

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Kinder-Richtlinie: Dokumentation der
zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen

Vom 15. Mai 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Einheitliche Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen.....	2
3.	Inhalte der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen Z1 – Z6 in der Anlage 1 der Kinder-RL	3
3.1.1	Befunderhebung.....	4
3.1.2	Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z1.....	5
3.1.3	Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z2.....	9
3.1.4	Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z3.....	10
3.1.5	Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z4.....	11
3.1.6	Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z5.....	11
3.1.7	Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z6.....	12
4.	Stellungnahmeverfahren	12
5.	Bürokratiekostenermittlung	14
6.	Verfahrensablauf	15
7.	Fazit.....	16

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten. Gemäß § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Näheres zu den Untersuchungen ist entsprechend den gesetzlichen Prüf- und Regelungsaufträgen gemäß § 26 Absatz 2 i.V.m. § 25 Absatz 3 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V in der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie [Kinder-RL]) geregelt.

Anlass zur Änderung der Kinder-RL ist das Beratungsergebnis auf der Grundlage des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Verfahrensordnung des G-BA zur Regelung einer einheitlichen Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat am 10. Mai 2022, aktualisiert am 16. August 2022 und 3. November 2022, die Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Verfahrensordnung des G-BA zur Regelung einer einheitlichen Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen beantragt.

Ziel ist es, die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen gemäß §§ 5 und 8 der Richtlinie über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (FU-RL) erstmals in einheitlich festzulegenden Dokumentationsparameter in der Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder [U-Heft]) der Kinder-RL abzubilden.

Mit dem vorliegenden Beschluss zur Änderung der Kinder-RL werden in Verbindung mit dem Beschluss vom [Veröffentlichungsdatum] der FU-RL zur Regelung einer verpflichtenden Dokumentation von zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen Regelungen zur einheitlichen Dokumentation, welche den Umfang und die Form der Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen festlegen, beschlossen.

2.1 Einheitliche Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen

Mit dem neuen § 12 in der FU-RL wird erstmals die Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen geregelt und festgelegt.

Die Elterninformation sowie die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse erfolgt im U-Heft nach Anlage 1 der Kinder-RL. Die praxisinterne Dokumentation nach § 8 Absatz 3 Bundesmantelvertrag - Zahnärzte in der Fassung vom 25.04.2018, zuletzt geändert am 19.02.2024, in Kraft getreten am 20.02.2024, bleibt davon unberührt.

Die Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt derzeit in den von einzelnen Landeszahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen herausgegebenen zahnärztlichen Untersuchungsheften („Kinderzahnpässen“). Diese unterscheiden sich in Teilen stark voneinander.

Mit der Neuaufnahme des § 12 in der FU-RL wird die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungsdokumentation bundeseinheitlich geregelt und dadurch vereinheitlicht.

Die Aufnahme von Elterninformationen und die Dokumentation von Untersuchungs- und Anamneseergebnissen in das Untersuchungsheft für Kinder (U-Heft) soll zur Verbesserung der Information der Eltern und zur Erhöhung der Inanspruchnahmerate der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen beitragen. Ziel ist die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit im Kindesalter.¹

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und zur Bewahrung der Struktur des U-Hefts erfolgt die Dokumentation der sechs zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen geschlossen in einem eigenen Teil nach der Untersuchung „U9 60.-64. Lebensmonat“.

Dazu werden in § 12 der FU-RL Regelungen aufgenommen, die den Regelungen des § 69 Absatz 1 der Kinder-RL entsprechen.²

In der Anlage 1 ist nach der Teilnahmekarte eine Terminübersicht über die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen vorgesehen.

3. Inhalte der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen Z1 – Z6 in der Anlage 1 der Kinder-RL

Zum einen bestehen die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen aus Befunderhebungen. Diese sind der Sekundärprävention zuzuordnen und haben zum Ziel, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen und sie vor Eintritt eines manifesten Schadens bzw. einer Chronifizierung zu behandeln.³

Zum anderen umfassen die Früherkennungsuntersuchungen primärpräventive Inhalte mit dem Ziel, die Entstehung von Krankheiten zu verhüten: Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Empfehlungen zur Fluoridanwendung mittels Zahnpaste. Bei den Beratungen wird der Ansatz „Verhaltensprävention“⁴ umgesetzt, bei der Fluoridlackanwendung der Ansatz „biomedizinische Prävention.“⁵

Die Inhalte der Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen richten sich nach den vorgegebenen Leistungen gemäß §§ 5 und 8 der FU-RL. Die sechs zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen werden in der Dokumentation durchlaufend als Z1 bis Z6 bezeichnet.

Der Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen wird jeweils eine Elterninformation vorangestellt. Bei der ersten Früherkennungsuntersuchung Z1 in Teil B der FU-RL – Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern – sowie bei der ersten

1 Gaarz, Meyer-Wübbold, Geurtsen, Günay: Verankerung der „zahnärztlichen Gesundheitsfrüherkennung“ in Mutterpass und Kinderuntersuchungsheft, Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 376–389.

