

Frühkindliche Karies vermeiden

Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern



Inhalt

Geleitwort	6
Problemaufriss	8
Die Definition und Klassifikation von frühkindlicher Karies	8
Die Häufigkeit von frühkindlicher Karies	8
Ursachen und Folgen der frühkindlichen Karies	9
Derzeitige zahnärztliche Betreuung der unter 3-Jährigen	12
Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen	12
Zahnärztliche und kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen	13
Zahnärztliche Betreuung und Behandlung vor dem 30. Lebensmonat	14
Zahnärztliche Kinderpässe	15
Defizite bei der zahnärztlichen Betreuung der unter 3-Jährigen	16
Handlungsempfehlungen und Leistungsspektrum für die unter 3-Jährigen zur zahnmedizinischen Prävention der frühkindlichen Karies	18
Erweiterung der Zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und Verankerung im Kinderuntersuchungsheft	18
Empfehlungen zum Leistungsspektrum	19
Weitere Handlungsempfehlungen	20
Abschätzung der Gruppe der Anspruchsberechtigten	20
Verwendete Literatur	22
Anhang	24
Vorschläge für eine Ergänzung des Kinder-Untersuchungshefts des G-BA resp. der Kinder-Richtlinie	24
Chronologie der Dentition, der U-Untersuchungen und der zahnärztlichen FU-Untersuchungen	27
Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige – Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) e. V.	28
Comic zur Zahnpflege	30
Mitglieder der Arbeitsgruppe	32

Geleitwort

Die Mundgesundheit der Bevölkerung hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen einen Spitzenplatz ein. In der Breite der zahnmedizinischen Versorgung hat Deutschland insgesamt einen hohen Versorgungsgrad erreicht. Für diese Erfolgsgeschichte gibt es einen Grund: Konsequenter als in anderen Gesundheitsbereichen wird auf Prävention gesetzt.

Die zahnmedizinischen Maßnahmen der Bevölkerungs-, Gruppen-, Intensiv- und Individualprophylaxe werden regelmäßig durch epidemiologische Studien begleitet. Damit können einerseits die positive Entwicklung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen belegt und andererseits auch die noch bestehenden Herausforderungen aufgezeigt werden. So zeichnet sich neben der Polarisierung des Kariesrisikos ein weiteres Versorgungsproblem bei Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr ab: die frühkindliche Karies an den Milchzähnen, in der wissenschaftlichen Literatur als „Early Childhood Caries“ (ECC) bezeichnet. Diese früh auftretende, auch als Nuckel- oder Saugerflaschenkaries (NFK) bezeichnete Erkrankung, ist im Unterschied zur Karies der bleibenden Zähne in den letzten Jahren nicht zurückgegangen. Sie ist aufgrund der Anzahl der betroffenen Zähne, des Schweregrads der Zerstörung, des geringen Alters der Kinder und der daraus resultierenden geringen Kooperationsfähigkeit das größte kinderr Zahnheilkundliche Problem, das häufig nur durch eine umfassende zahnärztliche Behandlung – bis hin zur Extraktion von Zähnen in Vollnarkose – gelöst werden kann.

Nicht nur in Deutschland, sondern auch international ist die frühkindliche Karies eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkind- und Vorschulalter, deren Vorkommen fünfmal häufiger als Asthma und siebenmal

öfter als Heuschnupfen bestätigt wird. Damit stellt die frühkindliche Karies ein ernsthaftes und ungelöstes Versorgungsproblem dar.

Deutschland verfügt zwar über ein gutes System der Individual-, Gruppen- und Intensivprophylaxe für Kinder und Jugendliche, aber die zahnmedizinischen Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) setzen erst ab dem 30. Lebensmonat ein.

Die Betreuung allein durch den Kinderarzt in den ersten drei Lebensjahren reicht offensichtlich zur Senkung des Erkrankungsrisikos nicht aus. Immer öfter weisen Kinder, wenn sie die Gruppen- und Individualprophylaxe erreichen, bereits kariöse Zähne auf und annähernd die Hälfte aller kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, sind bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden.

Die Zahnärzteschaft hat auf der Grundlage der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Weltzahnärzteverbandes (FDI) für Deutschland unter anderem das Ziel formuliert, dass im Jahr 2020 80 Prozent der 6- bis 7-Jährigen kariesfrei sein sollen. Wir wollen dieses Ziel erreichen, indem wir die Entstehung von Karies bereits zum frühestmöglichen Zeitpunkt bekämpfen. Das bedeutet, dass schon die werdenden Eltern unter Einbeziehung von Gynäkologen und Hebammen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung über Mundgesundheitsfragen aufgeklärt werden müssen. Gerade bei Kleinkindern kommt der elterlichen Betreuung eine ganz besondere Bedeutung zu.

Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie und auf welche Weise Eltern motiviert werden können, bereits ab den ersten Lebensmonaten für die Zahn- und Mundgesundheit vorzusorgen. Zudem müssen Kinder bereits mit Durch-

brechen des ersten Milchzahnes systematisch zahnmedizinisch betreut werden. Deshalb schlagen wir mit unserem Konzept vor, dass das Kinder-Untersuchungsheft des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) um zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen erweitert wird, um eine gezielte systematische Betreuung zu sichern.

Milchzähne sind nicht nur wichtig für die Entwicklung des Kauorgans, sondern auch für eine gesunde psychosoziale und physische Entwicklung des Kindes: Ohne gesunde Milchzähne nehmen Kinder nicht altersentsprechend an Gewicht zu. Sie können nicht richtig sprechen lernen, und wenn sie sichtbar kariös zerstörte Zähne im Mund haben, wächst die Gefahr der sozialen Ausgrenzung. Das ist schlecht für ihre psychische und für ihre soziale Entwicklung. Die Prävention von frühkindlicher Karies zu etablieren, ist insofern von besonderer gesellschaftlicher Relevanz.

Mit der frühestmöglichen zahnmedizinischen Betreuung können wir die Mundgesundheit von Kleinkindern verbessern, auch wenn sie in Familien aus sozialen Risikogruppen leben. Dieser frühpräventive Ansatz unterstützt sozial Benachteiligte und fördert so die gesundheitliche Chancengleichheit. Darüber hinaus wird im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) auch ein Beitrag zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen und Entwicklungsstörungen in den ersten Lebensjahren geleistet, denn zur gesunden Entwicklung eines Kindes gehört von Anfang an auch die Mundgesundheit. Doch wenn Eltern ihre Kinder nicht zur zahnärztlichen Untersuchung vorstellen, und wenn Kinder nicht den Kindergarten besuchen, laufen auch Individual- und Gruppenprophylaxe ins Leere. Hier sind gesamtgesellschaftliche Anstrengungen im Sin-

ne der Verhältnisprävention gefordert, Kinder aus Risikogruppen in ein soziales und medizinisches Betreuungsumfeld zu integrieren, das gezielte Prävention möglich macht.

Ziel des vorliegenden Konzeptes ist es, ein optimales Gesundheitsverhalten und die bestmöglichen Voraussetzungen für eine dauerhafte Zahn- und Mundgesundheit des Kindes zu etablieren, um Karies, Zahnfleischentzündungen, Zahnverlust und daraus resultierende Folgeerkrankungen zu vermeiden. Denn gerade die ersten Lebensjahre sind für die weitere Mundgesundheit außerordentlich prägend und bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit. Die Zahnärzteschaft verfügt über fundierte Erfahrungen, wie Oralprophylaxeprogramme in der Fläche etabliert werden müssen, damit sie erfolgreich sind.

Wir verstehen das vorliegende Konzept als möglichen Lösungsweg und als Angebot an die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen. Wir würden uns wünschen, dass die Vorschläge eine konstruktive Diskussion über die Zukunft einer zahnärztlichen Versorgung auch der kleinen Kinder anstoßen würden, um den Schwächen bei der Versorgung dieser Patientengruppe erfolgreich zu begegnen.

Ganz ausdrücklich möchten wir uns für die wissenschaftliche Begleitung durch Herrn Professor Christian Splieth (Universität Greifswald) und die Unterstützung durch den Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ) bedanken. Auch die Hebammen haben, vertreten durch den Deutschen Hebammenverband (DHV), wertvolle professionsübergreifende Aspekte in das vorliegende Konzept eingebracht.



Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung



Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident
der Bundeszahnärztekammer

Problemaufriss

Die Definition und Klassifikation von frühkindlicher Karies

Grundlage der nachfolgenden Ausarbeitung ist die sich fachlich zunehmend durchsetzende Definition, nach der die frühkindliche Karies ein kariöser Defekt an einer Milchzahnfläche ist, der innerhalb der ersten drei Lebensjahre im Munde des kleinen Kindes auftritt.

