
bis 3-jährige Kinder	dmf(t) > 0
6- bis 7-jährige Kinder	dmf/DMF(t/T) > 5
10- bis 12-jährige Kinder	DMF(S) 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.

³⁵ Vgl. BZÖG (2013), S. 16.

³⁶ Ebd.

³⁷ A.a.O., S. 12 f.

³⁸ Vgl. DAJ e.V. (2000), S. 7.

5.4 Der ZÄD in Lichtenberg

5.4.1 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.“³⁹

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 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 Schüler*innen überproportional hoch ist, sowie die Durchführung dieser Betreuung bis zum 16. Lebensjahr. Realisierungsmöglichkeiten für alle beteiligten Kooperationspartner*innen 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“⁴⁰ geregelt wird. Über die Vorsorge hinaus sieht das Gesetz ebenfalls die Beratung der Sorgeberechtigten sowie Erzieher*innen und Lehrer*innen zu Themen der Zahngesundheit vor⁴¹. Die Durchführung der VU ist im Berliner Schulgesetz (SchulG) als „verbindliche Veranstaltung der Schule“⁴² geregelt, während diese gesetzliche Regelung im Kindertagesförderungsgesetz (KitaFög)⁴³ bisher noch nicht vorhanden ist. Die Sorgeberechtigten von Kindern im Kita-Alter müssen bisher eine schriftliche Einwilligung für die Vorsorgeuntersuchung abgeben.

Eine weitere wichtige Aufgabe der ZÄD ist die Bürgerberatung zu zahnmedizinischen Fragen, die kieferorthopädische Beratung sowie zahnmedizinische Gutachten nach Amtshilfe SGB VIII und XII.

Im Rahmen des Kinderschutzes hat der ZÄD eine wichtige Rolle. Nach dem Bundeskinderschutzgesetz (BKISchuG) und dem Berliner Kinderschutzgesetz (KiSchuG) erfasst der ZÄD die Kinder, die über einen längeren Zeitraum bestehende (umfangreiche) Behandlungsbedürftigkeit aufweisen und die Sorgeberechtigten die mit ihren Kindern nicht zur Behandlung der Zähne in eine Praxis gehen. Artikel 1 des BKISchuG sowie das KiSchuG besagt, dass wenn die Mitarbeiter*innen des ZÄD „gewichtige

³⁹ § 21 Abs. 1 SGB V

⁴⁰ § 1 Satz 3 2. e) GDG

⁴¹ Vgl. § 8 Satz 2 GDG

⁴² § 52 Abs. 1 SchulG

⁴³ Vgl. § 9 Abs. 2 KitaFög

Anhaltspunkte auf Gefährdung des Wohles des Kindes oder Jugendlichen“^{44,45} 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 Mitarbeiter*innen befugt, die personenbezogenen Daten dem Jugendamt mitzuteilen. Darüber hinaus sind die Gesundheitsämter und somit auch die Mitarbeiter*innen des ZÄD nach § 3 des BKiSchuG in die verbindlichen Netzwerkstrukturen im Bereich des Kinderschutzes einzubeziehen⁴⁶.

5.4.2 Umsetzung in der Praxis

Im Rahmen der zahnärztlichen VU werden behandlungsbedürftige Zähne 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 Teilnahme an der Untersuchung im Schulgesetz geregelt, in der Kita muss hingegen im Vorfeld ein 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 VU erreicht werden kann. Nichts desto trotz ist die Teilnahme an den VU grundsätzlich in Kitas freiwillig, sodass trotzdem nicht alle anwesenden Kinder vom ZÄD untersucht werden. 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 2016/17 lagen bei den 3-jährigen Kindern bei 81,4 %, bei den 6-jährigen Kindern bei 89,5 % sowie bei den 12-jährigen Kindern 92,0 %⁴⁷.

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 wird den Eltern bei Kindern, die nicht teilnehmen konnten, angeboten, die VU am Standort des ZÄD nachzuholen.

5.5 Die LAG Berlin e.V.

Die Gründung der 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 5.2). Dabei orientiert sich die LAG Berlin an den Grundsätzen und Empfehlungen der DAJ. Darüber hinaus führt der Verein auch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen im Handlungsfeld Prophylaxe durch⁴⁸.

⁴⁴ Artikel 1 § 4 BKiSchuG

⁴⁵ § 11 KiSchuG

⁴⁶ Vgl. § 3 BKiSchuG

⁴⁷ Diese Angabe bezieht sich auf die Gruppe der 12-jährigen Kinder, die eine Schule besuchten, die der Bedarfsgruppe 3 oder 4 zugeordnet war.

⁴⁸ Vgl. LAG Berlin e.V. (2014), S. 1.

Mitglieder der LAG sind neben der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung, die Zahnärztekammer Berlin sowie die Verbände der Krankenkassen.

6 Ergebnisse der Untersuchungen des ZÄD in Lichtenberg

Die Auswertung der Daten des ZÄD erfolgte für die Altersgruppen der 3-, 6- und der 12-jährigen Kinder. Dabei werden jedoch die Stichproben der Kinder mit zunehmendem Alter immer kleiner, was u.a. daran liegt, dass der ZÄD Lichtenberg aus personellen, einrichtungsgegebenen o.Ä. Gründen nicht alle Einrichtungen besuchen kann⁴⁹ und der Schwerpunkt in den vergangenen Jahren im Kleinkindalter gesetzt wurde.

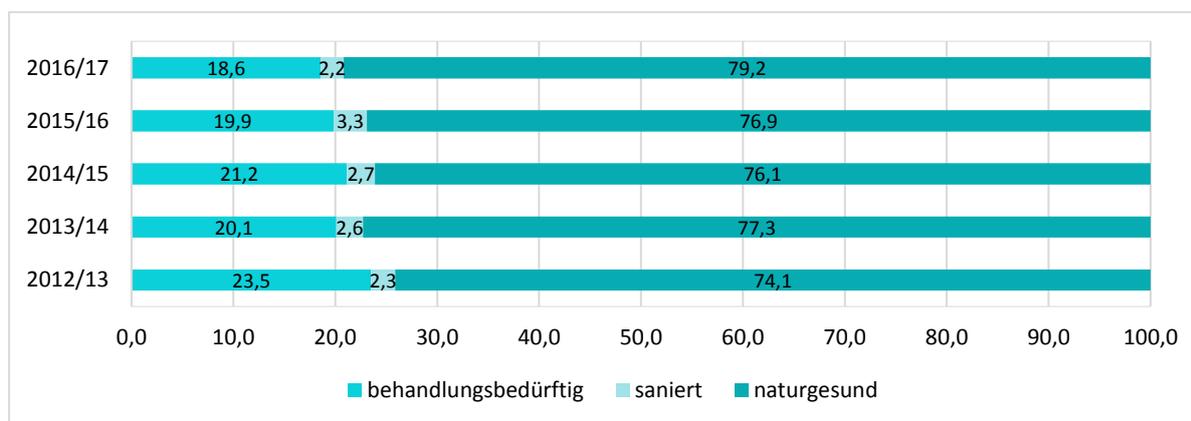
6.1 3-jährige Kinder

6.1.1 Entwicklung im Zeitverlauf

6.1.1.1 Zahnstatus

Mithilfe von Abbildung 7 wird der Zahnstatus der 3-jährigen Lichtenberger Kinder zwischen 2012/13 und 2016/17 dargestellt. Dabei wird deutlich, dass es im Betrachtungszeitraum einen Rückgang der sanierungsbedürftigen Gebisse um ca. 5 Prozentpunkte gab. Demgegenüber stieg der Anteil an naturgesunden Gebissen um 5 Prozentpunkte an. Der Anteil an sanierten Gebissen hat sich dahingegen kaum verändert.

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

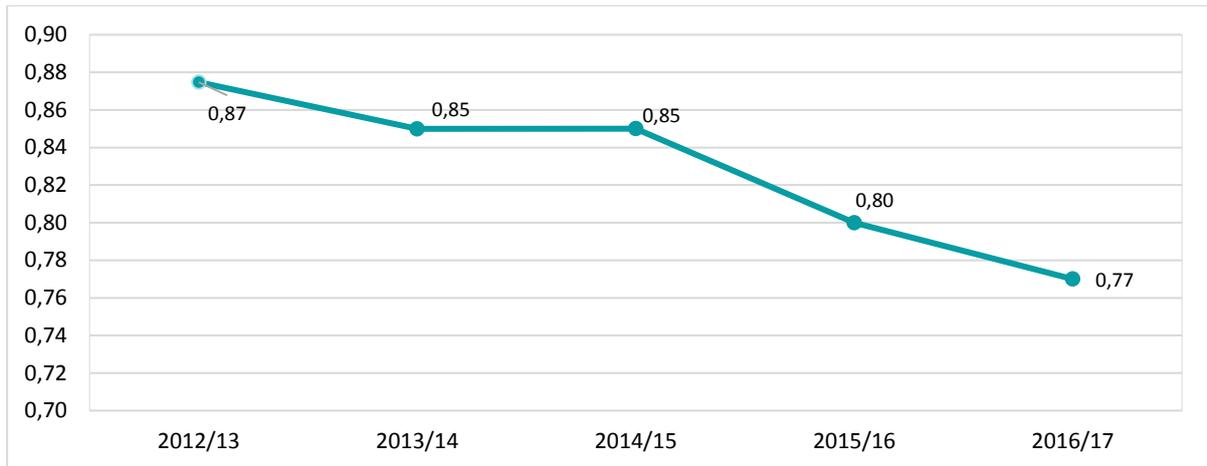


6.1.1.2 dmft-Wert

Der höhere Anteil an naturgesunden Gebissen zeigte sich auch in der Entwicklung des dmft-Wertes: Dieser sank im Durchschnitt im Verlauf der letzten fünf Jahre von 0,87 auf 0,77 je Kind (vgl. Abbildung 8)

⁴⁹ Vor diesem Hintergrund findet eine Priorisierung der Einrichtungen, die den Bedarfsgruppen 3 oder 4 zugeordnet wurden, statt.

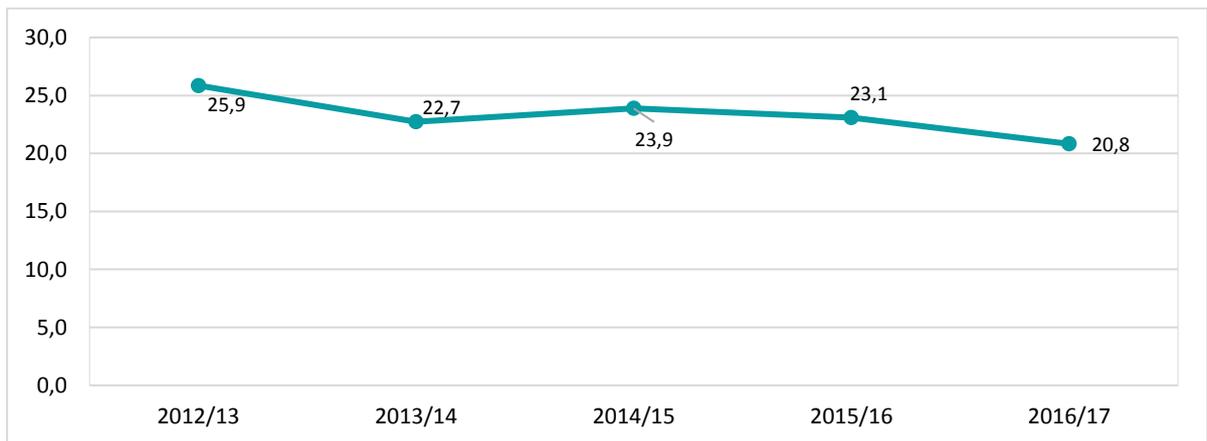
Abbildung 8: Durchschnittliche dmf(t)-Werte der 3-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



6.1.1.3 Kariesrisiko (DAJ)

Auch der Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko bei den 3-jährigen Kindern aus Lichtenberg ist im Betrachtungszeitraum um ca. 5 Prozentpunkte gesunken (vgl. Abbildung 9).

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



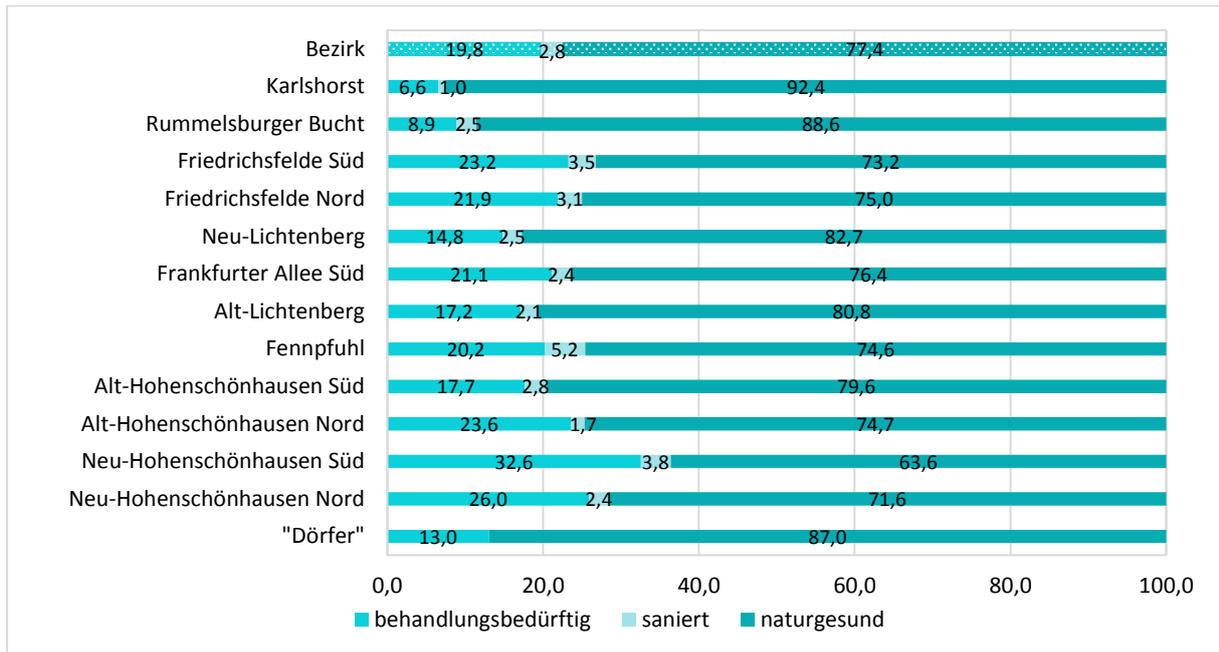
6.1.2 Kleinräumige Auswertung

Die im nachfolgenden Kapitel dargestellten Daten entsprechen den zusammengefassten Werten der letzten drei Schuljahre, sodass kein direkter Vergleich mit den Daten aus Kapitel 6.1.1 möglich ist.