2 „Als Untersuchungsheft für Kinder im Sinne dieser Richtlinie gelten sowohl das Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 als auch das elektronische Untersuchungsheft für Kinder gemäß den Festlegungen nach § 355 Absatz 1 SGB V. Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt sowohl in der Patientenakte als auch im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1. Darüber hinaus wird jeweils die Teilnahme an den Untersuchungen (U2 bis U9) auf einer separaten Teilnahmekarte des Untersuchungsheftes für Kinder dokumentiert. Die Dokumentationen nach den Sätzen 2 und 3 erfolgen jeweils gemeinsam entweder im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1 oder auf Wunsch der Versicherten im elektronischen Untersuchungsheft für Kinder.“

3 Franzkowiak P: Prävention und Krankheitsprävention. BZgA-Leitbegriffe. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/>

4 Weitkamp J, Oesterreich D, Ziller S (2015): Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland. Public Health Forum 13, 2 – 3

5 Strippel H: Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5., vollständ. überarb. Auflage, 227 – 239, Hogrefe Verlag 2018

Früherkennungsuntersuchung Z4 in Teil C der FU-RL – Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern – werden die wesentlichen Informationen vollständig und detailliert vermittelt: Welche Zähne in diesem Alter durchbrechen, dass eine Befunderhebung zum frühzeitigen Erkennen von Zahnerkrankungen erfolgt, welche Befunde auftreten können, welche Beratungsinhalte vermittelt werden, was die Eltern zu Hause hinsichtlich der Fluoridanwendung für die Mundgesundheit des Kindes tun können und dass zwei gesonderte Leistungen die Früherkennungsuntersuchung ergänzen können. Die eine – praktische Anleitung zur Mundhygiene – kommt nur bei Kindern im Alter vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat zum Tragen, während die andere – Fluoridlackanwendung – auch vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat vorgesehen ist. Bei den Früherkennungsuntersuchungen Z4 bis Z6 kommt wiederum eine Einschätzung des Kariesrisikos hinzu.

3.1.1 Befunderhebung

Bei der Befunderhebung – der eingehenden Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten – sind die häufigsten möglichen Befunde als ankreuzbare Items vorgegeben. Es handelt sich um Plaque, kariöse Initialläsionen, kariöse Defekte, Frontzahntrauma sowie Gingivitis. Nicht genannte, ankreuzbare Befunde können in das Freitextfeld „Weitere Befunde“ eingetragen werden.

Kariöse Defekte werden bei Babys und Kleinkindern häufig durch Nuckelflaschengebrauch verursacht. Bei etwa zweijährigen Kindern wiesen Kinder, die derzeit oder früher jede Nacht die Nuckelflasche erhielten, fast zehnmal mehr Karies auf als Kinder, die die Flasche seltener oder gar nicht erhielten.⁶ Das Kariesrisiko erhöht sich dazu deutlich, wenn gesüßte Getränke in Nuckelflaschen oder Trinklernbechern gegeben werden.

Liegen Defekte vor, wird die Zahnärztin oder der Zahnarzt die Eltern fragen, ob und wie häufig kariogene Getränke per Nuckelflasche oder Trinklernbecher tagsüber und insbesondere nachts gegeben wurden. Das Ergebnis der Befragung wird im nachfolgenden Teil „Anamnese“ unter „Nuckelflasche/Trinklernbecher tagsüber/nachts/mit süßem Inhalt“ dokumentiert.

Hinweise zur Mundhygiene

Z1 bis Z6: Die Zahnpastmenge wird der Überschrift „Empfehlung zur Anwendung von Zahnpaste zu Hause:“ zugeordnet. Das Netzwerk Gesund ins Leben empfiehlt ein bis zu zweimal tägliches Zähneputzen.⁷ Bei dem Netzwerk Gesund ins Leben sind viele relevante Fachgesellschaften der frühkindlichen Gesundheitsförderung in Deutschland vertreten, wie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) oder die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnmedizin (DGKiZ), die untereinander die fachlichen Inhalte abstimmen und sich auf einheitliche Empfehlungen verständigen, weshalb sich der G-BA hier – und im Folgenden – an den von dem Netzwerk gemachten Empfehlungen orientiert.

Z1 bis Z3: Übernommen wird die Empfehlung des Netzwerks, eine reiskorngroße Menge Zahnpaste zu verwenden.⁸

6 Strippel H: Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt. Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckelflaschenkaries. Juventa Verlag 2004, S. 62

7 Netzwerk Gesund ins Leben 2021: Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben:

Empfehlung, Alter: ab Zahndurchbruch bis 12 Monate. „Die Eltern sollen das Kind nach dem Zahndurchbruch behutsam und allmählich an das Zähneputzen heranzuführen, sodass das Kind es gern geschehen lässt.“ „... bis zu 2-mal täglich Zähneputzen mit jeweils bis zu 0,125 g (reiskorngroße Menge) Zahnpasta (mit 1000ppm Fluorid)“

8 Netzwerk Gesund ins Leben 2021, a. a. O.: „Empfehlung. Alter: ab Zahndurchbruch bis 12 Monate. [...] (reiskorngroße Menge) Zahnpasta“ „Alter: 24 Monate bis 72 Monate. [...] (erbsengroße Menge) Zahnpasta (mit 1000ppm Fluorid)“

Z3 (21. bis vollendeter 33. Lebensmonat): Ab dem 24. Lebensmonat ändert sich die Empfehlung der Menge Zahnpaste auf der Zahnbürste: Das Netzwerk Gesund ins Leben empfiehlt, eine erbsengroße Menge Zahnpaste zu verwenden.

