

L e i t f a d e n

**für Zahnärztliche Dienste
der Gesundheitsämter
im Land Brandenburg**

**zur standardisierten Durchführung und
Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen
und Maßnahmen präventionsorientierter
zahnmedizinischer Betreuungsprogramme**

INHALT

	Seite
1. Einleitung	3
2. Allgemeine Angaben	4
3. Angaben aus zahnärztlichen Untersuchungen	5
3.1 Kariesepidemiologische Befunderhebung	7
3.2 Kieferorthopädische Befunderhebung	14
3.3 Angaben zum Zahnhalteapparat und zur Mundhygiene	17
4. Präventionsorientierte zahnmedizinische Betreuungskonzepte	17
4.1 Grundlagen der Gruppenprophylaxe	17
4.2 Umsetzung der Gruppenprophylaxe	19
4.3 Dokumentation der Gruppenprophylaxemaßnahmen	22
5. Datenübermittlung und –auswertung	23
6. Betreuungscontrolling	24
7. Musterschreiben	26
8. Anhang	36
Erläuterungen zu den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)	
9. Impressum	39

1. Einleitung

Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) führen die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte schuljährlich Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, präventive Maßnahmen zur Verhütung oraler Erkrankungen und zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch.

Der vorliegende weiterentwickelte Leitfaden ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Er stellt für die Zahnärztlichen Dienste eine Arbeitsgrundlage dar und unterstützt sie bei der Umsetzung der Aufgaben. Der standardisierten Befunderhebung und einheitlichen Umsetzung der präventiven Maßnahmen wird dabei ebenso Rechnung getragen wie der in § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verankerten Dokumentation und Erfolgskontrolle der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Damit wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet und die Grundlage für verlässliche qualitätsgesicherte Aussagen zur Mundgesundheit, insbesondere von Kindern und Jugendlichen gebildet.

Die Untersuchungsergebnisse und die dokumentierten präventiven Maßnahmen werden an das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (Landesgesundheitsamt) zur Analyse und Bewertung auf Landesebene und Weiterleitung an die Bundesebene übermittelt. Sie sind Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene und ermöglichen eine zielorientierte Gesundheitsplanung und Durchführung von Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung.

Die Gesundheitsberichterstattung ist ein Instrument zum Erkennen von Handlungsbedarf und zur Evaluation von eingeleiteten Maßnahmen und ermöglicht den Vergleich zwischen Kommunen, Land und Bund. Gemeinsam mit Kooperationspartnern können auf dieser Basis Gesundheitsziele und spezifische bedarfsorientierte Konzepte entwickelt und der Prozess der Zielerreichung gesteuert werden.

Potsdam, im Juni 2010

2. Allgemeine Angaben

Für die Erfassung und Verwaltung der Angaben aus den Gesundheitsämtern werden speziell für diese Belange entwickelte Module der Softwareprodukte (ISGA[®] des Computer Zentrums Binder & Karl GmbH und Octoware[®] der easy-soft GmbH Dresden) eingesetzt und fortentwickelt. In den Datenbanksystemen werden die medizinischen und allgemeinen Angaben aufgezeichnet und verwaltet. In diesen Systemen sind umfangreiche Auswertungsmöglichkeiten und grafische Präsentationen integriert und ermöglichen somit zeitnahe Aussagen zu speziellen Fragestellungen, die entsprechend dargestellt werden können.

Die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) benötigen allgemeine Angaben zur Person und zur Untersuchung.

Angaben zur Person: Name, Vorname
 Geburtsdatum,
 Geschlecht

Angaben zur Untersuchung: Datum,
 Kindereinrichtung (Kindertagesstätte, Tagespflegestelle, Schule
 und Schultyp)
 Klassenstufe
 Landkreis/kreisfreie Stadt mit dem Gemeindeschlüssel für
 die jeweilige Kindereinrichtung
 Anwesenheit bei der Untersuchung

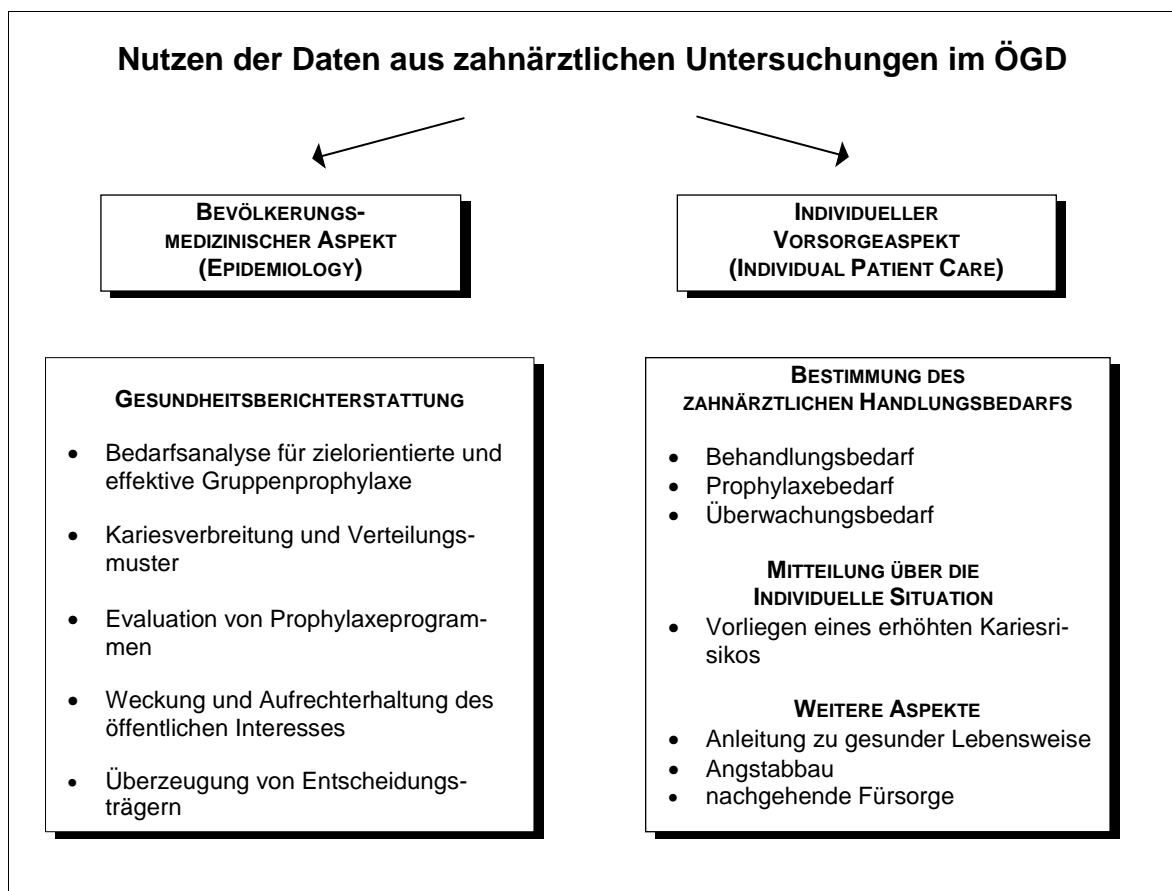
Die Angaben zur Person werden im Modul Stammdaten verwaltet und für die ZÄD durch speziell gesicherte Zugriffsrechte verfügbar gemacht.

Die sichere Anwendung der Software ist eine wichtige Voraussetzung, um die standardisiert erhobenen Daten zu erfassen und auszuwerten. Schulungen und Hinweise zum Umgang mit den spezifischen Softwaremodulen sind unerlässlich und werden von den Softwarefirmen in Handbüchern und regelmäßigen Produkt-Update- Informationen zur Verfügung gestellt.

3. Angaben aus zahnärztlichen Untersuchungen

Die zahnärztlichen Untersuchungen werden in den Kindertagesstätten, Tagespflegestellen und Schulen durchgeführt. Sie beinhalten die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie die Erhebung gesundheitlicher Daten. Kariesvorkommen und -verbreitung, Behandlungsbedarf und Sanierungsstand sowie dentofaziale Anomalien, gingivale Erkrankungen, Mundhygiene und außergewöhnliche Befunde werden dabei erfasst. Ausgehend von der Karieshäufigkeit und Verteilung können Risikogruppen ermittelt werden. Die Ergebnisse sind Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung der Kommunen und des Landes und dienen der Beantwortung bevölkerungsmedizinischer Fragen nach epidemiologischen Gesichtspunkten.

Anhand der Auswertungen können Einrichtungen mit erhöhtem präventiven Handlungsbedarf sowie einzelne Kinder identifiziert und bedarfsgerechte präventionsorientierte Betreuungsprogramme insbesondere auf kommunaler Ebene geplant und gezielt umgesetzt werden.



Neben den beiden dargestellten Aspekten haben diese Untersuchungen auch eine sozial-kompensatorische Funktion. Die Heranwachsenden werden flächendeckend unabhängig von ihrer Lebenssituation jährlich mit einer präventiven Leistung, der zahnärztlichen Untersuchung, erreicht.

Ein besonderes Augenmerk erfordern die Kinder und Jugendlichen, die auffällige zahnmedizinische Befunde aufweisen und für die ein Betreuungscontrolling zu etablieren ist. Unter dem Aspekt des Kinderschutzes und des Kindeswohls haben diese Untersuchungen einen weiteren wichtigen Stellenwert, sind doch die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD inzwischen die einzige medizinische Profession, die Kinder und Jugendliche regelmäßig in Kindertagesstätten und Schulen untersuchen, Risikofaktoren erkennen und entsprechend reagieren können. Werden die Untersuchungen zusammen mit weiteren präventiven Maßnahmen, wie Mundhygienetraining und Anwendung von Fluoriden erbracht, ist die Effektivität besonders hoch. Die vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass die Akzeptanz bei Kindern, Eltern, Erzieherinnen/Erziehern sowie Lehrerinnen/Lehrern hoch ist.

