

Offizielles Organ des Bundesverbandes der Zahnärztinnen  
und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.



**BUNDESVERBAND**  
der Zahnärztinnen und Zahnärzte des  
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

# ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

51. Jahrgang / November 2021 [www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

Mundgesundheitsziele

2030

Fluorid-Dosierung der  
Kinderzahnpaste

BZÖG Stellungnahme  
Mundspülungen



Der Kommunale Zahnarzt  
Die Kommunale Zahnärztin

# 1.21



# EDITORIAL



**Dr. Silke Riemer**  
BZÖG, Redaktion Zeitung

Liebe Leserinnen und Leser,

derzeit arbeiten weiterhin viele Kolleginnen und Kollegen von uns in zahlreichen Gesundheitsämtern bei der Eindämmung der Corona-Pandemie und deren medizinischen Folgen mit. Erfreulicherweise haben jedoch einige Zahnärztliche Dienste bereits die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchen in Kindertageseinrichtungen und Schulen aufnehmen können. Lange Zeit haben große Anteile vulnerabler Gruppen, wie die Kinder in Betreuungseinrichtungen und Schulen, auf die gruppenbezogene Vorsorge verzichten müssen. Dabei ist es eine wesentliche Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), einschließlich der Zahnärztlichen Dienste, die gesundheitliche Situation der heranwachsenden Generation zu stärken. Die Rückkehr der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe in die Einrichtungen wurde deswegen auch seitens der Erzieher\*innen und Lehrer\*innen als unseren maßgeblichen Multiplikator\*innen vielfach begrüßt. Überall dort, wo bereits vor der Pandemie eine gute Zusammenarbeit erfolgt war, konnten unsere Aufgaben sehr schnell und unter gegenseitiger Hochachtung aufgenommen werden. Lange genug mussten Kinder und Jugendliche auf die aufsuchenden zahnärztlichen Untersuchungen sowie die lehrreichen Impulse der Gruppenprophylaxe durch die regionalen zahnmedizinischen Arbeitsgemeinschaften verzichten. Die Folgen davon werden wir in den kommenden Gesundheitsberichten ablesen können. Ein Wermutstropfen bleibt derzeit noch das Zahnputztraining, dass noch nicht wieder in vollem Umfang aufgenommen werden konnte.

In der Pressemeldung des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) zum „Pakt für den ÖGD“ vom 28. Oktober 2021 wird an Bekanntes erinnert sowie Aktuelles hinzugefügt. Personelle Verstärkung (einschließlich der damit verbundenen Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung) sowie eine bessere technische und digitale Ausstattung der Gesundheitsämter bilden die Schwerpunkte. Dafür will der Bund bis 2026 insgesamt vier Milliarden Euro bereitstellen. In den zugrundeliegenden „Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen“ ist verdeutlicht, dass zusätzliche Kapazitäten zur Minderung der besonderen Belastung vulnerabler Personengruppen eingeplant werden müssen. Außerdem wird festgehalten, dass neben den Ärztinnen und Ärzten andere Berufsgruppen im ÖGD gleichsam wichtige Aufgaben haben und perspektivisch weitere Aufgabengebiete übernehmen könnten. Diese Gruppen sollen bei der zukünftigen Neugestaltung des ÖGD konsequent berücksichtigt werden. Das betrifft auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, Fachangestellte der verschiedenen Richtungen sowie weitere Berufsgruppen, die eine entsprechende Qualifizierung mitbringen. Sie alle können aber nur durch attraktive Konditionen – dazu gehört vor allem eine angemessene Bezahlung – gewonnen werden. Wie wir gemeinsam mit dem BVÖGD schon lange betonen, bedarf es in den Landkreisen und kreisfreien Städten erfahrener und hochqualifizierter Fachkräfte um dem breiten Aufgabenspektrum des ÖGD gerecht werden zu können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser, ein weiteres Jahr ohne wissenschaftlichen Kongress des BZÖG und des BVÖGD soll nicht wiederholt werden! Vom 12.05.2022 bis 14.05.2022 wird der 71. Wissenschaftlichen Kongress in Magdeburg voraussichtlich als Präsenzveranstaltung stattfinden. Sieben Jahre nach dem letzten Kongress ist die historisch bedeutsame Stadt an der Saale wieder Austragungsort für den so wichtigen wissenschaftlichen Austausch. Der Kongress 2022 wird unter dem Motto „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Jetzt die Zukunft“ stehen.

In Magdeburg erwarten Sie erneut spannende Themen im Bereich **Zahnmedizin** und falls möglich, sollen erste „Auswirkungen der Pandemie auf die Mundgesundheit durch das Aussetzen der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern“ vorgetragen, aber zumindest unter uns diskutiert werden.

Im Bereich **Infektionsschutz** wird zur Corona-Pandemie, Pandemieplanung, zu aktuellen Softwareprogrammen sowie klimabedingten, vektorübertragenen Infektionskrankheiten referiert werden. Die **Kinder- und Jugendgesundheitsdienste** werden sich mit Auswirkungen der Lockdown-Phasen in Kita, Schule, sozialem Leben auf die Kinder und Jugendlichen sowie mit dem Thema „Gesundheit von Kindern aus Flüchtlingsfamilien“ befassen.

Die Landesstellenleitung des BZÖG in Sachsen-Anhalt wird in der geplanten Ausgabe 1.22 des ZGD auf die Besonderheiten des Bundeslandes in fachlicher und kultureller Hinsicht aufmerksam machen. Zu Ihrer Information: wie in 2020 erscheint in diesem Jahr nur eine Ausgabe unserer Fachzeitschrift. In 2022 sind wieder zwei geplant.

Mir bleibt nunmehr, Ihnen beim Lesen der diesjährigen Ausgabe Freude an den fachlichen Inhalten und dem Ausblick auf unsere Hauptaufgaben zu wünschen.

Ihre Silke Riemer  
Redaktion Zeitung

- 03 Editorial  
*Silke Riemer*

### Bericht

- 05 Erhöhung des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades  
in Kita und Förderschule – Teil der Mundgesundheitsziele 2030  
*Grit Hantzsche*

- 06 Statement Tag der Zahngesundheit  
*Pantelis Petrakakis*

- 07 Kurzbericht zum Barmer Zahnreport  
*Grit Hantzsche*

- 08 Mundspülungen gegen Corona – Stellungnahme BZÖG  
*Uwe Niekusch, Pantelis Petrakakis*

- 10 Vom Schulzahnarzt zum Kommunalen Zahnarzt  
in Zeiten knapper Ressourcen  
*Carl Wleklinski*

### Aktuelles

- 15 Niederschwellige Parodontitis-Behandlung nach § 22a SGB V  
*Silke Riemer*
- 16 Fluoriddosierung der Kinderzahnpaste. Erst Reiskorn-,  
dann Erbsengröße  
*Silke Riemer*
- 18 Anzeige Kongress 2022 in Magdeburg – 71. Wissenschaftlicher  
Kongress des BVÖGD und des BZÖG
- 19 71. Wissenschaftlicher Kongress in Magdeburg:  
Willkommen in der Ottostadt

#### Bildrechte (copyright):

Titelbild: Alle Bildrechte liegen beim Bezirksamt Neukölln von Berlin

Alle Bildrechte für die Abbildungen auf den Seiten 16, 17, 20  
zum Artikel „Fluoriddosierung der Kinderzahnpaste. Erst Reiskorn-, dann Erbsengröße“ liegen bei  
Copyright BLE 2021/www.gesund-ins-leben.de

Alle Bildrechte für die Fotos S. 18, 19: Landeshauptstadt Magdeburg liegen bei © Romy Buhr

Editorial, andere Beiträge und Artikel:

Alle Bildrechte liegen bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren, bzw. deren kommunalen Arbeitgebern

## Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.21  
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der  
Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen  
Gesundheitsdienstes e.V.“ – Wissenschaftliche  
Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen  
Gesundheitswesens

#### Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte  
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

#### 1. Vorsitzender:

Dr. Michael Schäfer, MPH  
Domhofstraße 29 a, 53179 Bonn  
Tel. 02 28/32 41 76, E-Mail: schaefer@bzoeg.de

#### 2. Vorsitzende:

Dr. Claudia Sauerland  
Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna  
Tel. 02303/27 26 53, E-Mail: sauerland@bzoeg.de

#### Geschäftsführung:

Dr. Cornelia Wempe  
Erikastraße 73, 20251 Hamburg  
Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 79 03 375  
E-Mail: wempe@bzoeg.de

#### Redaktion Zeitung:

Dr. Silke Riemer, M.A.  
Möllhausenufer 33, 12557 Berlin  
Tel.: 0176/58 67 90 58, E-Mail: riemer@bzoeg.de

#### Redaktion Internet:

Dr. Grit Hantzsche  
Hohe Straße 61, 01796 Pirna  
Tel. 03501/5 15 23 36, Fax 03501/5 15 23 09  
E-Mail: hantzsche@bzoeg.de

#### Anzeigenverwaltung:

Schatzmeisterin: Dr. Sabine Breitenbach  
Hans-Sachs-Ring 95a, 68199 Mannheim  
Tel. 0621/2 93 22 50, E-Mail: breitenbach@bzoeg.de  
Bankverbindung: Foerde Sparkasse  
IBAN: DE55210501700019205558  
BIC: NOLADE21KIE

#### Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch  
Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf  
Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50  
E-Mail: niekusch@bzoeg.de

#### Zeitungsbeirat:

Dr. Angela Bergmann, Düsseldorf  
Dr. Christoph Hollinger, Hagen  
Dr. Holger Spalteholz, Chemnitz

#### Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH, Reisstr. 42, 01257 Dresden

#### Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“  
erscheint zweimal im Jahr. Verbandsmitglieder erhalten  
die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.  
Einzelheft: 7,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR,  
inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.  
Bestellungen werden von der Geschäftsführung  
entgegengenommen. Kündigung des Abonnements  
sechs Wochen vor Jahresschluss.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung  
des Herausgebers. Mit Ausnahme der gesetzlich zuge-  
lassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung  
des Herausgebers nicht gestattet.  
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persön-  
liche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung  
des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Auflage: 600 Exemplare

ISSN 0340-5478

Die Zeitschrift ist der Informationsgemeinschaft zur  
Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V.  
angeschlossen.

[www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

Grit Hantzsche

# Erhöhung des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades in Kita und Förderschule – Teil der Mundgesundheitsziele 2030

Gesundheitsziele sollen ein abgestimmtes zielgerichtetes Handeln im Gesundheitswesen und darüber hinaus fördern. Im föderal strukturierten Gesundheitswesen in Deutschland ist ein übergreifender Gesundheitszieleprozess wichtig, um die unterschiedlichen Interessen der vielfältigen Akteure und Organisationen an gemeinsam getragenen Zielen auszurichten (siehe auch [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)).