Z4 (34. bis vollendeter 48. Lebensmonat): Der Beratungsinhalt „Reiskorn“ entfällt und wird durch „Erbse“ ersetzt, wie vom Netzwerk Gesund ins Leben empfohlen.

Z5 (49. bis vollendeter 60. Lebensmonat): Die Beratungsinhalte bleiben gleich.

Z6 (61. bis vollendeter 72. Lebensmonat): Die Beratungsinhalte bleiben gleich.

Hinweise zur Fluoridanwendung im häuslichen Umfeld

Übernommen werden die Empfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben, entweder bis zum 24. Lebensmonat eine Zahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid zu verwenden oder Fluorid mittels Tabletten zuzuführen und eine fluoridfreie Paste zu verwenden.

Hinweis auf weitere Präventionsmaßnahmen

Z1 bis Z3: Abschließend wird auf drei fakultative Leistungen hingewiesen: auf die praktische Anleitung der Eltern zur Mundhygiene beim Kind nach § 5 Buchstabe b) FU-RL für die Altersgruppe vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat mit dem Verweis, dass diese Leistung nur zum Tragen kommt, wenn sie erforderlich ist, auf die Anwendung von Fluoridlack zur Kariesprävention – bzw. nach dem Wortlaut des § 26 SGB V „zur Zahnschmelzhärtung“ – und auf möglicherweise notwendige Behandlungen.

Z4 bis Z6: In der Altersstufe vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat entfällt der Hinweis auf die praktische Anleitung, weil sie in § 8 FU-RL nicht vorgesehen ist.

Die Dokumentationsparameter in den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (Z1 bis Z6) sind altersgerecht auf die jeweilige Alterskohorte abgestimmt. Auf neue und geänderte altersspezifische Dokumentationsparameter in den Untersuchungen wird im Folgenden gesondert eingegangen.

3.1.2 Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z1

3.1.2.1 Z1: Grafik und Dokumentation des Durchbruchzeitpunkts des ersten Zahns

In die Dokumentationen Z1 bis Z6 wird ein grafisch dargestelltes Zahnschema mit Farbmarkierung der im jeweiligen Zeitraum voraussichtlich durchzubrechenden Zähne eingefügt.

Die Grafiken in der Synopse sind aktuell als Beispielbilder neben den Elterninformationen vorgesehen; eine finale Fassung der bildlichen Darstellung in den jeweiligen Elterninformationen zu den Z1-Z6 muss seitens des G-BA einheitlich umgesetzt werden (inkl. Anpassung der Farbwahl im Layout).

Die Grafiken bieten in Anlehnung an die Elterninformationen der Dokumentation der ärztlichen U-Untersuchungen, die ebenfalls durchschnittliche Richtwerte zur Entwicklung des Kindes (Sprache, Motorik etc.) sowie zu bestimmten Parametern grafische Visualisierungen vorsehen, auch hier für die Eltern Richtwerte zur altersgerechten durchschnittlichen Zahnentwicklung des Kindes. Für Eltern stellen die durchschnittlichen Zahndurchbruchzeiten eine wesentliche Information dar. Grafische Darstellungen sind elementarer Bestandteil nahezu aller verfügbaren Publikationen, die sich bezüglich Mund- und Zahnhygiene an Bezugspersonen richten. In der Gesundheitskommunikation haben grafische Elemente einen

hohen Stellenwert, da sie dazu beitragen, gesundheitsbezogene Informationen zu vermitteln und Verhaltensänderungen zu fördern.^{9 10 11}

Der Zahnärztin oder dem Zahnarzt können die Grafiken zur Aufklärung und für Erläuterungen z. B. zur Mundhygiene oder bei der Demonstration von Auffälligkeiten dienen.

3.1.2.2 Z1: Elterninformation

Die Elterninformationen sind wesentlicher Bestandteil auch der bereits bestehenden Dokumentation der ärztlichen Untersuchungen. Sie informieren die Eltern darüber, welches die Inhalte der jeweiligen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung sind.

Mit den Elterninformationen wird die zahnmedizinische Notwendigkeit der jeweiligen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen erläutert und den Eltern mitgeteilt, was sie und ihr Kind jeweils in der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung erwartet. Somit können sich Eltern zielgerichtet mit möglichen Fragen auf die Früherkennungsuntersuchungen vorbereiten. Inhalt und Umfang richten sich dabei an der bestehenden Struktur der Elterninformationen in der Dokumentation der ärztlichen Untersuchungen aus.