Um die kariesepidemiologischen Daten vergleichen und verlässliche Aussagen zum Mundgesundheitszustand der Bevölkerung machen zu können, werden alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in den Gesundheitsämtern tätig sind, regelmäßig kalibriert. Die reproduzierbare Befundung wird dabei theoretisch und praktisch trainiert.

Die zahnmedizinische Befunderfassung und -aufzeichnung erfolgt für die Zähne der 1. und 2. Dentition unter Berücksichtigung der Empfehlungen der World Health Organization (WHO) publiziert in den Oral Health Surveys: Basic Methods für in der gültigen Fassung von 1997. Das von der EU-Kommission entwickelte internationale System zur Beurteilung des Vorhandenseins einer Karies - International Caries Detection Assessment System (ICDAS) soll zukünftig schrittweise Berücksichtigung finden.

Für die Durchführung der zahnärztlichen Untersuchungen sind gute Lichtverhältnisse mit einer zusätzlichen Ausleuchtung der Mundhöhle erforderlich, so dass eine Durchleuchtung der approximalen Flächen der Zähne mit dem Spiegel von lingual möglich ist. Für die Mundinspektion wird Instrumentarium verwendet (insbesondere nicht vergrößernde Mundspiegel, genormte abgerundete Sonden, Hilfsmittel zur Trocknung der Zähne), das entsprechend einem Hygieneplan aufbereitet wird. Der Hygieneplan richtet sich nach den gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien. Die zum Einsatz kommenden Desinfektionsmittel sind gelistet. Die visuelle Inspektion der Mundhöhle wird durch den vorsichtigen Einsatz, der ohne Druckanwendung erfolgt, mit einer abgerundeten Sonde unterstützt.

3.1 Kariesepidemiologische Befunderhebung

Im Milchgebiss

Milchzahn **kariesfrei** **s** Erläuterung wie bei den bleibenden Zähnen.

Milchzahn **Initialkaries** **i** Erläuterung wie bei den bleibenden Zähnen.

Milchzahn **kariös** **d** Erläuterung wie bei den bleibenden Zähnen.

Milchzahn **trepaniert** **e** Es handelt sich um kariöse Milchzähne, deren Cavum pulpae infolge eines Entzündungsgeschehens der Pulpa eröffnet wurde und eine definitive konservierende Behandlung nicht mehr möglich ist. Diese Zähne werden teilweise als Platzhalter belassen, solange sie keine klinischen Beschwerden verursachen, obwohl eine Extraktion angezeigt wäre.

Milchzahn **gefüllt** **f** Erläuterung wie bei den bleibenden Zähnen.

Milchzahn **extrahiert** **m** Es wird ausschließlich der Zahnverlust infolge einer kariösen Erkrankung notiert. Im beginnenden Wechselgebiss ist nicht immer eindeutig feststellbar, ob ein Zahn aus kariösen Gründen extrahiert wurde oder aus physiologischen Gründen verloren gegangen ist. In Zweifelsfällen sollte der Vorbefund beachtet und gegebenenfalls „bleibender Zahn noch nicht durchgebrochen“ registriert werden.

Milchzahn **sonstige Extraktion** **y** Erläuterung wie bei den bleibenden Zähnen.

Milchzahn **Trauma** **t** Erläuterung wie bei den bleibenden Zähnen.

Milchzahn **noch nicht durchgebrochen** **u** Erläuterung wie bei den bleibenden Zähnen.

Im bleibenden Gebiss

Bleibender Zahn kariesfrei S

Es handelt sich um einen naturgesunden Zahn, der visuell und gegebenenfalls instrumentell keine nachweisbare kariöse Läsion aufweist. Berücksichtigt werden alle voll durchgebrochenen und im Durchbruch befindlichen Zähne, bei denen eine Kontinuitätstrennung der deckenden Schleimhaut vorliegt.

Bleibender Zahn versiegelt V

Es handelt sich um einen naturgesunden Zahn, der prophylaktische Versiegelungen der Fissuren und/oder Grübchen aufweist.

Besteht die Vermutung, dass eine erweiterte Fissurenversiegelung vorgenommen wurde, wird der Zahn ebenfalls als versiegelt registriert. Prophylaktische Fissurenversiegelungen werden nicht als Füllung gewertet.

Bleibender Zahn Initialkaries/Schmelzkaries I

Es handelt sich um einen Zahn mit einer Initialkaries - weißlich, kreidig verfärbte raue Schmelzoberfläche an den Glattflächen, bräunlich verfärbte Fissuren/Grübchen sowie um fissurenversiegelte Molaren mit einem partiellen Materialverlust und freiliegenden verfärbten Fissuren.

Bleibender Zahn kariös D

Eine Karies ist eine visuell und gegebenenfalls instrumentell nachweisbare Läsion im Dentin. Der Unterschied zwischen Primärkaries (Oberflächendefekt ohne Zusammenhang mit einer Füllung) und Sekundärkaries (behandlungsbedürftige Karies an Füllungen) wird nicht registriert.

Grübchen und Fissuren (okklusal, bukkal u. lingual/palatinal) gelten als kariös, wenn eine visuell erkennbare Läsion bis ins Dentin reicht und/oder eine Opazität in der Umgebung des Areals auf eine Unterminierung bzw. Demineralisation schließen lässt. Eine Behandlungsbedürftigkeit liegt vor.

Glattflächen (bukkal/labial u. lingual/palatinal) gelten als kariös, wenn eine kariöse Läsion sichtbar ist.

Für Approximalflächen gelten dieselben Kriterien wie für Glattflächen, wenn der Nachbarzahn fehlt. Für das Vorhandensein einer Karies ist charakteristisch, dass approximal ein

Schatten erkennbar ist und ein Verlust an Transluzenz festgestellt wird. Die Diagnose kann nach Möglichkeit durch behutsames Sondieren erhärtet werden.

Als kariös zählen außerdem wegen Karies trepanierte und provisorisch gefüllte Zähne.

Bleibender Zahn gefüllt F

Es handelt sich hierbei um Zähne, die wegen Karies definitiv mit einer Füllung versehen oder überkront wurden. Bei Frontzähnen sollte der Grund einer Überkronung erfragt werden. Restaurationen, die aus ästhetischen Gesichtspunkten (Fraktur, Missbildung) eingegliedert wurden, werden nicht als Füllungen betrachtet.

Bleibender Zahn extrahiert M

Es wird ausschließlich der Zahnverlust infolge einer kariösen Erkrankung notiert. In Zweifelsfällen ist der zu Untersuchende zu befragen.

Bleibender Zahn sonstige Extraktion Y

Hierbei handelt es sich um Zahnentfernungen aus kieferorthopädischen, traumatischen oder anderen Gründen.

Bleibender Zahn Trauma T

Registriert werden Kronenfrakturen, die mit Schädigungen des Zahnschmelzes bzw. des Zahnschmelzes und des Dentins mit oder ohne Pulpabeteiligung einhergehen (incl. der post-traumatischen Rekonstruktionen) sowie avitale Zähne. Nicht notiert wird eine Füllung, die nur gelegt wurde, um den Zugang zum Wurzelkanal zu verschließen, d. h. falls keine andere Füllung oder kariöse Läsion vorhanden ist, gilt dieser avitale Zahn als „T“.

Bleibender Zahn noch nicht durchgebrochen U

Dabei handelt es sich um die Zähne, die noch vollständig impaktiert sind, d. h., die Zahnkrone hat die Gingivakontinuität noch nicht aufgehoben.

Sonderfälle

Überzählige Zähne

In der entsprechenden Position wird nur ein Zahn aufgeführt. Der/die Untersucher/-in entscheidet, welcher Zahn der legitime ist. Falls an einer bestimmten Position sowohl ein bleibender Zahn als auch der Milchzahn vorhanden ist, wird nur der bleibende Zahn gezählt. Doppelanlagen können in den Befundmasken nicht berücksichtigt werden, hierzu wird das Feld für Bemerkungen genutzt.

Nichtanlagen

Wenn ein Zahn weit über den jeweiligen Zeitpunkt des Durchbruchs noch nicht in der Mundhöhle vorhanden ist, besteht der Verdacht auf eine Nichtanlage. Diese Fälle können im Rahmen der Untersuchungen in den Kindereinrichtungen nicht definitiv geklärt werden. Der Zahn wird als noch nicht durchgebrochen registriert.

Hypoplastische Zähne

Es handelt sich hier um Zähne, die genetisch bedingt bzw. als Folge von Noxen eine gestörte Schmelzentwicklung aufweisen. Derartige Defekte (weißliche opake Flecken, Tüpfel, Rillen, flächenhafte Läsionen) können in seltenen Fällen auch im Dentin beobachtet werden. Hypoplastische Zähne, die aus diesem Grund gefüllt wurden, werden als „gesund“ und mit „S“ gekennzeichnet. In einigen Softwareprogrammen besteht die Möglichkeit, eine Hypoplasie in die Befundmaske als „H“ einzutragen. Diese Eingabe wird jedoch in der vom Landesgesundheitsamt definierten Schnittstelle nicht berücksichtigt. Es wird empfohlen, das Feld Bemerkungen für eine differenzierte Beschreibung zu nutzen.