Bei der Weiterentwicklung der Mundgesundheitsziele wurden die rein zahnbezogenen Kriterien sowohl um krankheitsbezogene als auch mundgesundheitsförderliche und präventive Zielstellungen erweitert. Damit werden die Schnittstellen von Mund- und Allgemeingesundheit in den Fokus genommen, die Wertigkeit der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen dargestellt aber auch der weitere Ausbau der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ausdrücklich als Ziel formuliert.

Die allgemeinen Zielsetzungen lauten:

1. Die durch Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bedingte Morbiditäts- und Mortalitätsrate reduzieren und dadurch die Lebensqualität verbessern.
2. Notwendige Strukturen und Programme für die Mundgesundheitsversorgung, die anhand systematischer Überprüfung der bestmöglichen Praxiserkenntnisse erarbeitet wurden, unterstützen.
3. Vorhandene, kosteneffiziente (Mund-) Gesundheitskonzepte zur Prävention und zur Kontrolle von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie zur Verbesserung der Allgemeingesundheit unter Berücksichtigung allgemeiner Risikofaktoren (gemeinsamer Risikofaktorenansatz) unterstützen.
4. Mundgesundheitsprogramme zur Verbesserung der Mundgesundheit bei sozialen und medizinischen Risikogruppen entwickeln.
5. Integration der Mundgesundheitsförderung und -versorgung in andere, die

Gesundheit beeinflussende, Bereiche („Health in All Policies, HiAP“).

6. Systeme und Maßnahmen zur prozess- und ergebnisorientierten Evaluation der Mundgesundheit unterstützen.
7. Die soziale und berufsethische Verantwortung des zahnärztlichen Berufsstandes fördern.

Bei der Darstellung der ausformulierten Mundgesundheitsziele bis zum Jahr 2030 wird das Erreichen der Zielvorgaben 2020, falls bereits vorhanden, bewertet. Die für das Erreichen der neuen Ziele abzuleitenden Handlungsempfehlungen werden ausführlich im Papier der Autorengruppe (Ziller, S., Oesterreich, D., Jordan, A. R.: Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030. Zahnmed Forsch Versorg 2021, 4: 1, <http://dx.doi.org/10.23786/2021-4-1>) beschrieben.

Alter	Ziele Deutschland 2030
3 Jahre (Milchzähne)	90 % Kariesfreiheit; max. 0,4 dmft
6 - 7 Jahre (Milchzähne)	80 % kariesfreie Gebisse; max. 1,5 dmft
12 Jahre	90 % kariesfreie Gebisse, <=0,5 DMFT
35 - 44 Jahre	MT-Wert <=1,7; 10 % schwere parodontale Erkrankungen
65 - 74 Jahre	< 10 % vollständig zahnlos; 20 % schwere parodontale Erkrankungen
75 - 100 Jahre	< 30 % vollständig zahnlos

Die weiteren allgemeinen und übergreifenden Ziele lauten:

- Mindestens 50 % der Implantatträger weisen gesunde periimplantäre Verhältnisse auf.
- Das Erkennen und die frühzeitige, gezielte Diagnostik von Mundschleimhautveränderungen, insbesondere Präkanzerosen, Prothesenstomatitis und von manifesten Tumoren in

der Mundhöhle, sollen verbessert werden.

- Die Mundgesundheit der Bevölkerung soll durch ein optimales Mundhygiene- und Inanspruchnahmeverhalten weiter verbessert werden.

a) Verbesserung des Mundhygieneverhaltens: Der Anteil derjenigen, die sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, soll sich über alle Altersgruppen um 5 % erhöhen (Basiswerte nach Jordan und Micheelis, 2016)

b) Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens: Der Anteil derjenigen, die mindestens einmal jährlich kontrollorientiert zum Zahnarzt gehen, soll sich über alle Altersgruppen um 5 % erhöhen (Basiswerte nach Jordan und Micheelis, 2016)

- Die deutsche Zahnärzteschaft unterstützt, in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, eine kontinuierliche Mundgesundheitsaufklärung der Bevölkerung für eine umfassende Verbesserung der Mundgesundheit.

- Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakgebrauchs sowie des chronischen Alkoholabusus in der Bevölkerung im Interesse einer ursachenorientierten Vermeidung oraler und systemischer Erkrankungen sind durch Zahnärztinnen und Zahnärzte zu unterstützen. Die Information über die Folgen des Tabakkonsums (auch in Verbindung mit chronischem Alkoholmissbrauch) für die Mundgesundheit sowie eine Anti-Raucherberatung sollen in die Routine der täglichen zahnärztlichen Praxis integriert werden.

- Ernährungsberatung durch den Zahnarzt verstärken, einschließlich auf in Nahrungsmitteln enthaltene Säuren hinweisen, zur deutlichen Reduzierung des (versteckten) Zuckerverzehrs bei Säuglingen und Kindern, um die Prävalenz früh auftretender Karies

sowie erosiver Zahnhartsubstanzdefekte zu reduzieren. Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Pädiatern, Gynäkologen und Hebammen (Schwangerenberatung).

- Erhöhung der Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz als eine semikol-

lektive kariesprophylaktische Maßnahme, die breitenwirksam soziale und medizinische Risikogruppen erreicht, auf 70 %. Es sollte immer nur eine Form von systemischer Fluoridsupplementierung erfolgen (Fluoridanamnese).

- Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad in Kindergärten und in Grundschulen soll mindestens 80 % betragen.

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad in Förderschulen soll mindestens 90 % betragen.

**Pantelis Petrakakis**

## TAG DER ZAHNGESUNDHEIT – ZÜNDSTOFF!

Statement des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) zum Tag der Zahngesundheit 2021

### Die Zahnhaltegewebe im Blick behalten – ein Leben lang

Daten nationaler Studien, wie die der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V), sowie auch bevölkerungsbezogener internationaler Erhebungen zeigen, dass Erkrankungen des Zahnhalteapparats (Parodontitis) weit verbreitet sind und mit steigendem Alter zunehmen. Diese sind hauptsächlich durch bakteriellen Zahnbelag bedingt und gelten neben der Karies als häufigste Erkrankung der Mundhöhle. So ist in Deutschland in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen bereits mehr als jeder zweite Erwachsene von einer milden bzw. schweren Verlaufsform einer Parodontalerkrankung betroffen, die mit Zahnfleischtaschen und fortschreitendem Knochenabbau verbunden ist. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen weisen schon 65,0 % eine Erkrankung des Zahnhalteapparats auf. Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen konnten zeigen, dass auch bei Kindern und Jugendlichen bestimmte Verlaufsformen einer Parodontitis auftreten können, die erfreulicherweise jedoch erstens selten sind und zweitens häufig in Verbindung zu einer systemischen Grunderkrankung oder bestimmten genetischen Voraussetzungen stehen. Da in Fachkreisen eine Zahnfleischentzündung (Gingivitis) als Vorstufe einer Parodontitis gilt, sollte unser Augenmerk darauf liegen, eine Erkrankung des Zahnhalteapparats bereits in ihrem Anfangsstadium zu erkennen und wirksam zu bekämpfen. Wie den Ergebnissen der aktuellen DMS V Studie ebenfalls entnommen werden kann, wurden bei nahezu allen Studienteilnehmerinnen

und -teilnehmern in der Altersgruppe der 12-Jährigen Zahnfleischentzündungen beobachtet. Diese sind zwar bei einer entsprechenden Verbesserung des Mundhygieneverhaltens rückläufig und führen bei gesunden Kindern und Jugendlichen nicht zur Entstehung einer Parodontitis. Die aktuelle Studienlage lässt jedoch Rückschlüsse zu, dass fortbestehende Zahnfleischentzündungen im Kindes- und Jugendalter das Risiko für eine Parodontitis im Erwachsenenalter fördern können. Umso mehr kommt daher einer frühen und altersgemäßen Wissensvermittlung und Motivation zur Mundhygiene in der zahnmedizinischen Individual- und Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen eine besondere Bedeutung zu.

Dass eine engmaschige und regelmäßige zahnärztliche Betreuung und Beratung einen hohen Stellenwert besitzt, zeigen Beobachtungen im Rahmen gruppenprophylaktischer Maßnahmen bei Heranwachsenden insbesondere in weiterführenden Schulen. Neben dem sehr hohen Beratungsbedarf sind sehr häufig zum Teil gravierende Putzdefizite erkennbar, die aus fehlenden praktischen Kenntnissen in der Umsetzung wirkungsvoller Mundhygienemaßnahmen und der nicht sachgerechten Anwendung einfachster Mundhygienemittel resultieren. Dass diese Defizite aber nicht zwingend nur aus Unkenntnis entstehen, sondern unter Umständen auf zum Teil irreführende oder widersprüchliche Informationen zurückzuführen sind, ist nicht nur Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen, sondern auch im Blickpunkt des öffentlichen und medialen Interesses, wie u.a. die Presseveröffentlichung in der Online-Ausgabe der ZEIT („Planlos im Mundraum“) aus 2014 eindrücklich zeigt.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen kommt es daher in nicht unerheblichem Maß darauf an, sie auf Augenhöhe anzusprechen

und sie dort abzuholen, wo sie wissenschaftlich in ihrer Lebenswelt stehen. Dies ist sehr gut im Rahmen der individualprophylaktischen Betreuung in der Zahnarztpraxis möglich. Da für viele Heranwachsende aus sozial prekären Lebenslagen der Zugang in die (zahn)ärztliche Praxis jedoch aus verschiedenen Gründen schwierig ist und der Praxisbesuch in vielen Fällen lediglich anlassbezogen erfolgt, bietet die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen große Potenziale, insbesondere auch diese Kinder und Jugendlichen in ihrem täglichen Lebensumfeld zu erreichen.

Das Konzept der „Individualisierten Gruppenprophylaxe“ im Öffentlichen Zahngesundheitsdienst, welches anlässlich des Tages der Zahngesundheit 2019 in den Zahnärztlichen Mitteilungen vorgestellt wurde ("Wir sprechen die Jugendlichen auf Augenhöhe an"), ermöglicht es, eine auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen zugeschnittene Beratung im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in der Schule und somit in einem für die Heranwachsenden vertrauten und geschützten Umfeld umzusetzen.

Im Zusammenspiel mit der Individualprophylaxe könnte dies ein sehr wirkungsvoller Ansatz sein, die Erkrankungshäufigkeit im Bereich der parodontalen Halte- und Stützgewebe künftig langfristig zu senken, indem bereits im Kindes- und Jugendalter die persönliche Befähigung (Empowerment) im Sinne der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation gefördert wird.