In den Elterninformationen sind die möglichen zahnmedizinischen Erkrankungen verständlich formuliert und Fachbegriffe erklärt. Der Transfer konkreter bedarfsgerechter Wissensinhalte zur Mundhygiene und Ernährung erfolgt individuell mündlich im Zahnarzt-Patienten-Gespräch und im Rahmen der Mundhygieneunterweisung. Anstelle der einfachen Mitteilung der Sachinhalte ist die intrinsische Motivation der Eltern und später auch des Kindes zur Zahngesundheit anzusprechen und zu stärken, d. h. insbesondere zu Ernährung, Mundhygiene und Fluoridnutzung.¹²

Die Zahnärztin oder der Zahnarzt hat außerdem optional die Möglichkeit, im Feld „Bemerkungen“ den Eltern individuelle Hinweise/Empfehlungen schriftlich mitzugeben.

3.1.2.3 Z1: Befunderhebung

In den einzelnen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (Z1 bis Z6) sind die möglichen Items zur Befunderhebung auf die jeweilige Alterskohorte abgestimmt. Bei der Z1 (Alterskohorte vom 6. bis zum vollendeten 9. Lebensmonat) sind folgende Befunde möglich: „Plaque“, „kariöse Initialläsion“, „kariöser Defekt“, „Frontzahntrauma“ und „Zahnfleischbefund: Gingivitis“.

Im Freitextfeld „weitere Befunde“ besteht die Möglichkeit, weitere mögliche orale Erkrankungen und Auffälligkeiten zu dokumentieren, z. B. Syndrome, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, inkompetenter Lippenschluss, Hyperdontie, Hypodontie etc.

3.1.2.4 Z1: Anamnese

9 Ancker JS, Senathirajah Y, Kukafka R, Starren JB. Design features of graphs in health risk communication: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2006 Nov-Dec;13(6):608-18.

10 Ancker JS, Benda NC, Zikmund-Fisher BJ. Do you want to promote recall, perceptions, or behavior? The best data visualization depends on the communication goal. *J Am Med Inform Assoc.* 2024 Jan 18;31(2):525-530.

11 Hollands GJ, Marteau TM. The impact of using visual images of the body within a personalized health risk assessment: an experimental study. *Br J Health Psychol.* 2013 May;18(2):263-78.

12 Schmoekel J., Splieth C. und Mourad S. (2023): Zahnmedizinische Probleme bei Kleinkindern: Karies & Co., Kinderzahnheilkunde.

Zur Ernährungsanamnese:

Die Hauptursache für die Entwicklung kariöser Prozesse ist eine häufige Aufnahme zucker- sowie säurehaltiger Getränke und Nahrungsmittel und einer gleichzeitigen unzureichenden Mundhygiene und Entfernung des Biofilms auf der Zahnoberfläche.^{13,14} Aus diesem Grund erfolgt die Erhebung, ob und wann Nuckelflaschen oder Trinklernbecher mit gesüßten Getränken verwendet werden sowie zur Anzahl der zucker-/säurehaltigen Zwischenmahlzeiten. Hierzu zählen z.B. Süßigkeiten wie Bonbons, Lutscher, Schokolade, Kekse oder andere zuckerhaltige Snacks. Potenziell zahnschädigende Produkte sind auch vor allem zuckerhaltige Granulattees, (auch verdünnte) zucker- und säurehaltige Obst- und Gemüsesäfte, Schorlen, gesüßte Kindertees oder Softdrinks.¹⁵ Mit der Abfrage zur „Anzahl von Zwischenmahlzeiten“ wird gleichwohl ein Auseinandersetzen/Bewusstsein der Eltern zur Ernährung Ihres Kindes gefördert und es können gezielte notwendige Verhaltensmodifikationen mitgegeben werden.

Die Information zur Art der Nahrungsaufnahme ist wesentliche Grundlage für eine bedarfsgerechte Aufklärung und Beratung zwischen der Zahnärztin oder des Zahnarztes und den Eltern. Durch die Erhebung des Items „Stillen“ wird der aktuelle Stand der Nahrungsaufnahme erfragt. Hinsichtlich des Stillens kommen multiple Studien zu dem Ergebnis, dass Stillen das ECC-Risiko senkt.¹⁶ Wiederum ergibt sich in anderen Studien nächtliches, hochfrequentes Stillen ad libitum ab Beikost-Einführung beziehungsweise ab dem Alter von zwölf Monaten als Kariesrisikofaktor.¹⁷

Zur Erhebung der Items unter Gewohnheiten: „Daumen-/Fingerlutschen und „Beruhigungssauger“:

Lutschgewohnheiten, wie „Daumen-/Fingerlutschen“ und „Beruhigungssauger“, können langfristig Zahn- und Kieferfehlstellungen verursachen. Als klinische Auswirkung kann bei den Daumen-/Fingerlutschern vermehrt eine vergrößerte Frontzahnstufe auftreten, während der Beruhigungssauger häufiger einen frontal offenen Biss und einen seitlichen Kreuzbiss verursachen kann.^{18,19} Diese potentiellen Risikofaktoren sollen daher von Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Anamnese erfasst werden, um entsprechende Handlungsempfehlungen mitzugeben.