Kariesstatus des Gebisses

Der Kariesstatus wird prinzipiell für Milchzähne (dmf-t, def-t, df-t) und bleibende Zähne (DMF-T) angegeben. Im Wechselgebiss sind die Daten getrennt nach DMF-T und dmf-t auszuweisen. Entsprechend der Eingabe der Einzelzahnbefunde erfolgt programmintern die Berechnung für den Kariesstatus des Gebisses und des Kariesrisikos nach den DAJ-Kriterien nach folgenden Vorgaben:

Primär gesund (kariesfrei)

Ein dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechend bezahntes, von Karies und ihren Folgeerkrankungen freies Milch-, Wechsel- bzw. bleibendes Gebiss.

unter 10 Jahren

$$d + e + m + f + D + M + F = 0$$

ab vollendetem 10. Lebensjahr $D + M + F = 0$

(Karies)saniert

Die Sanierung gilt als abgeschlossen, wenn sowohl alle kariösen Läsionen sowie deren Folgezustände (Pulpa, apikales Periodont) therapeutisch definitiv versorgt wurden (einschließlich notwendiger Extraktionen).

unter 10 Jahren

$$d + e + D = 0 \text{ und } m + f + M + F > 0$$

ab vollendetem 10. Lebensjahr $D = 0 \text{ und } M + F > 0$

Behandlungsbedürftig

Ein durch unbehandelte kariöse Prozesse beeinträchtigt Gebiss.

unter 10 Jahren

$$e + d + D > 0$$

ab vollendetem 10. Lebensjahr $D > 0$

Parallel dazu sind für spezielle Zwecke Recherchemöglichkeiten getrennt nach Milch- und bleibenden Zähnen für Aussagen zum Gebisszustand möglich.

Kariesrisiko nach DAJ-Kriterien

1993 hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) nachfolgende Empfehlungen zur Bestimmung des Kariesrisikos auf der Basis der bestehenden Karieserfahrung des Kindes in Abhängigkeit vom Alter formuliert und letztmalig im Jahr 2006 bestätigt.

bis 3 Jahre	$d*mf-t > 0$
4 Jahre	$d*mf-t > 2$
5 Jahre	$d*mf-t > 4$
6 - 7 Jahre	$d*mf-t/DMF-T > 5$ od. $D-T > 0$
8 - 9 Jahre	$d*mf-t/DMF-T > 7$ od. $D-T > 2$
10 - 12 Jahre	$DMF-S$ an Approximal-/Glattflächen > 0

* Zur d-Komponente gehören auch die e-Zähne.

Ab dem 10. Lebensjahr erfolgt zusätzlich eine Eingabe, ob an den Approximal-, Glattflächen Karies diagnostiziert wurde.

In den Software-Programmen kann auf der Basis der erhobenen Parameter das individuelle Kariesrisiko berechnet und angegeben werden.

Kariesrisiko nach Dentoprog

Eine andere Methode geht davon aus, dass Kariesrisikokinder mit Hilfe von Initialläsionen, die wegen ihrer Remineralisierbarkeit als nondestruktive Parameter betrachtet werden, ermittelt werden können. Der Schweizer Präventivzahnmediziner Prof. Dr. Marthaler hat dazu die Dentoprog-Methode entwickelt. Für die Bestimmung des Kariesrisikos für 6- bis 12-Jährige werden die Angaben über die Anzahl der gesunden Milchmolaren, der 6-Jahr-Molaren mit verfärbten Fissuren und die Anzahl der Glattflächen mit Kreideflecken an den 6-Jahr-Molaren in einen „Kariesrisikoschieber“ eingegeben, aus dem sofort das Risiko ablesbar ist. Dieses Verfahren ist schnell, kostengünstig und besitzt eine hohe Validität. Die Firma GABA GmbH hat dazu eine entsprechende kostenlose Software zur Verfügung gestellt, die unter der Adresse www.gaba-dent.de/dental_prof/kariesrisikotest.html heruntergeladen werden kann.

Epidemiologische Erfassung der Karies im Kleinkind- und Vorschulalter

Karies bei unter Sechsjährigen wird derzeit als Early Childhood Caries (ECC) bzw. frühkindliche Karies bezeichnet. Ursächlich handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, bei dem soziale Determinanten, fehlende Mundhygiene und unzureichende Fluoridzufuhr eine Rolle spielen. Je nach Kariesverteilungsmuster wird die milde (OK-Frontzähne), moderate (OK-Frontzähne und Molaren) und die schwere (OK-Frontzähne und Molaren sowie UK-Frontzähne) unterschieden.

Sind die befallenden Glattflächen der oberen Milchfrontzähne und auch der Molaren innerhalb sehr kurzer Zeit zerstört, ist der übermäßige Gebrauch von Nuckelflaschen mit süßen und/oder säurehaltigen Getränken zur Beruhigung der Kinder in Verbindung mit mangelnder Zahnpflege die Ursache. Bei einem solchen Kariesverteilungsmuster kann man von „Nuckelflaschenkaries“ sprechen, um den ursächlichen Faktor zu verdeutlichen und Eltern sowie Erzieher/-innen spezielle Präventionshinweise zu geben: Verzicht auf die Nuckelflasche sobald das Kind sitzen und mit Hilfe aus dem Becher trinken kann.

Global wird die Karies, wie beschrieben, mit dem dmf-t/DMF-T erfasst und ebenfalls die Initialkaries registriert. Ergänzend dazu werden für Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter die unterschiedlichen Kariesverteilungsmuster an den Frontzähnen, den Front- und Seitenzähnen sowie ausschließlich an den Seitenzähnen ausgewertet.

3.2 Kieferorthopädische Befunderhebung

In der oralen Epidemiologie liegen in Deutschland wenige Daten zur Verbreitung, dem Schweregrad und der Behandlungsnotwendigkeit dentofazialer Anomalien sowie dem kieferorthopädischen Behandlungsstatus vor. Die Erfassung kieferorthopädisch relevanter Daten in der Gesundheitsberichterstattung erfolgte bisher selten und aufgrund einer Vielzahl gebräuchlicher Indizes hat sich bisher keine einheitliche Methodik durchgesetzt.

In enger Anlehnung an den international gebräuchlichen „Index of Orthodontic Treatment Need“ (IOTN) wurde in Deutschland die „Richtlinie des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung“ entwickelt. Darin enthalten sind die Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG), die seit dem 01.01.2002 für die vertragszahnärztliche Tätigkeit in Deutschland verbindlich sind und einen bundesweit einheitlichen Bewertungsmaßstab für dentofaziale Anomalien darstellen.

Dieser Standard aus der vertragszahnärztlichen Versorgung kann für die Gesundheitsberichterstattung genutzt werden, wie die Studie „Integration einer neuen Methodologie zur Bestimmung der dentofazialen Anomalien im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen des ÖGD“ gezeigt hat.

In den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung sind die Grundsätze der vertragszahnärztlichen Behandlung, die Kieferorthopädischen Indikationsgruppen sowie die Kriterien ihrer Anwendung festgelegt. Daraus geht u. a. hervor, dass kieferorthopädische Behandlungen nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden sollen.

Ausnahmen, die eine **Frühbehandlung** ermöglichen und entsprechend in der Software dokumentiert werden, sind:

- die Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5 oder einem habituell offenen Biss mit dem Behandlungsbedarfsgrad O 4.

- Frühbehandlung eines Distalbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad D 5, eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad K 3 oder K 4, sofern dieser durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist, einer Bukkalokklusion (Nonokklusion) permanenter Zähne mit dem Behandlungsbedarfsgrad B 4, eines progenen Zwangsbisses/frontalen Kreuzbisses mit dem Behandlungsbedarfsgrad M 4 oder M 5 oder die Behandlung zum Öffnen von Lücken mit dem Behandlungsbedarfsgrad P 3 oder P 4 .

Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand Kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)

Grad Indikationsgruppen (Befunde)		1	2	3	4	5
Kraniofaciale Anomalien	A					Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaciale Anomalien
Zahnunterzahl (Aplasie od. Zahnverlust)	U				Unterzahl (nur wenn präprothet. KfO od. kfo Lückenschluss indiziert)	
Durchbruchsstörungen	S				Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
Sagittale distal Stufe mesial	D	bis 3	über 3, bis 6		über 6, bis 9	über 9
	M				0 bis 3	über 3
Vertikale offen (auch seitl.) Stufe tief	O	bis 1	über 1, bis 2	über 2, bis 4	über 4 habituell offen	über 4 skelettal offen
	T	über 1, bis 3	über 3 ohne/mit Gingivakontakt	über 3 mit traumatischem Gingivakontakt		
Transversale Abweichung	B				Bukkal-/Lingual-Okklusion	
	K		Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung Engstand (in der Front)	E	unter 1	über 1, bis 3	über 3, bis 5	über 5	
Platzmangel (distal der seitl. Schneidezähne)	P		bis 3	über 3, bis 4	über 4	

Alle Zahlenangaben in mm

Erläuterungen

Die Indikationsgruppen sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade eingeteilt, im Anhang sind die einzelnen Indikationsgruppen beschrieben. Bei der Untersuchung wird lediglich die Indikationsgruppe mit dem größten Behandlungsbedarf registriert.

Die Pflicht zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen besteht nur für die Behandlungsbedarfsgrade 3, 4 und 5. Bestimmte Zahnfehlstellungen (Behandlungsbedarfsgrad 1 und 2) haben eine medizinische Indikation zur Behandlung, die Behandlungskosten werden jedoch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (Privatleistung).

Bei der Bewertung und Zuordnung zu den Gruppen des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) wird immer die größte klinische Einzelzahnabweichung mit Hilfe eines Lineals „Münchener Modell“ gemessen, d. h., die Kieferrelation ist nicht systemrelevant. Alle Messstrecken müssen in einer Ebene liegen und dürfen nicht dreidimensional verlaufen.

Im Anhang werden die Merkmale der einzelnen Indikationsgruppen ausführlich erläutert. Die Softwareeingabe setzt sich zusammen aus dem diagnostizierten Befund und dem festgestellten Behandlungsbedarfsgrad.

Anomalie mit Behandlungsempfehlung bzw. Elternmitteilung

Bei Vorliegen einer unbehandelten Anomalie wird dem Kind/Jugendlichen in der Regel eine Elternmitteilung mitgegeben, die als (j) für „ja“, codiert mit der Schnittstelle, übermittelt wird.