Alle relevanten Beschreibungen der frühkindlichen Karies (Early Childhood Caries, ECC oder Nuckelflaschenkaries, NFK), ihrer diagnostischen Kriterien und des multifaktoriellen Entstehungskomplexes dieser Erkrankung beziehen sich auf den Ge- bzw. Missbrauch der Baby-Saugerflaschen. Dementsprechend gibt es einige weitere Begriffe für die frühkindliche Karies, die aber im Kern das gleiche Krankheitsbild beschreiben: „Nursing Bottle Syndrome“, „Bottle Tooth Decay“, „Baby Bottle Syndrom“, „Nursing Caries“, „Nursing Bottle Mouth“ u. Ä.

Die Klassifikation der frühkindlichen Karies¹ unterscheidet drei Typen nach Schweregrad:

- ECC Typ I: Diese milde bis moderate Form tritt isoliert an Milchmolaren (Milchbackenzähnen) und/oder Schneidezähnen auf (häufig zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr).

- ECC Typ II: Diese moderate bis schwere Form zeichnet sich durch Kariesläsionen an den Schneidezähnen des Oberkiefers bei kariesfreien Schneidezähnen des Unterkiefers aus. Altersabhängig können auch Milchbackenzähne betroffen sein. Die ersten Läsionen zeigen sich meist schon kurz nach Durchbruch der Milchzähne.

- ECC Typ III: Bei dieser schweren Form sind fast alle Milchzähne des kleinen Kindes betroffen, auch die unteren Schneidezähne. Diese Form tritt in der Regel zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr auf (siehe Abbildung 1).

Die Häufigkeit von frühkindlicher Karies

Sozialepidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass die frühkindliche Karies in Deutschland von zunehmender Bedeutung ist, denn im Unterschied zur Karies der bleibenden Zähne hat sie in den letzten Jahren an Häufigkeit eher zugenommen. Die Abbildung 2 vermittelt einen guten Überblick über aktuelle oral-epidemiologische Studien aus Deutschland zur Häufigkeit der ECC. Danach können wir derzeit von einer durchschnittlichen Prävalenz von 10 bis 15 Prozent ausgehen, die zwischen 5,2 und 20,3 Prozent schwankt.² Weltweit liegt die Prävalenz zwischen 3 und 45 Prozent.³ Zum Zeitpunkt der zahnärztlichen Früh-



Abb. 1: Die frühkindliche Karies als Einbruch der Zahnhartgewebe erkennbar. Hinzu kommen eine Entzündung des Zahnfleisches (Gingivitis) sowie kreidig-weiße Entkalkungen des Zahnschmelzes (Initialläsionen) als eindeutige Indikatoren für eine bestehende Kariesaktivität.

Quelle: Splieth Ch, Greifswald, 2012

¹ Wyne 1999

² Robke 2008, Splieth et al. 2009, Hippke und Zabel 2011

³ Borutta et al. 2010

⁴ Rojas et al. 2013

⁵ Robke, Buitkamp 2002

erkennungsuntersuchungen für Kinder (FU), die erst ab dem 30. Lebensmonat der Kinder einsetzen, waren beispielsweise in Erfurt bereits 17 Prozent der Kinder an einer ECC erkrankt. In einer Studie im Land Brandenburg mit Kindern im Alter zwischen 13 und 36 Monaten, wurde bei 5,3 Prozent eine klinisch manifeste und bei 7,4 Prozent der Kinder eine beginnende Karies festgestellt.

Dabei ist auch eine Polarisierung des Erkrankungsrisikos in Bevölkerungsschichten mit niedriger Bildung und niedrigem sozialen Status festzustellen. Zwei Prozent der Kinder vereinten 52 Prozent des Kariesbefalls auf sich. Die Kinder mit Karies bekamen länger die Nuckelflasche verabreicht, die Eltern waren oft jünger als 20 Jahre und hatten einen signifikant niedrigeren Sozialstatus.⁴ Darüber hinaus gibt es aber auch eine relevante Bevölkerungsgruppe in der sogenannten Mittelschicht, bei deren Kindern auf Grund fehlender Informationen über die Erkrankungsursachen, die frühkindliche Karies gehäuft festzustellen ist.⁵ Die frühkindliche Karies ist aufgrund der Anzahl der betroffenen Zähne, des Schweregrads der Zerstörung, des geringen Alters der Kinder und der daraus resultierenden geringen Kooperationsfähigkeit das größte kinderzahnheilkundliche Problem, das häufig nur durch eine umfassende zahnärztliche Behandlung in Vollnarkose gelöst werden kann.

Ursachen und Folgen der frühkindlichen Karies

Die Gründe für das Entstehen der ECC sind mehrdimensional. Zu den Determinanten der frühkindlichen Karies gehören Risikofaktoren aus dem Sozial- und Verhaltensbereich. Eine wichtige Voraussetzung ist die Übertragung von oralpathogenen, kariogenen Keimen insbesondere von der Mutter auf das kleine Kind in den ersten Lebensmonaten im Rahmen sozialer Kontakte. Nach dieser „Infektion“ des Kindes mit kariogenen Keimen führt ein hochfrequentes Nahrungsangebot aus der Nuckelflasche, häufig angeboten als zucker- und teilweise säurehaltige Getränke, Säfte, Tees etc. oder als süße Zwischenmahlzeiten in Form von Schokolade, Kuchen, Keksen usw. zur Entwicklung einer frühkindlichen Karies. Durch das permanente Flaschen-nuckeln, oftmals auch nachts zur „Selbstbedienung“ des Kleinkindes, werden die oberen Schneidezähne ständig von süßen Getränken umspült. Je häufiger diese kariogene Nahrung konsumiert wird, desto schneller entsteht die ECC und breitet sich aus. Dieses Verhalten geht häufig auch mit einer inadäquaten Zahn- und Mundhygiene des Kleinkindes durch die Eltern einher. So wird kaum das Zähneputzen mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes durchgeführt. Gleichzeitig ist die Zufuhr von Fluoriden unregelmäßig oder unzureichend.

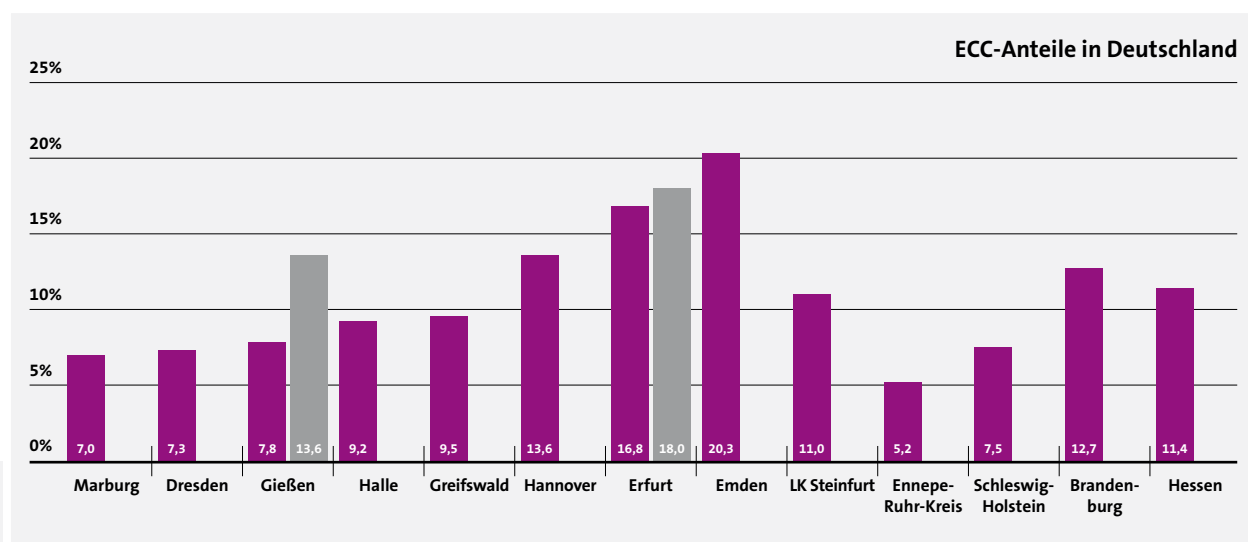


Abb. 2: Regionale Studien zur Prävalenz der frühkindlichen Karies in Deutschland

Quelle: Treuner, Splieth 2013

Wie bei vielen allgemeinen Erkrankungen erhöhen ein niedriger sozioökonomischer Status und eine geringe Schulbildung der Eltern, ein Migrationshintergrund sowie Informations- und Wissensdefizite zur Mundhygiene und zur Verwendung von Fluoriden das Risiko, an frühkindlicher Karies zu erkranken.

Auch die Folgen der ECC sind vielfältig. Zu ihnen zählen u. a.:

- die Zahnerstörung mit Komplikationen wie Schmerzen und starken Entzündungen sowie ein vorzeitiger Verlust der Milchzähne,
- ein gestörter Durchbruch der bleibenden Zähne, da sich der Kieferknochen an der Stelle wieder schließt, an der der Milchzahn zu früh ausgefallen ist.
- Schädigung der bleibenden Zahnkeime, da Entzündungen der Milchzähne die darunter im Kiefer liegenden heranreifenden bleibenden Zähne befallen können.
- Kieferentwicklungsstörungen,
- eine gestörte Sprachentwicklung,
- ein gestörtes Kau- und Schluckvermögen,
- ein ungesundes Ernährungsverhalten,
- Defizite im Bereich der psychosozialen Entwicklung der kleinen Kinder, denn Zahnverlust im Frontzahnbereich führt auch zur Störung bei der Entwicklung sozialer Kontakte. Nicht selten erleben Kinder mit Frontzahnverlust soziale Ausgrenzung.
- Therapieprobleme, da Kleinkinder häufig nur über eine eingeschränkte Behandlungsbereitschaft verfügen und

oftmals eine Schmerzanamnese verbunden mit Zahnarztangst vorliegt, weshalb die Behandlung der frühkindlichen Karies häufig unter Vollnarkose stattfindet.

Alle vorliegenden Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Lebensphase zwischen 0 und 3 Jahren bis zum Durchbruch des voll entwickelten Milchzahnggebisses prägend und von hoher Bedeutung für das weitere Kariesrisiko im Milch- und bleibendem Gebiss ist. Kinder mit frühkindlicher Karies entwickeln auch im Erwachsenenengebiss signifikant mehr Karies.⁶ Dies konstatieren auch Bauer, Neumann und Saekel und mahnen zu verstärkter Aufmerksamkeit auf diesen Versorgungsbereich.⁷

Als Spätfolge der ECC wird ein negativer Einfluss auf die kindliche Entwicklung, auf die schulische Leistungsfähigkeit und auf das Sozialverhalten beschrieben. Auch die Infektanfälligkeit der Kinder ist erhöht. Normalgewichtige Kinder weisen gegenüber übergewichtigen Kindern signifikant weniger Kariesbefall auf. Die in der Regel nur unter Vollnarkose durchführbare Behandlung der multiplen kariösen Destruktion ist mit deutlichen Risiken für die Kleinkinder und hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden.⁸

Schließlich wird die ECC auch im Zusammenhang mit dem Thema Kindesvernachlässigung benannt. Medizinische Vernachlässigung liegt dann vor, wenn Eltern über den Krankheitszustand (der Zähne) ihres Kindes aufgeklärt und informiert wurden und dennoch einer angebotenen (zahnärztlichen) Behandlung nicht nachkommen. So ist eine schlechte Mundgesundheit von Kleinkindern ein wichtiger Prädiktor zur Einschätzung der psychosozialen Entwicklung und zur Beurteilung von Interventionsstrategien.

⁶ Isaksson et al. 2013; Jordan, Becker, Zimmer 2012

⁷ Bauer, Neumann, Saekel 2009, S. 28

⁸ Willershausen et al. 2012

Derzeitige zahnärztliche Betreuung der unter 3-Jährigen

Die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen hat sich seit den 1970er Jahren in Deutschland sehr positiv entwickelt. In diesem Zeitraum konnte die Kariesprävalenz bei den 12-Jährigen um über 80 Prozent gesenkt werden. Auch Kinder mit hohem Kariesrisiko profitierten deutlich von diesem Kariesrückgang. Trotzdem ist weiterhin von einer deutlichen Schieflage der Kariesverteilung auszugehen (Polarisierung). Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie aus dem Jahre 2005 (DMS IV) ergab bei den 12-Jährigen, dass 10 Prozent der Jugendlichen mehr als zwei kariös erkrankte Zähne, und damit rund 60 Prozent aller kariös erkrankten Zähne dieser Altersgruppe auf sich vereinten.⁹

Die epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) aus dem Jahre 2009 macht deutlich, dass der sehr erfreuliche Kariesrückgang bei den 12-Jährigen nicht im Gleichklang mit der Entwicklung bei den 6- bis 7-Jährigen stattfindet. Zwar profitiert auch diese Altersgruppe von der Prävention, jedoch stagniert in einigen Bundesländern die Kariesprävalenz. In der Zwischenbilanz zu den von der Bundeszahnärztekammer herausgegebenen Mundgesundheitszielen bis zum Jahre 2020 wird festgestellt, dass der Anteil naturgesunder Gebisse bei den 6- bis 7-Jährigen im Jahre 2009 bei 53,9 Prozent liegt. Die Zielvorgabe den Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6-Jährigen auf mindestens 80 Prozent zu erhöhen, ist damit ambitioniert formuliert.¹⁰

Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen

Das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) sieht in § 21 die Durchführung flächendeckender gruppenprophylaktischer Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen in Kindergärten und Schulen vor.

In der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) sind die im SGB V bestimmten Akteure – unter anderem der GKV-Spitzenverband, die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die kommunalen Spitzenverbände – zusammengeschlossen, um auf Basis der ebenfalls gesetzlich vorgesehenen Rahmenempfehlung gemeinsam die bundesweite Durchführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen zu fördern. Zu diesem Zweck entwickeln sie unter anderem inhaltliche Empfehlungen, die für die Durchführung maßgeblich sind.

Im Jahr 2011/2012 erreichten die gruppenprophylaktischen Angebote der Zahnärzte, der Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) Jugendzahnpflege und der regionalen Arbeitsgemeinschaften (AGen) Jugendzahnpflege bundesweit fast 1,9 Millionen Kinder in Kindertagesstätten/Kindergärten, viele von ihnen mehrmals mit unterschiedlichen Impulsen. Obwohl etwa 80 Prozent sowohl der in Einrichtungen betreuten Kindergartenkinder als auch der

Grundschüler, sowie 54 Prozent der Kinder in Förderschulen mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen begleitet werden, ist über die Jahre eine Stagnation des Betreuungsgrades festzustellen.¹¹

Mit dieser Reichweite stellt die zahnärztliche Gruppenprophylaxe zwar das deutschlandweit reichweitenstärkste Angebot der Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten/Kindergärten dar. Allerdings werden gerade die unter 3-Jährigen gruppenprophylaktisch derzeit nur ungenügend erreicht, da noch nicht einmal 25 Prozent dieser Kinder eine betreute Einrichtung besuchen. Bisher konzentrierten sich die gruppenprophylaktischen Aktivitäten der Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege in den einzelnen Bundesländern im Wesentlichen auf die Altersphase von 3 bis 12 Jahren. Dies ist offensichtlich dadurch bedingt, dass die Kinder vor allem im Kindergarten oder in der Schule erreicht werden können.

Im Rahmen aktueller politischer Aktivitäten zum Ausbau der Betreuung von Kleinkindern in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege (Kinderförderungsgesetz, KiFöG) sollte die Gruppenprophylaxe nun auch diese Einrichtungen in ihren Aufgabenbereich mit einbeziehen.

Im Jahr 2012 hat die DAJ deshalb eine Empfehlung „Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige“ veröffentlicht¹², die auch Handlungs-

anleitungen zur Förderung der Mundgesundheit in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege einschließt (siehe Anhang 3).

Zahnärztliche und kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen

Weitere zahnmedizinische Präventionsansätze sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennungsuntersuchungen von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V verankert. Diese Früherkennungsuntersuchungen beginnen mit dem 30. Lebensmonat und werden in Abständen von 12 Monaten im Rahmen der individuellen Betreuung in den zahnärztlichen Praxen durchgeführt. Sie sollen insbesondere Kinder erreichen, die keine Einrichtungen besuchen, in denen gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden bzw. für Kinder mit hohem Kariesrisiko zur Verfügung stehen. Auch diese Präventionsansätze beginnen erst im dritten Lebensjahr.

Davorliegende Aktivitäten zur Früherkennung bzw. Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten liegen in Deutschland in der alleinigen Verantwortung der Kinderärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung U1 bis U7. Zwar ist in den Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen seit 1999 verankert, dass durch die Kinderärzte während der U3 (4. bis 5. Lebens-

¹¹ DAJ 2013

¹² DAJ 2012

woche), U5 (6. bis 7. Lebensmonat) und U6 (10. bis 12. Lebensmonat) Ernährungshinweise mit Bezug zur Mundgesundheit (U3, U5), sowie Hinweise zur Zahnpflege (U6) zu geben sind; allerdings ergab eine Untersuchung, dass bei der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung nur 34,6 Prozent der befragten Mütter Hinweise zur Zahngesundheit ihrer Kinder erhielten.¹³ Auf die Notwendigkeit eines Zahnarztbesuches wird weder in den Richtlinien noch in den Beratungen eingegangen. Zwischen Anspruch und Versorgungsalltag besteht eine deutliche Diskrepanz.¹⁴

Zahnärztliche Betreuung und Behandlung vor dem 30. Lebensmonat

Präventive Betreuungsansätze, die sich auch an Kinder vor dem 30. Lebensmonat und ihre Eltern richten, sind auf Seiten der Zahnärzteschaft vorhanden, wie eine Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zur Behandlung jüngerer Kinder in der Zahnarztpraxis darstellen konnte.¹⁵ In dieser Studie zeigte sich, dass 85,5 Prozent aller Zahnärzte in Deutschland bei der Befundung jüngerer Kinder dokumentieren, ob eine Initialkaries vorhanden ist. Die Ernährungsgewohnheiten erfragen 85,1 Prozent der Zahnärzte. Obwohl Zahnärzte bereits heute über die eingehende Untersuchung hinaus Ernährungsberatungen gezielt für Kinder dieser Altersgruppe durchführen und Eltern anleiten, auch zuhause nach frühen Zeichen der Karies bei ihren Kindern zu schauen, stellt die frühkindliche Karies weiterhin ein großes Versorgungsproblem dar.

Um einen Überblick über den Umfang und die Struktur der zahnärztlichen Betreuung und Behandlung von Kindern unter 2 ½ Jahren erhalten zu können, wurden statistische Analysen zum Leistungsgeschehen bei der zahnärztlichen Behandlung von Kindern auf Basis einer Stichprobe einzelfallbezogener Abrechnungsdaten aus mehreren KZVen vorgenommen.

Aus der Fallzahl je GKV-Versicherten als Indikator für die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen lässt sich ableiten, dass kleinere Kinder unter 2 ½ Jahren noch relativ selten (0,27 Fälle je Versicherten pro Jahr) den Zahnarzt aufsuchen, die Fallzahl je Versicherten aber mit zunehmendem Lebensalter ansteigt, so dass die Fallzahl je Versicherten bei den 2 ½ bis unter 6-Jährigen (1,11 Fälle je Versicherten pro Jahr) in etwa auf dem Niveau von erwachsenen Versicherten liegt. Im Hinblick auf die rechtzeitige Erkennung frühkindlicher Karies sollte die Erhöhung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen bei den unter 2 ½-Jährigen (in Richtung des Niveaus bei den 2 ½- bis 6-Jährigen) durch Flankierung mit entsprechenden individualprophylaktischen Leistungspositionen angestrebt werden.

Die Analyse des Leistungsgeschehens verdeutlicht, dass bereits bei Kindern unter 2 ½ Jahren füllungstherapeutische Leistungen in nennenswertem Umfang erforderlich sind: Bei Kindern von 1 bis unter 2 Jahren werden in rund 10 von 100 Fällen Füllungen von Zahnärzten erbracht, bei Kindern von 2 bis unter 3 Jahren bereits in rund 27 von 100 Fällen und bei den 2 ½- bis unter 6-Jährigen in rund 53 von 100 Fällen.

Dabei ist bei kleineren Kindern unter 2 ½ Jahren eine starke Karieskonzentration auf einen vergleichsweise kleinen Anteil der Patienten festzustellen. Anhand einer vertieften Analyse von versichertenbezogenen Abrechnungsdaten zweier KZVen im Bereich der Füllungsleistungen lässt sich ableiten, dass zwar nur 3 bis 4 Prozent der in den Praxen behandelten Kinder im Alter unter 2 ½ Jahren Füllungsleistungen in Anspruch nehmen, aber dass bei diesen Kindern mit füllungstherapeutischem Behandlungsbedarf im Durchschnitt im Jahr rund 5 bis 6 Füllungen je Patient gelegt werden, während bei den 2 ½- bis unter 6-Jährigen durchschnittlich rund 3 Füllungen je Patient durchgeführt werden.

Der aus den Abrechnungsdaten abzuleitende Bedarf an diagnostischen Leistungen wie auch an therapeutischen Behandlungen bei Kindern zwischen 2 ½ und 6 Jahren kann als Indikator dafür gesehen werden, dass der Zielprojektion einer rechtzeitigen Erkennung eines erhöhten Kariesrisikos auch für die jüngere Gruppe der unter 2 ½-Jährigen eine hohe Bedeutung zukommt, insbesondere um das Entstehen oder die Ausdehnung der frühkindlichen Karies bei den einzelnen Patienten soweit wie möglich zu vermeiden.

Zahnärztliche Kinderpässe

Die Berufsorganisationen der Zahnärzteschaft haben auf freiwilliger Basis in den Bundesländern zahlreiche zahnärztliche Kinderpässe eingeführt. Die BZÄK hat im Jahr 2012 auf Anregung der Zahnärztekammern einheitliche „Rahmenempfehlungen“ zu den Inhalten und Zeitintervallen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen vorgelegt. Dabei werden Aspekte der Primär- und Sekundärprophylaxe berücksichtigt. Die Verteilung der zahnärztlichen Kinderpässe ist eine wichtige Maßnahme des Berufsstandes zum Ausbau der Prävention über alle Altersgruppen hinweg und gleichzeitig eine Reaktion auf die Herausforderungen durch die frühkindliche Karies. Damit wurde auf freiwilliger Basis und durch eigene Initiative des zahnärztlichen Berufsstandes ein wichtiges Informations- und Anreizmedium geschaffen, um die bisher fehlende Einbindung des Zahnarztes in dieser Lebensphase zu ermöglichen. Verschiedentlich haben Kooperationen mit ärztlichen Berufsverbänden, Geburtseinrichtungen bzw. mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder dazu geführt, dass zahnärztliche Kinderpässe in das ärztliche Kinder-Untersuchungsheft eingelegt bzw. parallel den Eltern auch mit dem Mutterpass zur Verfügung gestellt wurden. Um generell die Distribution der zahnärztlichen Kinderpässe zu verbessern, ist die interdisziplinäre Kooperation insbesondere mit Gynäkologen, Hebammen, geburtshilflichen Stationen und Kinderärzten anzustreben und notwendig.

Defizite bei der zahnärztlichen Betreuung der unter 3-Jährigen

Deutschland verfügt zwar über ein gutes System der Bevölkerungs-, Individual-, Gruppen- und Intensivprophylaxe für Kinder und Jugendliche, aber die zahnmedizinischen Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) setzen erst ab dem 30. Lebensmonat ein. Bei der zeitlich vorgelagerten kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung erhielten lediglich 34,6 Prozent der Mütter Hinweise zur Zahngesundheit ihrer Kinder.¹⁶ Die bisher alleinige Betreuung durch den Kinderarzt in den ersten drei Lebensjahren, ist durch zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen zu ergänzen, denn immer öfter weisen Kinder, wenn sie die Gruppen- und Individualprophylaxe erreichen, bereits kariöse Zähne auf, und annähernd die Hälfte aller kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, sind bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden. Auch der Sanierungsgrad der Milchzähne ist nicht zufriedenstellend.¹⁷ Die Defizite bei der Versorgung der Kinder beginnen also schon im Kleinkindalter zwischen 0 und 3 Jahren durch das Auftreten der ECC.

Zusammenfassend kann Folgendes festgestellt werden:

- Es gibt in Deutschland immer noch zu viel Milchzahnkaries, die teilweise extrem früh auftritt.
- Gruppenprophylaktische Ansätze für die Altersphase der 0 bis 3-Jährigen in Kindertagesstätten befinden sich derzeit auf Grund der politischen Entwicklung erst im Aufbau. Laut Umfrage der DAJ ist inzwischen in 12 der 17 LAGen ein Gruppenprophylaxe-Programm für Kinder unter 3 Jahren im Aufbau. Die Flächendeckung ist noch nicht erreicht.
- Die frühzeitige Vorstellung der Kleinkinder zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung (gemäß den Empfehlungen der DGZMK)¹⁸ erfolgt unzureichend.
- Die vorhandenen präventiven Ansätze für unter 3-Jährige, die derzeit ausschließlich in der Verantwortung der Kinderärzte liegen, müssen um zahnärztliche Maßnah-

men ergänzt werden, um eine wirksame Reduktion der Milchzahnkaries zu erreichen. Eine Überweisung/Verweisung der Kleinkinder vom Kinderarzt zum Zahnarzt findet nicht in ausreichendem Maße statt.

- Vorsorgeprogramme/Früherkennungsuntersuchungen bzw. verpflichtende Kinderuntersuchungen in der Altersphase von 0 bis 3 Jahren sind in der Zahnmedizin gesundheitspolitisch nicht entsprechend entwickelt. Zahnmedizinische Versorgungskonzepte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und der gruppenprophylaktischen Maßnahmen setzten derzeit zu spät an, um die Häufigkeit der Milchzahnkaries zu reduzieren.
- Informationen über mundgesundes Ernährungsverhalten sowie über Mundhygienemaßnahmen einschließlich des elterlichen Zähneputzens beim Kleinkind mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes (gemäß den Empfehlungen der DGZMK)¹⁹ sind in der breiten Bevölkerung nicht ausreichend verankert.

- Der Karies vorbeugende Effekt von Fluoriden ist zwar unbestritten, jedoch werden entsprechende Fluoridierungsempfehlungen nicht konsentiert zwischen Kinderärzten und Zahnärzteschaft der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt bzw. die Eltern darüber informiert.

- Kinder mit mangelnder Kooperationsfähigkeit und schweren Karieserkrankungen bedürfen oftmals aufwändiger Therapien in Vollnarkose oder Sedierung und werden in – auf diese Problemstellung spezialisierte – Praxen/Kliniken überwiesen.

Handlungsempfehlungen und Leistungsspektrum für die unter 3-Jährigen zur zahnmedizinischen Prävention der frühkindlichen Karies

Die bisherigen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien festgelegten Früherkennungsuntersuchungen von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit der Gruppenprophylaxe nach § 21 und der Individualprophylaxe nach § 22 SGB V sind nicht ausreichend, um dem besonderen Präventionsbedarf kleiner Kinder bis zu 2 ½ Jahren (30. Lebensmonat) Rechnung zu tragen, denn diese Präventionsleistungen setzen erst ab dem 30. Lebensmonat ein. Deswegen sollten gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen vor allem im Bereich zwischen dem 1. und 30. Lebensmonat intensiviert werden.

Die frühkindliche Karies ist ein großes Problem, das in allen Bevölkerungsschichten zu finden ist mit Polarisierung bei niedriger Bildung und niedrigem sozialem Status. Wie bereits dargelegt, werden Kleinkinder zu spät beim Zahnarzt vorstellig, um je nach Befund entweder individuelle präventive Maßnahmen vorzunehmen oder bereits kind- und altersgemäße therapeutische Interventionen einzuleiten. In Anbetracht der oft häuslichen Betreuung von Kleinkindern und der damit auf absehbare Zeit unvollständigen gruppenprophylaktischen Betreuung von Kleinkindern, muss es das Ziel sein, möglichst alle Kinder mit einer frühkindlichen zahnärztlichen Untersuchung zu erreichen.

Nachfolgend wird deshalb ein Vorschlag für eine Erweiterung des Leistungskataloges für zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen von Kindern ab dem 6. Lebensmonat unterbreitet, mit dem Ziel, die frühkindliche Karies deutlich zu reduzieren.

Erweiterung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und Verankerung im Kinder-Untersuchungsheft

In das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegebene ärztliche Kinder-Untersuchungsheft (gelbes Heft) sollte ein verbindlicher Hinweis auf eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU) ab dem 6. Lebensmonat aufgenommen werden.

Der erste zahnärztliche Termin nach der Geburt sollte bereits beim Durchbruch der ersten Milchzähne stattfinden. Analog zu den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (U) sind zahnärztliche Untersuchungen (FU) zur Vermeidung der ECC an drei Terminen, beginnend zwischen dem 6.-9. Lebensmonat (FU1) zu empfehlen. Eine besonders intensive Betreuung sollte zwischen dem 12. und 30. Lebensmonat erfolgen, da in diesem Zeitraum die Etablierung von Ernährungs- und Mundhygienegewohnheiten sowie der individuellen oralen Flora stattfindet. Das kritische Alter liegt also zwischen dem 1. und 4. Lebensjahr. Für Kinder, die älter als 30 Lebensmonate sind, ist die zahnärztliche präventive Betreuung bereits im Rahmen der zahnärztlichen Früherkennungs-Richtlinie sichergestellt. Für Kinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat ist eine abgestimmte zahnärztliche Prävention unter Berücksichtigung der kinderärztlichen Untersuchungen sinnvoll, wenn die ersten drei zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen in folgenden Lebensphasen erbracht werden:

1. Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung: 6. bis 9. Lebensmonat (FU1)
2. Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung: 10. bis 20. Lebensmonat (FU2)
3. Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung: ab dem 21. Lebensmonat (FU3)

Um eine maximale Zahl an Kindern erreichen zu können, sollen im Rahmen der Beratungen des G-BA drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen in das ärztliche Kinder-Untersuchungsheft mit einer entsprechenden verbindlichen Verweisung zum Zahnarzt eingeführt werden.

Die hierfür erforderliche und sinnvolle Vernetzung mit den kinderärztlichen Untersuchungen (U-Untersuchungen) sieht für Kinder bis zum vollendeten 30. Lebensmonat wie folgt aus:

Im Rahmen der U5-Untersuchung (6. bis 7. Lebensmonat) weist der Kinderarzt die Eltern auf die notwendige Früherkennungsuntersuchung (FU1) beim Zahnarzt hin und dokumentiert dies im Kinder-Untersuchungsheft. Beim Zahnarzt erfolgt zwischen dem 6. und 9. Lebensmonat (Durchbruch der ersten Zahns) die erste zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU1) und wird bei der U5 im ärztlichen Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert.

Bei der folgenden U6-Untersuchung (10. bis 12. Lebensmonat) kontrolliert der Kinderarzt, ob die zahnärztliche FU1-Untersuchung erfolgt ist und weist auf die folgende zweite Früherkennungsuntersuchung (FU2) hin.

Dieser Verweis wird vom Kinderarzt im Kinder-Untersuchungsheft bei der U6 dokumentiert. Die zweite zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU2) erfolgt zwischen dem 10. und 20. Lebensmonat und wird vom Zahnarzt im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert.

In der zeitlich anschließenden U7-Untersuchung beim Kinderarzt (21. bis 24. Lebensmonat) wird der Zahnarztbesuch zur dritten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (FU3) verbindlich empfohlen und dokumentiert. Parallel zur U7-Untersuchung ist ab dem 21. Lebensmonat die dritte zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU3) vorgesehen. Diese wird vom Zahnarzt ebenfalls im ärztlichen Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert.

Im Anhang 1 wird die hierzu notwendige Dokumentation im Kinder-Untersuchungsheft des G-BA und im Anhang 2 die Verknüpfung zwischen ärztlichen U-Untersuchungen und zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (FU) dargestellt.

Empfehlungen zum Leistungsspektrum

Entscheidend ist, dass das kleine Kind dem Zahnarzt mit Durchbruch des ersten Zahnes in der Praxis vorgestellt wird. Das Tätigkeitsspektrum der zahnärztlichen Betreuung der unter 3-Jährigen umfasst vor allem gesundheitserzieherische, gesundheitsförderliche und präventive sowie in geringen Umfang kurative Maßnahmen. Beispielfhaft seien genannt:

- Mundgesundheitscheck, insbesondere unter Beachtung der Entstehungsmechanismen von frühkindlicher Karies wie deutliche Plaqueakkumulation, Gingivitis oder kariöse Initialläsionen Aufklärung über Hygienemaßnahmen, Einübung der Zahnputztechnik durch Eltern
- Ernährungsberatung der Eltern
- Fluoridanamnese, allgemeine Fluoridempfehlungen und ggf. lokale Fluoridierung der initialen Kariesläsionen mit Lack
- Sanierung bei Bedarf

Liegen bei einem Kind in dieser Altersgruppe initiale Kariesläsionen vor, ist neben der Keimzahnsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke eine gezielte, lokal auf die Initialläsion begrenzte Applikation von Fluoridlack zur Remineralisation als Therapie angezeigt.²⁰

Weitere Handlungsempfehlungen

Empfehlungen der DAJ „Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige“ in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege umsetzen (siehe Anhang 3).

Mit den beteiligten Berufsgruppen der Gynäkologen, Hebammen, Familienhebammen sowie den Kinderärzten sollten im Rahmen von gemeinsamen Initiativen zur Gesundheitsförderung und Prävention allgemeinmedizinischer als auch zahnmedizinischer Belange Netzwerke entwickelt werden, um die breite und interessierte Öffentlichkeit für Mundgesundheit zu sensibilisieren.

Vorhandene Aktivitäten in Bezug auf Hochrisikogruppen sollten, auch unter Nutzung neu entstandener Strukturen wie Familienhebammen, im Rahmen zugehender Betreuungsansätze auf Grundlage der Empfehlungen des § 21 Abs. 1 SGB V für besonders kariesgefährdete Kinder weiterentwickelt werden.

Das Thema „Zahnpflege bei Kleinkindern“ lässt sich mitunter schwer vermitteln. Um gerade Eltern mit niedriger Bildung und niedrigem sozialem Status besser zu erreichen, haben die Bundeszahnärztekammer und der Deutsche Hebammenverband in einer Kooperation einen textfreien Comic zur Zahnpflege und Mundgesundheit bei Kleinkindern entwickelt, der im Anhang 4 abgebildet ist.

Die Verbreitung des zahnärztlichen Kinderpasses als wichtiges Instrument zur Umsetzung systematischer Vorsorge- und Früherkennungsprogramme sollte gefördert werden. Wichtige Voraussetzung ist die einheitliche Umsetzung der Empfehlungen der BZÄK zu Inhalten und Zeitintervallen der Untersuchungen. Parallel zur Ausgestaltung des ärztlichen Kinder-Untersuchungsheftes (gelbes Heft) sollte auch der

zahnärztliche Kinderpass als ein wichtiges Instrument zur Umsetzung systematischer Vorsorge- und Früherkennungsprogramme weiterentwickelt werden. Vorschläge des Berufsstandes zur Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen müssen in den zahnärztlichen Kinderpass integriert werden. Ebenso sollten zahnmedizinisch relevante Aspekte des ärztlichen Kinder-Untersuchungsheftes als auch des Mutterpasses mit dem zahnärztlichen Kinderpass kompatibel gemacht werden.

Ebenso muss der Bekanntheitsgrad des zahnärztlichen Kinderpasses in der Zahnärzteschaft weiter erhöht werden. Als eine weitere Zielgruppe zur Verteilung des Passes können Hebammen in Betracht gezogen werden. Dies kann für die werdende Mutter einen Anreiz zum Zahnarztbesuch in der Schwangerschaft darstellen. Schon bei der Untersuchung der Mutter sollte ein Hinweis auf das Kariesrisiko gegeben werden.

Festzustellen ist, dass die Zahnmedizin bei allgemeinen präventionspolitischen Aktivitäten kaum Berücksichtigung findet. Ziel muss es sein, dass die Zahnmedizin in sämtliche politische Maßnahmen im Sinne eines interdisziplinären Ansatzes insbesondere zum Thema Ernährung und der gesunden Entwicklung in der Familie integriert wird.

Ausbau der Aus- und Fortbildung im Bereich der Kinderzahnheilkunde an den Universitäten, den Zahnärztekammern und in den zahnärztlichen Medien.

Abschätzung der Gruppe der Anspruchsberechtigten

Bei der Abschätzung der Gruppe der anspruchsberechtigten Kinder im Alter von 0 bis 2 ½ Jahren wird auf die Gruppe der GKV-versicherten Kinder abgestellt. Basierend auf den Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes nach Einzeljahrgängen (Stand: 31.12.2010) wird unter An-

satz des durchschnittlichen Anteils der GKV-Versicherten im Alter von 0 bis 15 Jahren an der Gesamtbevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (rund 84 Prozent) die Zahl der GKV-Versicherten zwischen 0 und 2 ½ Jahren rechnerisch ermittelt.

Diese Zahl der Inanspruchnahmeberechtigten stellt dabei das maximale Inanspruchnahmepotential aller GKV-Versicherten Kinder in der Altersgruppe dar. Eine Abschätzung für die Zahl der GKV-versicherten Kinder, die tatsächlich Leistungen in Anspruch nehmen werden, könnte auf Basis der bisherigen Inanspruchnahmequote der unter 2 ½-Jährigen (derzeit durchschnittlich rund 20 Prozent aller GKV-Versicherten) vorgenommen werden. Der Wert der bishe-

rigen Inanspruchnahme trägt bei der Abschätzung einer zukünftigen Inanspruchnahme eher den Charakter einer Untergrenze. Auf Basis der Zielprojektion, möglichst alle GKV-versicherten Kinder unter 2 ½ Jahren mit einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung zu erreichen, würde sich in Verbindung mit der bei der ärztlichen Untersuchung (U5) festzustellenden Inanspruchnahmequote in Höhe von rund 90 Prozent der Kinder ein alternativer Ansatz für die Zahl der in Anspruch nehmenden GKV-Versicherten als mögliche Obergrenze ergeben.

Die untenstehende Tabelle weist die Daten nach Einzeljahrgängen aus.

Alter (in Jahren)	Bevölkerung insgesamt	Anzahl GKV-Versicherte	Derzeitige Inanspruchnahmequote	GKV-Versicherte bei derzeitiger Inanspruchnahmequote
unter 1	678.233	567.494	4,7 %	26.672
1 - 2	670.614	561.119	21,1 %	118.396
2 - 2 ½	345.059	288.719	46,3 %	133.677
2 ½ - 3	345.059	288.719	50,5 %	145.803
3 - 4	691.188	578.333	62,0 %	358.567
4 - 5	678.967	568.108	76,3 %	433.466
5 - 6	690.501	577.759	94,7 %	547.137
0 - 2 ½	1.693.906	1.417.331	19,7 %	278.745
2 ½ - 6	2.405.715	2.012.919	73,8 %	1.484.974
0 - 6	4.099.621	3.430.250	51,4 %	1.763.719

Grundlage: Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes (Stand: 31.12.2010), BMG-Statistik KM6 (01.07.2010) | Abrechnungsdaten aus ausgewählten KZVen (Jahr 2010)

Tab. 1: Bevölkerung und GKV-Versicherte im Alter unter 6 Jahren in Deutschland

(Stand: 31.12.2010)

Verwendete Literatur

ADA (American Dental Association Council on Scientific Affairs): Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendation. J Am Dent Assoc 137: 1151-1159 (2006)

Bauer J, Neumann T, Saekel R: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Verlag Hans Huber, Bern (2009)

Borutta A, Kneist S, Kischka P et al.: Die Mundgesundheit von Kleinkindern in Beziehung zu relevanten Einflussfaktoren. Dtsch Zahnärztl Z 57: 682-687 (2002)

Borutta A, Möbius S, Hufnagl S, Reuscher G: Kariesinhibierende Wirkung von Fluoridlacken bei Vorschulkindern mit erhöhtem Kariesrisiko – Ergebnisse nach zweijähriger Beobachtungszeit. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 28: 103 (2006)

Borutta A, Wagner M, Kneist S: Bedingungsgefüge der frühkindlichen Karies. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 32: 58-63 (2010)

BZÄK (Bundeszahnärztekammer, Hrsg.): Rahmenempfehlungen der Bundeszahnärztekammer zur Umsetzung Zahnärztlicher Kinderpässe. Aktualisierte Empfehlungen durch den Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der BZÄK auf Grundlage der Kernforderungen der ‚Arbeitsgruppe Kinderpässe‘ (2001) sowie der Zuarbeiten der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (2011), verabschiedet durch die Kombinierte Koordinierungskonferenz der Referenten für Alters- / Behindertenzahnheilkunde und der Referenten für Präventive Zahnheilkunde, Mainz, 23. März 2012

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Hrsg.): Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe Jahresauswertung Schuljahr 2011/2012. http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Dokumentation/Doku_2011_2012_nur_Zahlen.pdf, Eingesehen 15.11.2013

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Hrsg.): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. Bonn: DAJ (2010)

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege): Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige – Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) e.V. (2012) http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/DAJEmpfehlungU3_final0612.pdf, Eingesehen 15.12.2012

Deichsel M, Rojas G, Lüdecke K, Heinrich-Weltzien R: Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg. Bundesgesundheitsbl 55:1504-1511 (2012)

DGZMK (Hrsg.): Wie lange soll ein Milchzahn erhalten werden?, Stellungnahme der DGZMK 2/2003 V 2.0, http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Wie_lange_soll_ein_Milchzahn_erhalten_werden_.pdf, Eingesehen 24.05.2013

DGZMK, DGZ, DGK, DGKJ, DAKJ, ZZQ (Hrsg.): S2k-Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe (2013), AWMF-Registernummer 083-001, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-001l_S2k_Fluoridierungsmaßnahmen_zur_Kariesprophylaxe_2013-01.pdf

Hippke A, Zabel C: Karies bei ein- und zweijährigen Krippenkindern. Dent Diss, Hamburg (2010)

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2006)

Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK: Caries Prevalence in Swedish 20-Year-Olds in Relation to Their Previous Caries Experience. Caries Research 47:234-242.

Jordan RA, Becker N, Zimmer S: Early childhood caries und Kariesrisiko im bleibenden Gebiss – Ergebnisse nach 14,8 Jahren. Autorenreferateband, 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, 2012: P15.

Kettler N, Splieth Ch: Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information Nr. 1/13, Köln (2013)

KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Hrsg.): Agenda Mundgesundheit – Grundsätze und Strategien für eine präventionsorientierte vertragszahnärztliche Versorgung. Verabschiedet durch die Vertreterversammlung der KZBV, Frankfurt am Main, 7. November 2012

Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A: Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2002(3):CD002279.