Zur Erhebung der Fluoridzufuhr:

Unter den Präventionsmaßnahmen trägt die Fluoridanwendung wesentlich zur Risikoreduktion von Karies bei. Damit die Zahnärztin oder der Zahnarzt eine adäquate Empfehlung zum Einsatz von Fluorid geben kann, ist neben der eingehenden Untersuchung der Mundhöhle eine Fluoridanamnese zwingend nötig. Bei einer kombinierten Verwendung von Fluoridtabletten und fluoridhaltiger Zahnpasta bei kleinen Kindern kann dies z. B. zu

13 Bekes K. (2021): Frühkindliche Karies. Das Trauerspiel im kleinen Mund, Der Freie Zahnarzt.

14 Tinanoff N, Baez R, Diaz-Guallory C et al. (2019): Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burdens, management, education, and policy: global perspective. Int J Paediatr Dent 29:238–248).

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

16 Paglia, L. (2015). Does breastfeeding increase risk of early childhood caries? Eur J Paediatr Dent, S. 173.

17 Branger B, C. F. (2019). Breastfeeding and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. Archives de Pédiatrie, S. 497-503.

18 Schlömer R. (1984): Der Einfluß des Lutschens und des Beruhigungssaugers auf das Milchgebiss, Fortschritte der Kieferorthopädie volume 45, pages141–148.

19 Weiss P.P.W. (2009): Auswirkung von Schnullern auf das Gebiss – eine Literaturübersicht, Orthodontie & Kieferorthopädie 2009; 41(3): 191-198.

erhöhten Dentalfluoroseraten führen.²⁰ Die Erhebung der Fluoridanwendung ist daher wesentlich für die Beratung zur optimalen Fluoriddosierung. Nicht jedes Elternteil wird zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung über die Fluoridanwendung beim Baby bzw. Kleinkind informiert sein. Im Rahmen der Dokumentation zur Fluoridzufuhr besteht die Notwendigkeit, auch ein ggf. mögliches „Nichtwissen (nicht bekannt)“ über die Fluoridzufuhr zu dokumentieren.

3.1.2.5 Z1: Beratung

Die Dokumentation unter „Beratung“ deckt die möglichen Leistungen der FU-RL ab. Durch das Ankreuzen bei Beratungsbedarf werden transparent die Bedarfe der Eltern zu den Inhalten der Früherkennungsuntersuchungen widergespiegelt. Dies entspricht auch dem Ansatz der ärztlichen U-Untersuchungen unter der Überschrift „Beratung“ und trägt damit zur grundlegenden einheitlichen Struktur des Untersuchungsheftes für Kinder bei.

Aufgrund der hohen Relevanz des Themas Fluoridierung enthalten die jeweiligen Dokumentationsformate Z1 bis Z6 eine an der Alterskohorte ausgerichtete Empfehlung zur Anwendung von Zahnpaste zu Hause. Die Empfehlungen hierzu stützen sich auf das aktuelle Konsensuspapier von Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Fachgesellschaften und – Organisationen, initiiert durch das bundesweite Netzwerk Gesund im Leben.²¹

Diese einheitlichen Empfehlungen fußen auf die internationale Guideline der European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD).²²

In der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z1 ist entsprechend der Alterskohorte vom 6. bis vollendeten 9. Lebensmonat die Empfehlung zur Verwendung von Zahnpaste in Abhängigkeit der zusätzlichen Gabe von Fluorid in Tablettenform dargelegt. Darüber hinaus wird transparent die Empfehlung zur Fluoridzufuhr ab dem 12. Lebensmonat dargestellt.

In den Früherkennungsuntersuchungen Z2 bis Z6 sind fortsetzend die altersgerechten Empfehlungen zur Menge von fluoridhaltiger Zahnpaste gemäß aktuellem fachlichem Stand der Medizin gefasst.

Mundhygiene und Fluoridanwendung mit Zahnpaste nach dem Zeitraum der Z6

Bei der Z6 lautet die Empfehlung, bis zum vollendeten 72. Lebensmonat, also bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, eine Menge Zahnpaste so groß wie eine Erbse sowie eine Zahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid – eine „Kinderzahnpaste“ – zu verwenden.

Es bietet sich an, eine Empfehlung für den Zeitraum danach auszusprechen, um Klarheit für Eltern zu schaffen, dass die Empfehlungen für die häusliche Fluoridanwendung auslaufen und ab diesem Zeitpunkt andere Empfehlungen gelten.