Bei Vorliegen eines eugnathen Gebisses oder einer Anomalie, für die aus bestimmten Gründen eine Elterninformation nicht erfolgen soll, wird keine Mitteilung mitgegeben und die Codierung lautet (n) für „nein“. Ab Behandlungsschweregrad 2 erfolgt vom ZÄD eine Beratungsempfehlung.

Anomalie in Behandlung

Das Vorliegen einer kieferorthopädischen Behandlung wird in der Software mit „ja“ eingegeben.

Hat ein Kind eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen und ist die Anomalie nach wie vor vorhanden, erfolgt die Zuordnung zum diagnostizierten Befund.

Eugnathes Gebiss

Wenn bei der klinischen Mundinspektion keine dentofaziale Anomalie erkennbar ist, handelt es sich um ein eugnathes Gebiss und wird ebenfalls entsprechend in der Software vermerkt, so dass für jedes Kind ein kieferorthopädischer Befund existiert und ausgewertet werden kann.

3.3 Angaben zum Zahnhalteapparat und zur Mundhygiene

Gingivitis, Parodontalerkrankungen

Die Beurteilung des Zahnhalteapparates ist ein fester Bestandteil jeder zahnärztlichen Untersuchung und erfolgt nach den Kriterien:

gesundes Parodont

Vorliegen einer plaquebedingten Gingivitis ohne Behandlungsbedarf

Behandlungsbedürftigkeit bei schwerwiegenden Formen von Gingivitis, Parodontitis und Zahnstein

Mundhygienestatus

Der Mundhygienestatus wird nach visuellen Gesichtspunkten erhoben. Die Beurteilung erfolgt in Abhängigkeit vom Vorhandensein von Zahnbelägen.

Mundhygiene sehr gut	keine Zahnbeläge
Mundhygiene gut	vereinzelte Zahnbeläge
Mundhygiene schlecht	massive Zahnbeläge

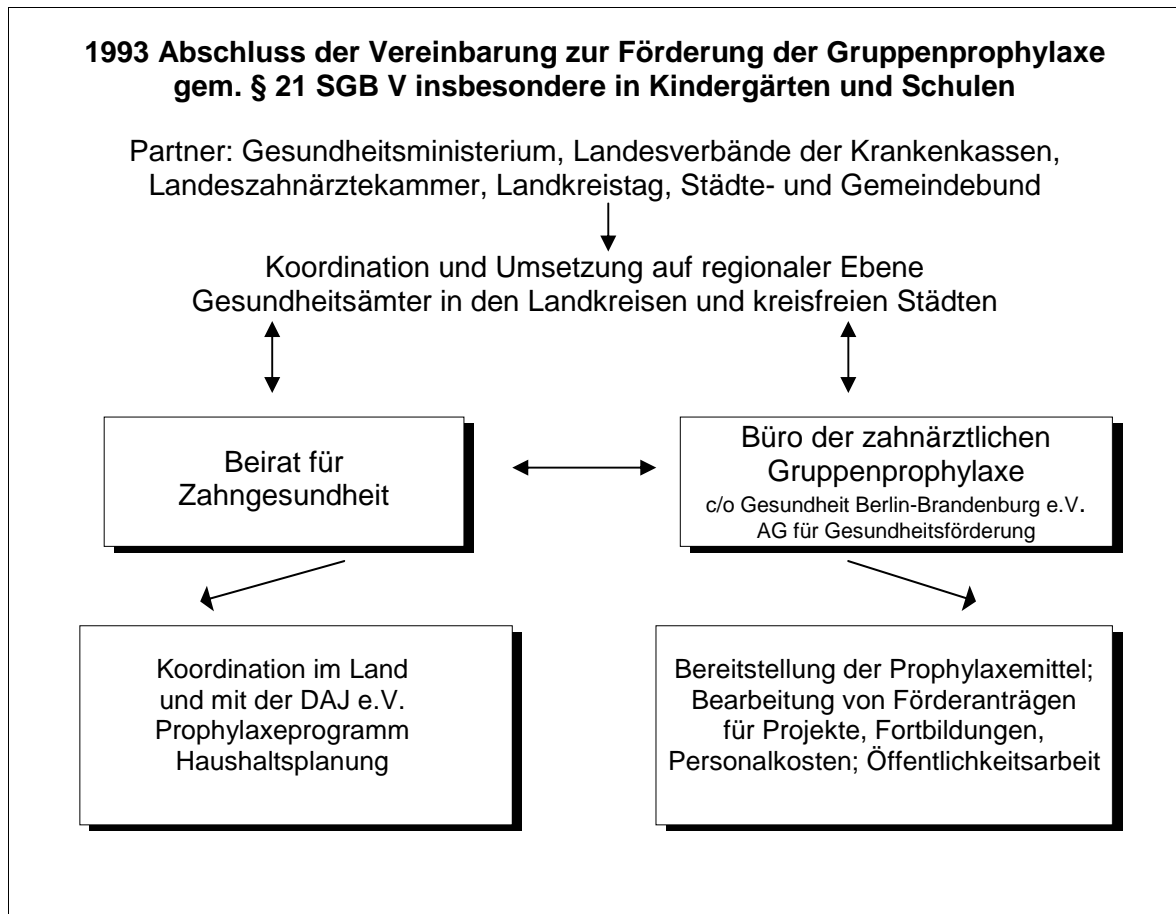
4. Präventionsorientierte zahnmedizinische Betreuungskonzepte

4.1 Grundlagen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe

Seit dem 01.01.1990 ist die gruppenprophylaktische Betreuung für Kinder und Jugendliche eine Leistung des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und wurde in den Jahren 1993 und 2000 erweitert. Im § 21 SGB V sind die Verantwortlichkeiten, Zielgruppen, Inhalte und Vorgehensweisen geregelt. Die Gruppenprophylaxe ist ein Maßnahmenpaket zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen, das jährlich flächendeckend in Kindertagesstätten und Schulen erbracht und für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Kariesrisiko in den Einrichtungen intensiviert wird. Weiterhin ist festgelegt, dass die Verbände der Krankenkassen im Zusammenwirken mit den zuständigen Stellen der Länder (ÖGD) und der Zahnärzteschaft gemeinsam und einheitlich die Maßnahmen fördern und sich an den Kosten beteiligen. Hierzu wurden in allen Bundesländern entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen.

Im Jahr 1993 wurde die „Vereinbarung zur Förderung der Umsetzung des § 21 Sozialgesetzbuch V insbesondere in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg“ unterzeichnet und im Zahnärzteblatt Brandenburg 4/1993 als amtliche Mitteilung veröffentlicht.

Die Struktur geht aus dem nachfolgenden Schema hervor:



Die Partner der Vereinbarung führen jährlich mit dem Beirat für Zahngesundheit und der Koordinatorin des Büros der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe Beratungen durch und verständigen sich dabei zum Stand und der Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe. Sie beschließen die erforderlichen Haushaltsmittel und mit dem „Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg“ den verbindlichen Rahmen mit Zielstellungen und Inhalten für die Umsetzung der Gruppenprophylaxe in den Regionen des Landes.

Landesrechtliche Bestimmungen, die für die Umsetzung der Gruppenprophylaxe Bedeutung haben, sind im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG), Brandenburgischen Schulgesetz (BbgSchulG) und Kindertagesstättengesetz (KitaG) festgelegt worden. Diese Gesetze und der Runderlass regeln u. a. die Zuständigkeit der ZÄD der Gesundheitsämter und die Kooperation zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst, Schule und Kita bei der präventiven Betreuung der Kinder und Jugendlichen.

Weiterhin stimmen die Partner die Zusammenarbeit mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., die die Gruppenprophylaxe auf der Bundesebene koordiniert,

ab. Hierzu gehört die Teilnahme bei der jährlichen Erstellung der bundesweiten Maßnahmendokumentation und der epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe (DAJ-Studie) nach festgelegten Modalitäten.

4.2 Umsetzung der Gruppenprophylaxe

Ausführende Organe sind die Zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Hier sind Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie zahnärztliches Assistenzpersonal angestellt, das im Team die Aufgaben unter den jeweiligen regionalen Bedingungen wahrnimmt. Die Leitung des ZÄD und damit die Verantwortung für die Durchführung der Gruppenprophylaxe, ist eine zahnärztliche Zuständigkeit und sollte von Fachzahnärzten/-innen für Öffentliches Gesundheitswesen oder für die Kinderzahnheilkunde qualifizierte Zahnärzte wahrgenommen werden.

Die in der zahnärztlichen Prophylaxe tätigen Assistentinnen sollten eine abgeschlossene Berufsausbildung als Stomatologische Schwester/Zahnarzhelferin/Zahnmedizinische Fachangestellte haben und in der Gruppenprophylaxe fortgebildet sein. Weiterhin kann pädagogisches Fachpersonal eine wertvolle Unterstützung im Team sein, wenn zahnmedizinische Fachkenntnisse erworben werden.

Die ständige fachliche Weiterentwicklung, die Berücksichtigung der wissenschaftlichen Empfehlungen der Fachgesellschaften und Leitlinien sowie die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sind ein Beitrag zur Qualitätssicherung.

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sind grundsätzlich in den Kindertagesstätten/Tagespflegestellen und Schulen im Gruppen- oder Klassenverband durchzuführen (Settingansatz). Dadurch können alle Kinder unabhängig von ihrer sozialen Lage und ihrem Gesundheitszustand in ihrer gewohnten Umgebung prophylaktisch betreut werden. Parallel dazu werden auch zahnärztliche Sprechzimmer und/oder Prophylaxeräume in den Gesundheitsämtern genutzt.

Basisbetreuung

Mundgesundheit ist Teil der allgemeinen Gesundheit. Mundgesundheitsprogramme sollten daher auch in Programme zur Förderung der Gesundheit integriert werden, um gemeinsame Risikofaktoren erkennen und minimieren zu können. Schuljährlich wird mindestens ein Prophylaxeimpuls in den Gruppen bzw. Klassen der Kitas/Schulen durchgeführt. Dabei hat sich in Schulen der zeitliche Umfang von einer Unterrichtsstunde und in Kitas von ca. 30 Minuten je Impuls praktisch bewährt.

Der 1. Prophylaxeimpuls umfasst die zahnärztliche Untersuchung und eine praktische und/oder theoretische Prophylaxemaßnahme (altersgerechtes Zahnputztraining, Ernährungslenkung, Fluoridierung, Motivation zum Zahnarztbesuch). Detailliert werden die Prophylaxemaßnahmen im „Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg“ beschrieben.

Ergänzend dazu werden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit Projekte initiiert, Eltern, Erzieherinnen/Erzieher sowie Lehrerinnen/Lehrer als Multiplikatoren in die Arbeit einbezogen. Aktionen, wie der jährliche Tag der Zahngesundheit, Gesundheitstage, -wochen etc. werden ebenso mit gestaltet. Interdisziplinäre Zusammenarbeit in und mit Gremien sowie Netzwerken ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit in der Gruppenprophylaxe.

Weitere Prophylaxeimpulse werden zielgruppenorientiert und in der Regel ohne zahnärztliche Untersuchung in entsprechenden zeitlichen Abständen durchgeführt. Die Einführung erfolgte schrittweise nach Erreichen der Flächendeckung mit dem 1. Prophylaxeimpuls, wird bedarfsgerecht erweitert und stellt eine Intensivierung dar.

Ziel der Prophylaxeimpulse ist neben dem direkten Kontakt mit den Kindern und dem pädagogischen Personal zu erreichen, dass die Thematik Mundgesundheit in den Tagesablauf bzw. den Unterricht aufgenommen wird, tägliches Zähneputzen mit einer fluoridierten Zahnpasta insbesondere in der Kita eine Selbstverständlichkeit bleibt und damit nachhaltig das Gesundheitsverhalten der Kinder prägt.

Intensivierung der Maßnahmen

Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko sowie Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr, die Einrichtungen besuchen, in denen das Kariesrisiko der Kinder bzw. Schülerinnen und Schüler überdurchschnittlich hoch ist, werden intensiver betreut.

Für die Ermittlung des Kariesrisikos können verschiedene Methoden angewandt werden. Möglich ist die Anwendung der DAJ-Kriterien zur Kariesrisikoeinschätzung, es können aber auch andere Faktoren wie Schultyp oder Lage der Einrichtung in sozialen Brennpunkten herangezogen werden. Aussagekräftig ist auch ein Ranking nach dmf-t/DMF-T-Mittelwerten oder nach den niedrigsten Anteilen kariesfreier Gebisse. Eine Intensivierung der Maßnahmen wird vorrangig in den Kindereinrichtungen, in denen der Anteil der kariesgefährdeten Kinder am größten ist, durchgeführt.

Spezifische Programme

Für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko sollen zusätzlich Fluoridierungsmaßnahmen (Dentalgel, Fluorid-Lack- bzw. Dentallösung-Applikation) umgesetzt werden. Sie werden in Schwerpunkteinrichtungen durchgeführt. Erzieher/-innen bzw. Lehrer/-innen sind im Vorfeld über das Programm zu informieren und werden bei der Durchführung mit einbezogen. Die Eltern werden in geeigneter Form aufgeklärt und geben schriftlich ihr Einverständnis zu dieser Maßnahme. In den Schulen erfolgt ein stufenweiser Aufbau, so dass über mehrere Jahre eine Kontinuität der Maßnahmen gewährleistet wird.

Kleinkinder

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf die Gruppe der Kleinkinder. Die frühkindliche Karies ist auch in Brandenburg ein gesundheitliches Problem der Jüngsten. Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Kleinkindalter haben daher einen hohen Stellenwert und sollten Bestandteil ganzheitlicher Konzepte zur Gesundheitsförderung sein. Für diese Altersgruppe werden interdisziplinäre Strategien in der jeweiligen Region entwickelt. Gynäkologen, Hebammen, Kinderärzte, Kinder- und Geburtskliniken, Kita-Träger mit Krabbel- und Krippengruppen, Tagesmütter sowie regionale Netzwerke werden als Partner gewonnen.

Ein erster Schritt und „Türöffner“ ist der Zahnärztliche Prophylaxe-Pass „Mutter und Kind“, den die Schwangeren von ihrem Gynäkologen zusammen mit dem Mutterpass erhalten. Ergänzend sind Informationen zu den Besonderheiten der Zahn- und Mundgesundheit in der Schwangerschaft und im Kleinkindalter hilfreich. Eltern sollte bewusst gemacht werden, dass sie für die Mundgesundheit ihres Kindes verantwortlich sind. Ansprechpartner in Säuglings- und Krabbelgruppen sind auch die Teams der ZÄD. In Elternkursen, Spiel- und Krabbelgruppen können praktische Tipps und Hinweise gegeben werden.

Prophylaxematerialien und Förderungen

Die für die Gruppenprophylaxe erforderlichen Prophylaxemittel sowie pädagogisch didaktische Materialien werden von den ZÄD halbjährlich über das Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe auf der Basis eines Medienkataloges geordert. Auch Projektförderungen für Aktionstage etc. können im Büro beantragt werden. Die Verbände der Krankenkassen fördern auf der Basis der Vereinbarung gem. § 21 SGB V anteilig Personalkosten der ZÄD und Kosten für Fortbildungen nach festgelegten Modalitäten.

4.3 Dokumentation der Gruppenprophylaxemaßnahmen

Zur Evaluation der Gruppenprophylaxe erfolgt die Dokumentation der Maßnahmen kind- und gruppenbezogen. Als kindbezogene Maßnahmen werden die Fluoridapplikationen

Fluoridierung mit Dentalgel

Fluoridierung mit Fluoridlack

Fluoridierung mit Dentallösung

zusammen mit den zahnärztlichen Untersuchungen in die Softwareprogramme eingegeben. Diese Angaben werden über die Schnittstelle an das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (Landesgesundheitsamt) übermittelt.

Auf Gruppenebene werden weitere Prophylaxemaßnahmen wie

Ernährungslenkungen,

altersgerechte Mundhygieneinstruktionen,

Multiplikatorenarbeit, Elternsprechstunden,

Öffentlichkeitsarbeit, Aktionstage, Gesundheitstage,

Einrichtungs- und Kinderzahlen

für den bundeseinheitlichen Berichtsbogen A2 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) und den Berichtsbogen „Dokumentation zahnmedizinischer Prävention“ für das Land Brandenburg erfasst.

Zahnärztliche Prophylaxe-Pässe

Die Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für Vorschul- und Schulkinder



erhalten alle Kinder in Kindertagesstätten sowie die Schülerinnen und Schüler in den Schulen. Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe werden von den ZÄD in die Pässe eingetragen und in den Zahnarztpraxen die Maßnahmen der Individualprophylaxe.

Hierfür besteht in Software-Programmen die Eingabemöglichkeit

ausgegeben

wieder vorgelegt

erneut ausgegeben

und ermöglicht eine Auswertung.

5. Datenübermittlung und -auswertung

Nach Ablauf des Schuljahres werden alle erfassten Angaben aus den zahnärztlichen Untersuchungen und präventiven Maßnahmen zunächst für den Landkreis/die kreisfreie Stadt zusammengestellt. Die Softwareprogramme enthalten bereits standardisierte Auswertungsmöglichkeiten, z. B. zum Gebisszustand, Sanierungsgrad, nach Altersgruppen, Schulen, Schulorten, Klassenstufen, Kariesrisikoanteilen etc., die in den Gesundheitsämtern für die kommunale Gesundheitsberichterstattung genutzt und für spezielle Fragestellungen auch erweitert werden können.

Der per Schnittstellendefinition festgelegte Datenbestand der zahnärztlichen Untersuchungen und die Berichtsbögen werden schuljährlich an das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (Landesgesundheitsamt) übersandt. Als Stichtag für die Übermittlung aller Unterlagen gilt der 01. September des laufenden Jahres.

Im Einzelnen werden übermittelt:

1. Daten der zahnärztlichen Untersuchungen gemäß Schnittstellendefinition auf CD-ROM oder mittels Datenfernübertragung einschließlich Information über:
 - das Berichtsjahr,
 - den Ansprechpartner,
 - die Telefonnummer des Ansprechpartners,
 - die Anzahl der übermittelten Datensätze.
2. Berichtsbogen „Dokumentation zahnmedizinischer Prävention“,
3. A2-Bogen der DAJ.

Die Daten werden bearbeitet, bewertet und die Auswertungen der Angaben aus den zahnärztlichen Untersuchungen werden in Standardtabellen zusammengestellt. Sie enthalten Aussagen zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen des Schuljahres sowie Trendergebnisse auf Landes- und regionaler Ebene. Die Gesundheitsziele im Handlungsfeld Mundgesundheit des Bündnisses „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ werden ebenfalls dargestellt und sind unter www.gesundheitsplattform.brandenburg.de veröffentlicht.

Dem Gesundheitsministerium werden die Ergebnisse mit den sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen jährlich vorgelegt. Das Ministerium informiert auf dieser Basis die Partner der Vereinbarung sowie die DAJ über die durchgeführten und dokumentierten Maßnahmen und die Entwicklung der Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg.

6. **Betreuungscontrolling**

Begriffsbestimmung

Im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz ist im § 6 Abs. 3 festgelegt, dass für Kinder und Jugendliche mit auffälligen Befunden im Zahn-, Mund- und Kieferbereich ein Betreuungscontrolling etabliert werden soll.