Daher begrüßt der BZÖG das diesjährige Motto zum Tag der Zahngesundheit „Gesund beginnt im Mund – Zündstoff“, welches die Prävention parodontaler Erkrankungen noch mehr in den Fokus des öffentlichen Interesses rückt.

Weitere Informationen und Statements unter [www.tagderzahngesundheit.de](http://www.tagderzahngesundheit.de)

Grit Hantzsch

## Kurzbericht zum Barmer-Zahnreport

Im Spezialthema des Barmer-Zahnreport 2021, der Molaren-Incisiven-Hypomineralisation (MIH), stellten sich die Autoren Fragen nach der örtlichen Verbreitung, ob das Alter der Mutter oder das Geschlecht des Kindes eine Rolle beim Auftreten von MIH spielen, welche weiteren ursächlichen Zusammenhänge es geben könnte und wann die vulnerable Phase, in der die Zahnhartsubstanzen schwächen vermutlich entsteht, sein könnte.

Grundlage dafür waren die bei Versichertendaten vorhandenen spezifischen Behandlungsmuster. Da dabei die Abrechnung von mindestens sechs spezifischen zahnärztlichen Leistungen (IP5, Füllung und Beseitigung scharfer Kanten) an den ersten Molaren in drei aufeinanderfolgenden Jahren einbezogen wurden, kann davon ausgegangen werden, dass nur schwere, behandlungsbedürftige Fälle von MIH in die Auswertungen kamen.

Bei der geografischen Verteilung der MIH-Inzidenz gab es keine klaren Zusammenhänge. Auch beim Geschlecht des Kin-

des konnte kein Zusammenhang hergestellt werden.

Interessanterweise ist ein „hohes und ein niedriges Alter der Mütter mit einem geringeren Risiko der Zugehörigkeit der MIH-Gruppe assoziiert“. Allerdings gehen die Autoren davon aus, dass „nicht das mütterliche Alter, sondern bestimmte Faktoren in einem multifaktoriellen Geschehen eine Rolle spielen“.

„Größere Verordnungsmengen mehrerer Medikamentengruppen in den ersten vier Lebensjahren stehen in einem erkennbaren Zusammenhang mit MIH. Dies betrifft die Medikamentengruppen ‚Respirationstrakt‘, ‚Sinnesorgane‘ (z. B. Ohrentropfen) und ‚Antinfektiva für systemische Gabe‘.“ – während ein „Zusammenhang mit Antibiotikagaben nicht aufgedeckt werden konnte.“

Da auch Einflüsse im Umfeld der Geburt (Frühgeburt, Schnittentbindung) keine Zusammenhangsmuster mit MIH zeigten, folgern die Autoren, dass die störenden Einflüsse auf die Zahnschmelzbildung erst nach der Geburt auftreten.

Lesen Sie den vollständigen Barmer-Zahnreport im Download.

Aus den Routinedaten, die Kinder mit wahrscheinlicher behandlungsbedürftiger MIH zugrunde legten, schließen die Autoren auf eine Prävalenz von 8 % im Bundesdurchschnitt, mit regionalen Schwankungen zwischen 3 und 15 %. Bei den vorsorgenden zahnärztlichen Untersuchungen der Kinder in den Schulen und Kitas durch die Zahnärztlichen Dienste werden in der Regel MIH-Zähne erfasst. Das dreistufige Kodierungssystem auf der Basis der EAPD-Kriterien wurde in die „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ des BZÖG 2019 aufgenommen.

Noch wichtiger als epidemiologische Daten sind jedoch die frühzeitige Erkennung und die Einleitung von Prophylaxemaßnahmen. Gerade dazu leisten die Zahnärztlichen Dienste mit den hoffentlich bald wieder einsetzenden regelmäßigen Untersuchungen in den Kindereinrichtungen und Schulen einen wertvollen Beitrag.

Uwe Niekusch, Pantelis Petrakakis

## Mundspülungen gegen Corona – Stellungnahme BZÖG

### Sind Mundspülungen vor einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Schülerinnen und Schülern sinnvoll?

Nach den bundesweiten Schulschließungen seit März 2020, monatelangem Fernunterricht zuhause und sporadischem Präsenz-Unterricht ist mit Beginn des Schuljahres 2021/22 die Rückkehr zum Normalbetrieb erfolgt. Damit verbunden ist die Wiederaufnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Kindertagesstätten und Schulen unter Beachtung entsprechender Hygienekonzepte. Ein Problem bei SARS-CoV-2 besteht darin, dass ohne (mehrfachen) Labortest eine zuverlässige Unterscheidung zwischen Gesunden und Covid19-

hochansteckenden Menschen, die (noch) keine Symptome aufweisen, nicht möglich ist. Dies wäre nicht nur, aber besonders für Zahnärztinnen und Zahnärzte, sowohl in der Praxis als auch bei Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen wichtig.

Regelmäßig lassen sich bei an Covid-19 erkrankten Personen im Mund-Rachenraum und im Speichel hohe Viruslasten nachweisen [1-6]. Das erklärt, warum SARS-CoV-2 überwiegend durch die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel in Tröpfchen- bzw. Aerosolform [7] auf die Schleimhaut des Gegenübers übertragen wird. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich beim Husten, Niesen und Sprechen [8-11], wobei die abgegebene Menge an Tröpfchen mit erregerehaltigen Partikeln unterschiedlich groß ist. Die

größte Anzahl wird beim Husten übertragen, die geringste beim Sprechen [12]. Zahnärztinnen und Zahnärzte sind durch ihren engen Kontakt zu Patientinnen und Patienten, bzw. den im Rahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe zu untersuchenden Kindern und Jugendlichen, dem Risiko einer SARS-CoV-2 Übertragung ausgesetzt [13]. Geeignete Maßnahmen zum Eigen- und Fremdschutz sind zwingend notwendig und dürfen in ihrer Bedeutung keinesfalls unterschätzt werden.

### Schutz vor SARS-Cov-2 durch Mundspülungen?

Da die Hauptlast der Virenbesiedelung im Mund-Rachen-Raum liegt, könnte bei zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen das Gurgeln mit Mundspülungen dazu

beitragen, zumindest kurzzeitig die Viruslast und damit im Zusammenwirken mit den weiteren Schutzmaßnahmen das Risiko einer Übertragung von Coronaviren auf den Untersucher bzw. die Untersucherin zu reduzieren. Schon länger ist bekannt, dass Spülungen mit Chlorhexidin (CHX) die Anzahl der Mikroorganismen nicht nur in den Biofilmen, sondern auch in den Aerosolen, die bspw. beim Präparieren entstehen, verringern [14-21]. Daher ließen schon vor der Coronapandemie viele Zahnarztpraxen ihre Patientinnen und Patienten vor der Behandlung ihren Mund ausspülen, um so das Behandlungsteam vor Bakterien und Viren zu schützen.

Bereits kurz nach Ausbruch der Coronapandemie hat der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) in seiner Stellungnahme zum Corona-Risikomanagement empfohlen, vor einer Behandlung unter Einsatz wassergekühlter Übertragungsinstrumente eine antimikrobielle Mundspülung durchzuführen [22]. Zur Vermeidung einer Übertragung des SARS-CoV-2-Virus, raten nationale Zahnärzteorganisationen ihren Mitgliedern, antimikrobielle Mundspülungen zur Vorbeugung zu verwenden [23]. Hingegen stellt die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in Bezug auf SARS-CoV-2 in ihrer aktuellen S1-Leitlinie vom März 2021 zum Umgang mit zahnmedizinischen Patientinnen und Patienten bei Belastung mit Aerosolübertragbaren Erregern fest, dass bisher keine klinischen Daten vorliegen, „die die Reduktion der Infektiosität von SARS-CoV-2 durch Mundspüllösungen belegen“ [24].

Antiseptische Mundspülungen haben Inhaltsstoffe mit antiviralen Eigenschaften, wodurch sie die SARS-CoV-2-Viruslast in Tröpfchen und Aerosolen reduzieren können. Die wenigen bisher veröffentlichten in vivo- und in vitro-Studien erlauben zurzeit keine auf wissenschaftlicher Basis gegebene Empfehlung, zumal noch nicht abschließend geklärt ist, welcher Wirkstoff am effektivsten gegen SARS-CoV-2 wirkt [25-27]. Immer wieder genannt werden bspw. Chlorhexidin (CHX), Wasserstoffperoxid ( $H_2O_2$ ), Polyvidon-Jod (PVP-Jod), Ethanol, Dequaliniumchlorid und Octenidindihydrochlorid [26, 28, 29]. Auch Mundspüllösungen auf Basis essenzieller Öle sollen zu einer Reduktion der Bakterien-

und Viruslast in der Mundhöhle beitragen [20, 30]. Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) empfiehlt in seiner Publikation „System von Standardvorgehensweisen für Zahnarztpraxen während der Coronavirus-Pandemie“, dass sich die Patientinnen und Patienten vor der

**/// Lediglich die drei Mundspüllösungen Dequonal, Iso-Betadine Mundwasser 1 % und Listerine Cool Mint reduzierten die Viruslast innerhalb von 30 Sekunden signifikant. Auch in dieser Studie zeigte eine  $H_2O_2$ -Lösung nur eine geringe Wirkung. Hingegen wurde die Effektivität von Polyvidon-Jod in einer weiteren in vitro-Studie bestätigt.**

Behandlung den Mund für eine Minute mit 30 ml 1,5 %-igem  $H_2O_2$  oder ähnlichem ausspülen [31]. Laut der derzeitigen Studienlage ist jedoch der Verweis auf  $H_2O_2$  nicht hilfreich. Denn in einer in vivo-Studie reduzierte eine 1,0 %-ige  $H_2O_2$ -Lösung die intraorale Viruslast bei SARS-CoV-2-positiven Personen nicht. Aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie folgerten die Autoren, dass die Empfehlung einer präprozeduralen Mundspülung mit einer  $H_2O_2$ -Lösung vor intraoralen Eingriffen fragwürdig sei und daher nicht mehr unterstützt werden sollte [32]. Im Rahmen einer in vitro-Studie wurden acht handelsübliche antiseptische Mundspüllösungen hinsichtlich ihrer Wirkung auf SARS-CoV-2 untersucht. Lediglich die drei Mundspüllösungen Dequonal, Iso-Betadine Mundwasser 1 % und Listerine Cool Mint reduzierten die Viruslast innerhalb von 30 Sekunden signifikant. Auch in dieser Studie zeigte eine  $H_2O_2$ -Lösung nur eine geringe Wirkung [33]. Hingegen wurde die Effektivität von Polyvidon-Jod in einer weiteren in vitro-Studie bestätigt [28].