Für den Nutzen verschiedener Zahnpasten-Fluoridkonzentration ab diesem Lebensalter liegt hochrangige Evidenz vor. Ein systematischer Review von randomisierten klinischen Studien (RCT) beurteilte die Evidenz für den Nutzen von Zahnpasten mit unterschiedlichen Fluoridkonzentrationen.²³ Fluoridzahnpasten wurden mit Pasten ohne Fluorid bzw. mit anderen Fluoridkonzentrationen verglichen. Zum Karieszuwachs (D[M]FS) bei Kindern und

20 Splieth C. H. (2020): Zahnärztliche Untersuchung und Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen, in G.F. Hoffmann et al. (Hrsg.), Pädiatrie, Springer Reference Medizin.

21 Berg et al. (2021): LEITLINIE – EMPFEHLUNGEN – KONSENSUSPAPIER / GUIDELINE. Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben, Oralprophylaxe Kinderzahnheilkd, 43: 18-27.

22 Toumba et al. (2019): Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document, European Archives of Paediatric Dentistry.

23 Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeroncio A (2019): Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Jugendlichen ergaben 55 RCT mit niedrigem und vier mit mittlerem Verzerrungspotential, dass Fluoridzahnpasten mit 1.450 bis 1.500 ppm Fluorid die Karieszunahme im Vergleich zu solchen mit 1.000 bis 1.250 ppm geringfügig reduzieren. Des Weiteren ergaben 10 RCT mit mittlerem Verzerrungspotential, dass die Karieszunahme bei Fluoridzahnpasten mit 1.700 bis 2.200 ppm und 2.400 bis 2.800 ppm Fluorid ähnlich wie die bei Fluoridzahnpasten mit 1.450 bis 1.500 ppm ist.

Explizite Empfehlungen dazu, wieviel Zahnpaste nach dem vollendeten sechsten Lebensjahr verwendet und welche Fluoridkonzentration die Paste haben sollte, sind selten, aber es liegt nahe, dass ab dann konventionelle „Erwachsenenzahnpasten“ verwendet werden sollten. In Deutschland hatten die zahnärztlichen und kinderärztlichen Fachgesellschaften 2013 empfohlen, nach Durchbruch der ersten bleibenden Zähne sollte zweimal täglich eine Erwachsenenzahnpaste verwendet werden. Die entsprechende Leitlinie wurde allerdings seit mehr als 5 Jahren nicht aktualisiert²⁴ und gilt damit formal als abgelaufen.

Die Empfehlung in Australien lautet, ab dem 6. Geburtstag sollten Kinder die auch für Erwachsene gebräuchlichen Zahnpasten mit 1.000 – 1.500 ppm Fluorid verwenden.^{25,26} Im Vereinigten Königreich wird empfohlen, ab dem 7. Geburtstag eine Zahnpaste mit 1.350 – 1.500 ppm Fluorid zu verwenden.²⁷ Für Europa hatte die European Association for Dental Public Health (EADPH) 2019 einen Fluoridgehalt von 1.450 ppm und hinsichtlich der Zahnpastenmenge „bis zu einer vollen Bürste“ empfohlen.²⁸ Diese Empfehlung zur Zahnpastenmenge kann jedoch in Frage gestellt werden, weil Gramm-Messungen ergeben, dass eine 1 g große Zahnpastenmenge nur 2 Erbsengrößen entspricht,²⁹ was deutlich weniger als „eine volle Bürste“ ist. Ohnehin bliebe offen, welche Bürste gemeint ist; elektrische Zahnbürsten mit rundem Kopf wären mit nur einer erbsengroßen Portion bereits „voll“.

Vor diesem Hintergrund könnte als Empfehlung für Deutschland formuliert werden, eine Zahnpaste mit einem Fluoridgehalt von 1.450 ppm zu verwenden und eine Menge in der Größe von einer Erbse bis zwei Erbsen zu verwenden.

Allerdings existieren im Handel nicht nur Zahnpasten mit einem Fluoridgehalt von 1.450 ppm. Das könnte zur Empfehlung führen, ab dem 73. Lebensmonat eine Zahnpaste mit einem Fluoridgehalt von 1.350 – 1.500 ppm und eine Menge in der Größe von einer Erbse bis zwei Erbsen zu verwenden.

3.1.3 Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z2

3.1.3.1 Z2: Grafik

siehe Begründung unter Z1

3.1.3.2 Z2: Elterninformation

siehe Begründung unter Z1

24 AWMF: S2k-Leitlinie "Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe" Stand 23.01.2013. S. 34: „Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde empfiehlt [...]. Nach Durchbruch der ersten bleibenden Zähne sollte zweimal täglich eine Erwachsenenzahnpasta verwendet werden.“

25 Raising Children Network 2023: Dental care for school-age children. <https://raisingchildren.net.au/school-age/health-daily-care/dental-care>

26 Do LG (2020): Guidelines for use of fluorides in Australia: update 2019. Australian Dental Journal 2020; 65: 30–38

27 NHS 2023: Fluoride. <https://www.nhs.uk/conditions/fluoride/>

28 www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_Fluoride_Guidelines_2019.pdf.