Es handelt sich dabei um Kinder und Jugendliche, bei denen während der zahnärztlichen Untersuchung in der Kindereinrichtung eine über einen längeren Zeitraum bestehende Behandlungsbedürftigkeit kariös stark zerstörter Zähne, Infektionen, Blutungen oder Traumata sowie ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt wird. Dabei ist zu beachten, dass diese Symptome auch Hinweise auf eine mögliche Vernachlässigung sein können. Ziel ist es, dass diese Kinder und Jugendlichen zahnärztlich behandelt werden und die orale Gesundheit wiederhergestellt wird. Die Sicherung einer adäquaten Funktion, Schmerzfreiheit und Freiheit von Infektionen hat dabei Priorität.

Folgende Sachverhalte sind altersgruppenspezifische Indikatoren für die Zuordnung Betreuungscontrolling und Eingabe in die Software:

- unter 3 Jahre alte Kinder - Vorhandensein kariöser unbehandelter Milchzähne
- 3 bis 5 Jahre alte Kinder - Vorhandensein von mindestens vier stark kariös zerstörten Milchzähnen
- 6 bis 12 Jahre alte Kinder - Vorhandensein von mindestens zwei stark kariös zerstörten bleibenden Zähnen
- ab 13 Jahre alte Jugendliche - Vorhandensein von mindestens sechs kariös zerstörten bleibenden Zähnen

Weiterhin sind festgestellte allgemeine gesundheitliche Auffälligkeiten zum Befund in der Software zu dokumentieren. Welche Kinder „auffällige Befunde“ mit einer Indikation für ein Betreuungscontrolling aufweisen, ist eine zahnärztliche Einzelfall- und Ermessensentscheidung unter Zugrundelegung der oben genannten Kriterien und eines Abgleichs mit vorhandenen Vorjahresbefunden. Erst wenn der Gebisszustand erkennen lässt, dass seit der letzten Untersuchung notwendige umfangreiche Therapiemaßnahmen nicht eingeleitet wurden und gegebenenfalls sogar weitere kariöse Läsionen hinzugekommen sind, wird ein Betreuungscontrolling erforderlich. Das mehrmalige Fernbleiben von der zahnärztlichen Untersuchung in der Kindereinrichtung ist ebenfalls eine Indikation für das Betreuungscontrolling.

Empfehlungen für die Organisation und Durchführung

Im Anschluss an die zahnärztliche Untersuchung erhalten alle Kinder einen Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass, in dem die Untersuchung und Prophylaxemaßnahmen dokumentiert werden. Dies ist ein Hinweis für die Eltern, dass das Kind untersucht, aber kein Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Allgemeine Verhaltensweisen zur regelmäßigen Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen in der Zahnarztpraxis, Behandlungen und Vorsorgetipps sind Bestandteil der Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe. Ein sehr wichtiger Aspekt ist, dass auch die individuellen Prophylaxemaßnahmen der Zahnarztpraxen in diesem Pass dokumentiert werden können.

Die Erfahrungen zeigen, dass diese Herangehensweise Akzeptanz bei den Eltern findet, keinen belehrenden, kontrollierenden, sondern einen beratenden Charakter hat. Die Pässe sind effektiver als ein gesondertes Schreiben mit der Information, dass „alles in Ordnung“ ist.

Die Eltern, deren Kinder einen Behandlungsbedarf aufweisen, erhalten nach jeder zahnärztlichen Untersuchung eine schriftliche Mitteilung darüber, dass Behandlungsbedarf aufgrund kariöser Erkrankungen und/oder kieferorthopädischer Anomalien festgestellt wurde bzw. eine erhöhte Kariesanfälligkeit besteht. In der Regel erfolgt daraufhin eine Inanspruchnahme der empfohlenen Behandlung.

Bei der nächsten Untersuchung mit erneut festgestellter Behandlungsbedürftigkeit erfolgt wiederum eine schriftliche Mitteilung.

Für Kinder mit einem auffälligen Befund, bei denen keine Behandlung erfolgt ist, wird den Eltern ein spezielles Schreiben vom ZÄD mit der Bitte um Veranlassung der notwendigen Behandlung geschickt. Die Eltern werden gebeten, sich die durchgeführte Behandlung bestätigen zu lassen und dem ZÄD zurückzusenden.

Ist erkennbar, dass weiterhin Anzeichen für eine zahnmedizinische Vernachlässigung vorliegen und keine Behandlung erfolgt ist, können unter Abwägung der Kindeswohlaspekte unter angemessener Einbeziehung vorhandener Strukturen und Partner Kontakte hergestellt werden, die zusätzliche Impulse zur Wahrnehmung der Behandlung und damit Besserung der gesundheitlichen Situation des Kindes bzw. Jugendlichen setzen.

Partner im Betreuungscontrolling sind:

Gesundheitsamt/ZÄD – Zahnärzte/-innen

Eltern

Kita/Schule – Erzieher/innen, Lehrer/-innen

Gesundheitsamt/KJGD – Sozialarbeiter/-innen

Jugendamt/Allgemeiner Sozialer Dienst, Sozialarbeiter/-innen

Jugendamt/Freie Träger - Familienhelfer/-innen

7. Musterschreiben

Die folgenden Musterschreiben sind für die Nutzung in allen ZÄD erstellt worden:

Informationsschreiben für Kindertagesstätten - Terminankündigung

Informationsschreiben für Schulen - 1. und 2. Terminankündigung

Elterninformation über Behandlungsbedarf

Einverständnis zur Teilnahme an der Fluoridierung

Fluoridlack

Dentalgel

Dentallösung

Elternschreiben zum Betreuungscontrolling

Informationsschreiben für Erzieherinnen/Erzieher und Lehrerinnen/Lehrer mit Hinweisen zur Umsetzung der Fluoridierung in Kindergruppen können bei Bedarf ergänzt werden.



Mundgesundheit in Kindertagesstätten

Liebe Eltern und Erzieherinnen und Erzieher,

das Team des Zahnärztlichen Dienstes wird am _____
in die Kindertagesstätte kommen.

Damit gesunde Kinderzähne gar nicht erst krank werden, führen wir in allen Kindereinrichtungen die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe durch.

Diese Maßnahmen sind gesetzlich festgelegt (Sozialgesetzbuch V, Kita- und Gesundheitsdienstgesetz) und werden von den Krankenkassen finanziell gefördert.

- Die Kinder werden zahnärztlich untersucht, und eine eventuelle Behandlungsnotwendigkeit teilen wir Ihnen mit.
- Das spielerische Erlernen der altersgerechten Zahnputztechnik KAI (Kauflächen; Außenflächen; Innenflächen) in der Gruppe macht allen Kindern Spaß. Zahnbürsten und Zahnpasta für die tägliche Zahnpflege in der Kita stellen wir zur Verfügung.
- Wir thematisieren die gesunde Ernährung, denn sie spielt bei der Kariesentstehung eine wichtige Rolle. Kauintensive zuckerarme Kost ist empfehlenswert. Ein selbstbe-reitetes Frühstücksbrot, Obst und Gemüse sowie ein Milchgetränk sind nicht nur für die Zähne wichtig, sondern helfen Ihren Kleinen, gesund groß zu werden.
- Fluoride schützen die Zähne zusätzlich vor Karies. Das Verwenden von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt und das tägliche Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Kinderzahn-pasta sichern die nötige Fluoridzufuhr.
- Gesunde Milchzähne sind die beste Voraussetzung für ein gesundes bleibendes Gebiss, stellen Sie Ihr Kind deshalb regelmäßig einer Zahnärztin/einem Zahnarzt vor.

Bitte geben Sie den

Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass

Ihres Kindes **vor unserem Termin** in der Kita ab, damit wir Ihnen die gruppenprophylaktische Betreuung bestätigen können.

Kinder, die erstmalig in der Kita betreut werden, bekommen den Pass von uns.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Zahnärztlichen Dienstes





Mundgesundheit in Schulen

Sehr geehrte Lehrerinnen und Lehrer,

das Team des Zahnärztlichen Dienstes wird in diesem Jahr die Schülerinnen/ Schüler Ihrer Schule am _____ zahnärztlich untersuchen und gruppenprophylaktisch betreuen.

Bitte informieren Sie vorher die Schülerinnen/Schüler und die Eltern!

Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen, darunter auch die zahnärztliche Untersuchung, sind vom Gesetzgeber im § 21 des Sozialgesetzbuches V, dem Gesundheitsdienst- und Schulgesetz festgelegt worden. Alle Schülerinnen/Schüler sind verpflichtet, an der zahnärztlichen Untersuchung teilzunehmen.

Die Untersuchungsangaben werden standardisiert erfasst und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung anonymisiert ausgewertet. Im Fall einer Behandlungsbedürftigkeit erhalten die Eltern eine Mitteilung.

Im Rahmen der gruppenprophylaktischen Betreuung werden in den einzelnen Klassenstufen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Altersgerechtes Mundhygienetraining, gesunde Ernährung, Fluoridierung, Zahnaufbau, Entstehung und Vermeidung der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie der regelmäßige Zahnarztbesuch werden thematisiert und nach Möglichkeit durch praktische Übungen begleitet.

In Schwerpunktschulen erfolgt 2-mal jährlich mit Einverständnis der Eltern eine Fluoridierung. Diese präventiven Maßnahmen werden von den Krankenkassen finanziell gefördert.

Die Kinder der **1. Klassen** bekommen den **Pass für Schulkinder** von uns.

Die Schülerinnen/Schüler der **2. bis 6. Klassen** denken bitte daran, ihren **Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass** mitzubringen.



Wir sind bemüht, den Unterrichtsausfall so gering wie möglich zu halten und bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Zahnärztlichen Dienstes

Musterkreis/Musterkreisfreie Stadt
Gesundheitsamt, ZÄD
Anschrift, Tel.-Nr., E-Mail-Adresse



Sehr geehrte Klassenlehrerin, sehr geehrter Klassenlehrer,

die Schülerinnen/Schüler Ihrer Klasse, deren Eltern das Einverständnis gegeben haben, nehmen an der zweimal jährlichen Fluoridierung im Rahmen der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V teil.

Die nächste Touchierung findet am _____ statt.

Bitte informieren Sie die Eltern und Schülerinnen/Schüler über diesen Termin und erinnern an das Mitbringen des **Zahnärztlichen Prophylaxe-Passes** zur Dokumentation der Touchierung sowie das Mitbringen von Zahnbürsten und -pasta.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Zahnärztlichen Dienstes



Musterkreis/Musterkreisfreie Stadt
Gesundheitsamt, ZÄD
Anschrift, Tel.-Nr., E-Mail-Adresse



Sehr geehrte Klassenlehrerin, sehr geehrter Klassenlehrer,

die Schülerinnen/Schüler Ihrer Klasse, deren Eltern das Einverständnis gegeben haben, nehmen an der zweimal jährlichen Fluoridierung im Rahmen der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V teil.

Die nächste Touchierung findet am _____ statt.

Bitte informieren Sie die Eltern und Schülerinnen/Schüler über diesen Termin und erinnern an das Mitbringen des **Zahnärztlichen Prophylaxe-Passes** zur Dokumentation der Touchierung sowie an das Mitbringen von Zahnbürsten und -pasta.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Zahnärztlichen Dienstes



Musterkreis/Musterkreisfreie Stadt
Gesundheitsamt, ZÄD
Anschrift, Tel.-Nr., Fax-Nr.
E-Mail-Adresse



Liebe Eltern,

bei der heutigen zahnärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

Name	Vorname	Datum

wurde festgestellt, dass

- kariös erkrankte Zähne vorhanden sind und behandelt werden sollten. Zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit empfehlen wir Ihnen, Ihr Kind möglichst bald Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt vorzustellen.
- Anzeichen für eine Zahn- und Kieferfehlentwicklung bestehen. Bitte stellen Sie sich mit Ihrem Kind bei einer Fachzahnärztin/einem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Ihrer Wahl vor. Der Zahnärztliche Dienst bietet Ihnen ebenfalls eine Beratung an.
- das Gebiss Ihres Kindes eine besondere Kariesanfälligkeit aufweist und deshalb einer erhöhten zahnärztlichen Beobachtung und/oder vorsorgenden Betreuung bedarf. Wir empfehlen Ihnen, zur Beratung Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt aufzusuchen.
- Ihr Kind bei der heutigen Untersuchung nicht anwesend war. Zur Erhaltung der Gesundheit empfehlen wir Ihnen, Ihr Kind halbjährlich Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt vorzustellen.

Sollten Sie bereits einen Behandlungstermin für Ihr Kind vereinbart haben, ist dieses Schreiben gegenstandslos.

Mit freundlichen Grüßen

Name der Zahnärztin/des Zahnarztes

Musterkreis/Musterkreisfreie Stadt
Gesundheitsamt, ZÄD
Anschrift, Tel.-Nr., Fax-Nr.
E-Mail-Adresse



Liebe Eltern,

bei der heutigen zahnärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

Name	Vorname	Datum

wurde festgestellt, dass

- kariös erkrankte Zähne vorhanden sind und behandelt werden sollten. Zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit empfehlen wir Ihnen, Ihr Kind möglichst bald Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt vorzustellen.
- Anzeichen für eine Zahn- und Kieferfehlentwicklung bestehen. Bitte stellen Sie sich mit Ihrem Kind bei einer Fachzahnärztin/einem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Ihrer Wahl vor. Der Zahnärztliche Dienst bietet Ihnen ebenfalls eine Beratung an.
- das Gebiss Ihres Kindes eine besondere Kariesanfälligkeit aufweist und deshalb einer erhöhten zahnärztlichen Beobachtung und/oder vorsorgenden Betreuung bedarf. Wir empfehlen Ihnen, zur Beratung Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt aufzusuchen.
- Ihr Kind bei der heutigen Untersuchung nicht anwesend war. Zur Erhaltung der Gesundheit empfehlen wir Ihnen, Ihr Kind halbjährlich Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt vorzustellen.

Sollten Sie bereits einen Behandlungstermin für Ihr Kind vereinbart haben, ist dieses Schreiben gegenstandslos.

Mit freundlichen Grüßen

Name der Zahnärztin/des Zahnarztes



Kariesschutz durch Fluoridlack

Liebe Eltern,

die Zähne Ihres Kindes können zusätzlich durch die Anwendung von Fluoriden vor Karies geschützt werden. Für Ihr Kind besteht die Möglichkeit, an einer Fluoridierung mit einem Fluoridlack, der auf die Zähne aufgetragen wird, teilzunehmen.

Diese Maßnahme, die das Team des Zahnärztlichen Dienstes im Rahmen der Gruppenprophylaxe durchführt, findet zweimal jährlich in der Schule bis zur Klassenstufe _____ statt. Die Maßnahmen der Individualprophylaxe, in der Zahnarztpraxis, wie z. B. Versiegelung der Backenzähne, können ebenfalls in Anspruch genommen werden.

Damit Sie für Ihr Kind eine Übersicht über alle Prophylaxemaßnahmen haben, werden sie von uns und Ihrer Zahnarztpraxis im „**Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass Schulkinder**“ dokumentiert, den alle Schüler/-innen vom Zahnärztlichen Dienst erhalten.

Bitte teilen Sie uns auf dem unteren Abschnitt dieser Information mit, ob Sie die Teilnahme Ihres Kindes an der Fluoridierung mit Fluoridlack wünschen. Ihr Einverständnis gilt für das 1. bis _____ Schuljahr, Änderungen sind jederzeit möglich und bedürfen der Schriftform. Falls Ihr Kind an einem Asthma bronchiale oder einer Allergie leidet, teilen Sie uns das bitte ebenfalls mit.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes, die Klassenlehrerin/den Klassenlehrer oder an Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt.

Mit freundlichen Grüßen

Zahnärztin/Zahnarzt

Oberer Abschnitt für Ihre Unterlagen

RÜCKGABE AN DEN ZAHNÄRZTLICHEN DIENST

✂-----

Unser Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Schule

Klasse

soll an der 2-mal jährlichen kostenfreien Fluoridlackanwendung teilnehmen:

Ja

Nein

Asthma bronchiale:

Ja

Nein

Allergie:

Ja

Nein

gegen _____

Datum

Unterschrift



Kariesschutz durch Dentalgel

Liebe Eltern,

die Zähne Ihres Kindes können zusätzlich durch die Anwendung von Fluoriden vor Karies geschützt werden. Für Ihr Kind besteht die Möglichkeit, an einer Fluoridierung mit dem Dentalgel elmex® gelee, teilzunehmen. Unter Anleitung einer Erzieherin/eines Erziehers bürsten die Kinder ihre Zähne mit einer erbsengroßen Menge Dentalgel und spülen anschließend den Mund aus. Diese Maßnahme, die das Team des Zahnärztlichen Dienstes im Rahmen der Gruppenprophylaxe anbietet, wird wöchentlich durchgeführt.

Die Prophylaxemaßnahmen in der Zahnarztpraxis können ebenfalls in Anspruch genommen werden.

Damit Sie für Ihr Kind eine Übersicht über alle Prophylaxemaßnahmen haben, werden sie von uns und Ihrer Zahnarztpraxis im „**Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass Vorschulkinder**“ dokumentiert, den alle Kinder vom Zahnärztlichen Dienst erhalten.

Bitte teilen Sie uns auf dem unteren Abschnitt dieser Information mit, ob Sie die Teilnahme Ihres Kindes an der Fluoridierung mit Dentalgel wünschen. Änderungen sind jederzeit möglich und bedürfen der Schriftform.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes, die Erzieherin/den Erzieher oder an Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt.

Mit freundlichen Grüßen

Zahnärztin/Zahnarzt

Oberer Abschnitt für Ihre Unterlagen

RÜCKGABE AN DEN ZAHNÄRZTLICHEN DIENST

✂-----

Unser Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindertagesstätte

soll an der wöchentlichen kostenfreien Fluoridanwendung teilnehmen:

Ja

Nein

Datum

Unterschrift



Kariesschutz durch Dentallösung

Liebe Eltern,

die Zähne Ihres Kindes können zusätzlich durch die Anwendung von Fluoriden vor Karies geschützt werden. Für Ihr Kind besteht die Möglichkeit, an einer Fluoridierung mit der Dentallösung elmex® fluid, die auf die Zähne aufgetragen wird, teilzunehmen. Diese Maßnahme, die das Team des Zahnärztlichen Dienstes im Rahmen der Gruppenprophylaxe durchführt, findet zweimal jährlich in der Schule bis zur Klassenstufe _____ statt.

Die Maßnahmen der Individualprophylaxe, in der Zahnarztpraxis, wie z.B. Versiegelung der Backenzähne, können ebenfalls in Anspruch genommen werden.

Damit Sie für Ihr Kind eine Übersicht über alle Prophylaxemaßnahmen haben, werden sie von uns und Ihrer Zahnarztpraxis im „**Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass Schulkinder**“ dokumentiert, den alle Schülerinnen/Schüler vom Zahnärztlichen Dienst erhalten.

Bitte teilen Sie uns auf dem unteren Abschnitt dieser Information mit, ob Sie die Teilnahme Ihres Kindes an der Fluoridierung mit Dentallösung wünschen.

Ihr Einverständnis gilt für das 1. bis _____ Schuljahr, Änderungen sind jederzeit möglich und bedürfen der Schriftform.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes, die Klassenlehrerin/den Klassenlehrer oder an Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt.