Auch wenn die Mehrzahl der im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit analysierten randomisiert kontrollierten klinischen Studien auf eine signifikante Reduktion der Anzahl von Mikro-

organismen im Aerosol von Patientinnen und Patienten während der Zahnbehandlung hinwiesen, gingen die Autoren aufgrund der eingeschränkten Studienqualität von einer nur moderaten Evidenz der Studienergebnisse aus [20].

## Fazit

Antiseptische Mundspüllösungen können durchaus zu einer kurzzeitigen Senkung der SARS-CoV-2-Viruslast führen. Da die bisherigen Erkenntnisse jedoch überwiegend auf Basis von in vitro-Laborstudien gewonnen wurden, lassen sich deren Ergebnisse nur eingeschränkt auf die Alltagssituation übertragen. Weitere klinische Studien – vorzugsweise mit einem randomisierten Studiendesign – sind hierfür notwendig.

Das Gurgeln mit einer Mundspülung vor einer zahnärztlichen Untersuchung erfordert einen größeren organisatorischen Aufwand. Das Gurgeln sollte überwacht werden und im Vorfeld der Untersuchung ist das Einverständnis der Sorgeberechtigten einzuholen sowie eine Anamnese bezüglich eventuell vorhandener Allergien zu erheben. Zusätzlich ist zu bedenken, dass beim Gurgeln nicht immer jeder Winkel des Rachens erreicht wird.

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen stellen die entsprechend dem Hygieneplan durchgeführten Maßnahmen einen ausreichenden Schutz gegen SARS-CoV-2 dar. Antimikrobielle Mundspülungen vor der zahnärztlichen Untersuchung sind deswegen dort neben der Frage der Praktikabilität nicht notwendig.

– Literatur bei der Redaktion –

## Korrespondenzadressen

niekusch@bzoeg.de  
petrakakis@bzoeg.de



Carl Wleklinski

# Vom Schulzahnarzt zum Kommunalen Zahnarzt<sup>1</sup> in Zeiten knapper Ressourcen: Der zahnärztliche Dienst am Gesundheitsamt – Chancen im Mangel

## Eine persönliche Retrospektive und Perspektive für den zahnärztlichen Dienst am Gesundheitsamt

Die aktuellen Anforderungen durch die Pandemie haben ein grelles Licht auf die dünne Personaldecke der Gesundheitsämter geworfen. Seit Jahrzehnten wird der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland kontinuierlich zurückgebaut. Besonders stark hat diese Entwicklung aber die zahnärztlichen Dienste am Gesundheitsamt getroffen. Dort sind wir bundesweit seit vielen Jahren damit konfrontiert, dass unsere Bereiche systematisch krank geschrumpft werden. Unser gesetzlicher Auftrag scheint dem anderer Fachdienste als untergeordnet betrachtet zu werden. Das spiegelt sich nicht nur in den Organisationsstrukturen an den Gesundheitsämtern wieder. Symptomatisch für diese Sichtweise sei hier die Aussage einer Amtsleiterin angeführt, die sie noch vor Corona gegenüber einer zahnärztlichen Kollegin äußerte: „Hygiene ist wichtiger als die Zähne“. Als Konsequenz dieser Denkweise wurde seit Jahren personeller Mehrbedarf in anderen Aufgabenbereichen häufiger genehmigt und in typischer Weise durch Einsparungen beim zahnärztlichen Dienst erst ermöglicht.

### Aktuelle Herausforderungen und Chancen

Parallel zum allgemeinen Stellenabbau sind durch die Gesundheitsdienstgesetze, die in Folge der deutschen Wiedervereinigung in den Bundesländern nach und nach beschlossen wurden, neue Aufgaben auf die Gesundheitsämter und so auch auf den zahnärztlichen Dienst zugekommen. Gleichzeitig befand sich der DMF-T-Wert vor der Pandemie im Abwärtstrend. Wie können Zahnärztinnen und Zahnärzte am Gesundheitsamt darauf reagieren?

An den Strukturen der Gesundheitsämter und der folglich knappen Personaldecke im zahnärztlichen Dienst können wir kurzfristig nichts ändern. Das zeigt auch meine persönliche Erfahrung: Ich war von 1989 bis 2020 als Zahnarzt am Gesundheitsamt des Lahn-Dill-Kreises (LDK) tätig. 2008 wurden die 25 Wochenstunden meiner Kollegin ersatzlos gestrichen. So kam es, dass ich als Zahnarzt für viele Jahre alleine im gesamten Landkreis für den Arbeitsbereich des zahnärztlichen Dienstes verantwortlich war. Nach einigen Jahren konnte ich die Amtsleitung und den Landkreis endlich dazu bewegen, eine Honorarstelle zu genehmigen. Diese wird seit ihrem Bestehen immer nur für ein Jahr finanziert und sowohl für die Aufgabenplanung als auch für die Honorarkraft selbst ist es von großem Nachteil, dass jedes Jahr von Neuem Ungewissheit über die Finanzierung herrscht.

Wenn also die Anzahl der Mitarbeiter\*innen nicht veränderbar ist – oder sogar eher gekürzt wird – bleibt nur, zu **überlegen, wo wir unsere Woman- und Manpower sinnvoll einsetzen und entsprechende Prioritäten setzen können.** Diese müssen sich meines Erachtens nach dem Bedarf an zahnärztlicher Betreuung richten.

Wer den Mangel verwalten muss, ist darauf angewiesen, die bisherigen Aufgaben zu überdenken. Auch über Jahre fest installierte und evaluierte Arbeitsgewohnheiten verlieren ihre Sinnhaftigkeit, wenn Prioritäten gesetzt werden müssen. Die Auswahl liegt bei jedem von uns. Aus meiner Sicht bietet der Zuwachs an Aufgaben durchaus die Chance, dem Stellenabbau der zahnärztlichen Dienste an den Gesundheitsämtern entgegenzuwirken

und nebenbei eröffnet er auch die Möglichkeit, in den gewohnten Vorsorgeuntersuchungs- und Gutachtenalltag eine Abwechslung zu bringen.

### Vorsorgeuntersuchungen – wie wertvoll ist die klassische Aufgabe der „Schulzahnärzt\*innen“?

Bis etwa zur Jahrtausendwende wurden die Aufgaben der Schulzahnärzt\*innen definiert durch die 3. Durchführungsverordnung zum Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 1935. Neben Sprechstunden und Vorträgen für Eltern, Schüler und Lehrer wurde die regelmäßige Reihenuntersuchung als zentrale Aufgabe angesehen. Auch das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst verlangt wieder die Durchführung regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr sowie die Teilnahme an der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V.

Zur Frage nach dem Wert von Vorsorgeuntersuchungen möchte ich nur daran erinnern, dass wir „Schulzahnärzt\*innen“ es waren, denen vor ca. 15 Jahren aufgefallen war, dass gehäuft – teilweise dramatisch fortgeschrittene – „Karies“ an absolut untypischen Stellen aufgetreten war. Diese „Karies“ wird inzwischen weltweit als Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) beschrieben und noch immer sind die Ursachen ungeklärt. Wer – außer uns, die wir einen guten Überblick über einen großen Teil der jungen Bevölkerung haben – hätte die Bedeutung dieses neuen Phänomens so schnell erkennen und sein Ausmaß abschätzen

können. Die inzwischen vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen zu MIH in Deutschland erfolgten in Zusammenarbeit zahnärztlicher Dienste an den Gesundheitsämtern und deutscher Universitäten.

Überwiegend sind wir Zahnärzt\*innen an den Gesundheitsämtern es, die mit unseren Untersuchungen für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) regelmäßig die Basis für einen Überblick über die Zahngesundheit junger Menschen und deren Entwicklung liefern.

Wer außer uns hat durch die Vorsorgeuntersuchungen einen Überblick z. B. über die regionale Häufung von Fluorosen und die Möglichkeit, deren Ursachen nachzugehen und möglichst darauf zu reagieren? Die Auflistung ließe sich leicht noch fortführen.

Dennoch ist es wichtig, die bisherige Arbeitsweise und Aufgabenzusammenstellung kritisch zu prüfen und zu hinterfragen.

Schon vor mehr als 20 Jahren sagte bei einem Fortbildungstreffen der hessischen Jugendzahnärzt\*innen in Frankfurt am Main ein Kollege von uns, dass der Sinn der klassischen jährlichen und flächendeckenden Vorsorgeuntersuchungen in Schulen überdacht werden müsste. Damals ging helle Aufregung durch den Raum. Er plädierte stattdessen für stichprobenbasierte Untersuchungen der Kinder und Jugendlichen. Auch ich war verunsichert, obwohl ich schon damals nicht in der Lage war, alle Kinder in den Kindergärten und Grund- und Förderschulen einmal jährlich zu untersuchen (bei einer Untersuchungskapazität von durchschnittlich drei Klassen bzw. maximal achtzig Kindern pro Vormittag). Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass viele meiner Kolleginnen hier viel fleißiger waren als ich mit Spitzenwerten von weit über hundert untersuchten Kindern pro Vormittag. Aber auch damit lässt sich der Mangel an Personal nicht ausgleichen.

Inzwischen teile ich seine Meinung. Bei den geringen personellen Ressourcen ist ein jährlicher Rhythmus nicht mehr zu leisten. Realistisch sind z. B. stichprobenbasierte Untersuchungen oder solche von einzelnen Jahrgängen, für die vergleichbare Daten z. B. aus den DAJ-Studien vorliegen. Die aufsuchende Betreuung fällt jedoch weg, was sich für vulnerable Gruppen nachteilig entwickeln kann.

### Vorsorgeuntersuchungen – was halten unsere „Klientinnen und Klienten“ davon?

Im Jahr 2003 führte ich für meinen Arbeitsbereich eine anonyme Umfrage bei zufällig ausgewählten 32 Lehrer\*innen und ca. 570 Schüler\*innen zu den erfolgten Vorsorgeuntersuchungen in Grundschulen durch. Die Fragebögen wurden in Zusammenarbeit mit der Universitätszahnklinik in Gießen (Prof. Willy-E. Wetzel) erstellt.

97 % der Schüler fanden den Zahnarzt freundlich und 93 % beurteilten es als gut, dass nach den Zähnen geschaut wurde.

Diese Aussage wurde auch von allen befragten Lehrer\*innen getroffen. Ca. 90 % waren der Meinung, dass der jährliche Abstand zwischen den Untersuchungen angemessen bzw. sogar noch zu lang wäre und ebenso viele hatten den Eindruck, dass die Untersuchung von den Schüler\*innen positiv aufgenommen wurde.

Aber einige Antworten gaben auch Anlass zum Nachdenken und führten



Abb. 1: Befragung von 569 Grundschüler\*innen im Jahr 2003 zur Freundlichkeit des Zahnarztes



Abb. 2: Befragung von 569 Grundschüler\*innen im Jahr 2003 zum Nutzen der Untersuchung

letztlich zu Veränderungen im Ablauf der Untersuchungen: Auf die Nachfrage, ob die Kinder nach der Untersuchung wussten, was jetzt „mit ihren Zähnen“ los sei, antworteten ca. 80 % mit „Ja“. Auf dem ersten Blick auch ein erfreuliches Ergebnis, aber immerhin 20 % von ihnen gingen also ohne das Wissen um ihren Zahn- und Mundgesundheitszustand aus der Untersuchung. Darüber hinaus fanden es etwas mehr als 20 % der befragten Schüler\*innen und 12 % der Lehrer\*innen nicht gut, dass andere Schüler bei der Untersuchung im Raum anwesend waren.

Als Konsequenz daraus wurde auch den Schülern der Grundschulen ab diesem Zeitpunkt eine Untersuchung ohne Beisein anderer Personen angeboten. Das ermöglichte, dass sie direkt im Anschluss gefragt werden konnten, ob sie nun über ihre Zähne Bescheid wüssten bzw. noch Fragen dazu haben.

### Die Kommunalen Zahnärzt\*innen im Kindergarten

Bei unseren zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen finden wir die Karies in Deutschland heute im Kindergarten in den Milchgebissen und zwar schon in denjenigen der unter 3-Jährigen (U3).

Wir schauen heute stolz auf das Erreichen des WHO-Zieles für die Zahngesundheit 12-Jähriger für das Jahr 2020 und eher beschämt auf den scheinbar unerreichbaren Wert bei den 6-Jährigen mit 80 % naturgesunden Zähnen. Die klassische Vorsorgeuntersuchung im Kindergarten einschließlich der U3-Gruppen ist zweifellos ein notwendiger Schwerpunkt unserer Arbeit neben einer engen Kooperation mit den verschiedensten Multiplikatoren für werdende und junge Eltern.

### Die Kommunalen Zahnärzt\*innen in der Förderschule

Nach anfänglich bestürzenden zahnmedizinischen Befunden der Kinder und Jugendlichen in den verschiedenen Förderschulen im Lahn-Dill-Kreis wurden zunächst halbjährliche Untersuchungen durchgeführt. Seit Anfang der 1990er-Jahre besuchen die Prophylaxepädagoginnen zweimal jährlich diese Schulen mit Spiel- und Unterrichtseinheiten sowie bedarfsgerechten freiwilligen

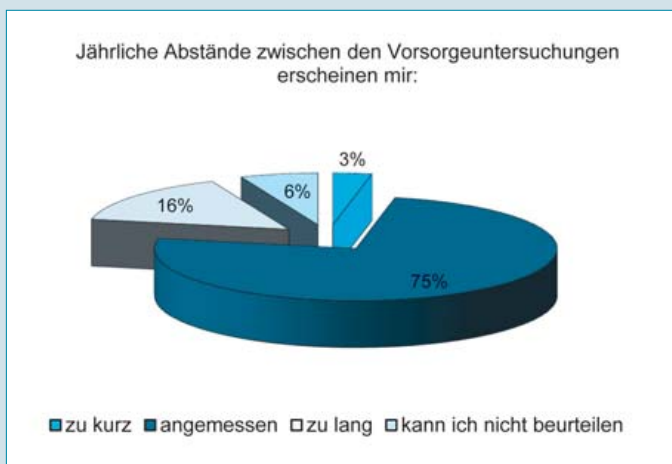


Abb. 3: Befragung von 32 Lehrer\*innen im Jahr 2003 zum Intervall der jährlichen Untersuchungen

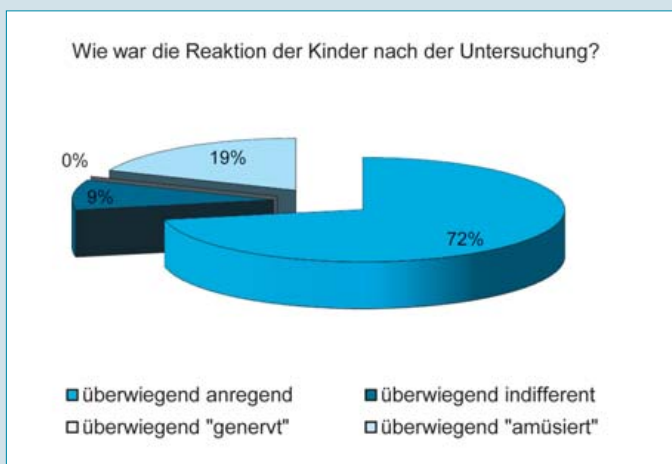


Abb. 4: Befragung von 32 Lehrer\*innen im Jahr 2003 zur Reaktion der Kinder nach der Untersuchung



Abb. 5: Befragung von 569 Grundschüler\*innen im Jahr 2003 zu Kenntnis ihres eigenen Untersuchungsergebnisses



Abb. 6: Befragung von 569 Grundschüler\*innen im Jahr 2003 zur Situation der Untersuchung (Anwesenheit von Klassenkameraden/ Klassenkameradinnen)

lokalen Fluoridierungsmaßnahmen und nehmen an Elterninformationsveranstaltungen teil. In den meisten Klassen putzen die Schüler täglich alleine oder mit Unterstützung der Lehrer\*innen die Zähne. Dadurch hat sich der Zahngesundheitszustand vieler dieser Kinder und Jugendlichen soweit verbessert, dass er mit Gleichaltrigen an der Regelschule vergleichbar ist. Die Untersuchungen finden jetzt im jährlichen Abstand statt.

### Die Kommunalen Zahnärzt\*innen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

Diese Verbesserungen der Zahngesundheit dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie bei älteren Menschen mit Behinderungen deutlich schlechter ist.

Vor etlichen Jahren wurde ich von der Leiterin einer beschützenden Werkstätte im Lahn-Dill-Kreis gebeten, Ihren Mitarbeitern eine Untersuchung der Zähne und eine Mundhygieneunterweisung anzubieten. Sie wollte diesen künftig die Möglichkeit zum Zähneputzen in der Einrichtung geben. Mit dem Einverständnis der Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter erschienen die Mitarbeiterinnen nach dem Zähneputzen in kleinen Gruppen oder nur mit ihrem persönlichen Betreuer zur Untersuchung. An drei aufeinander folgenden Vormittagen waren wir die Attraktion in der Einrichtung. Für viele der Jüngeren war ich ein bekanntes Gesicht und sie zeigten den Älteren wie so eine Untersuchung abläuft und letztlich konnten alle untersucht werden. Die Zahnstatus waren teilweise alarmierend. Im besten Fall noch mit prothetisch unversorgten stark reduzierten Restgebissen, aber häufiger fand ich schwere Parodontopathien sowie viele unbehandelte und tief zerstörte Zähne. Am Ende der jeweiligen Untersuchungen bekamen sie eine Mitteilung über das Ergebnis für die Eltern oder gesetzlichen Vertreter. Das Angebot, sich nach dem Frühstück täglich die Zähne putzen zu können, wurde anfangs geschlossen von den Arbeitsbetreuern unterstützt, ließ aber im Laufe der Zeit nach und eine Informationsveranstaltung zum Thema Mund- und Zahngesundheit für die gesetzlichen Betreuer\*innen wurde nicht in Anspruch genommen.

Bei einer erneuten Untersuchung nach 2 Jahren stellte ich fest, dass die Behandlungsempfehlung nur zum Teil umge-

setzt wurde. Einige der „schlimmsten Gebisse“ hatten sich noch verschlechtert. Aus meiner Sicht zeigt das, dass den Betreuer\*innen anscheinend mit einer reinen schriftlichen Benachrichtigung über notwendige zahnärztliche Behandlungen nicht geholfen ist. Möglicherweise haben die Betroffenen auch allgemein medizinische Befunde, die für die Betreuer\*innen an erster Stelle stehen. Es könnten aber auch eher banale Fragen dazu geführt haben, dass die Empfehlung nicht beachtet wurde, wie z. B. „Wo finde ich einen Zahnarzt, der Menschen mit Behinderungen behandelt?“ oder „Wo finde ich eine barrierefreie Zahnarztpraxis?“.

Das Ausloten der Ursachen für nicht erfolgte notwendige zahnärztliche Behandlungen und mein geplantes Engagement bei der Beobachtung des Zahngesundheitszustandes von Erwachsenen mit Beeinträchtigungen im Lahn-Dill-Kreis scheiterten letztendlich daran, dass die Leiterin der Einrichtung diese verlassen hatte. Mit ihrem Nachfolger wurden mehrfach Folgetermine vereinbart, die dann immer kurz vorher storniert wurden. Andere vergleichbare Einrichtungen zeigten grundsätzlich kein Interesse an einer zahnärztlichen Betreuung.

Um auch für diese Personengruppe eine zahnärztliche Versorgung sicher zu stellen,

würde ich ein ähnliches System vorschlagen, wie es die regionalen Arbeitskreise Jugendzahnpflege (AKJ) für Kinder und Jugendliche anbieten. Unter der Geschäftsführung und Koordination der zahnärztlichen Dienste an den Gesundheitsämtern sollte den Einrichtungen, die erwachsene Menschen betreuen, eine Zahnärzt\*in als Ansprechpartner\*in und Vermittler\*in von Karies- und Parodontitisprophylaxe im beiderseitigen Einverständnis zugeordnet sein. Untersuchende Beratungen sollten – mit dem Einverständnis der Betroffenen und deren gesetzlicher Vertreter\*innen – (vorwiegend) durch Zahnärzt\*innen im ÖGD erfolgen. Das häufige Desinteresse dieser Einrichtungen an – für die Mitarbeiter\*innen freiwilliger – zahnmedizinischer Prophylaxe (einschließlich der Vorsorgeuntersuchungen) vor Ort, sollte mit den Trägern erörtert werden und möglichst zu flächendeckend verbindlichen Vereinbarungen führen.

### Die Kommunalen Zahnärzt\*innen und die Pflege älterer Menschen

Die Gesundheitsdienstgesetze fordern auch die Mitwirkung bei der Ausbildung von Fachberufen im Gesundheitswesen und die Förderung medizinischer und pflegerischer Versorgungsstrukturen ins-

#### Prioritäten setzen: der Zahnarzt für Menschen mit Beeinträchtigungen

- Regelmäßige Untersuchungen und Prophylaxe-Angebote in den Werkstätten
- Organisation analog der regionalen Arbeitskreise Jugendzahnpflege

Abb. 7: Zahnärzt\*innen für Menschen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen

#### Prioritäten setzen: der Zahnarzt für Senioren und Pflegebedürftige

- Unterricht in Altenpflegeschulen
- Organisation von Personalschulungen für Pflegeheime und ambulante Pflegedienste

Abb. 8: Zahnärzt\*innen für Senioren und Pflegebedürftige

besondere für ältere Menschen. In diesem Zusammenhang komme ich jetzt zu dem Bereich Alterszahnheilkunde.

Neben dem Unterricht in der Altenpflege-schule war die Alterszahnheilkunde seit einer Kreisgesundheitskonferenz im September 2012 zum Thema „Mundgesundheit und Pflege“ in die Aufmerksamkeit der regionalen Öffentlichkeit gerückt. Nach einem Impulsreferat von Prof. Wöstmann aus der Universitätszahnklinik in Gießen wurde eine Umfrage in den Pflegeheimen des LDK vorgestellt, die zeigte, dass bei 70 % der Einrichtungen ein großes Interesse an einer besseren zahnmedizinischen Betreuung und einer themenbezogenen Schulung des Personals bestand.

Eine Arbeitsgruppe aus Vertreter\*innen der Pflegeeinrichtungen, der Zahnärzt\*innen und der Uni Gießen erstellte Empfehlungen zur Zahn- und Mundpflege in den Pflegeeinrichtungen. Aufgrund der hohen Nachfrage wurden daraufhin Fortbildungsangebote für die Einrichtungen und die ambulanten Pflegedienste angeboten. Die Seniorenvertreter\*innen wiesen darauf hin, dass der größte Teil der pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Umgebung von Angehörigen versorgt wird. Auch diesen sollten Informationsveranstaltungen angeboten werden.

Konfrontiert mit einer großen Erwartungshaltung bei den Heimen im Hinblick auf Mitarbeiterschulungen und Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung, boten wir schon vor der Gesundheitskonferenz im August 2012 eine Fortbildungsveranstaltung für die Zahnärzt\*innen im LDK an.

Erschienen waren hierzu hoch motivierte zahnärztliche Rentnerinnen und Rentner sowie eine Kollegin, die wegen ihrer kleinen Kinder damals nicht berufstätig war. Frau Dr. Bausback-Schomakers, die Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes am Gesundheitsamt in Frankfurt am Main, unterstützte uns dabei durch einen Bericht über ihre Erfahrungen mit Fortbildungen für Pflegekräfte. Eine ältere Kollegin, der die mangelnde Zahn- und Mundhygiene bei Ihrer über 90-jährigen pflegebedürftigen Mutter in einem Berliner Nobelseniorenheim aufgefallen war, schilderte ihre Mitarbeiterschulungen in einem Pflegeheim im LDK. Anschließend wurden den Teilnehmern verschiedene Schulungsunterlagen und das Ergebnis der Umfrage in den Pflegeheimen vorgestellt. Die Ver-

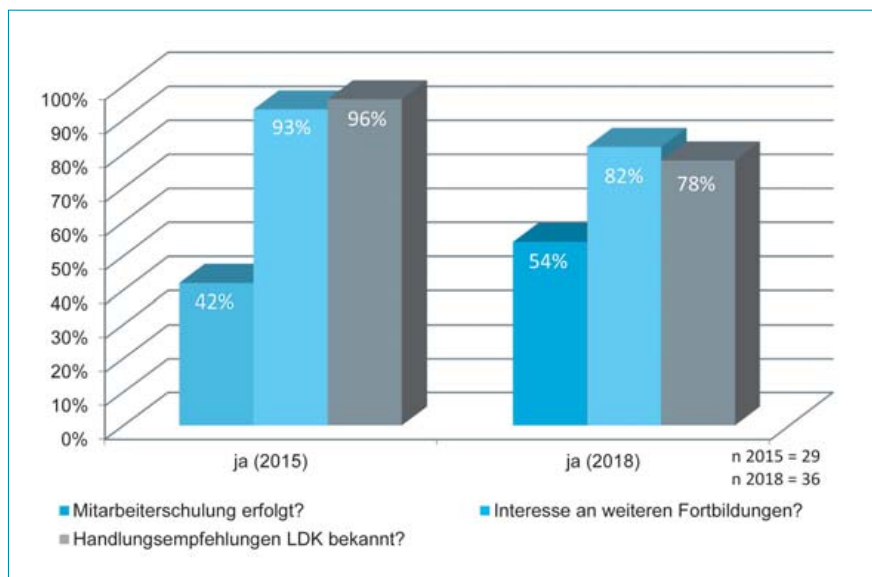


Abb. 9: Ergebnisse der Befragung von Altenpflegeheimen 2015 und 2018

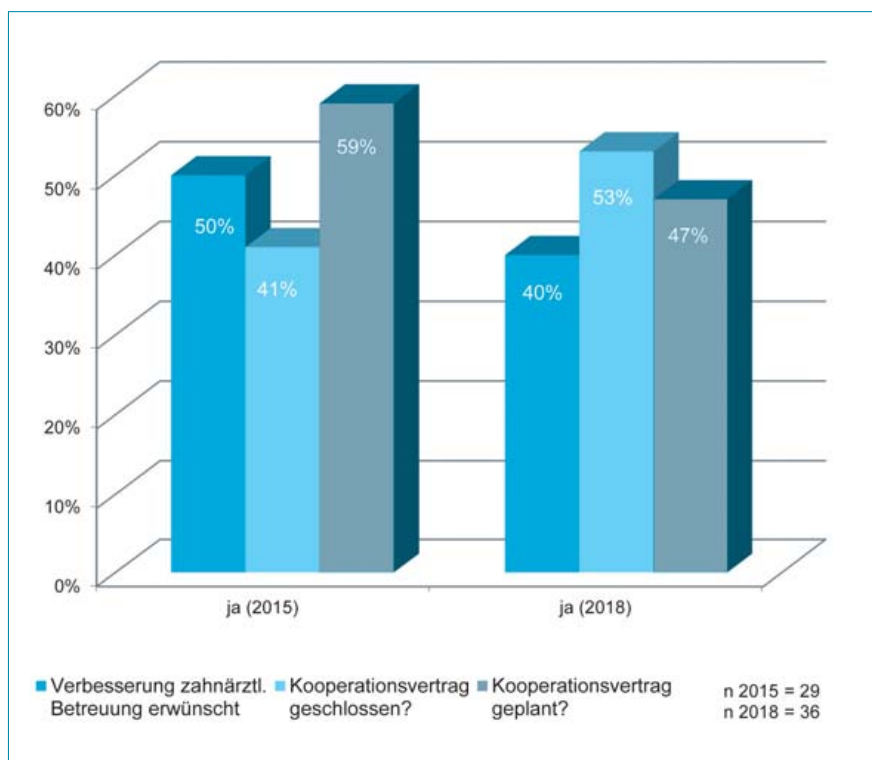


Abb. 10: Der Abdeckungsgrad der geschlossenen Kooperationsverträge gem. §119b SGB V ist das Ergebnis jahrelanger guter Zusammenarbeit mit den Vertretern der niedergelassenen Zahnärzt\*innen

**Prioritäten setzen: unsere Personalverantwortung**

- Fortbildungsangebote über Personalverantwortung an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen etablieren

Abb. 11: Unsere Personalverantwortung

antwortliche im Vorstand der Landes-zahnärztekammer Hessen (LZKH), Frau Dr. Antje Köster-Schmidt, veranlasste, dass im Gesundheitsamt in Herborn ein „Pflegekoffer“ zur Ausleihe deponiert werden konnte.

Mir erscheint es hier wichtig zu erwähnen, dass bereits mit der Planung der Gesundheitskonferenz die örtlichen Vertreter der LZKH und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen (KZVH) in jeder Phase mit eingebunden und sehr kooperativ waren. Es erwies sich dabei als sehr hilfreich, dass wir bereits seit vielen Jahren im AKJ Lahn-Dill vertrauens- und respektvoll eng zusammengearbeitet hatten.

In der Folge fanden zahlreiche Schulungen in Pflegeeinrichtungen und Informationsveranstaltungen für die niedergelassenen Zahnärzt\*innen sowie für die ambulanten Pflegedienste bei Treffen der regionalen Seniorenbeiräte statt.

Die größte Herausforderung stand uns noch bevor: Wie bringen wir unsere Message zu den pflegenden Angehörigen? In unserem relativ großen Flächenkreis erschien uns eine zentrale Veranstaltung nicht geeignet zu sein und so konzentrierten wir uns auf die Kreisstadt Wetzlar. Ein geeigneter großer Raum war schnell gefunden. Als günstigster Zeitpunkt wurde der frühe Nachmittag gewählt. Die Werbetrommel lief über sämtliche regionale Druckmedien und zusätzlich wurden Flyer in Apotheken und Sanitätsgeschäften ausgelegt. Dann kam der große Tag. Was nicht kam, war unser Auditorium. Ein voller Reinfall also, der immer noch nach einer Auflösung sucht.

Wesentlich erfolgreicher war die Vermittlung von Kooperationsverträgen gem. §119b SGB V zwischen Pflegeeinrichtungen und unseren niedergelassenen Zahnärzt\*innen.

Im April 2019 hatten im Lahn-Dill-Kreis alle Einrichtungen, die einen Vertrag abschließen wollten (73 %), einen geeigneten zahnärztlichen Partner vor Ort gefunden. In Hessen lagen die entsprechenden Werte im März 2019 bei 39 % und bundesweit im Dezember 2017 bei 27 %. Die Vergleichswerte waren die jeweils aktuellsten, die mir zur Verfügung standen.

Mit einem zunehmenden Anteil an Kooperationsverträgen sank auch die Unzufriedenheit mit der zahnärztlichen Versorgung von 50 % im Jahr 2015 auf 40 % im Jahr 2018.

## Warum vom Schulzahnarzt zum Kommunalen Zahnarzt?

- (An)erkennung und Beschreibung unserer vielfältigen Aufgaben beim Erfüllen der gesetzlichen Grundlagen
- Wiedererlangen selbstständiger Fachdienste im Organigramm

Abb. 12: Warum vom Schulzahnarzt zum Kommunalen Zahnarzt?

Die letzten News zum Thema Mundgesundheit und Pflege verdanke ich dem oben schon genannten Kreisstellenleiter. Er richtet gerade in einem Pflegeheim in Herborn ein multifunktionales Behandlungszimmer für Zahnärzte und Ärzte ein. Angegliedert ist ein vorbildliches Aufbereitungszentrum für die verwendeten Medizinprodukte. Dieses Behandlungszimmer soll hessischen Kollegen als Muster dienen und auch ein Ort für praktische Schulungen der Kollegenschaft sein.

### Die Kommunalen Zahnärzt\*innen bei Hygienebegehungen

Zu den Aufgaben durch die Gesundheitsdienstgesetze gehört auch Überwachung der Einhaltung von Anforderungen der Hygiene zum Beispiel durch Hygienebegehungen in Zahnarztpraxen. In den meisten Gesundheitsämtern fallen diese in den Aufgabenbereich der Hygienefachdienste. Die Amtsleitung war sich einig mit mir, dass diese Begehungen mit zahnmedizinischer Unterstützung erfolgen sollten.

Eine Zahnmedizinische Fachangestellte des zahnärztlichen Dienstes hatte deshalb eine Weiterbildung zur technischen Sterilisationsassistentin absolviert. Von Beginn an begleitete sie unsere Hygieneärztin am Gesundheitsamt und mich bei den Begehungen. Inzwischen ist ständig auch ein Hygieneingenieur anwesend.

Bei einer im Vorfeld der Hygienebegehungen stattgefundenen Kreisstellensitzung wurde den Zahnärzten mitgeteilt, dass sich diese an der entsprechenden Checkliste der LZKH orientieren. Diese Kreisstellensitzung war die seit Jahren bestbesuchte ihrer Art – vielleicht auch, weil die Leiterin des Fachdienstes Zuwanderung und Integration anwesend war und gemeinsam mit mir Fragen zur zahnmedizinischen Versorgung von Migranten beantwortete.

Inzwischen berichten die Kollegen bei den Kreisstellensitzungen regelmäßig von ihren Erfahrungen mit den Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt. Die freundliche und kollegiale Beratung wird genauso häufig erwähnt wie der Hinweis, dass die Hygiene sehr gründlich überprüft wird. Einschätzungen, die die Begehungen sicher gut beschreiben.

### Weitere Aufgaben der Kommunalen Zahnärzt\*innen

Neben der vielfältigen Tätigkeit als Gutachter, auf die ich hier aus Platzgründen nicht näher eingehen möchte, haben Kommunale Zahnärzte auch Personalverantwortung. Weder im Studium noch in der theoretischen fachzahnärztlichen Ausbildung in Düsseldorf wurde Personalführung auch jemals nur erwähnt.

In den Verwaltungen finden entsprechende interne Fortbildungsangebote durch den Arbeitgeber statt, aber ich wünsche mir, dass auch unsere Akademie uns umfangreich auf unsere Personalverantwortung vorbereitet und hier Schulungen anbietet (Abb. 12). Das könnte sicher auch ein sinnvolles Angebot für den einen oder die andere Amtsleiter\*in sein.

### Schlusswort

Bis hier sind wohl ausreichend Gründe aufgeführt, warum die Bezeichnung „Schulzahnärzt\*in“ nur einen kleinen Teil unserer Aufgaben und Tätigkeiten beschreibt. Ich plädiere vielmehr für die Bezeichnung „Kommunale Zahnärzt\*in“, die einen weitaus zutreffenderen Eindruck von diesem vielfältigen Berufsbild vermittelt. Damit verbinde ich auch die Forderung, dass die zahnärztlichen Dienste wieder als selbstständiger Fachdienst in

den Organigrammen der Gesundheitsämter auftauchen sollen. Für mich bedeutet das nicht nur Anerkennung und Wertschätzung unserer vielfältigen Aufgaben innerhalb des Gesundheitsamtes, sondern es macht unser Angebot auch für externe Kooperationspartner und nicht zuletzt für die Bevölkerung sichtbar (Abb. 13).

Eigenständige zahnärztliche Dienste, die am Gesundheitsdienst nicht automatisch dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst dienst- und fachaufsichtsmäßig zugeordnet sind, verkürzen zudem Hierarchien und Kommunikationswege und bilden das ab, was z. B. in Personal- und Budgetverantwortung de facto jetzt schon umgesetzt wird.

– Literatur beim Autor –

**Korrespondenzadresse**  
carl@wleklinski.com



**Abb. 13:** Der Kommunale Zahnarzt mit seinen Mitarbeiterinnen in der öffentlichen Wahrnehmung

<sup>1)</sup> Anmerkung der Redaktion: Im Zusammenhang mit dem männlichen Autor wurde im Titel auf das Gendern verzichtet.

**Silke Riemer**

## Niederschwellige Parodontitis-Behandlung nach § 22a SGB V

Die letzte Mundgesundheitsstudie DMS V belegte mit Daten aus den Jahren 2013 bis 2014, dass bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährigen) jeder zweite von moderater bis schwerer Parodontitis betroffen ist [1]. Menschen mit Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Teilhabe einschränkung schneiden ungleich schlechter ab. So besteht beispielsweise für Menschen mit Trisomie 21 ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Vorkommen an Parodontitis [2].

Bei Prävention und Therapie dieser entzündlichen Erkrankung wird vor allem ein Rückgang von schweren Verlaufsformen angestrebt, was in den Mundgesundheitszielen für 2030 verankert ist [3]. Damit in Einklang wurde im Juli 2021 die Therapie der Parodontitis für gesetzlich Krankenversicherte aktualisiert, aufgewertet und erweitert. Das umfangreiche systematische Behandlungskonzept berücksichtigt nun die internationale Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zuständen (Chicago, 2017) [4]. Bei der Parodontitis wird nach Schweregraden und Komplexität (Stadien I - IV) sowie nach Progressionsraten (Grad A - C) unterschieden.

Hauptbestandteile des Behandlungskonzepts sind die Antiinfektiöse Therapie (AIT)

und die als innovativ zu bewertende Unterstützende Parodontitis Therapie (UPT). Die AIT entspricht der subgingivalen Instrumentierung/geschlossenen Kürettage aller erkrankten Parodontien unterschieden nach AIT a für einwurzelige und AIT b für mehrwurzelige Zähne. Die UPT ermöglicht innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren je nach Progressionsrate wiederholte Maßnahmen zur Sicherung des Therapieerfolges, wie Mundhygienekontrolle und Unterweisung (UPT a, b), (supra-)gingivale Reinigung (UPT c), Messung der Sondierungstiefen (UPT d), erneute subgingivale Instrumentierung als „UPT e“ für einwurzelige Zähne und als „UPT f“ für mehrwurzelige, sowie die Untersuchung des parodontalen Zustands (UPT g). Bei rascher Progressionsrate (Grad C) sind alle vier Monate unterstützende Maßnahmen vorgesehen, bei moderater (Grad B) alle sechs und bei langsamer (Grad A) alle zwölf Monate. Eine Verlängerung um bis zu sechs Monate kann beantragt werden. Zum systematischen Behandlungskonzept vor der Antiinfektiösen Therapie zählen der Parodontale Screening Index (PSI, Bema 04), der Befund mit Parodontalstatus (Bema 4), sowie das Aufklärungsgespräch (ATG) und die Mundhygieneunterweisung (MHU). Nach Beantra-

gung durch die Zahnärzt\*in und Genehmigung durch die GKV kann die Therapie beginnen. Nach der AIT ist eine Befundevaluation (BEV a) durchzuführen, welche klärt, ob die zweijährige Phase der UPT beginnt oder noch eine chirurgische Parodontitis Therapie an ein- oder mehrwurzeligen Zähnen (CPT a, b), (offene Kürettage) indiziert ist [5]. Auf die CPT folgt eine weitere Evaluation (BEV b).

Wenn bei Versicherten nach § 22a SGB V das umfangreiche Behandlungskonzept nicht durchführbar ist, kann unter Wahrung der unten genannten Voraussetzungen die Antiinfektiöse Therapie als allein stehende Leistung durchgeführt werden. Die Pflicht zur Genehmigung entfällt. Die Modifizierung des Therapiekonzepts ist lediglich zu begründen und bei der GKV anzuzeigen. Dafür steht der Vordruck 5 e zur Verfügung, der sehr übersichtlich gestaltet ist. Bei der Abrechnung sind die Leistungen mit „S“ zu kennzeichnen. Die Umsetzung einer adäquaten Parodontitis Therapie wird dadurch sowohl für Patient\*innen als auch für Zahnärzt\*innen deutlich erleichtert.

Voraussetzungen sind, dass die Versicherten entweder einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI haben oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten. Das ist in der

Patientenakte zu vermerken. Darüber hinaus muss eine von drei Begründungen angegeben werden. Dazu zählen Einschränkungen der Fähigkeit zur Mundhygiene oder zur Kooperation und die Notwendigkeit der Behandlung in Allgemeinnarkose. Die Diagnose Parodontitis kann gestellt werden, wenn Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr gemessen wurden.

Die geplanten Leistungen sind in der Regel reduziert auf die AIT a und b unter Aufzählung der Zähne. Es besteht kein

Anspruch auf CPT. Hat der/die Versicherte\* jedoch Bedarf für eine Behandlung in Allgemeinnarkose und wurden Taschentiefen von 6 mm oder mehr dokumentiert, kann an diesen Zähnen eine CPT a oder b anstelle einer AIT durchgeführt werden, siehe oben. Der Ausnahmefall ist zu begründen. Bei der Kombination von AIT und CPT werden zwei Begründungen angegeben, hier kurzgefasst als Allgemeinnarkose und geschlossenes Vorgehen sowie Allgemeinnarkose und offenes Vorgehen [6].

Wenn den Versicherten nach § 22a SGB V die Inanspruchnahme von adäquater Parodontitis Therapie erleichtert wird, ist damit jetzt eine Voraussetzung geschaffen, dass sich schwere Verlaufsformen in Zukunft minimieren können. Das ist eine wesentliche Errungenschaft für Menschen mit Beeinträchtigungen oder Teilhabebeeinträchtigung.

– Literatur bei der Autorin –  
**Korrespondenzadresse**  
 riemer@bzoeg.de

**Silke Riemer**

## Fluorid-Dosierung der Kinderzahnpaste Erst Reiskorn-, dann Erbsengröße

Die Zahngesundheit im frühen Kindesalter entspricht in Deutschland nicht den gesteckten Gesundheitszielen. Im Jahr 2016 hatte etwa jedes fünfte Kind im Alter von drei Jahren frühkindliche Karies, wobei hier Initialläsionen einbezogen sind. 2016 veröffentlichte die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) verstärkte Maßnahmen gegen frühkindliche Karies im Rahmen der Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V). Zahnärztliche Fachgesellschaften empfahlen den Fluoridgehalt von Kinderzahnpaste von 500 auf 1.000 ppm anzuheben und damit der europäischen Leitlinie zur Kariesprävention mit Fluorid anzupassen. Seit 2019 können gesetzlich Versicherte auch im frühen Kindesalter vom 6. bis zum 33. Lebensmonat drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen und zweimal halbjährlich Applikationen mit Fluoridlack erhalten. Die Fachgesellschaften der Pädiatrie, Zahnheilkunde, Geburtshilfe und Ernährung erarbeiteten unlängst einen Konsens zur Kariesprävention. Im April 2021 wurden gemeinsame Empfehlungen zur Darreichungsform und Dosierung für vier frühkindliche Entwicklungsstufen veröffentlicht.

### Verständliche Vermittlung ohne Fachtermini

Wichtig ist eine verständliche Vermittlung der Empfehlungen an Eltern und Pflegepersonen. Ihnen sollte erklärt werden, dass Fluorid zur Kariesvorbeugung und Vitamin D zur Knochenbildung



**Abb. 1:**  
 Aufgetragene  
 Zahnpaste in  
 Reiskorngröße:  
 0,125 g Kinderzahn-  
 pasta mit 1.000 ppm  
 Fluorid  
 (Abb. Copyright  
 BLE 2021)

erforderlich sind. Wählen Sie eine für Laien verständliche Sprache ohne Fachtermini und nutzen Sie Anschauungsmaterialien. Die folgende Präsentation der Darreichungsformen und Dosierungen ist bewusst einfach gehalten, damit sie für die Vermittlung verwendet werden kann.

### Kurze Empfehlungen zur Fluoridgabe

#### 1. Stufe – bei U1 bis U4 Nach der Geburt bis zum Durchbruch des ersten Zahns

Der Säugling erhält einmal täglich eine Fluorid-Vitamin-D-Tablette. Der Kinder-

arzt verordnet ein Kombinationspräparat mit der Dosis von 0,25 mg Fluorid und 400 bis 500 I. E. Vitamin D.

#### 2. Stufe – bei FU 1a-b, U5, Gruppenprophylaxe (GP), § 21 SGB V Nach Zahndurchbruch bis zum ersten Geburtstag

Die Eltern oder Pflegepersonen putzen dem Säugling nach dem Zahndurchbruch zweimal täglich mit einer Kinderzahnbürste die Zähne. Die Eltern können bei der Gabe von Fluorid zwischen zwei Möglichkeiten wählen: Entweder sie verwenden eine Kinderzahnpaste mit



1.000 ppm Fluorid in der Größe eines Reiskorns (0,125 g) (Abbildung 1) oder sie geben weiter die Fluorid-Vitamin-D-Tablette und putzen mit Kinderzahnpaste ohne Fluorid. Das Auftragen der kleinen Menge Zahnpaste in Größe eines Reiskorns müssen die Eltern verstanden haben und ausführen können. Die Gabe von Vitamin D wird bei Kleinkindern bis zu ihrem zweiten Frühsommer empfohlen. Wenn fluoridhaltige Kinderzahnpaste angewendet wird, muss Vitamin D gesondert zugeführt werden. In diesem Fall ist auf den Kinderarzt zu verweisen. Kinderzahnpasten mit süßem Geschmack sollten nicht verwendet werden.

### 3. Stufe – bei FU 1b, GP, § 21 SGB V

#### Im Alter von 12 bis unter 24 Monaten

Wenn Eltern seit dem ersten Milchzahn bereits zweimal täglich fluoridhaltige Kinderzahnpaste (1.000 ppm) angewandt haben, führen sie das fort. Alle anderen Eltern sind anzuweisen, die Milchzähne ab jetzt mit Kinderzahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid zweimal am Tag zu putzen. Die Menge entspricht weiterhin der Größe eines Reiskorns (0,125 g). Die Fluorid-Vitamin-D-Tablette wird abgesetzt. Falls Kinder noch eine Vitamin-D-Gabe benötigen, ist auf den Kinderarzt zu verweisen.

### 4. Stufe – bei FU 1b-c, FU Pr, FU 2, GP, § 21 SGB V

#### Im Alter von zwei bis sechs Jahren (24 bis 72 Monate)

Die Menge der Kinderzahnpaste ist jetzt auf die Größe einer Erbse zu erhöhen (0,25 g) (Abbildung 2). Die Eltern putzen die Milchzähne mindestens zweimal, höchstens dreimal täglich. Das Zähneputzen in der Kita zählt mit. Es wird weiter Kinderzahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid verwendet.

**Bei der Dosierung von Fluorid zur Kariesprävention ist die Fluorid-Zufuhr aus anderen Quellen außer Tabletten und Zahnpaste einzuberechnen.** Deshalb ist abzuklären, ob zur Zubereitung von Säuglingsnahrung Mineralwasser ggf. Trinkwasser mit einem Fluoridgehalt von 0,3 mg/l oder mehr verwendet wird. In diesem Fall wird keine Fluorid-Vitamin-D-Tablette, sondern nur ein Vitamin D Supplement verabreicht. Die ersten



**Abb. 2:**  
Aufgetragene  
Zahnpaste in  
Erbsengröße:  
0,25 g Kinderzahn-  
paste mit 1.000 ppm  
Fluorid  
(Abb. Copyright  
BLE 2021)

Milchzähne können trotzdem einmal täglich mit einer reiskorngroßen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste geputzt werden.

### Eltern befähigen, Inhalte zu verstehen und umzusetzen

Außerdem empfiehlt es sich, den Eltern zu erklären, worauf es beim Putzen der Milchzähne ankommt. Zum Beispiel auf das Weghalten der Oberlippe und das Aussparen des Lippenbändchens bei den

oberen Schneidezähnen. Die neuen Empfehlungen zur Kariesprävention mit Fluorid verbessern und ergänzen die bisherigen Maßnahmen zur Verhinderung von frühkindlicher Karies. Der Kanon dieser Strategie setzt auf befähigte Eltern, welche die Inhalte verstanden haben und sie umsetzen.

### Präventionsprogramme und Zähneputzen in der Kita

Für Kinder, deren Eltern nicht die erforderliche Kompetenz erlangen, sind das tägliche Zähneputzen in der Kita sowie die Präventionsprogramme der Gruppenprophylaxe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes die einzige Chance, Karies vorzubeugen. Deshalb sollte das tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpaste in den Kitas landesweit umgesetzt werden. Den Eltern wünschen wir Geduld und Freude bei der Zahnpflege und den Kindern gesunde Zähne!

– Literatur bei der Redaktion –

**Korrespondenzadresse**  
riemer@bzoeg.de

Mit freundlicher Genehmigung  
der ZÄK Berlin,  
Erstpublikation Mitteilungsblatt  
Berliner Zahnärzte 7-8/2021, S. 10-11

■ Die Publikation „Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben“ im Sonderdruck April 2021 der Monatsschrift Kinderheilkunde, wie auch die Abbildungen und weitere Materialien sind unter [www.gesund-ins-leben.de](http://www.gesund-ins-leben.de) zu beziehen.

■ Hinweise u. a. zu gesunder Ernährung erhalten Sie in der aktuellen Information der DAJ und beim Netzwerk Gesund ins Leben.

■ Weitere Informationen zur Handlungsempfehlung und zur Fluoridanwendung: Netzwerk Gesund ins Leben.

E-Mail: [maria.flothkoetter@ble.de](mailto:maria.flothkoetter@ble.de)

## 71. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG

# Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Jetzt die Zukunft

BVÖGD  Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

 **BZÖG**  
BUNDESVERBAND  
der Zahnärztinnen und Zahnärzte des  
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

## 12. bis 14. Mai 2022 Maritim Hotel Magdeburg



Sehr geehrte Kolleginnen,  
sehr geehrte Kollegen,

nach zwei Jahren Pandemie-  
bedingter Kongresspause findet der  
71. wissenschaftliche Kongress des  
BVÖGD und des BZÖG in Magde-  
burg in Präsenz unter dem Motto:  
„Der Öffentliche Gesundheitsdienst  
– Jetzt die Zukunft“ statt. Damit soll  
die aktuelle Situation vor, während  
und nach der Pandemie im ÖGD und

insbesondere die mit der Pandemie  
erfahrene politische Unterstützung  
durch den „Pakt für den ÖGD“ auf-  
gegriffen werden.

Beide Bundesverbände laden Sie  
herzlich ein, die für Sie interes-  
santen Programmpunkte des Kon-  
gresses zu besuchen sowie Ihre  
Erfahrungen und Arbeitsergebnisse  
auf dem Gebiet des Öffentlichen  
Gesundheitswesens in die Diskus-  
sionen einzubringen.

### Für den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorsitzende:  
Dr. med. Ute Teichert MPH c/o  
Geschäftsstelle BVÖGD  
Joachimsthaler Straße 10  
10719 Berlin  
E-Mail: [ute.teichert@bvoged.de](mailto:ute.teichert@bvoged.de)

### für den Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

1. Vorsitzender:  
Dr. Michael Schäfer MPH  
Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte  
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.  
Domhofstr. 29a · 53179 Bonn  
E-Mail: [schaefer@bzoeg.de](mailto:schaefer@bzoeg.de)

### Themen

- Amtsärztlicher Dienst / Gutachtenwesen
- GBE und Prävention
- Infektionsschutz
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Krisenmanagement
- Psychiatrie
- Umweltmedizin
- Zahnmedizin

### Ansprechpartner für das Zahnärztliche Programm

Dr. Uwe Niekusch, Tel. 06221-522 1846  
E-Mail: [niekusch@bzoeg.de](mailto:niekusch@bzoeg.de)  
[www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

**m:con – mannheim:congress GmbH**  
Rosengartenplatz 2  
68161 Mannheim

### Projektleitung

Roman Kopf  
Telefon: 0621 - 4106 372  
E-Mail:  
[roman.kopf@mcon-mannheim.de](mailto:roman.kopf@mcon-mannheim.de)

### Teilnehmerregistrierung

Lena Völker  
Telefon: 0621 - 4106 371  
E-Mail:  
[lena.voelker@mcon-mannheim.de](mailto:lena.voelker@mcon-mannheim.de)

# 71. Wissenschaftlicher Kongress in Magdeburg: Willkommen in der Ottostadt

**NUR NOCH 6 MONATE  
BIS ZUM KONGRESS**



Foto: Landeshauptstadt Magdeburg © Romy Buhr

Die Landeshauptstadt von Sachsen-Anhalt an der Elbe hat vieles zu bieten! Den Beinamen „Ottostadt“ hat Magdeburg vom findigen Physiker Otto von Guericke, der hier Bürgermeister war.

Magdeburg ist mit einem Alter von 1.200 Jahren eine der ältesten Städte in

den östlichen Bundesländern. Kaum eine andere Stadt in Mitteleuropa hat eine vergleichbar bewegte Historie. Die Stadt war bereits vor der politischen Wende in Deutschland eine äußerst produktive Stätte für die Schaffung von Kunstwerken im öffentlichen Raum, insbesondere im

Markt-, Elb-, Dom- und Gründerzeitviertel. In den letzten 20 Jahren ist Magdeburg durch weitere nationale und internationale Werke bereichert worden, sodass auch auf Straßen und Plätzen im gesamten Stadtgebiet Kunstwerke aller Art und Epochen besichtigt werden können.

# Infografik Kariesprävention mit Fluorid