29 Creeth 2013, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9375012/pdf/main.pdf

3.1.3.3 Z2: Befunderhebung

Zu den erweiterten Befunden ab Z2: „Milchmolaren –Hypomineralisation“, „Kariös zerstörte Zähne“ und „vorzeitiger Zahnverlust“

Ab der Z2 werden im Vergleich zur Z1 als erweiterte mögliche Befunde die „Milchmolaren-Hypomineralisation“, „kariös zerstörte Zähne“ und „vorzeitiger Zahnverlust“ vorgesehen (Z2 = Alterskohorte vom 10. bis zum vollendeten 20. Lebensmonat).

3.1.3.4 Z2: Anamnese

siehe Begründung unter Z1

3.1.3.5 Z2: Beratung

siehe Begründung unter Z1

3.1.4 Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z3

3.1.4.1 Z3: Grafik

siehe Begründung unter Z1

3.1.4.2 Z3: Elterninformation

siehe Begründung unter Z1

3.1.4.3 Z3: Befunderhebung

siehe Begründung unter Z1 und Z2

3.1.4.4 Z3: Anamnese

Zu den erweiterten möglichen Items unter Gewohnheiten: „infantiles Schlucken“ und „Sprechstörung“

Ab der Z3 ist durch die Zahnärztin oder dem Zahnarzt auch einzuschätzen, ob Hinweise für „infantiles Schlucken“ oder eine „Sprechstörung“ vorliegen. Diese „Gewohnheiten“ können zur Entwicklung bzw. der Progression von Dysgnathien und Malokklusionen beitragen.

3.1.4.5 Z3: Beratung

siehe Begründung unter Z1

3.1.5 Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z4

3.1.5.1 Z4: Grafik

siehe Begründung unter Z1

3.1.5.2 Z4: Elterninformation

siehe Begründung unter Z1

3.1.5.3 Z4: Befunderhebung

Zu den erweiterten Befunden ab Z4: „Dysgnathie“ und „erhöhtes Kariesrisiko“

Ab der Z4 soll als möglicher weiterer Befund die „Dysgnathie“ zu erheben sein. Zudem hat gemäß § 8 der FU-RL durch die Zahnärztin oder dem Zahnarzt die Einschätzung des Kariesrisikos beim Kind zu erfolgen.

3.1.5.4 Z4: Anamnese

In Abgrenzung zu den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen Z1 bis Z3 entfällt ab der Z4 die „praktische Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhygiene beim Kind“ als Leistungsinhalt.

Ab der Z4 erfolgt nicht mehr die Abfrage „Zahnbürsten durch die Eltern 2x täglich“, sondern ob das Zähneputzen „ausreichend“ oder „nicht ausreichend“ erfolgt, da ab diesem Alter die Kinder zunehmend selbst putzen (auch ggf. unter Aufsicht der Eltern) und es bei diesem Item nun vielmehr darauf ankommt, ob das Ergebnis des Zähneputzens ausreichend ist, unabhängig davon, wer putzt.

3.1.5.5 Z4: Beratung

siehe Begründung unter Z1

3.1.6 Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z5

3.1.6.1 Z5: Grafik

siehe Begründung unter Z1

3.1.6.2 Z5: Elterninformation

siehe Begründung unter Z1

Das Kariesrisiko des Kindes kann gegebenenfalls auch durch spezielle diagnostische Maßnahmen wie der Bissflügelaufnahme eingeschätzt werden. Hierbei handelt es sich um eine spezielle Art der Röntgenaufnahme, die hauptsächlich zur Erkennung von Karies zwischen den Zähnen sowie zur Überprüfung des Zustands der Zahnwurzeln und des Kieferknochens dient.

3.1.6.3 Z5: Befunderhebung

siehe Begründung unter s. Begründung unter Z1, Z2 und Z4

3.1.5.4 Z5: Anamnese

siehe Begründung unter Z4

3.1.6.5 Z5: Beratung

siehe Begründung unter Z1

3.1.7 Zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z6

3.1.7.1 Z6: Grafik

siehe Begründung unter Z1

3.1.7.2 Z6: Elterninformation

siehe Begründung unter Z1

3.1.7.3 Z6: Befunderhebung

Zu dem erweiterten Befund ab der Z6: „Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation“:

Als erweiterter Befund ist die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation ab der Z6 zu erheben. Im Alter von 5 bis 7 Jahren können Kinder die ersten bleibenden Backenzähne, die 6-Jahres-Molaren, entwickeln.

3.1.7.4 Z6: Anamnese

siehe Begründung unter Z4

3.1.7.5 Z6: Beratung

siehe Begründung unter Z1

4. Stellungnahmeverfahren

Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5, 5a SGB V sowie nach § 92 Absatz 7d SGB V

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am 24. Oktober 2024 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5, 5a und § 92 Absatz 7d SGB V beschlossen. Am 25. Oktober 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum 22. November 2024 eingeleitet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V

Die Bundesärztekammer hat mit Schreiben vom 22. November 2024 mitgeteilt, dass auf die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme verzichtet wird.

Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V

Die Bundeszahnärztekammer hat am 21. November 2024 eine Stellungnahme abgegeben.

Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Absatz 5a SGB V

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom 14. November 2024 mitgeteilt, dass sie keine Stellungnahme abgeben wird.