Mit freundlichen Grüßen

Zahnärztin/Zahnarzt

Oberer Abschnitt für Ihre Unterlagen

RÜCKGABE AN DEN ZAHNÄRZTLICHEN DIENST

✂-----

Unser Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Schule

Klasse

soll an der 2-mal jährlichen kostenfreien Fluoridanwendung teilnehmen:

Ja

Nein

Datum

Unterschrift

Musterkreis/Musterkreisfreie Stadt
Gesundheitsamt, ZÄD
Anschrift, Tel.-Nr., E-Mail-Adresse



Sehr geehrte Eltern,

bei der zahnärztlichen Untersuchung Ihres Kindes _____ am _____

in der Kita /in der Schule wurde festgestellt, dass

mehrere kariös erkrankte Zähne vorhanden sind und daher eine dringende zahnärztliche Behandlungsnotwendigkeit besteht.

Ihr Kind an mehreren zahnärztlichen Untersuchungen in der Kita/Schule nicht teilgenommen hat.

Wir führen deshalb ein Betreuungscontrolling nach § 6 (3) des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes durch.

Bitte stellen Sie Ihr Kind zum nächstmöglichen Zeitpunkt Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt vor und senden Sie uns anschließend das beigefügte Schreiben ausgefüllt zurück.

Für Rückfragen und Beratungen können Sie sich gern an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Zahnärztin/Zahnarzt

8. Anhang

Erläuterung zu den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)

A Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaziale Anomalien

LKG-Spalten und syndromale Erkrankungen mit kraniofazialen Anomalien führen in der Regel zu ausgeprägten Hemmungsmisbildungen bzw. Wachstumsstörungen und Anomalien der Zahnzahl, Verlagerungen etc., die einer komplexen kieferorthopädischen, häufig interdisziplinären Therapie bedürfen. Die therapeutischen Maßnahmen erstrecken sich oft über einen Zeitraum von vielen Jahren.

Zu den Fällen der Gruppe A zählen auch Patienten mit Morbus Down (Trisomie 21), wenn durch eine Therapie im Säuglings- und Kleinkindalter gravierende Funktionsstörungen, meist der Zunge, zu korrigieren sind.

U Unterzahl

Bei vorhandenen oder zu erwartenden Lücken durch Zahnunterzahl infolge Nichtanlage oder Zahnverlust (aus patholog. Gründen oder als Folge eines Traumas) kann sowohl ein prothetischer als auch ein kieferorthopädischer Lückenschluss sinnvoll sein, um Zahnwanderungen, Kippungen, Störungen der statischen bzw. dynamischen Okklusion, Beeinträchtigungen der Funktion, Phonetik, Ästhetik und Psyche zu vermeiden.

Ist ein prothetischer Lückenschluss geplant, kann eine präprothetische kieferorthopädische Therapie indiziert sein, wenn erst durch Korrektur der die Lücke begrenzenden Zähne eine korrekte prothetische Versorgung möglich ist.

Ist ein kieferorthopädischer Lückenschluss vorgesehen, sind die Kriterien der Gruppe U nur dann erfüllt, wenn die vorhandene oder nach Verlust der Milchzähne zu erwartende Lücke behandlungsbedürftig und so groß ist, dass eine achsengerechte Einstellung der Zähne nur durch kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen möglich ist.

Supraokklusionen permanenter Zähne, die eine prothetische Versorgung antagonistischer Lücken erheblich erschweren oder unmöglich machen, sind in analoger Anwendung dem Indikationsbereich einer präprothetischen Behandlung (Gruppe U) zuzuordnen.

S Durchbruchstörung (Retention/Verlagerung)

Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum Spontandurchbruch zu verstehen.

Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt keine Einstufung in diese Gruppe.

Eine Retention mit Einordnung in die Gruppe S liegt vor, wenn ein Zahn infolge eines Durchbruchshindernisses (z. B. Odontom, ankylosierter Milchzahn) nicht durchbricht.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein retinierter Zahn – z. B. nach Reduzierung der Zahnzahl oder Entfernung eines Durchbruchshindernisses – spontan durchbricht und sich korrekt, ohne behandlungsbedürftige Restlücke, in den Zahnbogen einstellt.

D Sagittale Stufe – distal

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene und orthoradial von der Labialfläche der Schneidekante des am weitesten vorstehenden oberen Schneidezahnes zur Labialseite seiner Antagonisten.

M Sagittale Stufe - mesial

Die Messung der sagittalen Frontzahnstufe erfolgt in habitueller Okklusion in der Horizontalebene von der Labialfläche der Schneidekante des am weitesten vorstehenden unteren Schneidezahnes zur Labialfläche seines(r) Antagonisten. Der Kreuzbiss eines oder mehrerer Frontzähne wird in Gruppe M, Grad 4 eingeordnet.

O Vertikale Stufe – offen (auch seitlich)

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dental und skelettal offenem Biss. Gemessen wird der größte Abstand der Schneidekanten bzw. Höckerspitzen voll durchgebrochener Zähne. Infraokklusionen von Milchzähnen, Außen- oder Hochstände rechtfertigen keine Einordnung in die Gruppe O. Gleiches gilt für den frontal bzw. seitlich offenen Biss, wenn Zähne sich noch im Durchbruch befinden. Infraokklusionen permanenter Zähne können in die Gruppe O eingeordnet werden.

T Vertikale Stufe - tief

Der vertikale Frontzahnüberbiss wird unterschieden in regulären Überbiss (bis 3 mm), tiefen Biss ohne bzw. mit Gingivakontakt (T1 – 2) sowie Tiefbiss mit traumatisierendem Einbiss in antagonistische Gingiva (T3).

B Transversale Abweichung - Bukkal-/Lingualokklusion

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen. Als Bukkal- bzw. Lingualokklusion wird der Fehlstand einzelner Seitenzähne od. Zahngruppen verstanden, bei dem sich die Okklusalfächen der Seitenzähne nicht berühren, sondern die oberen Prämolaren und/oder Molaren bukkal an den Antagonisten vorbeibeißen (seitliche Nonokklusion, seitlicher Vorbeibiss), und zwar unabhängig davon, ob die oberen Seitenzähne nach bukkal oder die unteren nach lingual gekippt sind.

K Transversale Abweichung – beid- bzw. einseitiger Kreuzbiss

Es erfolgt keine Differenzierung zwischen dentalen und skelettalen Abweichungen.

Eine Zuordnung zur Gruppe K ist nur möglich, wenn am seitlichen Kreuzbiss auch permanente Seitenzähne beteiligt sind.

Eine Kreuzbisstendenz mit Höcker-Höckerverzahnung permanenter Seitenzähne (Kopfbiss) wird der Gruppe K, Grad 2 zugeordnet.

E Kontaktpunktabweichung, Engstand

Kontaktpunktabweichungen (Zahnfehlstellungen) werden zwischen anatomischen Kontaktpunkten gemessen.

Abweichungen zwischen Milch- und bleibenden Zähnen sowie Lücken werden nicht registriert.

Kontaktpunktabweichungen werden grundsätzlich in der Horizontalebene gemessen, d. h. die Approximalkontakte werden in diese Ebene projiziert. Dies gilt für alle Formen, d. h. Zahnhoch- und/oder Außenstände, Rotationen oder Engstände.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe E einzustufen, wenn bei ausreichenden Platzverhältnissen damit zu rechnen ist, dass sich ein außerhalb des Zahnbogens durchgebrochener Zahn auch ohne apparative Maßnahmen korrekt in den Zahnbogen einstellt.

Infra- und Supraokklusionen rechtfertigen keine Zuordnung zur Gruppe E.

P Platzmangel

Beträgt der Platzmangel zwischen zwei Zähnen neben einem noch nicht durchgebrochenen permanenten Zahn mehr als 3 mm, wird dieser Fall der Gruppe P zugeordnet, da in diesem Fall anzunehmen ist, dass der betroffene Zahn retiniert bleibt oder deutlich außerhalb des Zahnbogens durchbricht.

Im Wechselgebiss wird bei frühzeitigem Verlust von mehr als einem Milchzahn im selben Seitenzahnbereich der Messwert der Stützzonen herangezogen.

(Stützzone = Raum für die seitlichen Ersatzzähne 3, 4 und 5, gemessen von der distalen Kante des seitlichen Schneidezahnes zur mesialen Kante des Sechsjahrmolaren. Sollwertbestimmung unter Verwendung der Tabellen nach Berendonk oder Moyers; Richtwert aus praktischer Erfahrung 18 mm).

Bei einem Platzdefizit in der jeweiligen Stützzone über 3 mm wird dieser Fall der Gruppe P (Grad 3 oder 4) zugeordnet.

Ein Fall ist nicht in die Gruppe P einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich korrekt und ohne behandlungsbedürftige Restlücke in den Zahnbogen einstellt.

9. Impressum

Herausgeber: Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Brandenburg
Referat 23
14411 Potsdam, Postfach 60 11 63
www.mugv.brandenburg.de

Redaktion: Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst des MUGV

Redaktionsschluss: Juni 2010
Dritte, überarbeitete Ausgabe
Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht

Mitglieder des Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst des MUGV:

Dr. Elke Friese und Claudia Erdmann, Ministerium für Umwelt, Gesundheit
und Verbraucherschutz, Referat 23

Karin Lüdecke, Landesgesundheitsamt, Dezernat 42

Dr. Gudrun Rojas, ZÄD Stadtverwaltung Brandenburg an der Havel

Elke Sens, ZÄD Landkreis Ostprignitz-Ruppin

Dr. Cosima Neuhaus, ZÄD Landkreis Elbe-Elster

Barbara Wilhelms, ZÄD Landkreis Dahme-Spreewald

Dr. Petra Haak, ZÄD Stadtverwaltung Frankfurt (Oder)

Unterstützt wurde die Arbeit des Fachausschusses von: Dr. Harald Strippel, M. Sc.
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.

Dr. Ilka Gottstein, Gesundheitsamt des Landkreises Eichsfeld

Dr. Benno Damm, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Bad Liebenwerda

Dr. Dietmar Opitz, Computer Zentrum Binder & Karl GmbH

Dr. Wolfgang Berndt easy soft GmbH Dresden