6.1.2.1 Zahnstatus

Der Zahnstatus der 3-jährigen Kinder wies innerhalb des Bezirks Lichtenberg große Unterschiede auf: So hatten in Karlshorst insgesamt mehr als 92 % aller untersuchten Kinder dieser Altersgruppe ein naturgesundes Gebiss (vgl. Abbildung 10). Dementsprechend niedrig war auch der Anteil an behandlungsbedürftigen (6,6 %) bzw. sanierten (1,0 %) Gebissen. Dahingegen fand der ZÄD in Neu-Hohenschönhausen Süd bei fast einem Drittel (32,6 %) aller zahnärztlich untersuchten Kinder bereits ein behandlungsbedürftiges Gebiss vor. Dementsprechend war in der Bezirksregion auch der Anteil an Kindern mit gesundem Gebiss mit 63,6 % aller dort lebenden 3-Jährigen vergleichsweise niedrig. Der bezirkliche Durchschnitt naturgesunder Gebisse lag bei einem Anteil von 77,4 %.

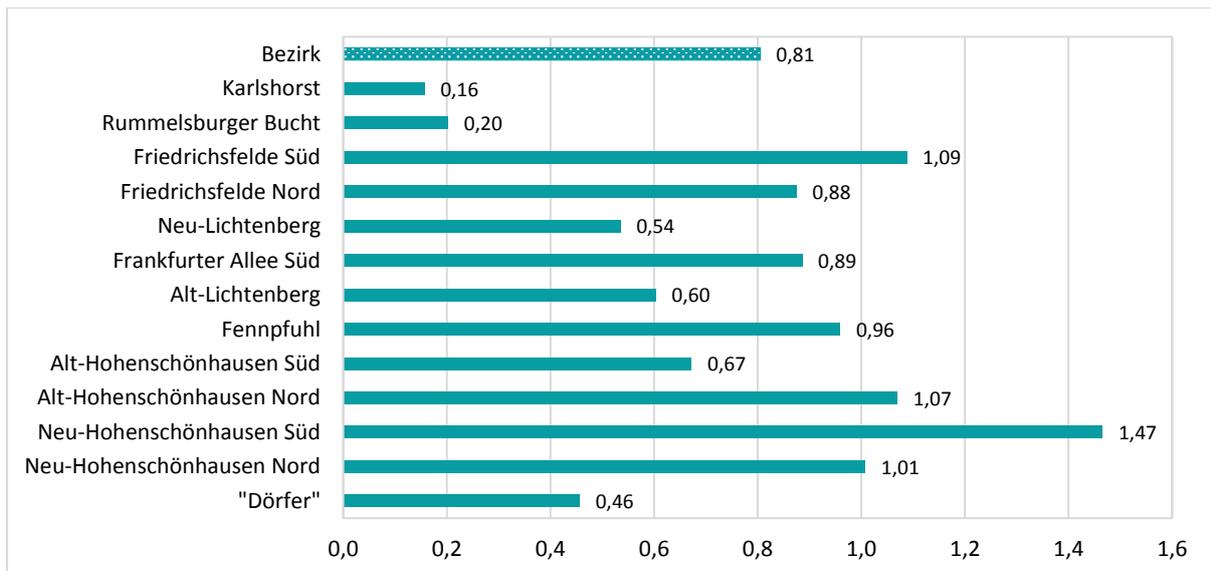
Abbildung 10: Zahnstatus der 3-jährigen Kinder (Schuljahre 2014/15-2016/17) in den Lichtenberger Bezirksregionen (n=4.468) (in Prozent)



6.1.2.2 dmf(t)-Wert

Im Durchschnitt lag der dmf(t)-Wert bei den 3-jährigen Kindern aus Lichtenberg bei 0,81. Die niedrigsten Werte wurde dabei in Karlshorst (0,16) und der Rummelsburger Bucht (0,20) ermittelt. In Neu-Hohenschönhausen Süd erreichte der Wert im Durchschnitt 1,47, was dem höchsten für diese Altersgruppe im Stadtteilvergleich und fast dem doppelten Wert des Bezirksdurchschnitts entsprach. Aber auch in Friedrichsfelde Süd, Alt-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Nord lag der dmf(t)-Wert bei über 1,0.

Abbildung 11: Durchschnittliche dmf(t)-Werte der 3-jährigen Kinder (Schuljahre 2014/15-2016/17) in den Lichtenberger Bezirksregionen

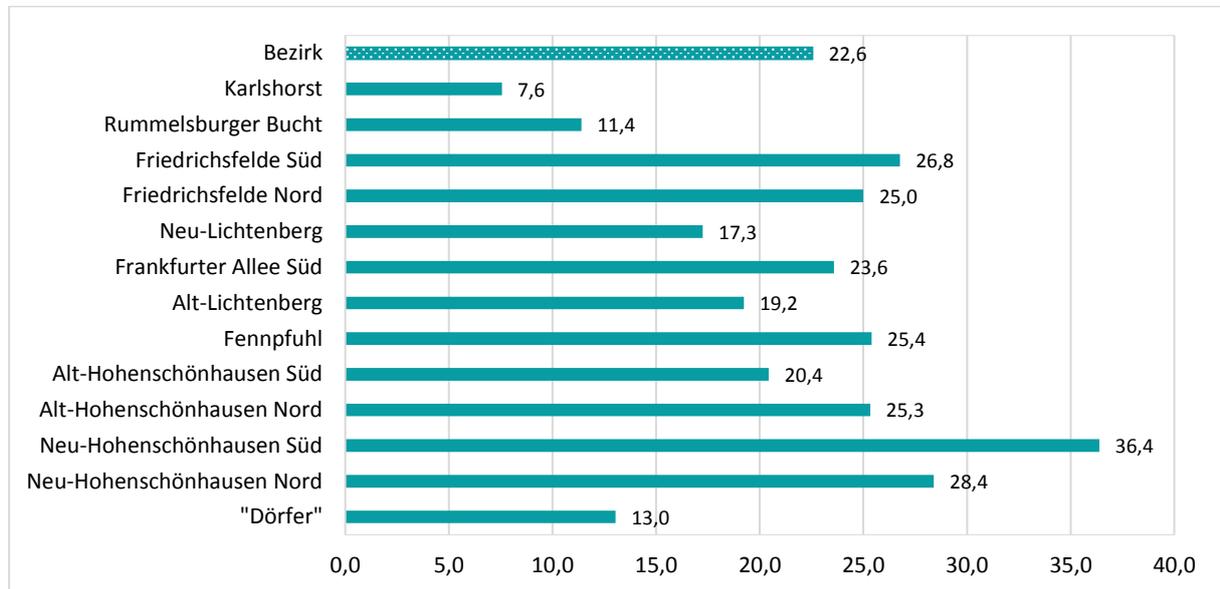


6.1.2.3 Kariesrisiko (DAJ)

Auch wenn für Lichtenberg insgesamt in den letzten Jahren ein Rückgang des Anteils an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko zu verzeichnen war, variiert der Anteil an Kindern innerhalb des Bezirkes noch stark. Ein erhöhtes Kariesrisiko wiesen bereits 22,6 % der 3-jährigen Kinder der letzten drei Jahrgänge

in Lichtenberg auf. Besonders davon betroffen waren Kinder aus Neu-Hohenschönhausen Süd, wo bei mehr als jedem dritten Kind (36,4 %) ein erhöhtes Risiko für Karies bestand. Den geringsten Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko gab es in Karlshorst (7,6 %), der Rummelsburger Bucht (11,4 %) sowie den „Dörfern“ (13,0 %).

Abbildung 12: Anteil der 3-jährigen Kinder (Schuljahre 2014/15-2016/17) mit Kariesrisiko nach der DAJ in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent)



6.1.3 Zusammenfassung

Auf bezirklicher Ebene war die Entwicklung im Zeitverlauf der letzten fünf Jahre positiv: neben einer Verringerung der sanierungsbedürftigen Gebisse und dementsprechenden Zunahme der naturgesunden Gebisse sank auch der dmf(t)-Wert von durchschnittlich 0,87 um 0,10 auf 0,77. Der Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sank im Betrachtungszeitraum um 5 Prozentpunkte auf 20,8 %.

Kleinräumig zeigen die Auswertungen ein sehr vielfältiges Bild: Während Karlshorst und die Rummelsburger Bucht bei allen drei Indikatoren die besten Ergebnisse aufwiesen, hatten insbesondere die 3-Jährigen aus Neu-Hohenschönhausen Süd überdurchschnittlich häufig kariöse Zähne sowie einen weit überdurchschnittlichen dmf(t)-Wert. Darüber hinaus gehörten dort 36,4 % zu der Gruppe von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ.

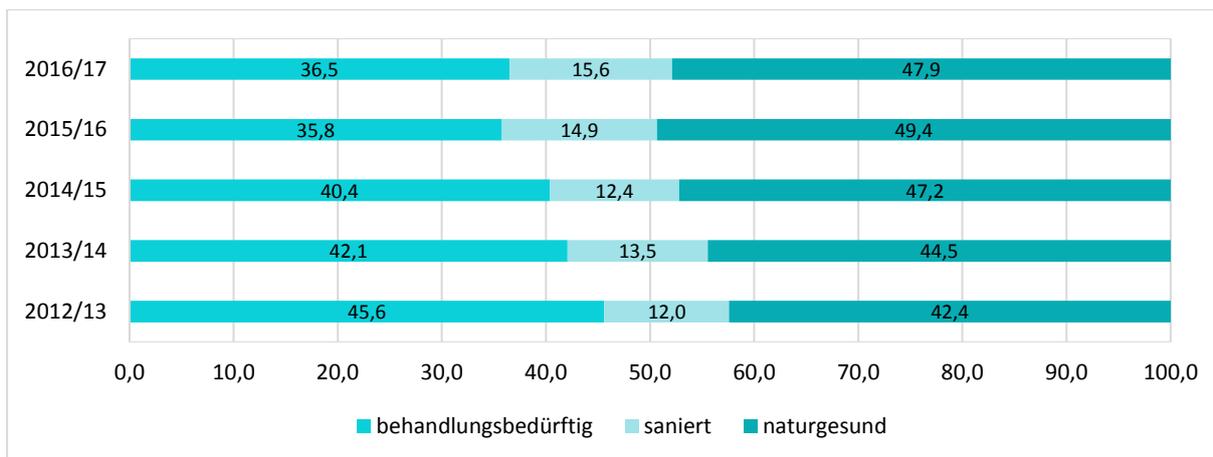
6.2 6-jährige Kinder

6.2.1 Entwicklung im Zeitverlauf

6.2.1.1 Zahnstatus

Wie bei den 3-jährigen Kindern entwickelte sich seit 2012 auch bei den 6-Jährigen der Zahnstatus insgesamt positiv: So reduzierte sich der Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigem Gebiss um ca. 9 Prozentpunkte. Gleichzeitig stieg auch die Quote an naturgesunden Gebissen von ca. 42 % auf knapp 48 % an (vgl. Abbildung 13). Im Vergleich zu den Vorjahreswerten verschlechterte sich der Zahnstatus allerdings leicht.

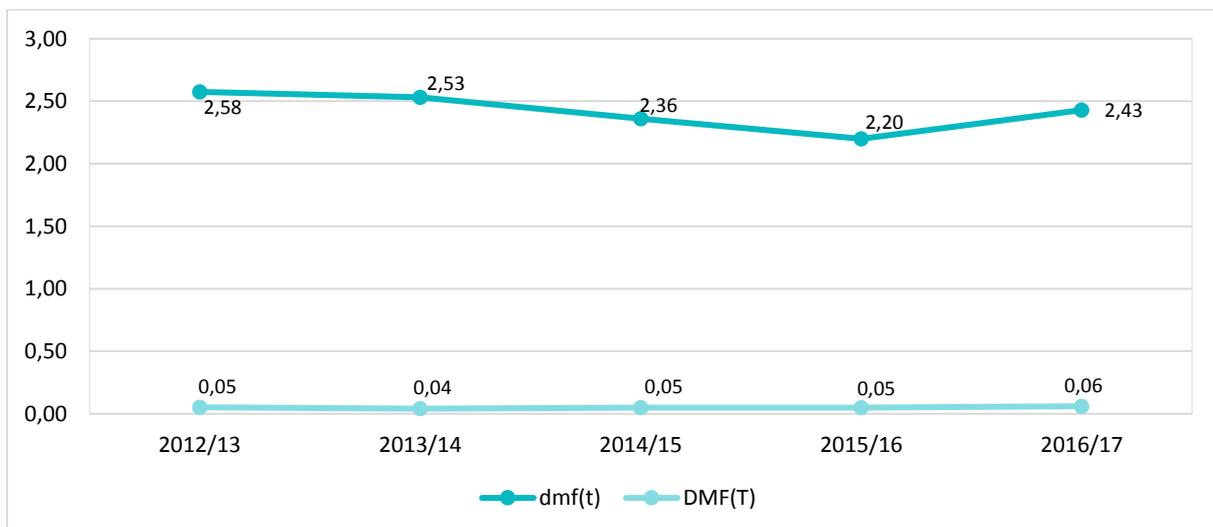
Abbildung 13: Zahnstatus der 6-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf (in Prozent)



6.2.1.2 dmf(t)-/DMF(T)-Werte

Bei den 6-Jährigen gab es bis zum Jahr 2015/16 eine sinkende Tendenz beim dmf(t)-Wert. Im aktuellen Schuljahr 2016/17 ist die Anzahl der durchschnittlich kariösen Zähne wieder leicht angestiegen. Der DMF(T)-Wert, der Aussagen über den Zustand des bleibenden Gebisses zulässt, war bei den Kindern in diesem Alter insgesamt noch sehr niedrig. Da der Zahnwechsel in der Regel erst im Alter von 6 Jahren beginnt, ist der Anteil an bleibenden Zähnen ohnehin niedrig. Dieser Wert veränderte sich im Verlauf der letzten Jahre nicht bedeutsam.

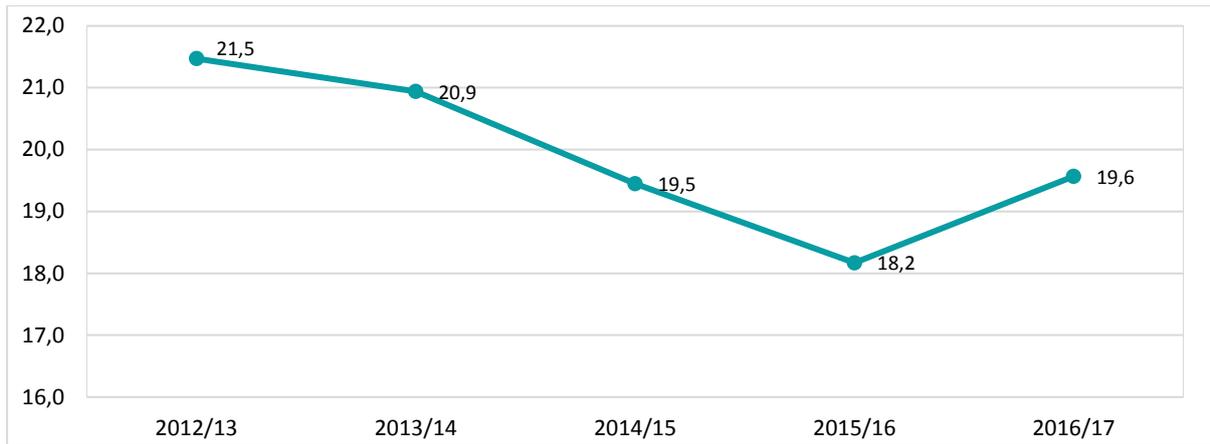
Abbildung 14: Durchschnittliche dmf(t)-/DMF(T)-Werte der 6-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



6.2.1.3 Kariesrisiko (DAJ)

Die in den beiden vorhergehenden Abbildungen deutlich gewordene leicht negative Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahreswerten zeigte sich gleichermaßen im DAJ-Risikostatus. Demnach wiesen im Schuljahr 2016/17 knapp 20 % aller 6-jährigen Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko auf (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Anteil der 6-jährigen Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ im Zeitverlauf (in Prozent)

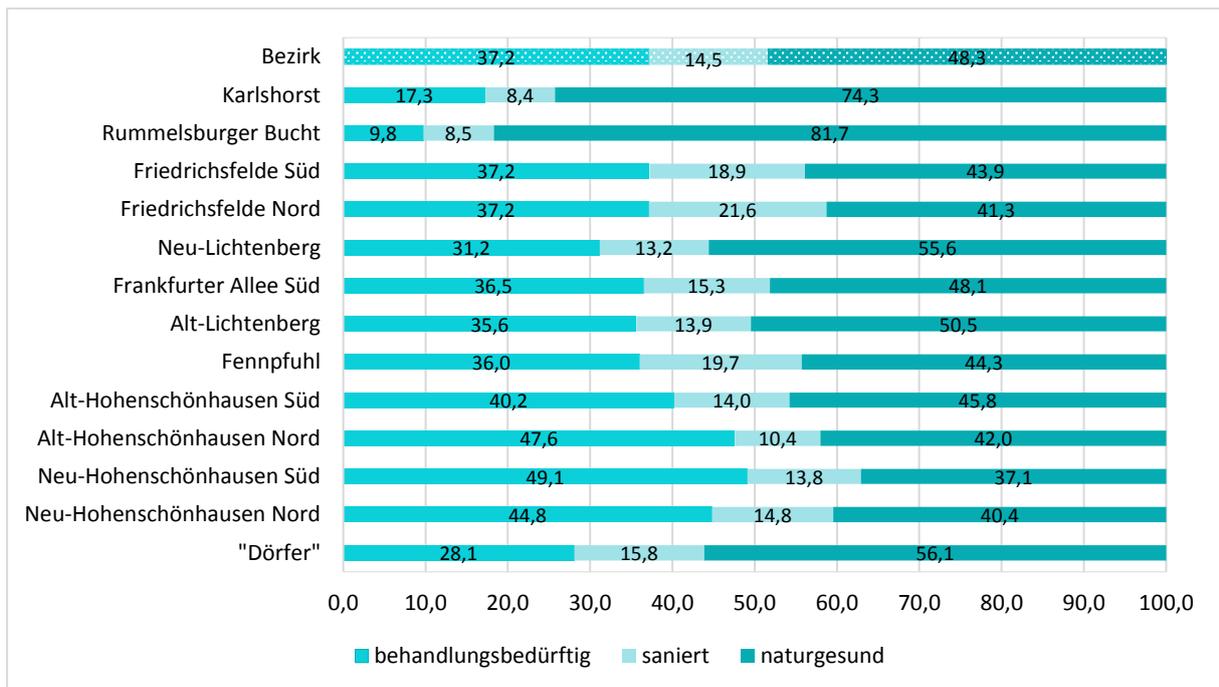


6.2.2 Kleinräumige Auswertung

6.2.2.1 Zahnstatus

Die kleinräumige Auswertung des Zahnstatus für die 6-jährigen Lichtenberger Kinder zeigte wie bei den 3-Jährigen vergleichbar große Diskrepanzen auf. Spitzenreiter hierbei war erneut der Stadtteil Rummelsburger Bucht, in dem 81,7 % der Kinder ein naturgesundes Gebiss und lediglich 9,8 % zum Untersuchungszeitpunkt einen Behandlungsbedarf aufwiesen. Damit konnte dort als einzige der Lichtenberger Bezirksregionen das Gesundheitsziel der Bundesärztekammer für 2020 in der Altersgruppe mindestens 80 % kariesfreie Gebisse zu haben bereits erreicht werden⁵⁰. Im Gegensatz dazu hatten in Neu-Hohenschönhausen Süd fast die Hälfte (49,1 %) aller 6-jährigen Kinder ein behandlungsbedürftiges Gebiss, womit der Stadtteil weit über dem bezirklichen Durchschnitt von 37 % lag. Ähnlich hohe Quoten an Gebissen mit Sanierungsbedarf konnten auch für Neu-Hohenschönhausen Nord und Alt-Hohenschönhausen Nord konstatiert werden (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Zahnstatus der 6-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten 2014/15-2016/17) in den Lichtenberger Bezirksregionen (n=4.821)

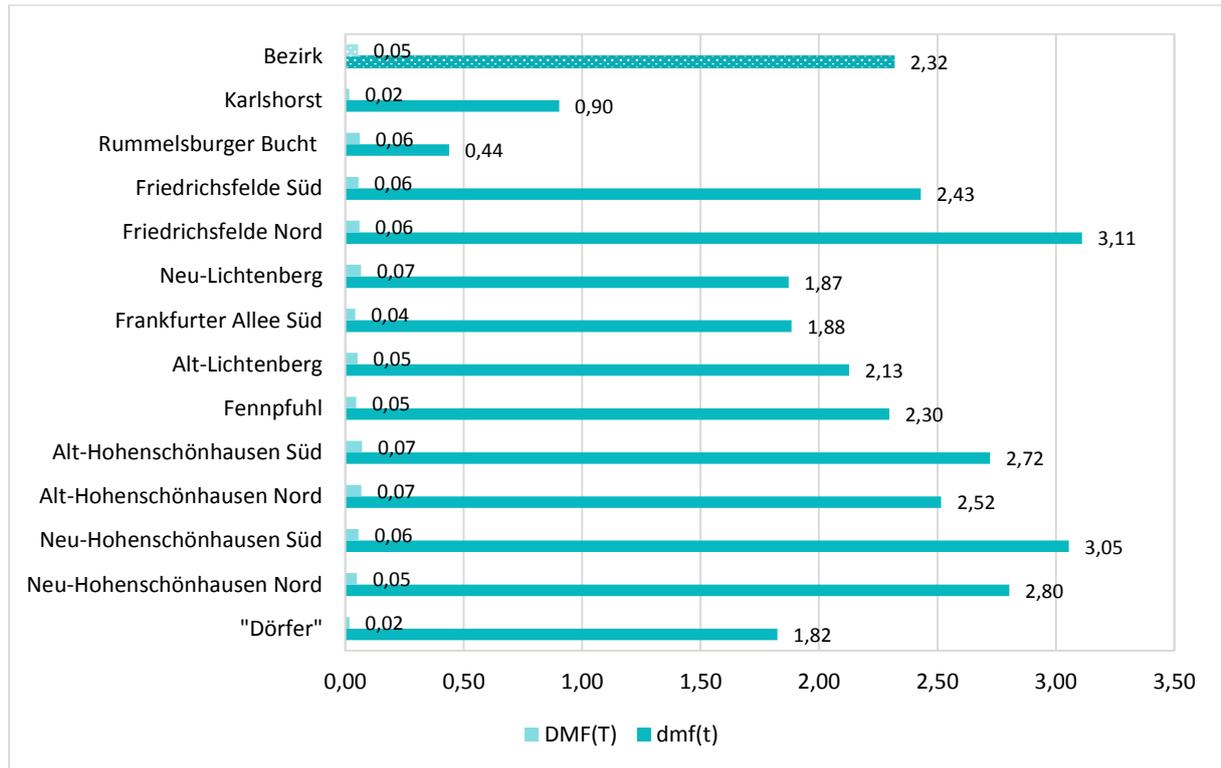


⁵⁰ Vgl. zm (2012), S. 31.

6.2.2.2 *dmf(t)/DMF(T)-Wert*

Die kleinräumige Differenzierung des dmf(t)-Wertes für die 6-jährigen Lichtenberger*innen zeigt, dass in dieser Altersgruppe insbesondere bei Kindern aus Friedrichsfelde Nord durchschnittlich 3,11 und Neu-Hohenschönhausen Süd 3,05 kariöse, gefüllte oder wegen Karis fehlende Zähne festgestellt wurden. In der Rummelsburger Bucht hingegen lag der Wert bei durchschnittlich 0,44. Die DMF(T)-Werte für die bleibenden Zähne wiesen bei der kleinräumigen Auswertung hingegen nur unwesentliche Unterschiede auf und lagen insgesamt sehr niedrig.

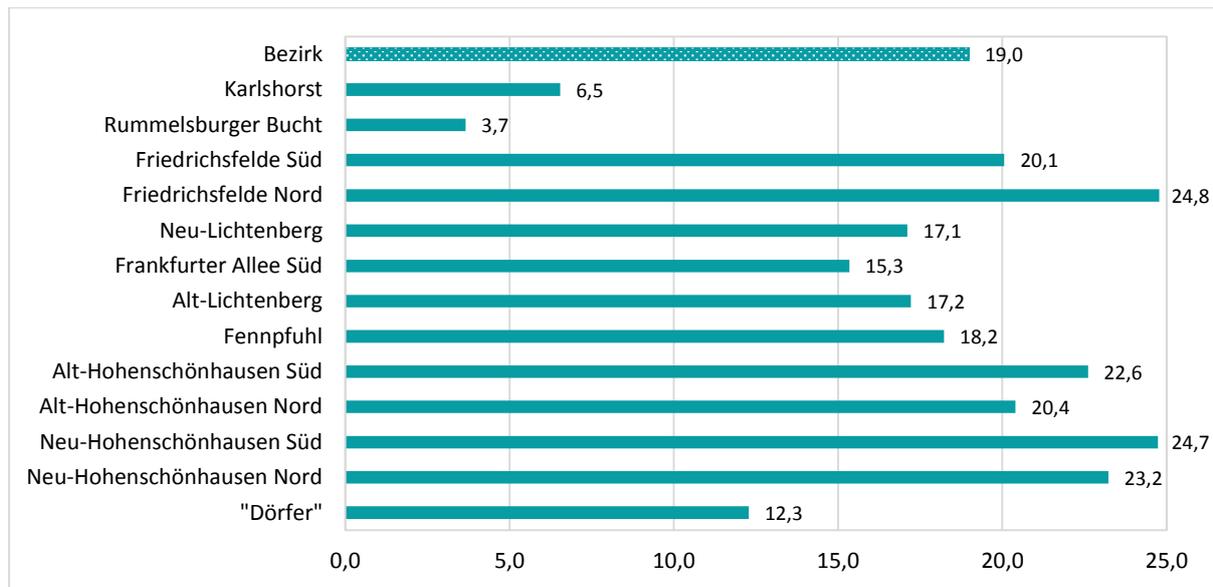
Abbildung 17: Durchschnittliche dmf(t)/DMF(T)-Werte der 6-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten 2014/15-2016/17) in den Lichtenberger Bezirksregionen



6.2.2.3 *Kariesrisiko (DAJ)*

Das in der nachfolgenden Abbildung 18 dargestellte Kariesrisiko in den Bezirksregionen wies ähnliche Tendenzen, wie der dmf(t)-Durchschnitt auf. So hatten in den Bezirksregionen Friedrichsfelde Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd jeweils ca. ein Viertel aller untersuchten Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko. Ähnlich hohe Quoten erreichten auch Neu-Hohenschönhausen Nord (23,2 %) und Alt-Hohenschönhausen Süd (22,6 %). Am geringsten war die Quote von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko in der Rummelsburger Bucht mit einem Anteil von 3,7 %.

Abbildung 18: Anteil der 6-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten 2014/15-2016/17) mit Kariesrisiko nach DAI (in Prozent)



6.2.3 Zusammenfassung

Bis zum Schuljahr 2015/16 verbesserte sich der Anteil an 6-Jährigen mit naturgesundem Gebiss kontinuierlich. Im aktuellen Schuljahr 2016/17 hingegen verschlechterten sich die Werte erneut geringfügig bei allen drei Indikatoren.

Auf Ebene der 13 Lichtenberger Bezirksregionen wiesen insbesondere die Kinder aus Friedrichsfelde Nord sowie Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd auffällige Ergebnisse bei den Indikatoren auf. Der geringste Handlungsbedarf zeigte sich in der Rummelsburger Bucht, wo nur 3,7 % der zahnärztlich untersuchten Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko aufwiesen und weniger als 10 % ein behandlungsbedürftiges Gebiss hatten.

6.3 12-jährige Kinder

6.3.1 Entwicklung im Zeitverlauf

Im Rahmen der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V)⁵¹ wurde in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe die Mundgesundheit unterschiedlicher Altersgruppen untersucht. Dabei wurden stellvertretend für die Zahngesundheit von Kindern in Deutschland 12-Jährige untersucht. Es wurde festgestellt, dass im Vergleich zur Ersten Deutschen Mundgesundheitsstudie 1989 bzw. 1992 bei dieser Altersgruppe Karies um 90 % zurückgegangen ist. Insgesamt hatten 80 % aller untersuchten Kinder im Alter von 12 Jahren ein kariesfreies Gebiss⁵². Im Durchschnitt hätte demnach jedes 12-jährige Kind einen DMF(T)-Wert von 0,5, womit das Mundgesundheitsziel der Bundeszahnärztekammer für 2020 bereits erreicht wurde⁵³. Im Bezirk Lichtenberg war die Zahngesundheit dieser Altersgruppe im Betrachtungszeitraum weitaus schlechter, wie in den nachfolgenden Abschnitten dargestellt wird. Das lag jedoch u.a. daran, dass der ZÄD in dieser Altersgruppe lediglich diejenigen Kinder aufsuchte, die eine Einrichtung besuchten, die laut LAG der Bedarfsgruppe 3 oder 4 zugeordnet waren, sodass in der Auswertung dieser Altersgruppe insgesamt eine Verzerrung vor.

⁵¹ Vgl. PD Dr. Jordan (2016), S. 4.

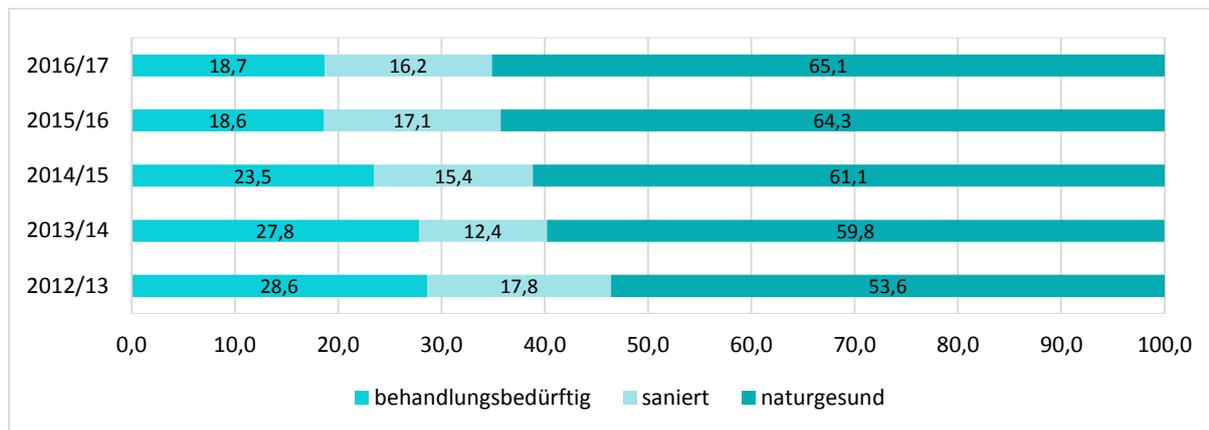
⁵² Vgl. KZBV, BZÄK (2016), S. 6.

⁵³ Vgl. zm (2012), S. 31.

6.3.1.1 Zahnstatus

Der Zahnstatus der untersuchten 12-jährigen Kinder in Lichtenberg verbesserte sich im Verlauf der letzten fünf Jahre kontinuierlich. Während 2012/13 noch ca. 54 % der Zielgruppe ein gesundes Gebiss aufwiesen, waren es 2016/17 bereits 65 %. Dementsprechend reduzierte sich der Anteil an Gebissen mit Behandlungsbedarf im Betrachtungszeitraum um ca. 10 Prozentpunkte.

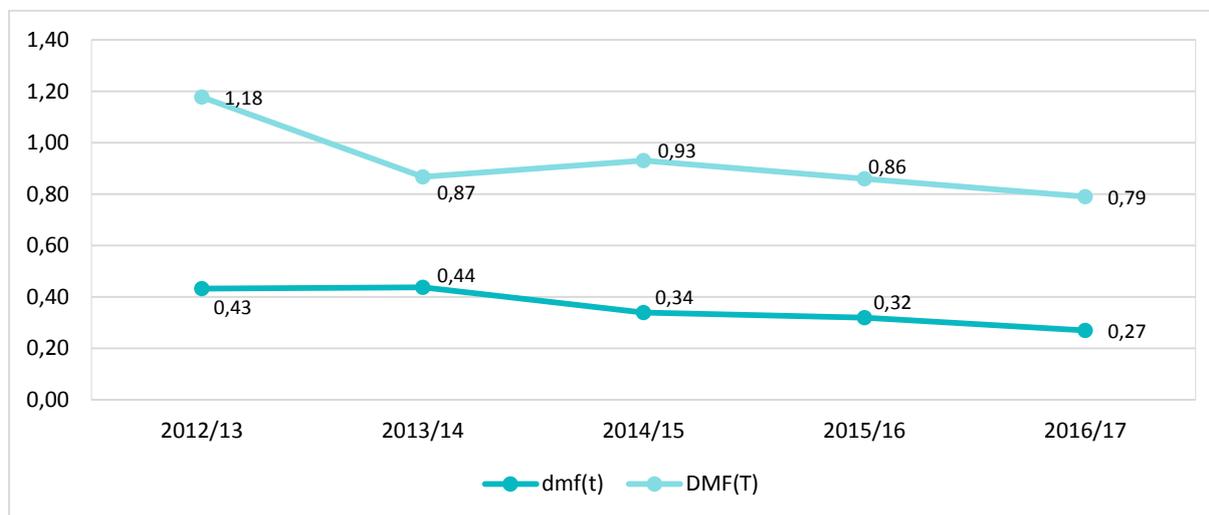
Abbildung 19: Zahnstatus der 12-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf (in Prozent)



6.3.1.2 dmf(t)/DMF(T)

Sowohl die durchschnittlichen dmf(t)- als auch die DMF(T)-Werte der 12-Jährigen in Lichtenberg waren rückläufig, was positiv ist. Insbesondere der DMF(T)-Wert sank um ca. 0,4. Gerade bei den bleibenden Zähnen ist ein niedriger DMF(T) besonders wichtig, da die bleibenden Zähne den Kindern ein Leben lang erhalten bleiben.

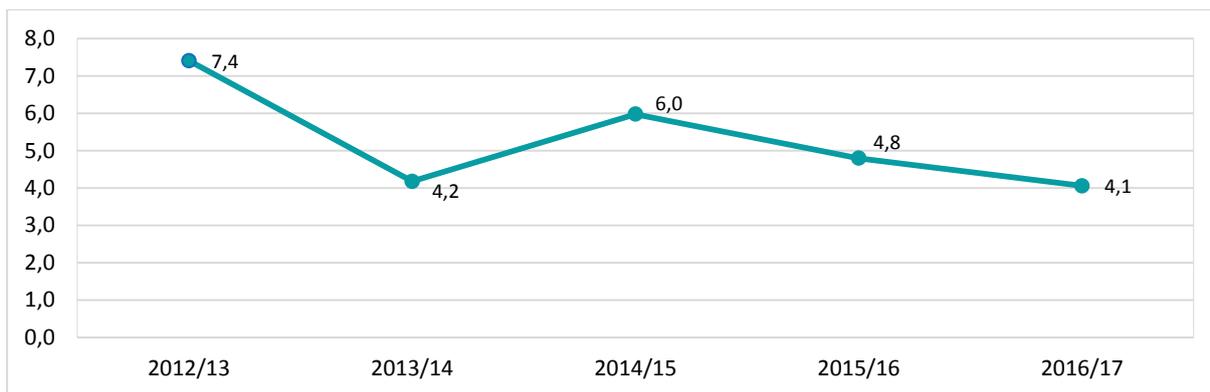
Abbildung 20: Durchschnittliche dmf(t)-/DMF(T)-Werte der 12-jährigen Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf



6.3.1.3 Kariesrisiko (DAJ)

Wie in Kapitel 5.3.3 bereits erwähnt, wird das Kariesrisiko in dieser Altersgruppe anhand des Kariesstatus der Glattflächen der Zähne beurteilt. Bei den 12-jährigen Lichtenberger*innen lag das Kariesrisiko nach DAJ wesentlich niedriger als in den beiden jüngeren Altersgruppen. Auch hier ist im Zeitverlauf eine sinkende Tendenz zu verzeichnen. Zuletzt wiesen lediglich 4,1 % der untersuchten Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko auf.

Abbildung 21: Anteil der 12-jährigen Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach DAJ in Lichtenberg im Zeitverlauf (in Prozent)

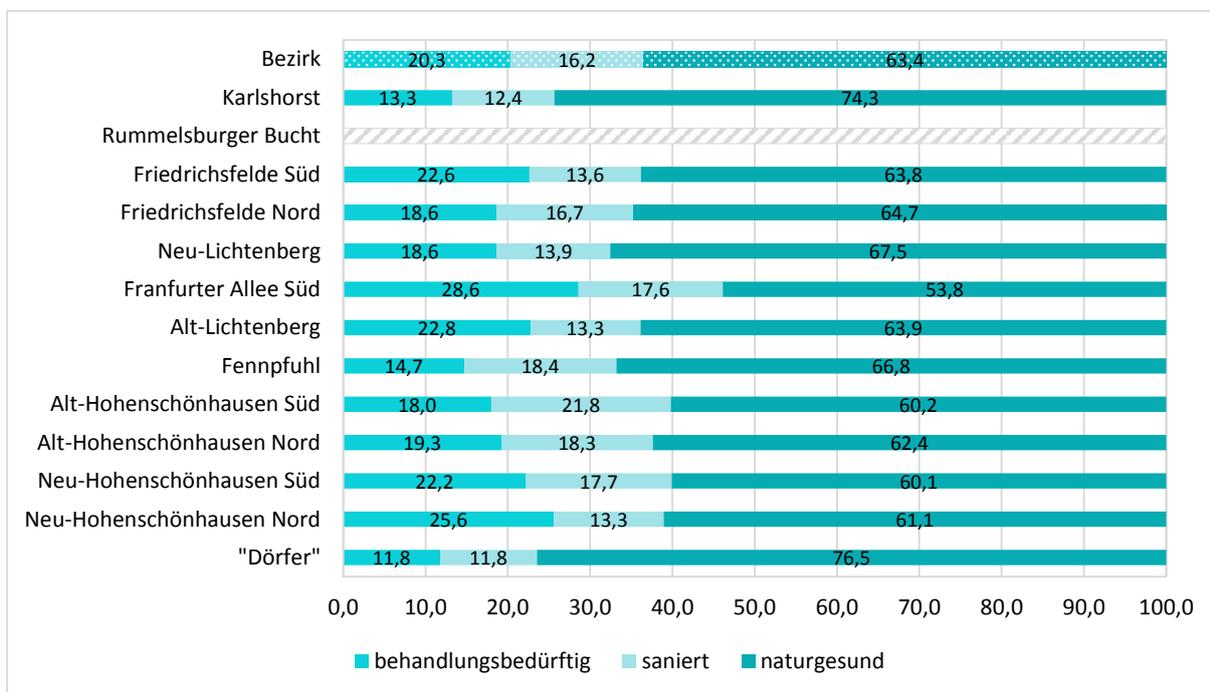


6.3.2 Kleinräumige Auswertung

6.3.2.1 Zahnstatus

In Abbildung 22 ist der Zahnstatus der 12-jährigen Kinder in den Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Dabei wird deutlich, dass bei dieser Altersgruppe die regionalen Unterschiede etwas anders ausfallen als bei den jüngeren Kindern. So sind insbesondere Kinder in Frankfurter Allee Süd betroffen. Dort betrug der Anteil an Kindern mit gesundem Gebiss 53,8 %, dementsprechend hoch war der Prozentsatz an Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen. Das betraf dort knapp ein Drittel aller Kinder (28,6 %). Im Gegensatz dazu lebten in den „Dörfern“ drei von vier der untersuchten Kinder (76,5 %) auch im Alter von 12 Jahren mit einem naturgesunden Gebiss.

Abbildung 22: Zahnstatus der 12-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten 2014/15-2016/17) in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent) (n=2.134)

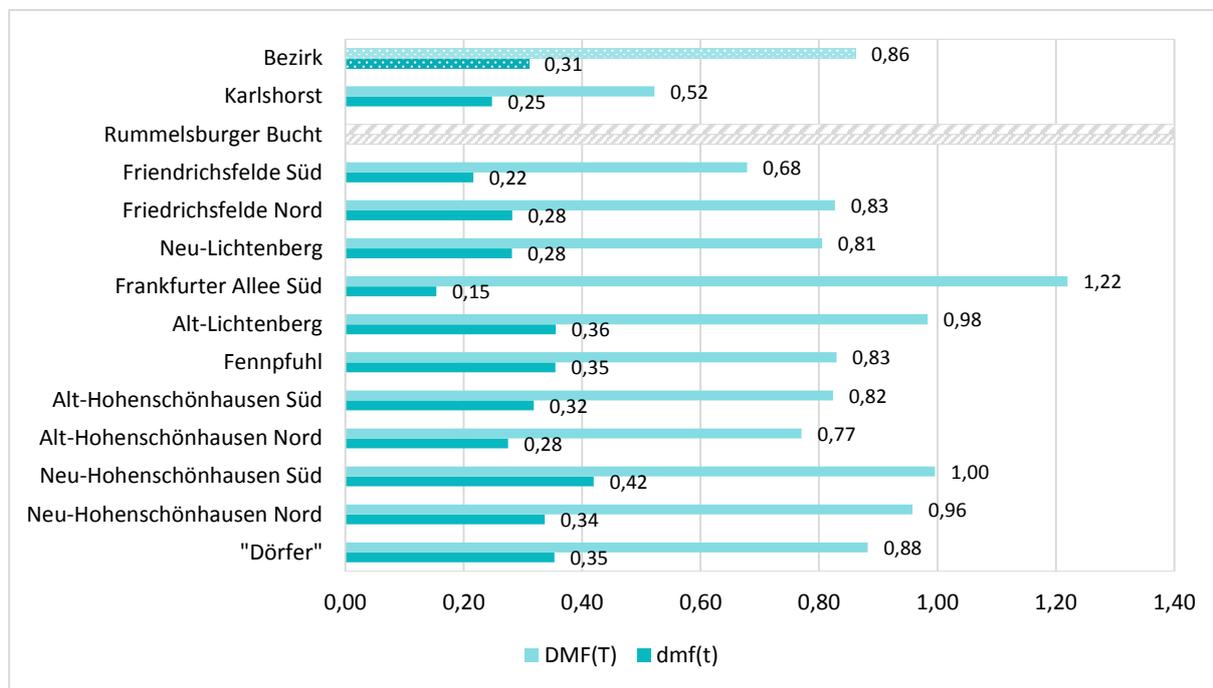


6.3.2.2 dmf(t)-/DMF(T)-Werte

Der hohe Anteil an 12-Jährigen mit behandlungsbedürftigem Gebiss spiegelte sich auch in den dmf(t)- bzw. DMF(T)-Werten wider: Frankfurter Allee Süd erreichte beim DMF(T) einen Wert von 1,22 und lag somit 0,36 über dem bezirklichen Durchschnitt. Im Kontrast dazu betrug in Karlshorst der durchschnittliche Wert für das bleibende Gebiss lediglich 0,52. Bei den dmf(t)-Werten sind die Unterschiede zwischen den Bezirksregionen nicht so gravierend. Ursache hierfür ist, dass bei der

Mehrzahl der Kinder in diesem Alter bereits der Zahnwechsel abgeschlossen ist, sodass Milchzähne in den Gebissen kaum noch vorhanden sind.

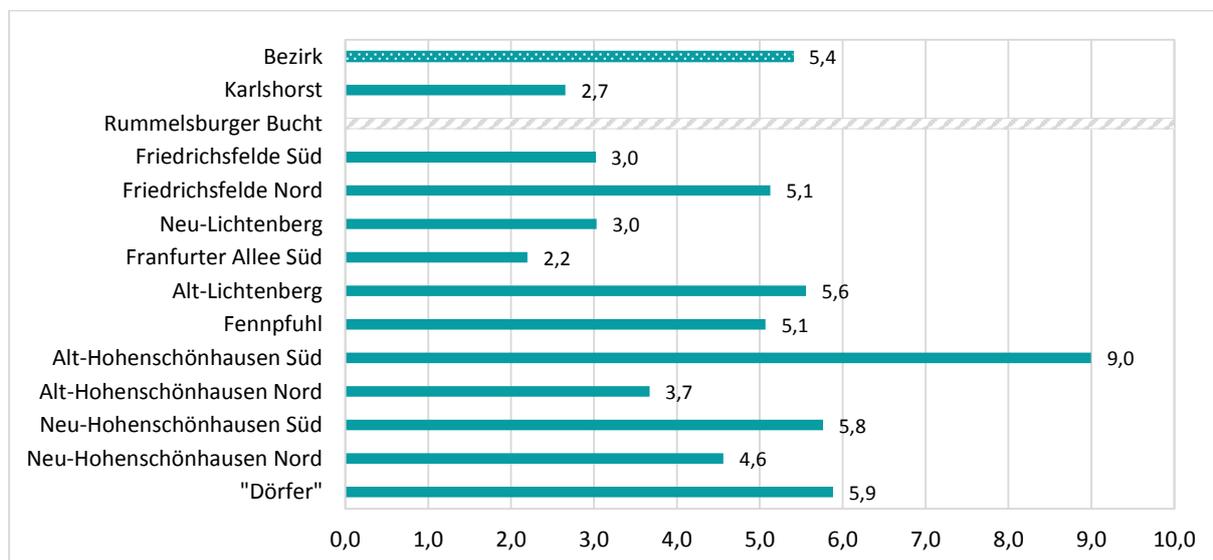
Abbildung 23: Durchschnittliche dmf(t)-/DMF(T)-Werte der 12-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten 2014/15-2016/17) in den Lichtenberger Bezirksregionen



6.3.2.3 Kariesrisiko (DAJ)

Betrachtet man die Ergebnisse der untersuchten Kinder aus den letzten drei Jahrgängen, lag der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko in Lichtenberg insgesamt bei 5,4 %. Am höchsten war mit Abstand dieser Anteil in Alt-Hohenschönhausen Süd und lag bei 9 % (vgl. Abbildung 24). Da in Alt-Hohenschönhausen Süd der durchschnittliche DMF(T)-Wert allerdings eher im Mittelfeld lag, kann daraus abgeleitet werden, dass es hier trotz der insgesamt niedrigen durchschnittlichen Kariesbelastung einen verhältnismäßig hohen Anteil an Kindern mit kariösen Läsionen an den Glattflächen der Zähne gab.

Abbildung 24: Anteil der 12-jährigen Kinder (zusammengefasste Daten 2014/15-2016/17) mit Kariesrisiko nach DAJ in den Lichtenberger Bezirksregionen (in Prozent)



6.3.3 Zusammenfassung

Die Zahngesundheit der 12-Jährigen in Lichtenberg entwickelte sich im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre bei allen drei Indikatoren insgesamt positiv. So nahm bspw. der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse um ca. 10 Prozentpunkte ab. Auch der Anteil an sanierten Gebissen sank leicht, sodass bei dem Anteil an naturgesunden Gebissen eine Zunahme von ca. 12 Prozentpunkten zu verzeichnen war.

Im Stadtteil Alt-Hohenschönhausen Süd wiesen 9 % der untersuchten 12-jährigen Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko auf. Dahingegen betrug diese Quote in Karlshorst nicht mal ein Drittel davon. In den „Dörfern“ hatten drei von vier Kindern in dieser Altersgruppe ein naturgesundes Gebiss.

6.4 Bezug der Ergebnisse zur sozialen Lage in den Stadtteilen

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 6.1.2, 6.2.2 und 6.3.2 dargestellten Stadtteile mit einer im Durchschnitt niedrigeren Sozialstruktur oftmals auch diejenigen waren, bei denen die Kinder besonders auffällige Ergebnisse erzielten. Hierzu gehören u.a. Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Friedrichsfelde Nord. Das trifft insbesondere auf die Ergebnisse für die 3- und 6-jährigen Kinder zu. Bei den Kindern im Alter von 12 Jahren lassen sich die Ergebnisse nicht in einen direkten Kontext der sozialen Lage in den Sozialräumen einordnen.

7 Vergleich der Berliner Bezirke

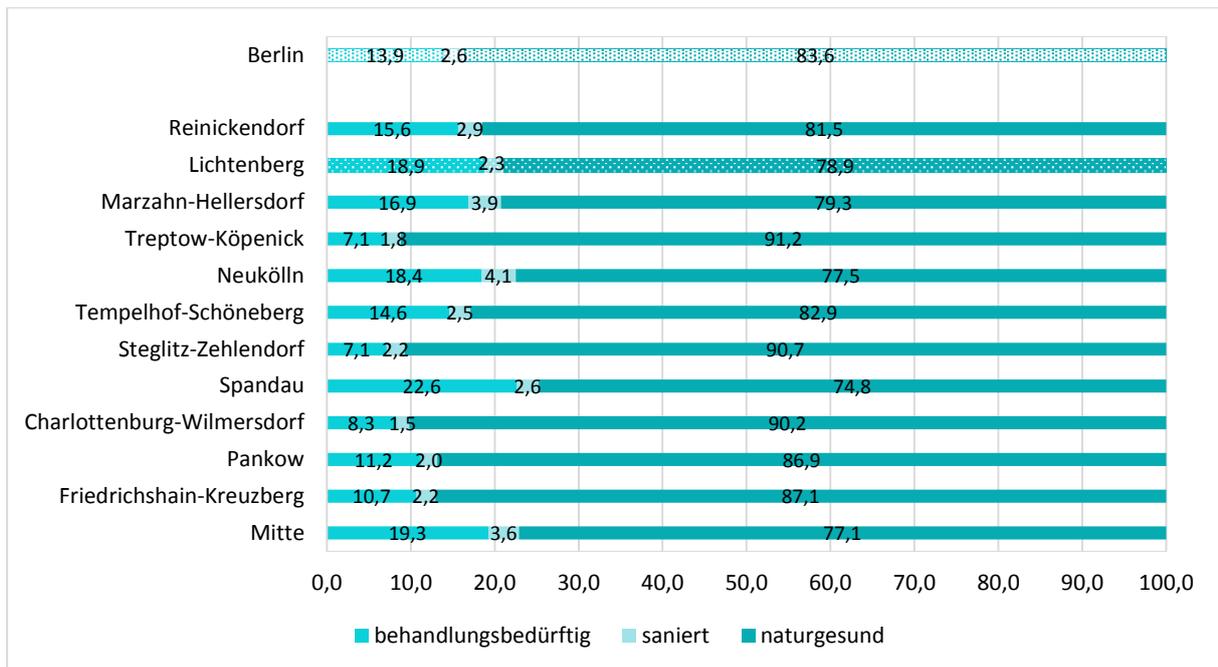
Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) erstellt in regelmäßigen Abständen eine Auswertung der Daten aller ZÄDs aus den Berliner Bezirken, was eine Vergleichbarkeit der Bezirksergebnisse ermöglicht. Die Ergebnisse werden im nachfolgenden Kapitel dargestellt. Die in diesem Kapitel dargestellten Werte weichen ggf. von denjenigen in den vorhergehenden Kapiteln ab, da ausschließlich die Daten der Senatsverwaltung Verwendung finden.

7.1 3-jährige Kinder

7.1.1 Zahnstatus

Mithilfe von Abbildung 25 wird der Zahnstatus der 3-jährigen Kinder im bezirklichen Vergleich dargestellt. Es wird dabei deutlich, dass der Zahnstatus der Kinder zwischen den Bezirken stark variierte. Der Bezirk Lichtenberg hatte einen verhältnismäßig niedrigen Anteil (9. Rang) an 3-Jährigen mit einem gesunden Gebiss (78,9 %). Darüber hinaus wiesen in Lichtenberg ca. 19 % aller Kinder bereits ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf. Auch dieser Wert erreichte im bezirklichen Vergleich den dritthöchsten Wert.

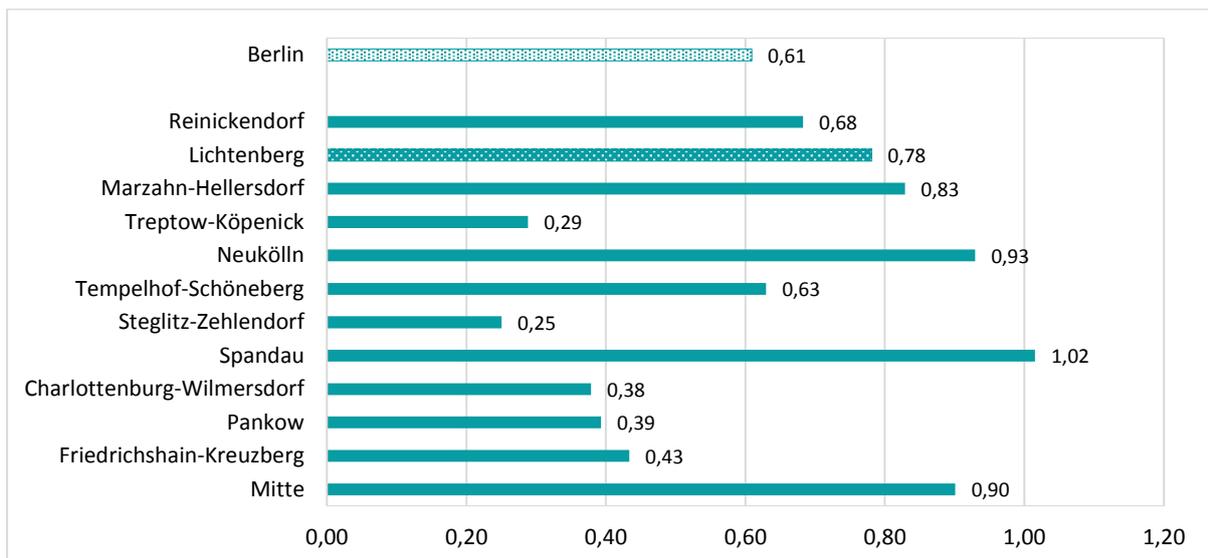
Abbildung 25: Zahnstatus der 3-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) in den Berliner Bezirken (in Prozent)



7.1.2 dmf(t)-Wert

Die bezirkliche Auswertung der dmf(t)-Werte verdeutlicht ebenfalls die großen Unterschiede innerhalb Berlins. Lichtenberg erreichte hierbei mit einem durchschnittlichen dmf(t)-Wert von 0,79 den 8. Rang im bezirklichen Vergleich und lag damit über dem gesamtberliner Durchschnitt von 0,61. Die niedrigsten dmf(t)-Werte waren in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick zu ermitteln.

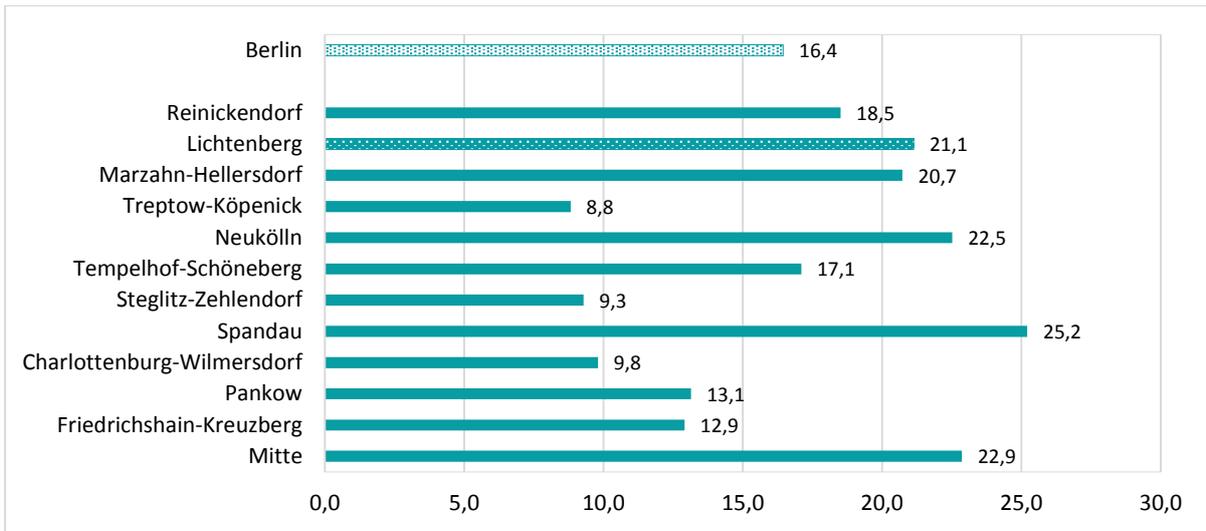
Abbildung 26: Durchschnittliche dmf(t)-Werte der 3-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) in den Berliner Bezirken



7.1.3 Kariesrisiko (DAJ)

In Berlin hatten 16,4 % der Kinder im Alter von drei Jahren ein erhöhtes Kariesrisiko. Die Quote in Lichtenberg lag bei 21,1 % und somit ca. fünf Prozentpunkte darüber. Der Bezirk erreichte damit den 8. Platz im Vergleich der Bezirke (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Anteil der 3-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) mit Kariesrisiko nach DAJ in den Berliner Bezirken (in Prozent)

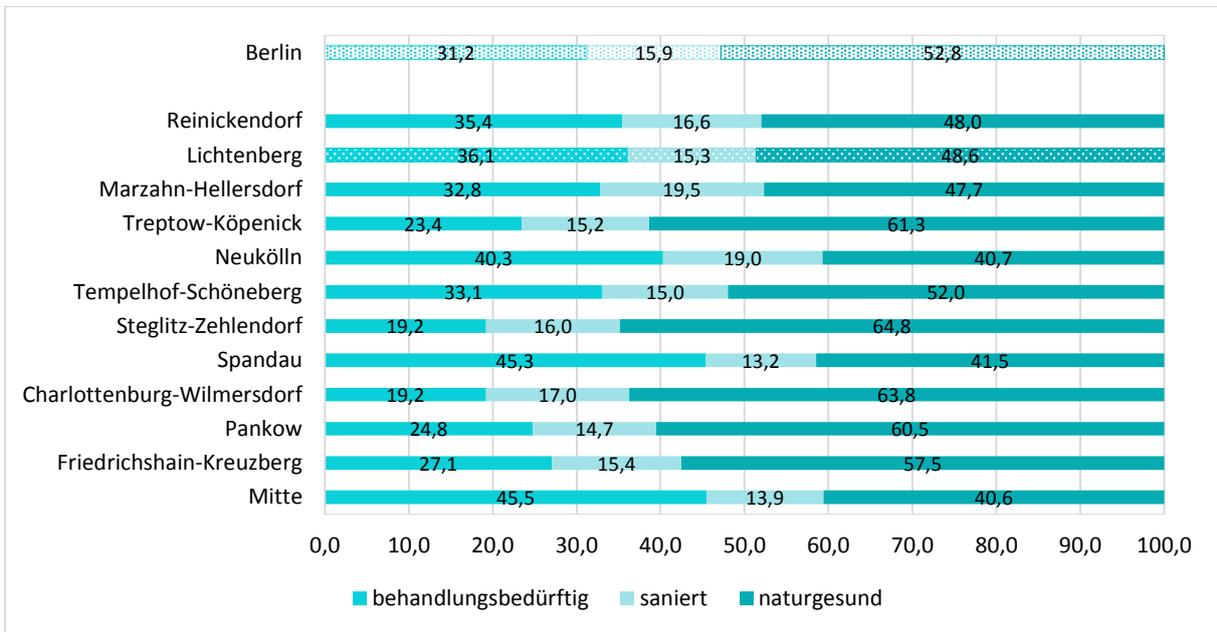


7.2 6-jährige Kinder

7.2.1 Zahnstatus

Bei den 6-jährigen Lichtenberger*innen des Schuljahres 2016/17 hatte knapp die Hälfte aller Kinder (48,6 %) ein naturgesundes Gebiss wie in Abbildung 28 dargestellt wird. Darüber hinaus wiesen bereits knapp 36 % einen zahnärztlichen Behandlungsbedarf auf. Lichtenberg lag im bezirklichen Ranking damit im Mittelfeld sowie unter dem Berliner Durchschnitt von 31,2 %.

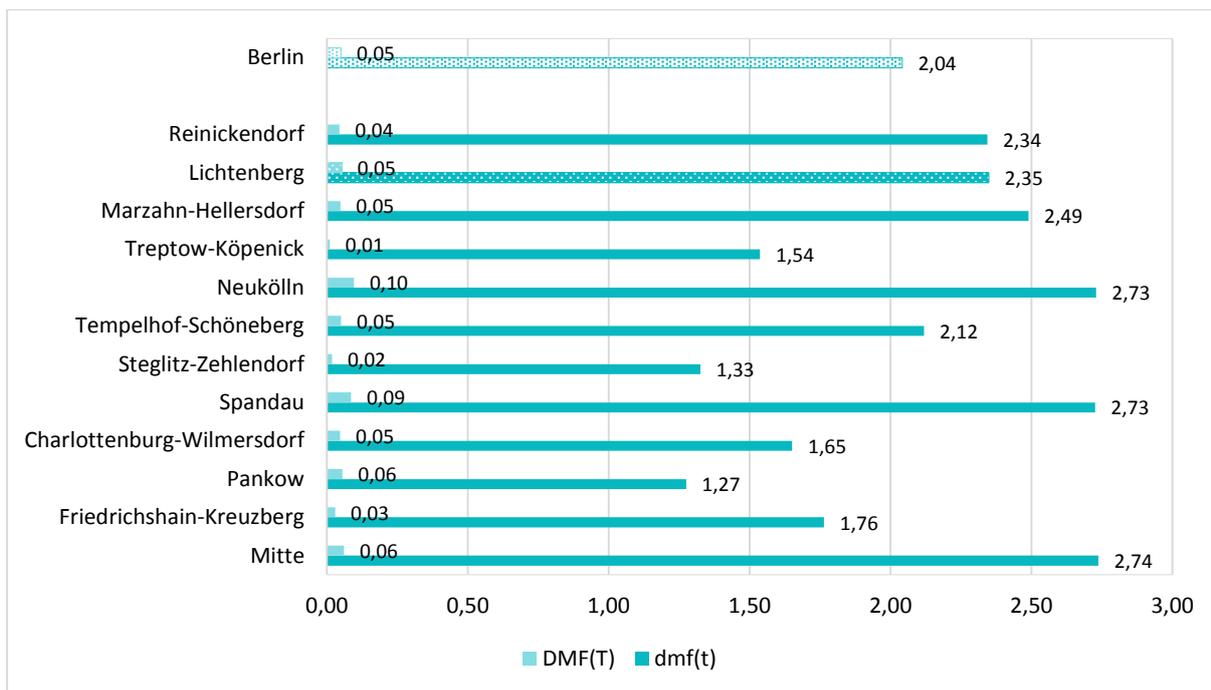
Abbildung 28: Zahnstatus der 6-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) in den Berliner Bezirken (in Prozent)



7.2.2 dmf(t)/DMF(T)-Wert

Die DMF(T)-Werte der 6-jährigen Lichtenberger*innen lag 2016/17 etwas höher aus der Berliner Durchschnitt (+0,31). Im Ranking belegte der Bezirk damit den 8. Platz. Die durchschnittlichen dmf(t)-Werte waren bei dieser Altersgruppe auch berlinweit noch niedrig, da der Zahnwechsel im Alter von 6 Jahren erst begonnen hat.

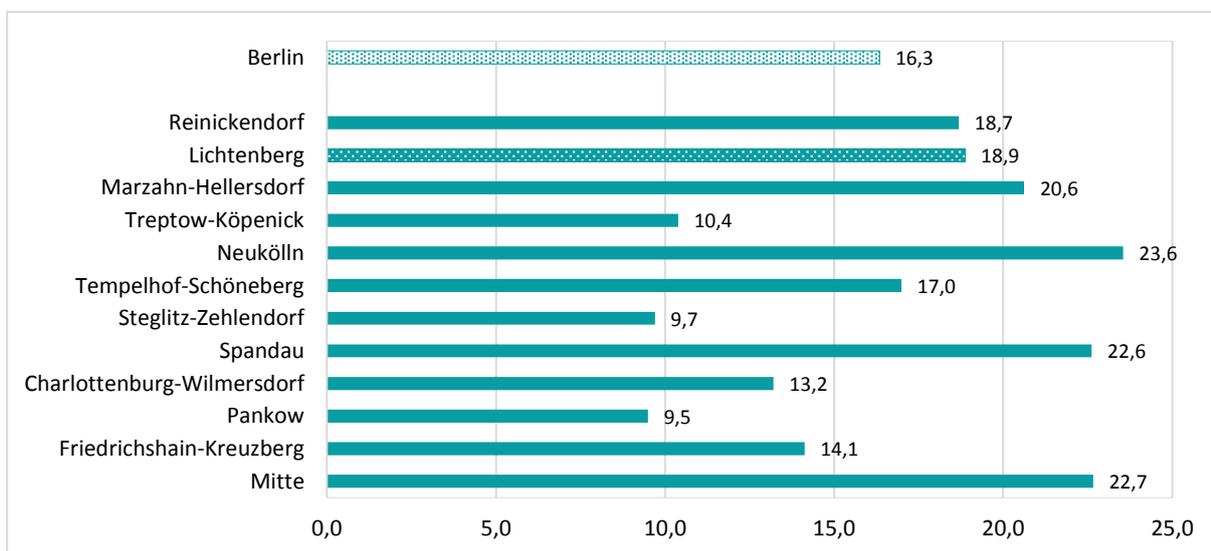
Abbildung 29: Durchschnittliche dmf(t)- und DMF(T)-Werte der 6-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) in den Berliner Bezirken



7.2.3 Kariesrisiko (DAJ)

Das Kariesrisiko der Kinder im Alter von 6 Jahren war bei 18,9 % der untersuchten Kinder erhöht. Das entsprach dem 8. Rang und somit dem hinteren Mittelfeld der Bezirke und lag etwas über dem gesamtstädtischen Durchschnittswert von 16,3 %.

Abbildung 30: Anteil der 6-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) mit Kariesrisiko nach DAJ in den Berliner Bezirken (in Prozent)



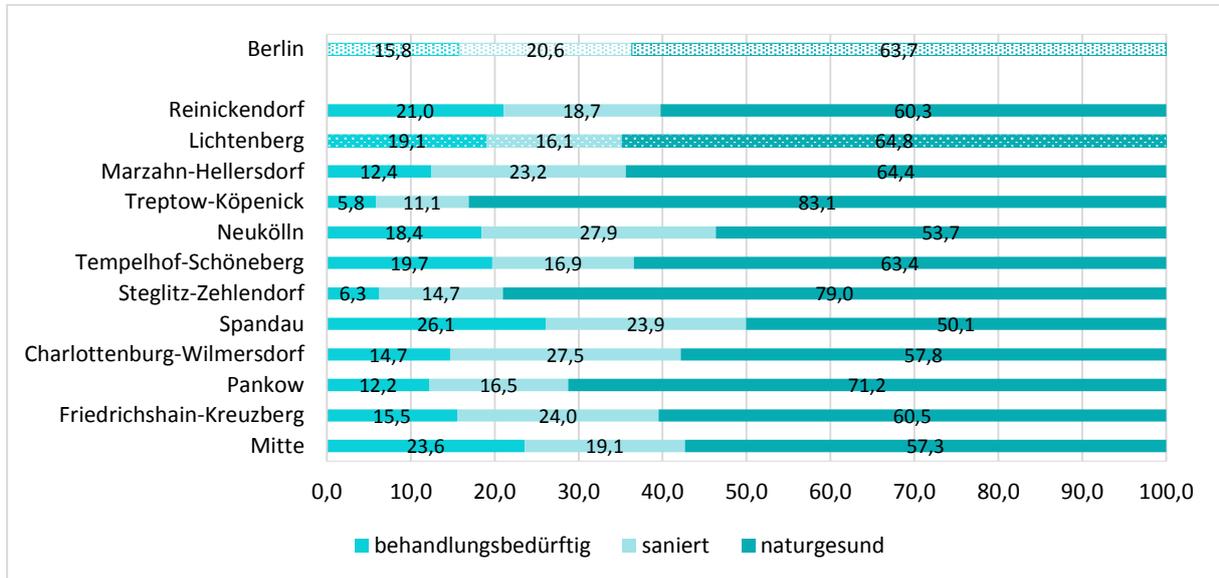
7.3 12-jährige Kinder

7.3.1 Zahnstatus

Der Zahnstatus der 12-jährigen Kinder aus Lichtenberg war im Vergleich zu dem der 3- und 6-jährigen Kinder etwas besser. Nichts desto trotz wies auch in dieser Altersgruppe fast jedes fünfte Kind (19,1 %) ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf und lag damit über dem Berliner Durchschnittswert von 15,8 %. Lichtenberg belegte damit im bezirklichen Ranking den 8. Platz. Im Vergleich des Anteils an 12-Jährigen

mit gesundem Gebiss nahm Lichtenberg einen mittleren Rang ein (64,8 %) und lag damit etwas über dem Berliner Durchschnitt.

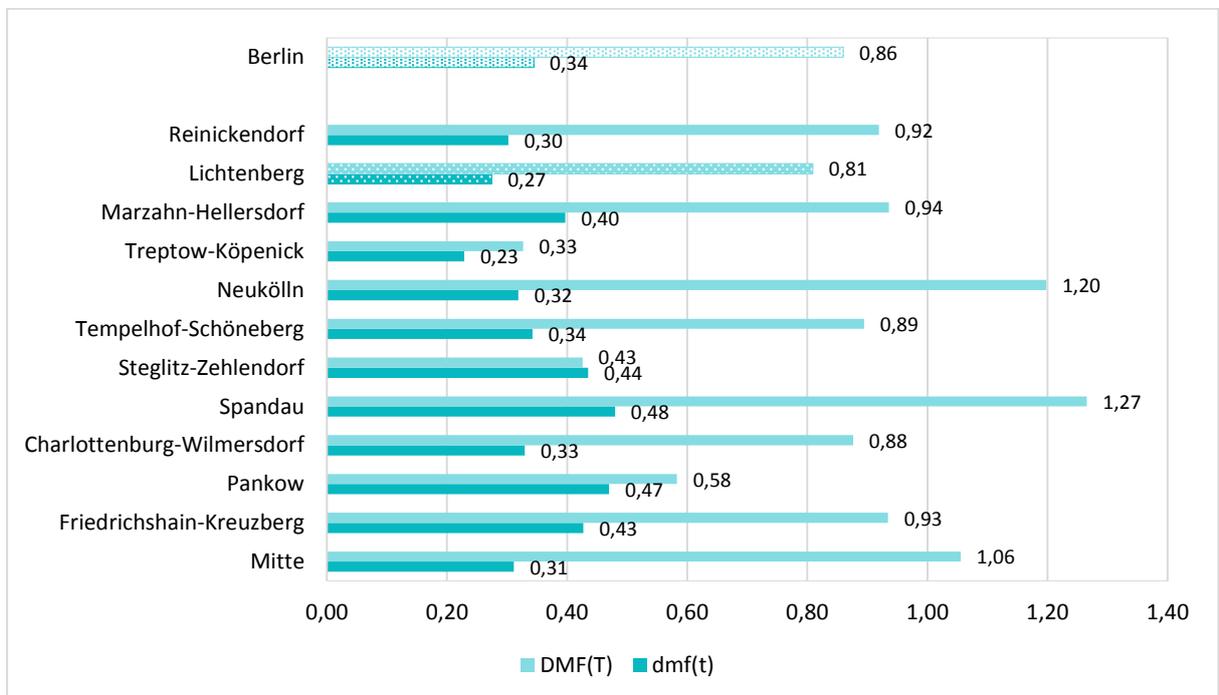
Abbildung 31: Zahnstatus der 12-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) in den Berliner Bezirken (in Prozent)



7.3.2 dmf(t)-/DMF(T)-Werte

Die dmf(t)-/DMF(T)-Werte der 12-jährigen Kinder aus Lichtenberg entsprachen weitestgehend dem Berliner Durchschnitt (vgl. Abbildung 32).

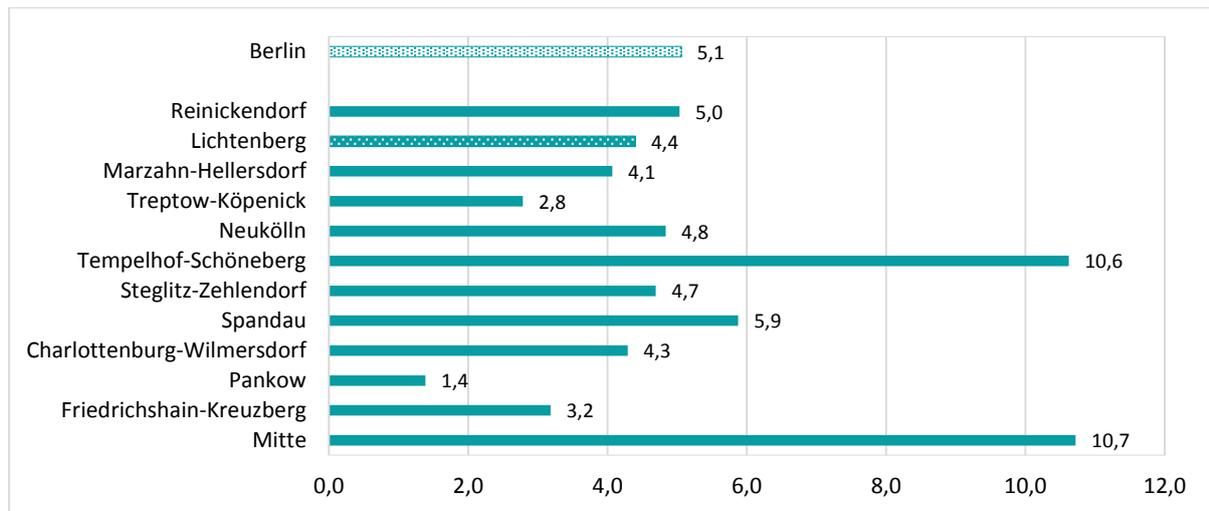
Abbildung 32: Durchschnittliche dmf(t)- und DMF(T)-Werte der 12-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) in den Berliner Bezirken



7.3.3 Kariesrisiko (DAJ)

Durchschnittlich wiesen 4,4 % der durch den ZÄD untersuchten Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko auf. Lichtenberg belegte damit Rang 6 im bezirklichen Ranking. Besonders häufig waren Kinder der Altersgruppe im Bezirk Tempelhof-Schöneberg bzw. Mitte von Läsionen an den Glattflächen der Zähne betroffen.

Abbildung 33: Anteil der 12-jährigen Kinder (Schuljahr 2016/17) mit Kariesrisiko nach DAJ in den Berliner Bezirken (in Prozent)



7.4 Zusammenfassung

Im Vergleich der Bezirke war die Mundgesundheit von Lichtenberger Kindern im Alter von 3 Jahren unterdurchschnittlich. Das zeigte sich bspw. am hohen Anteil an Kindern mit sanierungsbedürftigem Gebiss (18,9 %), was dem 10. Rang entsprach. Ebenfalls hoch war der Anteil an 3-Jährigen mit erhöhtem Kariesrisiko. Das betraf mehr als jedes fünfte Kind der Altersgruppe und lag damit 5 Prozentpunkte über dem Berliner Wert.

Bei den 6-jährigen Kindern lässt sich ein ähnliches Bild erkennen, d.h. dass mehr als ein Drittel der untersuchten Kinder ein sanierungsbedürftiges Gebiss aufwies. Darüber hinaus hatte jedes der Kinder im Durchschnitt 2,35 sanierungsbedürftige Zähne, während dieser Wert in Berlin bei durchschnittlich 2,04 Zähnen lag.

Die 12-jährigen Lichtenberger*innen wiesen im Vergleich zu den anderen beiden Altersgruppen etwas bessere Ergebnisse auf: So war der DAJ-Wert unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt und auch die durchschnittlichen dmf(t)/DMF(T)-Werte waren geringer als in Berlin insgesamt. Lediglich der Anteil an Kindern mit sanierungsbedürftigem Gebiss war erhöht (Lichtenberg: 19,1 %; Berlin: 15,8 %).

8 Präventionsansätze im Bereich Mundgesundheit in Lichtenberg

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln dargestellt, ist die Zahngesundheit kein Thema, welches isoliert betrachtet werden kann. Es fügt sich immer auch in den Gesamtkontext der Kindergesundheit ein. So hängt beispielsweise die Ernährung der Kinder eng mit der Mundgesundheit der Kinder zusammen. In diesem Kapitel sollen zwei bereits bestehende/durchgeführte Präventionsansätze aus Lichtenberg vorgestellt werden.

8.1 Vier Möhren

8.1.1 Konzept

Im Jahr 2014 befragte das Institut für Angewandte Demographie (IFAD) im Auftrag des Bezirksamtes Lichtenberg die 23 Lichtenberger Kitas des Eigenbetrieb Nord-Ost zu den Handlungsfeldern der Landesgesundheitsziele mit dem Fokus auf dem Themenfeld Ernährung. Ziel war es, Erkenntnisse über die in den Einrichtungen praktizierten gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie möglicherweise

vorhandene Bedarfe im Bereich der Ernährung zu gewinnen. Unter anderem zeigte die Auswertung der Ergebnisse, dass in der Mehrzahl der bezirklich verantworteten Kitas auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung geachtet wird. Darüber hinaus wurde jedoch bei etwa einem Drittel der Kitas ein Weiterbildungsbedarf zum Thema Ernährung angegeben. Aus den Ergebnissen dieser Befragung entwickelte das Bezirksamt Lichtenberg in Kooperation mit der Hochschule für Gesundheit und Sport, Technik und Kunst sowie der Naturschutzstation Malchow das Projekt „Vier Möhren“.

Ziel des Projektes ist es, das Bewusstsein für eine gesunde und frisch zubereitete Mittagsversorgung in den Kitas zu stärken und die Träger zu motivieren bei der Essensversorgung auf regionale Anbieter und saisonale Lebensmittel umzustellen. Die „Vier Möhren“ stehen dabei symbolisch für vier Qualitätskriterien, die bspw. die Zubereitung saisonaler Lebensmittel mit 70 % Obst- und Gemüseanteil oder auch die Teilhabe der Kinder an Zubereitungsprozessen und an Gartenarbeit einschließt. Ziel ist eine Wertschätzung und Freude an Lebensmitteln zu erlangen.

8.1.2 Umsetzung

In Vor-Ort-Gesprächen wurden die vier Qualitätskriterien überprüft und weitergehende Angebote für die Kindertagesstätten bereitgestellt. Dazu zählten u.a. Schulungsangebote zur gesunden Ernährung, Ernährungscoaching vor Ort durch Köche sowie die Bereitstellung von Kontakten zu lokalen Anbietern bzw. Landwirten. Im Rahmen von zwei öffentlichen Veranstaltungen im Sommer 2016 und 2017 wurden die teilnehmenden Kitas ausgezeichnet.

8.1.3 Zwischenfazit

Während im ersten Jahr noch 21 Kitas zur Teilnahme motiviert werden konnten, waren es 2017 nur noch acht neue Kitas. Darüber hinaus ließen sich allerdings vier Kitas aus dem Vorjahr erneut überprüfen und verbesserten ihre Ergebnisse. Das Projekt trägt Modellcharakter und verfolgt das Ziel zukünftig trägerübergreifend Lichtenberger Kitas stärker für eine qualitativ hochwertige Mittagsversorgung zu motivieren. Im aktuellen Kalenderjahr wurde das Projekt aus personellen und finanziellen Gründen zunächst ausgesetzt, eine Wiederaufnahme ist jedoch für 2019 geplant.

8.2 Kita mit Biss

8.2.1 Konzept

Das Präventionsprogramm, dessen Einführung erst 2016 in Berlin durch die ZÄDs und Amtsärzte beschlossen wurde, hat seinen Ursprung im Land Brandenburg, wo es bereits 2003 durch den ZÄD der Stadt Frankfurt (Oder) gemeinsam mit Erzieher*innen entwickelt wurde. Inzwischen beteiligen sich brandenburgweit bereits mehr als 500 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 gem. § 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 oder auch, dass in der Kita nach der Hauptmahlzeit mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta das Zähneputzen begleitet wird⁵⁴. Darüber hinaus sind die teilnehmenden Kitas bzw. die dort arbeitenden Erzieher*innen dazu angehalten auch mit Eltern über die Fortsetzung

⁵⁴ Vgl. LAG Berlin e.V. (2018)

der Handlungsempfehlungen auch im häuslichen Umfeld zu sprechen, hierfür wurde ein entsprechendes Faltblatt (auch mehrsprachig) entwickelt, um sie dafür zu sensibilisieren.

8.2.2 Umsetzung

Federführend in der Bewerbung und Unterstützung bei der Umsetzung des Programms in Lichtenberg ist der ZÄD. Dieser informiert im Rahmen der VU in den Kitas die Einrichtungen über das Programm. Mittlerweile besteht auch die Zusammenarbeit mit der LAG, die ebenfalls in der Verbreitung des Themas Kita mit Biss unterstützt und auf einer Homepage entsprechende Informationen zusammengestellt hat.

8.2.3 Zwischenfazit

Aktuell nehmen fünf Kitas aus Lichtenberg daran teil und wurden bereits zertifiziert. Der Prozess war auch in Brandenburg langwierig und es wird voraussichtlich noch einige Jahre dauern, bis das Programm unter den Kitaträgern entsprechend bekannt und anerkannt wird.

9 Handlungsempfehlungen

Wie eingangs erwähnt, wurden im Zuge des Aufbauprozesses der Präventionskette für den Bezirk Lichtenberg im Rahmen der Präventionskonferenz 2016 Handlungsansätze bzw. -empfehlungen entwickelt. Diese wurden bisher nur z.T. umgesetzt, sodass sie an dieser Stelle erneut aufgegriffen, angepasst und auf bezirklicher Ebene zielgerichteter weiter verfolgt werden sollen.

9.1 Überbezirkliche Handlungsempfehlungen

- **Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen vor dem 30. Lebensmonat als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) beantragte bereits 2014 beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Bewertung der Effekte von zahnärztlichen VU vor dem 30. Lebensmonat. Damit wird das Ziel verfolgt, die zahnärztliche VU vor dem 30. Lebensmonat als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen festzuschreiben. Bisher stehen die Ergebnisse dieser Bewertung allerdings noch aus.

- **Verbindlichere Regelungen für die Teilnahme an den zahnärztlichen VUs**

Die Einführung einer verbindlichen (gesetzlich verankerten) Teilnahme an den VU, korrespondierend mit den Einschulungsuntersuchungen ist, insbesondere vor dem Hintergrund des sozialkompensatorischen Nutzens dieser Untersuchungen, erstrebenswert.

Solange keine gesetzliche Regelung für die Teilnahme an der Untersuchung besteht, ist die Einführung eines Meldesystems auf Landesebene, analog zum Zentralen Einladungs- und Erinnerungswesens bei den Vorsorgeuntersuchungen („U-Untersuchungen“) vorstellbar, um möglichst hohe Teilnahmequoten zu erreichen.

Eine weitere Verbesserung der Inanspruchnahme kann durch die Einführung einer Widerspruchsregelung erzielt werden. D.h., dass die Eltern zukünftig der Teilnahme an der Untersuchung aktiv widersprechen müssten. Läge dieser Widerspruch nicht vor, könnte die Untersuchung durch den ZÄD erfolgen.

- **Verbesserung der Rahmenbedingungen in Kitas (Personalausstattung, Qualifikation, Vergütung usw.)**

Grundlage für qualitative pädagogische sowie präventive Arbeit in den Kitas ist in erster Linie ausreichendes aber vor allem qualifiziertes Personal, wofür sich der Bezirk weiterhin einsetzen sollte.

Das gilt sowohl innerhalb des Bezirkes wie auch auf Senatsebene, wo auf die Rahmenbedingungen für die Kitas bzw. Erzieher*innen (wie bspw. Personalschlüssel, Ausbildung, Vergütung usw.) Einfluss genommen werden kann.

- **Verankerung des Themenfeldes Mund- und Zahngesundheit im Rahmenlehrplan für die Erzieher*innenausbildung bzw. der Weiterbildungsangebote für Kitaleiter*innen**

Das Themenfeld Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung wird im Rahmen des Rahmenlehrplans der Erzieher*innenausbildung des Landes Berlin nur im Allgemeinen thematisiert. In diesem Zusammenhang ist naheliegend, dass auch der spezielle Themenbereich der Mund- und Zahngesundheit für gewöhnlich nicht vermittelt wird. Eine verbindliche Verankerung des Themenfeldes Mund- und Zahngesundheit würde künftigen Erzieher*innen bereits frühzeitig für diesen Bereich sensibilisieren und Ihnen entsprechende Kenntnisse vermitteln.

- **Herausgabe des Zahngesundheitspasses in den Berliner Geburtskliniken**

Die bisher nur z.T. erfolgende Herausgabe des Zahngesundheitspasses in den Geburtskliniken zusammen mit den Vorsorgeheften (für die sogenannten „U-Untersuchungen“) sollte künftig flächendeckend erfolgen, um den Eltern bereits früh die Relevanz des Themenfeldes Mund- und Zahngesundheit zu verdeutlichen.

9.2 Bezirkliche Handlungsempfehlungen

Für den Bezirk Lichtenberg kann insgesamt konstatiert werden, dass die Zahngesundheit der Lichtenberger Kinder große Verbesserungsbedarfe birgt. Das gilt insbesondere für die 3-jährigen Kinder, da in diesem jungen Alter durch eine gute Mund- und Zahnhygiene bereits auch das Risiko späterer Schäden am bleibenden Gebiss vermindert werden kann. Vor diesem Hintergrund soll im Rahmen der nachfolgend aufgeführten Aktivitäten zunächst primär der Fokus auf die frühkindliche Karies gelegt werden.

- **Bezirkliche Verankerung des Handlungsfeldes „Mund- und Zahngesundheit“ (ab 2019) der Landesgesundheitskonferenz Berlin (im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses „Gesund aufwachsen“)**

Um die Relevanz dieses Themenfeldes auch innerhalb des Bezirks Lichtenberg zu verdeutlichen, empfiehlt es sich das Handlungsfeld „Mund- und Zahngesundheit“ im Kindesalter als interdisziplinäres Themenfeld durch das Bezirksamt zu beschließen.

Damit der Prozess von der Landesebene adäquat in die bezirkliche Ebene übertragen werden kann, ist in einem ersten Schritt die Gründung eines interdisziplinären bezirklichen Arbeitskreises (AK) „Mundgesundheit bei Kindern“ unter Beteiligung des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes sowie der QPK sinnvoll. In diesem Gremium können u.a. die im Bezirk bereits vorhandenen Ansätze und Strukturen zum Thema Mundgesundheit im Kindesalter ermittelt, zusammengetragen, sowie perspektivisch Synergieeffekte zwischen den einzelnen Akteuren genutzt werden. Darüber hinaus können in diesem Gremium die Implementierung von bezirklichen Aktivitäten im Handlungsfeld gezielt initiiert und gesteuert werden.

- **Gezielte Implementierung (vorhandener) Präventionsangebote**

Es wird gezielt auf die Teilnahme an dem Landesprogramm „Kita mit Biss“ bzw. dem bezirklichen Projekt „Vier Möhren“, insbesondere in Sozialräumen mit erhöhtem Handlungsbedarf hingewirkt, indem zielgerichtet Kitas in diesen Sozialräumen adressiert werden. Um dieses Vorhaben umzusetzen, ist ein interdisziplinärer Ansatz unter Beteiligung des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes sowie der QPK erforderlich. Nachdem das Projekt „Vier Möhren“ im Jahr 2018 aussetzte, wird dieses im Rahmen von APG-Mitteln durch die QPK für 2019 erneut ausgeschrieben.

Die Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt „Kita mit Biss“ wird im Jahr 2019 durch eine Vorstellung des Programmes bzw. einer bereits teilnehmenden Kita als Best-Practice-Beispiel in der AG 78 des Jugendamtes bzw. im bezirklichen Kitaforum verstärkt, um weitere Kitas bzw. Kitaträger von einer Teilnahme an dem Programm zu überzeugen.

- **Verteilung der Babyzahnbürsten im Rahmen des Ersthausbesuchs durch den KJGD wird verstetigt**

Im Jahr 2018 erfolgte im Bezirk Lichtenberg erstmals flächendeckend die Verteilung von Babyzahnbürsten im Rahmen des Erstbesuchs nach der Geburt durch Sozialarbeiter*innen des KJGD. Da das Angebot von den Eltern positiv angenommen wird, soll das Angebot in den kommenden Jahren im Bezirk fest etabliert werden. Hierfür ist es allerdings erforderlich entsprechende Mittel (ca. 1500 Euro) im bezirklichen Haushalt bereitzustellen.

- **Auslage von Informationsmaterialien im Familienbüro Lichtenberg**

Das Familienbüro Lichtenberg stellt eine zentrale Anlaufstelle für Eltern aus dem Bezirk dar. Deshalb soll dort mehrsprachigem Informationsmaterial zur Mund- und Zahngesundheit im Kindesalter angeboten werden.

- **Weiterbildung von angrenzenden Berufsgruppen innerhalb des Bezirksamtes**

Die Schulung der Sozialarbeiter*innen des KJGD, die die Erstbesuche durchführen wurde bereits durch die Leiterin des ZÄD, Frau Dr. Barth, vorgenommen. In den Jahren 2019/20 sollen weitere Berufsgruppen, wie bspw. die Ärzt*innen des KJGD, die Familienhebammen sowie die Sozialarbeiter*innen aus dem Regionalen Sozialen Dienst des Jugendamtes innerhalb des Bezirksamtes durch den ZÄD geschult werden.

- **Aufklärung der Eltern/Öffentlichkeitsarbeit durch den ZÄD**

Veranstaltungen zur Weitergabe von relevanten Informationen für Eltern, z.B. Kita- und Schulfeste, Elternabende, Mutter-Kind-Gruppen, Tag der Zahngesundheit usw. werden künftig weiter durch den ZÄD genutzt werden, um öffentlichkeitswirksam tätig zu sein. Das sollte vorrangig in den Sozialräumen des Bezirkes erfolgen, in denen der Bedarf am höchsten ist.

- **Fortschreibung der Berichterstattung im 5-Jahres-Zeitraum**

Im Jahr 2023 wird erneut ein Bericht zu den Ergebnissen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter veröffentlicht. Ziel ist, neben der grundsätzlichen Weiterentwicklung der Mund- und Zahngesundheit im Zeitverlauf auch ein Maßstab für die bezirklichen Ansätze zur Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit darzustellen, um ggf. nachsteuern zu können.

Abkürzungsverzeichnis

A.a.O.	am angegebenen Ort
AK	Arbeitskreis
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZÖD	Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.
dmf(t)/DMF(T)	Klassifizierung des Kariesstatus des Gebisses für Milchzähne (dmf(t)) bzw. bleibende Zähne (DMF(T)) <u>d</u> : kariös (decayed); <u>m</u> : fehlende (missing); <u>f</u> : gefüllte (filled); <u>t</u> : Zähne (teeth)
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
Ebd.	ebenda
IFAD	Institut für Angewandte Demografie
GDG	Gesundheitsdienst Gesetz
KZBV	Kassenzahnärztlichen Bundesversorgung
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SenGPG	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
SGB	Sozialgesetzbuch
VU	(Zahnärztliche) Vorsorgeuntersuchung
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst

Literaturverzeichnis

Berliner Kinderschutzgesetz (KiSchuG) vom 17.12.2009

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste (Hrsg.) (2017a) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Lichtenberg Schuljahr 2015/16), online verfügbar unter: https://www.berlin.de/ba-lichtenberg/auf-einen-blick/buergerservice/gesundheit/einschulungs-untersuchungen_2015-2016.pdf (Letzter Zugriff: 20.06.2018)

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste (Hrsg.) (2017b) Aufbau einer Präventionskette im Bezirk Lichtenberg, online verfügbar unter: https://www.berlin.de/ba-lichtenberg/auf-einen-blick/buergerservice/gesundheit/aufbau-einer-praeventionskette-im-bezirk-lichtenberg_zahngesundheit_februar2017.pdf (Letzter Zugriff: 20.06.2018)

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2018) Lexikon, online verfügbar unter: <https://www.arbeitsagentur.de/lexikon/bedarfsgemeinschaft> (Letzter Zugriff: 31.05.2018)

Bundeskinderschutzgesetz (BKSchuG) vom 22.12.2011

BZÖG e.V., Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (2013) Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Akademie des öffentlichen Gesundheitswesens in Düsseldorf, 1. 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 (Letzter Zugriff: 20.06.2018)

Erb, J., Barton, K.D., Schick, K.-H., Fischer, D., Herweg, O. (2002) Sozialräumliche Ungleichheit bei der Zahngesundheit von Kindern in Stuttgart aus Soziale Präventivmedizin, 2002 47:262-265

Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) vom 25.05.2006 in der Fassung vom 17.06.2016.

Heinrich-Weltzien, R., Kühnisch, J., Goddon, I., Senkel, H., Stößer, L. (2007) Zahngesundheit deutscher und türkischer Schüler – Ein 10-Jahresvergleich aus Das Gesundheitswesen 2007 69:105-109.

Jordan, PD Dr. A R (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) - Statement

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung, 1. Auflage.

Kindertagesförderungsgesetz (KitaFöG) vom 23.06.2005 in der Fassung vom 19.12.2017.

LAG Berlin (2018) Kita mit Biss, online verfügbar unter: <https://www.lag-berlin.de/inhalt/hintergrund> (Letzter Zugriff: 01.06.2018)

LAG Berlin (2014) Satzung der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V., online verfügbar unter: <https://www.lag-berlin.de/downloads/Satzung.pdf> (Letzter Zugriff: 11.06.2018)

Meyer, F., Enax, J. (2018) Die Mundhöhle als Ökosystem, Biologie unserer Zeit 1/2018 (48).

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

Schenk, L., Knopf, H. (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50:653-658.

Schulgesetz Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 09.04.2018.

Sozialgesetzbuch V (SGB V) vom 20.12.1988 in der Fassung vom 17.08.2017.

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 aus Prävention und Gesundheitsförderung 2009, 4:125-130.

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

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

Zahnärztliche Mitteilungen (2012) Auf den Punkt gebracht – Mundgesundheitsziele für Deutschland 102, Nr. 21 A, 1.11.2012.