Meyer K, Geurtsen W, Günay H: Zahnmedizinische Frühprävention – Ein Prophylaxekonzept für Schwangere und Kleinkinder. wissen kompakt 6: 3-13 (2012)

Robke FJ, Buitkamp M: Häufigkeit der Nuckelflaschenkaries bei Vorschulkindern in einer westdeutschen Großstadt. Oralprophylaxe 24 (2): 59-65 (2002)

Robke FJ: Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit. Prävalenz von Karies, Zahn- und Kieferfehlstellungen bei norddeutschen Vorschulkindern. J Orofacial Orthop 69 (1): 5-19 (2008)

Rojas G, Deichsel M, Lüdecke K, Heinrich-Weltzien R: Ergebnisse einer landesweiten Studie im Land Brandenburg (www.Brandenburger-kinderzaehne.de/Veroeffentlichungen294.0.html) (2013)

Rozier RG: Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. J Dent Educ 65 (10): 1063-1072 (2001)

Spanier T, Rahman A, Günay H: Kenntnisstand von Müttern 3-jähriger Kinder über die zahnärztliche Gesundheitsförderung. Dtsch Zahnärztl Z 65: 571-576 (2010)

Splieth Ch, Treuner A, Berndt C: Orale Gesundheit im Kleinkindalter. Präz Gesundheitsf 4: 119-123 (2009)

Strippel H: Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt. Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckelflaschenkaries. Juventa, Weinheim und München (2004)

Treuner A, Splieth Ch: Frühkindliche Karies – Fakten und Prävention. Zahnärztliche Mitteilungen 17: 44-50 (2013)

Weintraub JA et al.: Fluoride varnish efficacy in preventing early childhood caries. Journal of Dental Research 85: 172-176 (2006)

WFPHA (World Federation of Public Health Associations, Hrsg.): Declaration on Access to Oral Health for Children. Verabschiedet durch die Generalversammlung der WFPHA, Genf, 19. Mai 2013.
http://www.wfpha.org/tl_files/doc/about/OHWG/Oral-HealthForChildren.pdf, Eingesehen 02.07.2013

Willershausen B, Blettner M, Kasaj A, Hohenfellner K: Association between body mass index and dental health in 1,290 children of elementary schools in a German city. Clin Oral Invest 11:195–200 (2007) zit. nach Meyer K, Geurtsen W, Günay H.: Zahnmedizinische Frühprävention - Ein Prophylaxekonzept für Schwangere und Kleinkinder. wissen kompakt 6: 3-13 (2012)

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

Ziller S, Oesterreich D, Micheelis W: Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 – Zwischenbilanz und Ausblick. In: Prävention und Versorgung. Kirch W, Hoffmann Th, Pfaff H (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart, New York: 1002-1023 (2012)

Anhang

Vorschläge für eine Ergänzung des Kinder-Untersuchungshefts respektive der Kinder-Richtlinie des G-BA

		6.-7. Lebensmonat		U5	
Datum: _____					
1.	☐ männlich ☐ weiblich	20 Geburtsjahr des Kindes			
2.	Körpergewicht (g)	Körperlänge (cm)	Kopfumfang (cm)		
3.	Gesamteindruck: Kind altersgemäß entwickelt?		☐ ja	☐ nein	
4.	Gesicherte Diagnosen (ICD):		Abzuklärende Verdachtsdiagnosen (Klartext oder ICD):		
5.	Aufklärung über Impfung erfolgt?		☐ ja	☐ nein	
		Impfungen altersentsprechend erfolgt?	☐	☐	
Nächster Impftermin:		20			
6.	Verweis zum Zahnarzt, Hinweis auf FU 1 (6.-9. Lebensmonat) erfolgt?		☐ ja	☐ nein	
Sonstige Bemerkungen:		Arztstempel/Unterschrift			
FU 1 (6.-9. Lebensmonat) erfolgt am:		Zahnarztstempel/Unterschrift			

U6

Datum: _____

10.-12. Lebensmonat

1.

männlich weiblich

20

Geburtsjahr des Kindes

2.

Körpergewicht (g)

Körperlänge (cm)

Kopfumfang (cm)

3.

Gesamteindruck:
Kind altersgemäß entwickelt?

ja

nein

4.

Gesicherte Diagnosen
(ICD):

Abzuklärende Verdachtsdiagnosen
(Klartext oder ICD):

5.

Aufklärung über Impfung erfolgt?

ja

nein

Impfungen altersentsprechend erfolgt?

Nächster Impftermin:

20

6.

Verweis zum Zahnarzt, Hinweis auf
FU 2 (10.-20. Lebensmonat) erfolgt?

ja

nein

Sonstige Bemerkungen:

Arztstempel/Unterschrift

FU 2 (10.-20. Lebensmonat) erfolgt am:

Zahnarztstempel/Unterschrift

U7

Datum: _____

21.-24. Lebensmonat

1. ☐ ☐
männlich weiblich Geburtsjahr des Kindes

2.
Körpergewicht (g) Körperlänge (cm) Kopfumfang (cm)

3. Gesamteindruck:
Kind altersgemäß entwickelt? ☐ ja ☐ nein

4. Gesicherte Diagnosen (ICD):	Abzuklärende Verdachtsdiagnosen (Klartext oder ICD):

5. ☐ ja ☐ nein
Aufklärung über Impfung erfolgt?
☐ ☐
Impfungen altersentsprechend erfolgt?
Nächster Impftermin:

6. Verweis zum Zahnarzt, Hinweis auf FU 3 (21.-33. Lebensmonat) erfolgt? ☐ ja ☐ nein

Sonstige Bemerkungen:	Arztstempel/Unterschrift
-----------------------	--------------------------

FU 3 (21.-33. Lebensmonat) erfolgt am:	Zahnarztstempel/Unterschrift
--	------------------------------

Chronologie der Dentition, der U-Untersuchungen und der zahnärztlichen FU-Untersuchungen

Zahnärztliche Früherkennungs- untersuchung (FU)						Intervall für FU 1 / FU 2 / FU 3																																	Intervall für FU 4 FU 5 FU 6
						FU 1				FU 2										FU 3										FU 4									
Lebensmonat (LM)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
U-Untersuchungen gem. Kinder- Untersuchungsheft						U5					U6										U7										U7a								
Lebensmonat (LM)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Durchbruchzeiten der Milchzähne i₁ = Mittlerer Milchschnidezahn i₂ = Seitlicher Milchschnidezahn c = Milcheckzahn m₁ = Erster Milchbackenzahn m₂ = Zweiter Milchbackenzahn						i ₁		i ₂						m ₁					m ₁																				
																				c																			

Zahnärztliche Früherkennungs- untersuchung (FU)	Intervall für FU 4 / FU 5 / FU 6																																			
	FU 4												FU 5												FU 6											
Lebensmonat (LM)	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
U-Untersuchungen gem. Kinder- Untersuchungsheft											U8												U9													
Lebensmonat (LM)	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
Durchbruchzeiten der Milchzähne i₁ = Mittlerer Milchschnidezahn i₂ = Seitlicher Milchschnidezahn c = Milcheckzahn m₁ = Erster Milchbackenzahn m₂ = Zweiter Milchbackenzahn	Milchzähne komplett sichtbar																																			

Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige – Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) e.V.

Die DAJ hat es sich zur Aufgabe gemacht, ihr Engagement gegen die frühkindliche Karies zu verstärken, weil die Karieslast im Milchgebiss deutlich höher ist als bei den bleibenden Zähnen. Eine Mitglieder-Umfrage im Jahr 2011 hat ergeben, dass bereits 12 von 17 Landesarbeitsgemeinschaften eigene Aktivitäten für die Zielgruppe der unter 3-Jährigen entwickelt haben. Im Sinne einer Qualitätsentwicklung und vor allem im Hinblick auf die Kommunikation und Vernetzung mit externen Partnern hält der DAJ-Vorstand eine Konsentierung von zentralen Inhalten, Botschaften und Empfehlungen der Gruppenprophylaxe für diese Zielgruppe für notwendig.

Die hier vorgelegte Empfehlung wurde durch den DAJ-Vorstand erarbeitet und im Mai 2012 verabschiedet, nachdem der Entwurf auch der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde zur wissenschaftlichen Stellungnahme vorgelegt worden war.

Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-jährige Kinder, Botschaften und Empfehlungen

Inhalte der Gruppenprophylaxe

Zahnärztliche Untersuchung und Prophylaxemaßnahmen

Eine erste zahnärztliche Untersuchung der Mundhöhle ab Durchbruch des ersten Zahns ist sinnvoll und wissenschaftlich empfohlen. Sie sollte ebenso Bestandteil gruppenprophylaktischer Maßnahmen sein. Die Entscheidung über die Art der Befundung („Lift the lip“? Sichtbare Plaque? dmft erheben?) und der Prophylaxe (Anleitung von Eltern/Erziehern, Fluoridlackapplikation) liegt in der Verantwortung des Zahnarztes und erfolgt in Abhängigkeit von der Kooperationsbereitschaft des Kleinkindes.

Aufgaben des Prophylaxeteams

Die Möglichkeiten der pädagogischen Arbeit mit der Zielgruppe der unter 3-jährigen Kinder beschränken sich im Wesentlichen auf verschiedene Formen der Ritualbildung; die Kleinkinder sind in das gemeinsame Zähneputzen in der Einrichtung von Anfang an spielerisch einzubinden.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Gruppenprophylaxe für diese Altersgruppe liegt in der Erreichung der Eltern und deren Verhaltensunterstützung im Sinne der mundgesundheitlichen Prävention. Die Eltern werden dabei durch direkte Ansprache, aber auch über Multiplikatoren wie Kinderkrankenschwestern, Hebammen, interkulturelle Gesundheitsmediatoren oder pädagogisches Personal erreicht. Eine wesentliche Aufgabe der Gruppenprophylaxe bei den unter 3-Jährigen besteht daher in der Information und Anleitung der Eltern und der Schulung von Multiplikatoren.

Ein weiterer Schwerpunkt ist, in den Betreuungseinrichtungen für kleine Kinder mundgesundheitsförderliche Bedingungen zu schaffen, z. B. kindgerechte Zahnpflegebereiche oder Standards für kauaktive und zahngesunde Ernährung sowie für das tägliche gemeinsame Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpaste.

Kernbotschaften für die Elternarbeit

- *Ab dem 1. Milchzahn sollten Eltern morgens und abends den Zahn/die Zähne des Kindes putzen. In den ersten zwei Lebensjahren sollten sie einmal täglich einen dünnen Film fluoridhaltiger Kinderzahnpaste auf die Zahnbürste geben; ab dem Alter von 2 Jahren zweimal täglich eine erbsengroße Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste.*
- *Beim noch zahnlosen Baby fördert eine Kieferkamm-Massage die Eltern-Kind-Bindung.*

- Ab ca. 2 Jahren wird das Kind an eine selbstständige Zahnpflege herangeführt. Die Eltern sind jedoch noch lange dafür verantwortlich, die Kinderzähne sauber zu bürsten: Die Botschaft „Eltern putzen Kinderzähne sauber“ gilt bis zum Ende der 2. Klasse/bis ca. 8 Jahre.
- In den ersten sechs Lebensmonaten ist Muttermilch für die Ernährung und das Trinken am besten; wenn möglich, sollte das Baby gestillt werden.
- Auf Nuckelflaschen sollte möglichst ganz (beim gestillten Kind) und ansonsten so früh wie möglich verzichtet werden. Die Flasche dient nur der Nahrungsaufnahme oder zum Durstlöschen, nicht zum Nuckeln. Eltern sollten Glasflaschen verwenden, die dem Kind nicht zum Eigengebrauch überlassen werden.
- Sobald das Kind frei sitzen kann, trinkt es aus dem offenen Becher, es benötigt kein Trinklerngefäß.
- Babys und Kleinkinder sollten Wasser oder ungesüßte Kräutertees trinken.
- Eine abwechslungsreiche, ausgewogene und kauaktive Ernährung ist wesentlich: Rohes Gemüse, Obst und Vollkornprodukte werden zwischen den Hauptmahlzeiten in kindgerechter Form angeboten. Süßigkeiten, Kekse, Kuchen, Riegel oder auch salzige Snacks mit Zuckergehalt wie etwa Chips sollten ebenso wie süße Getränke die seltene Ausnahme sein und in ihrer Häufigkeit beschränkt werden.
- Soweit möglich, sollte auf Nuckel verzichtet werden, ggf. ist ein Stufenschaft-Schnuller akzeptabel. Ein Schnuller ist dem Daumenlutschen vorzuziehen; Daumen lutschende Babys und Kleinkinder sind – wenn möglich – ganz früh auf den Schnuller umzugewöhnen. Um Zungenfehlfunktionen (einem falschen „Schluckmuster“) und Zahnfehlstellungen vorzubeugen, sollte das Nuckeln am Schnuller bis zum 2. Geburtstag beendet sein.
- Eine erste Beurteilung der Zahngesundheit bis im Alter von 12 Monaten und anschließend regelmäßige, z. B. zweimal jährliche zahnärztliche Kontrollen sind anzuraten.

Neben den hier genannten Inhalten ist die Art und Weise der Vermittlung entscheidend:

- Die Inhalte sind auf das Lebensalter und ggf. den Entwicklungsstand des Kindes anzupassen.
- Pädagogischer/psychologischer „State of the Art“ zum Lernen und zur Anregung von Verhaltensänderung sollte beachtet werden.
- Die Good-practice-Kriterien zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen sind bei der Elternarbeit zu beachten.

Mundgesundheit in der Kita – das sollte die Einrichtung umsetzen

- Tägliches Zähneputzen nach einer der Hauptmahlzeiten; Kinder unter 2 Jahren putzen im Regelfall mit einer feuchten Zahnbürste ohne Zahnpaste¹. Der für die Gruppenprophylaxe verantwortliche Zahnarzt entscheidet nach Einschätzung des Kariesrisikos der Kinder über die Notwendigkeit eines spezifischen Programms² und empfiehlt der Kita hiervon abweichend die Verwendung von fluoridhaltiger Kinderzahnpaste für unter 2-Jährige.³
- Kinder ab 2 Jahren putzen im Regelfall mit einer erbsengroßen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste.⁴
- Die Einrichtung unterstützt das Erlernen eines kindgerechten Zähneputzens, beispielsweise nach der „KAI-Methode“: Erst werden die Kauflächen gebürstet, dann die Außen- und Innenflächen der Zähne.
- Die Kinder erhalten nur ungesüßte Getränke (Wasser und ungesüßte Kräutertees).
- Die Kita verzichtet wo immer möglich auf Nuckelflaschen und Trinklerngefäße; „neue Kinder“ werden, sobald sie selbstständig sitzen, an das Trinken aus dem offenen Becher herangeführt.
- Die Kinder nehmen ein gesundes, kauaktives Frühstück und ggf. Mittagessen ein; die regelmäßigen Zwischenmahlzeiten werden zuckerfrei gestaltet.
- Die Kita trägt die Kernbotschaften zur Mundgesundheit (s. o.) in geeigneter Weise an die Eltern heran.
- Die Kita hilft mit, den Schnuller oder das Daumenlutschen im zweiten Lebensjahr abzugewöhnen.
- Die Kita kooperiert mit den anderen Akteuren in der Jugendzahnpflege.

¹ Diese Regelung geht davon aus, dass die Eltern sich nach den Fluoridierungsempfehlungen (s.o.: Elternbotschaften) richten und einmal täglich mit einem dünnen Film fluoridierter Kinderzahnpaste putzen.

² § 21 Abs. 1 Satz 5 SGB V

³ Dies geschieht insbesondere dann, wenn davon auszugehen ist, dass die Zahnpflege-Empfehlungen in den Elternhäusern nicht umgesetzt werden.

⁴ In Einzelfällen könnte es dann ggf. zur dreimaligen Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpaste pro Tag kommen.

Comic zur Zahnpflege





© Deutscher Hebammenverband, www.hebammenverband.de, Illustrationen: Volker Konrad, Sonderdruck Hebammenforum 2013

Hebammen, Zahnärztinnen und Zahnärzte informieren Sie über alle Fragen rund um die Mundgesundheit in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren Ihrer Kinder.
www.hebammenverband.de www.bzaek.de



Mitglieder der Arbeitsgruppe

An der Erstellung des Konzeptes haben mitgewirkt:

Dr. Jörg Beck MHA, Stellv. Leiter Abteilung Qualitätsförderung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Berlin

Thomas Bristle, Vertragsabteilung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Sebastian Draeger, Berliner Vertretung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Berlin

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Köln und Berlin

Jeanetta Foullon-Matzenauer, Direktion, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Richard Horbert, Abteilung Statistik, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Dr. Jörg-Peter Husemann, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin

drs. Johanna Maria Kant, Vorsitzende des Bundesverbandes der Kinderzahnärzte (BuKiZ), Oldenburg

Dr. Helmut Kesler, Mitglied des Vorstandes der Zahnärztekammer Berlin

Dr. Nele Kettler, Wissenschaftliche Referentin, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

Dr. Steffi Ladewig, Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ), Berlin

Eugen Mann, ehem. Leiter der Vertragsabteilung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin

Elfi Schmidt-Garrecht, Leiterin Berliner Vertretung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Berlin

Claudia Schorr, Vertragsabteilung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Prof. Dr. Christian Splieth, Abt. für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Greifswald, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ)

San.-Rat. Dr. Helmut Stein, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Susanne Steppat, Deutscher Hebammenverband e.V., Beirätin für den Angestelltenbereich, Mitglied im Präsidium

Dr. Sebastian Ziller MPH, Leiter der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin

Impressum

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Redaktion

KZBV Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Gestaltung

atelier wieneritsch

Fotos

Fotolia.com – monopictures
Prof. Dr. Christian Splieth

Druck

Locher Print- & Medienproduktion

Berlin, Januar 2014