Stellungnahmen gemäß § 92 Absatz 7d SGB V

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. hat am 21. November 2024 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde hat am 21. November 2024 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. hat am 21. November 2024 eine Stellungnahme abgegeben.

Die nachfolgenden einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden über ihr Stellungnahmerecht mit Schreiben vom 25. Oktober 2024 informiert, haben aber keine Stellungnahme abgegeben:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin
- Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung
- Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e. V.

Folgende nicht stellungnahmeberechtigte Fachgesellschaft hat am 20.11.2024 eine Stellungnahme abgegeben:

- Deutsche Gesellschaft für orale Epidemiologie und Versorgungsforschung

Würdigung der Stellungnahmen

Zur Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen wird auf das Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation verwiesen.

Die mündlichen Stellungnahmen enthielten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren (siehe Wortprotokoll der Anhörung in Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation). Somit ergab sich aus den mündlichen Stellungnahmen für den Beschlussentwurf kein Änderungsbedarf.

5. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen / Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Der vorliegende Beschluss ergänzt in der Anlage 1 der Kinder-Richtlinie, im Untersuchungsheft für Kinder, sechs zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen Z1 - Z6 und regelt die einheitliche Dokumentation der Ergebnisse der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen. In diesem Zusammenhang lassen sich neue Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizieren:

Mit dem neuen § 12 in der Richtlinie zur zahnärztlichen Früherkennung (FU-RL) wird erstmals die Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen Z1 – Z6 geregelt und diesbezüglich entstehen den Zahnärztinnen und Zahnärzten neue Informationspflichten.

Die Ergebnisse der einzelnen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind künftig im Untersuchungsheft für Kinder zu dokumentieren und dafür sind je zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung Ankreuzfelder und einzelne Freitextfelder vorgesehen: Z1 = 29, Z2 = 32, Z3 = 34, Z4 = 32, Z5 = 32 und Z6 = 34 Datenfelder. Aufgrund der Mehrfachauswahl ist generell eine individuell unterschiedliche Anzahl an Feldern anzukreuzen.

Der mit der Ergebnisdokumentation je zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchung entstehende Aufwand ist äquivalent zu dem Aufwand, der mit Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern entsteht. In Anlehnung an die Messung des Statistischen Bundesamtes zum zeitlichen Aufwand für die Dokumentation einer Früherkennungsuntersuchung wird davon ausgegangen, dass für die Dokumentation einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung ein zeitlicher Aufwand von zwei Minuten bei einer Mischung aus mittlerem und hohem Qualifikationsniveau (44,55 Euro/h ((30,0+59,1)/2)) erforderlich ist. Dies ergibt Bürokratiekosten je zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung in Höhe von geschätzt 1,49 Euro (44,55 Euro/h / 60 x 2).

Unter Berücksichtigung der 1.727.100 im Jahr 2022 abgerechneten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen³⁰ entstehen mit Ergänzung der Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen Z1 - Z6 jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2.573.379 Euro (1.727.100 x 1,49 Euro).

Es ist absehbar, dass sich mit Abbildung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung im Untersuchungsheft für Kinder und der weitgehenden Angleichung an die Untersuchungszeiträume der U5 – U9 die Fallzahl zukünftig erhöhen wird. Die Leistungshäufigkeit von etwa 3,74 Millionen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen von U5 bis U9 und die damit einhergehenden jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 5,6 Millionen Euro stellen hierbei maximal zu erreichende Werte dar. Es wird davon

³⁰ Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): Jahrbuch 2023. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln. Dezember 2023

ausgegangen, dass die jährliche Fallzahl der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen unterhalb dieses Niveaus liegen wird.

6. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
10.05.2022, aktualisiert am 16.08.2022 und 03.11.2022		Antrag der KZBV auf Einleitung eines Beratungsverfahrens gem. 1. Kapitel § 5 VerFO: Einheitliche Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen
14.07.2022	UA MB	Beschlussempfehlung für das Plenum für die Antragsannahme und Einleitung des Beratungsverfahrens
17.11.2022	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens: Einheitliche Dokumentation zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen im Untersuchungsheft für Kinder und notwendige Änderungen in der Richtlinie zur zahnärztlichen Früherkennung
26.09.2024	UA MB	Verständigung auf Prüfung der Beschlussunterlagen zur Kinder-Richtlinie hinsichtlich inhaltlicher Kürzung
24.10.2024	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlung, Festlegung der am Stellungsnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungsnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 7d SGB V für die Kinder-Richtlinie und die zahnärztliche Früherkennungs-Richtlinie
12.12.2024	UA MB	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
24.04.2025	UA MB	Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung
15.05.2025	Plenum	Beschlussfassung

7. Fazit

Mit diesem Beschluss zur Änderung der Kinder-RL nimmt der G-BA die Dokumentationsparameter und Elterninformationen zu den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchen Z1 – Z6 gemäß der FU-RL in das U-Heft (Anlage 1 der Kinder-RL) auf.

Berlin, den 15. Mai 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken