

Arbeitsrichtlinien des Sozialministeriums für die Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg

nach der Verwaltungsvorschrift
„ESU und Jugendzahnpflege“

Im Auftrag des
Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren Baden-Württemberg

Gültig ab September 2015

Stand: September 2015



Baden-Württemberg

Impressum/Ansprechpartner:

Frau Dr. Anne Würz
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren Baden-Württemberg
Referat 51 (Gesundheitspolitik, Gesundheitsdialog)
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart
Tel.: 0711/123-3812
Fax.: 0711/123-3997
Internet: www.sozialministerium-bw.de

Arbeitsrichtlinien des Sozialministeriums für die Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg

nach der Verwaltungsvorschrift „ESU und Jugendzahnpflege“

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
 Zu Ziffer 3.3.5 VwV: Zahnärztliche Untersuchungen, Erhebung des Zahnstatus	2
1. Arbeitsgrundlagen	4
2. Dokumentation.....	5
3. Befunderhebung.....	5
3.1 Kindertageseinrichtungen	6
3.2 Schulen	7
4. Aspekte zu Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung	7
 Zu Ziffer 3.3.6 VwV: Zahnschmelzhärtung	7
 Zu Ziffer 3.5.2 VwV: Repräsentative Stichprobenuntersuchungen.....	8
1. Landesweite repräsentative Stichprobenuntersuchungen	8
2. Regionale Stichprobenuntersuchungen	8
 Zu Ziffer 3.6 VwV: Koordination und Qualitätssicherung in der Jugendzahnpflege	8
 Hygienerichtlinien.....	9
 Anlagen	16

Einleitung

Diese Arbeitsrichtlinien bilden die einheitliche Arbeitsgrundlage für ein standardisiertes Vorgehen im Rahmen der Jugendzahnpflege gemäß der Verwaltungsvorschrift „ESU und Jugendzahnpflege“. Dadurch wird die Planung, Durchführung, sowie Steuerung und Bewertung von gruppenprophylaktischen Maßnahmen unterstützt.

Die Arbeitsrichtlinien gelten für alle gemäß **VwV** Ziffer **3.3.5** in der Jugendzahnpflege Tätigen.

Die Arbeitsrichtlinien werden ggfs. jährlich ergänzt und überarbeitet.

Die Arbeitsrichtlinie zu **Ziffer 3.3.5** der Verwaltungsvorschrift (VwV) beschreibt die allgemeinen Grundlagen der Ausstattung und Organisation der zahnärztlichen Untersuchungen. Dazu gehören Erläuterungen zu Befundbogen und Befunderhebung, aufgegliedert in die verschiedenen Untersuchungs-Settings und Aspekte zum Kinderschutz und der Kindeswohlgefährdung. Des Weiteren ist in der Arbeitsrichtlinie die Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen nach **Ziffer 3.3.6** der **VwV** beschrieben.

Zu Ziffer **3.5.2 VwV** repräsentative Stichprobenuntersuchungen erläutert die Arbeitsrichtlinie Grundlagen zur Durchführung von epidemiologischen Erhebungen zur Zahngesundheit.

Ziffer **3.6 VwV** beschreibt die Aufgaben der zahnärztlichen Dienste im Rahmen der Koordination und Qualitätssicherung in der Jugendzahnpflege.

Im Anschluss wird der Hygieneleitfaden für die zahnärztliche Arbeit in der Gruppenprophylaxe aufgeführt, der die besonderen Bedingungen für diese Tätigkeit berücksichtigt.

Formulare und Vorlagen ergänzen diese Arbeitsrichtlinien.

Zu Ziffer 3.3.5 VwV: Zahnärztliche Untersuchungen, Erhebung des Zahnstatus

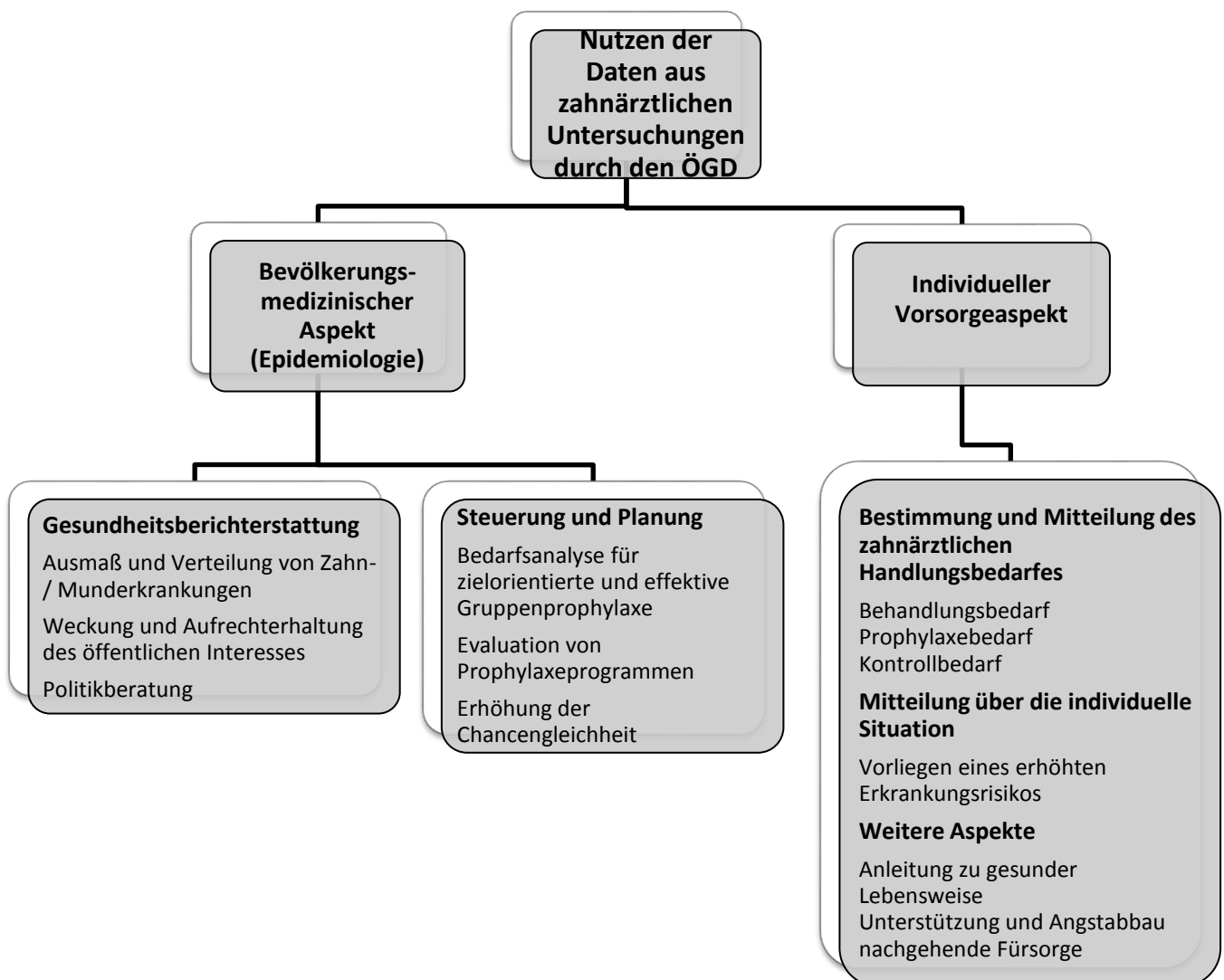
Zur Durchführung der zahnärztlichen Untersuchungen werden die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD regelmäßig geschult, somit wird eine reproduzierbare Befunderhebung erreicht.

Durch Identifizierung von besonders erkrankungsgefährdeten Gruppen können weitere Maßnahmen zielgruppengerecht folgen (z.B. Intensivprophylaxe).

Weiterhin wird die Basis für die Gesundheitsberichterstattung durch die Gesundheitsämter auf Regional- wie auf Landesebene gelegt. Neben diesen bevölkerungsmedizinischen Gesichtspunkten

haben die Untersuchungen auch einen individuellen Vorsorgeaspekt. Für jeden Untersuchten wird jeweils der aktuelle zahnärztliche Handlungsbedarf ermittelt und den Erziehungsberechtigten mitgeteilt. Darüber hinaus erfüllen die zahnmedizinischen Untersuchungen weitere sozialkompensatorische Funktionen, wie Motivation zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise, Unterstützung und nachgehende Fürsorge, z.B. bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Nutzung der Untersuchungsergebnisse:



Quelle: „Empfehlungen zur standardisierten GBE für die ZÄ-Dienste im ÖGD“ ; BZÖG und Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Berichte und Materialien Band 25, Düsseldorf 2013

1. Arbeitsgrundlagen

Grundlage der jährlichen Untersuchungen ist ein **Arbeits-Organisationsplan**, der von den Gesundheitsämtern in Form einer Liste der zu betreuenden Einrichtungen erstellt wird. Aus organisatorischen, hygienischen und forensischen Gründen sind Untersuchungen von einem Zahnarzt und einer Assistenz durchzuführen. Die Grundsätze der Vertraulichkeit und des Datenschutzes sind gemäß Ziffer **3.3.2** der **VwV** ESU und Jugendzahnpflege zu beachten.

Eine frühzeitige **Terminvereinbarung** (ca. 4 Wochen im Voraus) mit der Einrichtung ist empfehlenswert. Dabei sollte in der Einrichtung auf die Bereitstellung eines separaten Raumes hingewiesen werden. Da in Kindertageseinrichtungen und Schulen keine zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen vorhanden sind, müssen räumliche Alternativen wie Arztzimmer oder Büro benutzt werden.

Gruppen- bzw. Klassenlisten der zu untersuchenden Kinder (Kindertageseinrichtungen) bzw. aller gemeldeten Kinder werden je nach örtlichen Gegebenheiten von den Einrichtungen angefordert oder liegen am Untersuchungstag in der Einrichtung für das Untersuchungsteam bereit.

Vor dem Untersuchungstermin sind die **sorgeberechtigten Personen** über die Durchführung der Untersuchung zu informieren. Auf Wunsch können die sorgeberechtigten Personen auch bei der Untersuchung anwesend sein. Durch die Anlagen 13 (für den Bereich der Kindertageseinrichtungen) und 14 (Schule) dieser VwV werden die sorgeberechtigten Personen über die Maßnahmen der Jugendzahnpflege informiert. Näheres bzgl. der **Einwilligungserklärungen** für Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen ist unter Ziffer **3.3.4** der **VwV** erläutert.

Eine ausreichende **Ausleuchtung** der Mundhöhle mittels Lampe ist unter Beachtung der jeweils aktuellen Medizinnormen und Vorschriften sicherzustellen. Dabei gelten z.Zt. folgende Lux-Werte: Mundhöhle > 5.000 lx; Umfeld 1.000 lx. Dabei ist sicherzustellen, dass die verwendeten Arbeitsleuchten das zu untersuchende Kind/Jugendliche nicht blenden. Der Streubereich ist möglichst gering zu halten. Idealerweise werden daher LED-Untersuchungs-Lampen (z.B. LED-Aufstecklampen für Brillengestelle und Schutzbrillen) benutzt. Vergrößerungshilfen oder andere Hilfsmittel (z.B. Intraoralkamera) können ergänzend eingesetzt werden.

Folgende **Untersuchungsmittel** sind erforderlich:

- Untersuchungsleuchte (s.o.), bei Bedarf zusätzlich Taschenlampe (ängstliche Kinder; Krippe).
- Planer, nicht vergrößernder Mundspiegel, z.B. 22mm plan
- Abgerundete, nicht scharfe zahnärztliche Sonde.

Die Untersuchung wird vorwiegend visuell durchgeführt; ist in Zweifelsfällen (z.B. bei Belägen) eine taktile Überprüfung notwendig, so wird diese ohne Druck mit der Sonde durchgeführt. Dadurch werden iatrogene Schäden vermieden.

- Verschleißbare Instrumentenkassette mit entsprechend hygienisch aufbereiteten, wiederverwendbaren Untersuchungsinstrumenten gemäß den jeweils gültigen Bestimmungen
- Verschleißbare Instrumentenkassette zur Zwischenlagerung bzw. Transport benutzter, wiederverwendbarer Instrumente
- ALTERNATIV: können Einmal-Untersuchungsinstrumente benutzt werden
- Watterollen o.ä. zum relativen Trockenlegen nach Bedarf
- Materialien zur Fluoridierung

2. Dokumentation

Die Befunde werden auf einer Gruppen- bzw. Klassenliste aufgezeichnet, ggfs. in elektronischer Form, und dem zuständigen Gesundheitsamt zur Führung und Aufbewahrung übermittelt. Dabei sind die geltenden Datenschutzbestimmungen zu beachten. Bei manueller Eingabe in Papierform kann der „ZÄ-Befundbogen (Anlage A) genutzt werden.

Allgemeine Angaben zum Kind:

- Nachname und Vorname
- Alter, am Tag der Untersuchung
- Schuljahr
- Name der Einrichtung
- Einrichtungsart
- Gruppe bzw. Klasse

mögliche ergänzende Angaben:

Fluoridierung
Geschlecht

3. Befunderhebung

Zur Abbildung der Karieserfahrung eines Kindes wird der Zahnstatus erhoben. Je nach Ziel der Untersuchung (siehe Abb. 1) werden der dmf(t)/DMF(T), der Gebissstatus oder andere Indices erhoben.

Zur Erhebung des dmf(t)/ DMF(T) siehe Anlage B.

Zur Erhebung des Gebissstatus siehe Anlage C.

Zur Ermittlung von Kariesrisikogruppen bzw. Feststellung eines erhöhten individuellen Kariesrisikos wird eine Einteilung je Kind nach Alter und Gesamtanzahl von kariösen, behandelten bzw. fehlenden Zähnen in Anlehnung an die DAJ-Kriterien vorgenommen. Die Einteilungskriterien sind auf Seite zwei der Anlage 15 VwV ESU und Jugendzahnpflege aufgeführt.

Auf dem Befund- und Informationsbogen an die Sorgeberechtigten (s. **Anlage 15** der **VwV**) werden außerdem ggfs. auffällige Befunde zu folgenden Bereichen mitgeteilt:

Parodontalzustand

Die Beurteilung des Zahnhalteapparates ist Bestandteil der zahnärztlichen Untersuchung und erfolgt aufgrund einer Ja/Nein Entscheidung: Rötung, Schwellung, Lockerung, Rezession und/oder harte Zahnbeläge liegen vor/nicht vor. Weitere Befunde zur Bewertung und Dokumentation des Parodontalzustandes können ergänzend erhoben werden.

Mundhygiene

Die Erhebung des Mundhygienestatus erfolgt visuell, nach dem Vorhandensein von Zahnbelägen an den Frontzähnen: sichtbare Zahnbeläge in der Front: ja/nein.

Weitere Befunde zur Bewertung und Dokumentation des Mundhygienezustandes können ergänzend erhoben werden.

Kieferorthopädie

Bei Vorliegen einer unbehandelten dentofazialen Anomalie erfolgt ein Verweis zur weiteren Diagnostik und ggfs. Behandlung.

Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) „Optimaler Zeitpunkt für die Durchführung kieferorthopädischer Maßnahmen (unter besonderer Berücksichtigung der kieferorthopädischen Frühbehandlung)“ vom April 2010 zählt z.B. solche Dysgnathien auf, bei denen eine Frühbehandlung im Milchgebiss angezeigt ist. Auch für das Wechsel- und bleibende Gebiss kann die Befunderhebung daher entsprechend dem Leitsymptom erfolgen, ebenso möglich ist die Verwendung der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG).

3.1 Kindertageseinrichtungen

Die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes untersuchen jährlich solche Kindertageseinrichtungen, in denen Hinweise auf ein erhöhtes Kariesrisikoprofil vorliegen (siehe **VwV** Ziffer **3.3.5**).

3.2 Schulen

Prinzipiell erfolgt die Untersuchung analog dem Vorgehen bei der Untersuchung in Kindertageseinrichtungen, wobei die Einwilligungserklärung durch die sorgeberechtigten Personen entfällt, da die Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung verpflichtend ist (§ 91 Schulgesetz B.-W.).

Die zahnärztliche Untersuchung, Dokumentation der Befunde und Information der Sorgeberechtigten unterliegen den Vorgaben wie in Ziffer **3.3.5** der **VwV** ESU und Jugendzahnpflege beschrieben.

4. Aspekte zu Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung

Bei den zahnmedizinischen Untersuchungen im Rahmen der Jugendzahnpflege sollten auch die Kriterien

- unzureichende Zahnpflege
- unzureichende/unterlassene erforderliche zahnärztliche Behandlungen und
- Traumata unklarer Genese

beachtet und ggfs. dokumentiert werden. Damit sollen Anzeichen einer möglichen Vernachlässigung möglichst frühzeitig erkannt werden. Liegen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor, kann zur Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzugezogen werden.

Ggfs. erfolgen weitere Maßnahmen nach den Vorgaben des Bundes- bzw. Landeskinderschutzgesetzes.

Zu Ziffer 3.3.6 VwV: Zahnschmelzhärtung

Für die zum Einsatz kommenden Fluoridierungsmethoden und Anwendungsfrequenzen gelten die jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Die Aufklärung über die Zahnschmelzhärtung und die Einbeziehung der Erziehungs- und Lehrkräfte sowie der sorgeberechtigten Personen ist Bestandteil der Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung und erfolgt vorab mit der Anlage D.

Eine vorherige Abstimmung der gruppenprophylaktischen Fluoridierungsmaßnahmen mit den Maßnahmen der zahnärztlichen Individualprophylaxe ist nicht erforderlich.

Als Fluoridierung gelten bei der Dokumentation nur Maßnahmen unter Verwendung von Fluoridpräparaten, die unter das Arzneimittelgesetz fallen (Tabletten, Lacke, Gele). Der gelegentliche oder regelmäßige Einsatz von lokal anzuwendenden fluoridhaltigen Produkten zur täglichen Hygiene (Zahnpasten), die der Kosmetik-Verordnung unterliegen, fällt unter die Rubrik

„Mundhygienemaßnahmen“. Die systemische Zufuhr von Fluoriden in Form von Trink-/ Mineralwasser oder Speisesalz ist nur dann als Maßnahme zur Zahnschmelzhärtung zu werten, wenn sie bewusst aktiv betrieben und unterstützt wird. Ein natürlicherweise erhöhter Fluoridgehalt im Trinkwasser und/oder die zufällige Verwendung eines fluoridhaltigen Mineralwassers sind nicht als Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung zu werten.

Zu Ziffer 3.5.2 VwV: Repräsentative Stichprobenuntersuchungen

1. Landesweite repräsentative Stichprobenuntersuchungen

Die Auswahl der Indikatoren und der zu untersuchenden Altersgruppen erfolgt nach Vorgaben des Landesgesundheitsamtes. Zur Standardisierung der Untersucher führt das Landesgesundheitsamt die notwendigen Schulungsmaßnahmen durch.

2. Regionale Stichprobenuntersuchungen

Auf kommunaler Ebene können kreisrepräsentative Stichprobenuntersuchungen durchgeführt werden. Über die Indikatoren und die zu untersuchenden Altersgruppen sowie Umfang der Stichprobe entscheidet das zuständige Gesundheitsamt unter Hinzuziehung des Landesgesundheitsamts.

Zu Ziffer 3.6 VwV: Koordination und Qualitätssicherung in der Jugendzahnpflege

Zu den Maßnahmen der Koordination und Qualitätssicherung gehören insbesondere die risikobezogene Planung präventiver und zahngesundheitsfördernder Maßnahmen, die Koordination und Abstimmung zwischen den verschiedenen Handlungsträgern in der Jugendzahnpflege sowie die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung. Es bedarf eines weiteren Abstimmungsprozesses, welche konkreten Arbeitsschritte dazu in welchem Umfang und in welcher zeitlichen Staffelung hierunter zu subsummieren sind. Sobald die Ergebnisse dieses Abstimmungsprozesses vorliegen, ist Ziffer 3.6 der Arbeitsrichtlinien entsprechend zu ergänzen.

Hygienerichtlinien

Durch den DAHZ wurde ein Rahmen-Hygieneplan festgelegt. Dieser Hygieneplan ist entsprechend der Tätigkeit und den örtlichen Gegebenheiten anzupassen und zu beachten.

Gesetzliche Grundlage für die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten ist die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) in Verbindung mit der gemeinsamen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ 2012.

1. Verantwortlichkeiten

- Verpflichtung des Arbeitgebers:
 - Erstellung von Betriebsanweisungen und Hygieneplan, sowie Verhaltensregeln und Maßnahmen auf der Grundlage einer praxisbezogenen Gefährdungsbeurteilung für die einzelnen Arbeitsbereiche und Tätigkeiten:
 - Reinigung
 - Desinfektion
 - Sterilisation
 - Ver- und Entsorgung
 - Tragen von Schutzausrüstung
 - Anweisungen für Notfälle
 - Arbeitsmedizinische Vorsorge

Der Arbeitgeber ist verantwortlich für die Bereitstellung der erforderlichen Mittel und ausreichende, angemessene (wiederholte) Unterweisungen/Belehrungen. Diese müssen schriftlich dokumentiert werden.

- Verpflichtung der Mitarbeiter:
 - Mitwirkung, Eigenverantwortung
- Geeignete Desinfektionsverfahren und -mittel für die Hände- und Flächendesinfektion müssen bakterizid, fungizid und (begrenzt) viruzid (inklusive HBV, HCV, HIV = begrenzt viruzid) wirksam sein.

Geeignete Desinfektionsverfahren und -mittel sind solche, die vom Robert Koch-Institut (RKI) geprüft und anerkannt sind (www.rki.de / Suchbegriff Desinfektionsmittel) bzw. nach DGHM/VAH gelistet sind.
- Entscheidende Bedeutung kommt den Herstellerangaben zu.

2. Personalhygiene und persönliche Schutzausrüstung

2.1 Händewaschen:

- Vor Arbeitsbeginn und Ende und bei sichtbarer Verschmutzung.
- Durch systematisches Instrumentieren Kontamination der Hände vermeiden.
- Hautschonende Präparate nach den Angaben im Hygieneplan nur aus Direktspendern (Original-Einwegbehältnissen oder Original-Einwegspendern) entnehmen.
- Hände regelmäßig eincremen – vor allem in den Pausen, nach Arbeitsschluss und zu Hause.
- Handtücher zum einmaligen Gebrauch verwenden.
- Keine Stückseife, keine Gemeinschaftshandtücher, keine Nagelbürsten verwenden.
- Schmuckgegenstände an den Händen dürfen beim Umgang mit dem Patienten nicht getragen werden.
- Fingernägel dürfen die Kuppe nicht überragen. Sie sind rund zu schneiden und dürfen nicht lackiert sein.

2.2 Hygienische Händedesinfektionen

- Vor jeder Behandlung, bei Behandlungsunterbrechung und bei Behandlungsende erforderlich, auch wenn Handschuhe getragen werden bzw. wurden.
- Desinfektionsmittel aus einem original Einweggebinde über die sauberen und trockenen Hände verteilen (Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenk, Flächen zwischen den Fingern und Daumen) und gründlich einreiben.
- Hände während der vorgeschriebenen Einwirkungszeit mit dem Händedesinfektionsmittel benetzt halten.
- Ausschließlich die im Hygieneplan des Gesundheitsamtes/der Praxis/der RAGZ gelisteten Präparate und Verfahren anwenden.

2.3 Handschuhe

- Bei Tätigkeiten, die zum direkten oder indirekten Kontakt mit Körperflüssigkeiten führen können, müssen Handschuhe getragen werden.

- Sofern nur Speichelkontakt bestand, kann der Handschuh nach der Desinfektion weitergetragen werden. Die Desinfizierbarkeit sowie deren Häufigkeit sind nach Angabe des Herstellers zu beachten. Die Desinfektion ist sorgfältig nach den Regeln der hygienischen Händedesinfektion durchzuführen (Einwirkzeit beachten!)

Darüber hinaus sind Handschuhe (nach fachlicher Empfehlung des LGA) zu wechseln bei:

- *akut kranken Kindern, inkl. jeder Art von respiratorischer Erkrankung*
- *bei akuter und chronischer Tonsillitis*
- *Herpesinfektion an der Lippe*
- *Aphten an der Lippe und Mundschleimhaut*
- *starkem Zahnfleischbluten*
- *Fisteln mit Pusabfluss*
- Der Allergieprophylaxe muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden (u.a. Handschuhauswahl, Hautschutzmaßnahmen).
- Bei Aufbereitungs-, Desinfektions- und Reinigungsarbeiten müssen widerstandsfähige, flüssigkeitsdichte Handschuhe getragen werden.
- Vor dem Anziehen und nach dem Ausziehen der Handschuhe müssen die Hände desinfiziert werden.

2.4 Ein **Mundschutz** empfiehlt sich bei infektiöser Atemwegserkrankung des Untersuchers, des Kindes oder bei bekannten Krankheitsausbrüchen in der Einrichtung.

1. Maßnahmen für den Außendienst

3.1 Vorbereitung

Folgende Materialien sollten in einem Außendienstkoffer, abhängig vom Vorgehen bei der Fluoridierung, vorhanden sein:

Material
Desinfektionsmittel für kleine Flächen
Händedesinfektionsmittel
Einmalhandtücher, groß (Abdecktücher) für die Flächen
Handschuhe
Müllbeutel
Zylinderampullenspritzen/ Pastenkanülen/ Variosafe oder ähnliche Systeme/ Pinsel/ Wattestäbchen
Spiegel/ Einmalspiegel
Sonden/ Einmalsonden
Holzspatel mit Zellstoff
Fluoridpaste

3.2 Transport der Instrumente

Der Transport der desinfizierten Instrumente erfolgt in einer fest verschließbaren Box aus Kunststoff oder Metall.

Die trockene Ablage der gebrauchten Instrumente erfolgt in dafür vorgesehenen, beschrifteten (unrein) und ebenfalls fest verschließbaren Boxen.

4. Aufbereitung von Medizinprodukten

4.1 Risikobewertung und Einstufung der Instrumente gemäß Medizinprodukte-Betreiber-VO

Nach der KRINKO/BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“, 2012, sind die in der Gruppenprophylaxe zur Anwendung kommenden Medizinprodukte, z.B. Spiegel, Sonden und Zylinderampullenspritzen, ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauch nach einzustufen. Der für die Aufbereitung Verantwortliche (Betreiber) hat unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers schriftlich festzulegen ob, mit welchem Verfahren und unter welchen Bedingungen die Medizinprodukte, die in seinem Verantwortungsbereich eingesetzt werden, aufbereitet und gelagert werden.

Gemäß § 4 MPBetreibV ist die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten mit geeigneten, validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern und Dritten nicht gefährdet wird (MPBetreibV). Der Gesetzgeber geht dann von einer ordnungsgemäßen Aufbereitung aus, wenn die o.g. KRINKO/BfArM-Empfehlung eingehalten wird.

Zuständig für die Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten sind die jeweils zuständigen Regierungspräsidien. Bei Fragen zu Aufbereitungsprozessen kann mit diesen Kontakt aufgenommen werden.

Die Dokumentation der Leistungen der eingesetzten Geräte, sowie der durchgeführten Prozesse erfolgt nach der KRINKO/BfArM-Empfehlung 2012 (s.o.), inklusive den mitgeltenden Anlagen. Da die Aufbereitung von Medizinprodukten sehr zeit- und kostenintensiv ist, ist generell auch die Aufbereitung durch Fremde möglich. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Rechte und Pflichten des Betreibers und des Auftragnehmers, und die Modalitäten der Übergabe, Rückgabe und Aufbereitung der Medizinprodukte schriftlich zu fixieren sind. (KRINKO/BfArM)

Da eine korrekte Reinigung und Desinfektion, z.B. der Zylinderampullenspritze, im Außendienst alleine schon wegen der Einhaltung der Einwirkzeit nicht möglich ist, ist bei der Fluoridierung die Verwendung von Einmalartikeln vorzuziehen. Die Fluoridpaste kann aus einer Tube oder einer Zylinderampullenspritze auf einem kleinen Anmischblock oder einem Einweg-Dappenglas aus Kunststoff portioniert und anschließend mit einem Wattestäbchen oder einem Pinsel auf die Zähne aufgetragen werden. Eine Alternative zu den Einmalinstrumenten stellen Systeme dar (Kunststoffhüllen, z.B. Variosafe), die über die Zylinderampullenspritzen geschoben werden. Hierbei sind die Herstellerangaben zu beachten und das Verfahren muss validiert sein.

4.2 Aufbereitung

Bei der Reinigung und Desinfektion der Instrumente ist auf geeignete Schutzkleidung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu achten (Schutzbrillen, Einmalschürzen, flüssigkeitsdichte Handschuhe, TRBA 250).

Semikritische Instrumente müssen nach den KRINKO/BfArM-Empfehlungen mit einem validierten Verfahren aufbereitet werden. Die abschließende Desinfektion ist mit einem viruziden thermischen, chemothermischen oder chemischen Verfahren durchzuführen.

Mit der Instandhaltung (Wartung, Inspektion, Instandsetzung und Aufbereitung) von Medizinprodukten (z. B. von Dentalinstrumenten) dürfen nur Personen beauftragt werden, die auf Grund ihrer Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die erforderlichen speziellen Sachkenntnisse verfügen. Diese Sachkenntnisse sind ebenfalls in der KRINKO/BfArM-Empfehlung sowie deren mitgeltender Anlage 6 definiert.

Im Hygieneplan erfolgt die Benennung der Beschäftigten, die zur Freigabe von aufbereiteten Medizinprodukten berechtigt sind.

Die Aufbereitung endet mit der Freigabe des Medizinproduktes zur Lagerung bzw. zur neuen Anwendung. Die Freigabe, sowie der korrekte Ablauf des validierten Desinfektionsprozesses muss dokumentiert werden. Nach der KRINKO/BfArM-Empfehlung besteht eine 5-jährige Aufbewahrungsfrist.

4.3 Lagerung

Die Lagerung der Instrumente soll trocken, sauber, staubfrei und kontaminationssicher erfolgen. Bei der Nutzung gilt die Regel: first in, first out, Lagerfristen sind zu beachten.

5. Flächendesinfektion

- Es werden Tisch und Stuhl am Anfang und Ende eines Außendienstes durch eine Wischdesinfektion gesäubert, sowie bei sichtbarer Kontamination durch Speichel oder andere potenziell infektiöse Sekrete.
- Das Desinfektionsmittel wird mit einem Tuch auf die Oberfläche gebracht, dort verrieben und verbleibt ohne Nachwischen.

6. Müllentsorgung

Die Entsorgung von kontaminierten Einmalinstrumenten bzw. Materialien muss so erfolgen, dass Verletzungs- und Gesundheitsrisiken für das Behandlungspersonal bzw. andere Personen auf ein Minimum reduziert werden.

Für den zahnärztlichen Dienst sind, neben den Sonden, die spitzen Enden der Pastenkanülen (der Teil, der in die Paste gesteckt wird) aus Sicht der Arbeitssicherheit relevant. Ein Infektionsrisiko stellen diese Seiten der Kanülen nicht dar, da sie nicht im Mund des Kindes waren. Daher können sie in einem durchstich- und bruchsicheren Behälter ohne Recapping entsorgt werden (diesem Verfahren ist Vorrang zu geben, siehe TRBA 250), oder es erfolgt mit einer Hand ein Recapping der Kanüle und die Entsorgung erfolgt, wie von den anderen Materialien auch, über den Siedlungsabfall. Hier sind die regionalen Bestimmungen zur Abfallentsorgung zu beachten.

Anlagen

Anlage A:	Zahnärztlicher Befundbogen
Anlage B:	dmf(t)/DMF(T) Index, (ergänzend) Klassifikation DMFT-Index
Anlage C:	Erhebung des Gebissstatus
Anlage D I:	Einwilligungserklärung zur zahnärztlichen Untersuchung in der Kindertageseinrichtung
Anlage D II:	Beispiel für ein Informationsschreiben zur zahnärztlichen Untersuchung an der Schule
Anlage D III:	Einwilligungserklärung zur Fluoridierung an der Schule
Anlage E I:	(Ergänzend zu Anlage D III) Beispiele Informationsschreiben für die Zahnschmelzhärtung mit fluoridhaltigem Gelee
Anlage E II:	(Ergänzend zu Anlage D III) Beispiel Informationsschreiben Fluoridin.
Anlage E III:	(Ergänzend zu Anlage D III) Beispiel Informationsschreiben Duraphat
Anlage F:	(Ergänzend zu Anlage G) Auszug aus der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Durchführung der Einschulungsuntersuchung und der Jugendzahnpflege (VwV ESU und Jugendzahnpflege)
Anlage G:	(Ergänzend zu Anlage D I-III) Rechtliche Fragestellungen Jugendzahnpflege der LAGZ
Anlage H:	(Ergänzend zu Anlage E I-III) Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe ZZQ (Auszüge S2k-Leitlinie)
Anlage I:	(Ergänzend zur epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2015) ICDAS – Klassifikation zu VwV ESU und Jugendzahnpflege Ziffer 3.5.2.

Stadt/Landkreis		Befundbogen Schuljahr		Untersuchungsdatum																							
Name der Einrichtung		Klasse/Gruppe	Art der Einrichtung: KiTa / GS / SO-FÖ																								
Nr.	Name, Vorname	Alter	Anzahl gemeldeter Kinder:										Anzahl untersuchter Kinder:														
			Befundangabe: dmft-t/ DMF-T: (Milch) / Bleibender Zahn d / D = kariöser (Milch)Zahn; m / M = wg. Karies extrahierter (Milch)Zahn f / F = wg. Karies gefüllter (Milch)Zahn; s / S = naturgesunder (Milch)Zahn t / T = (Milch)Zahn mit initialem Karies										Natur- gesund	Saniert	Behandl.- bedürftig	Erhöhtes Karies- risiko	KFO - Beratung	PA /MH Mitteilung	Sonstiges								
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									

Kriterien Kariesrisiko: bis 3 Jahre: dmft-t > 0; bis 4 Jahre: dmft-t > 2; bis 5 Jahre: dmft-t > 4; 6-7 Jahre: dmft-t/DMF-T > 5 oder D-T > 0; 8-9 Jahre: dmft-t/DMF-T > 7 oder D/T > 2;
10-15 Jahre: DMF/S an Glatt-Approximalflächen > 0

Anlage B

Aufzeichnung des Befundes mittels dmft/DMFT-Index:

Die Aufzeichnung der Karieserfahrung erfolgt je Zahn, getrennt nach Milch- (Kleinbuchstaben) und bleibenden Zähnen (Großbuchstaben). Die Summe der festgestellten kariösen, gefüllten und aufgrund von Karies fehlenden Zähne ergibt die individuelle Maßzahl.

Die Buchstabencodes der einzelnen Komponenten bezeichnen:

- **d/D-Komponente:** Zahn mit Karies, visuell und ggfs. instrumentell nachweisbare Läsion im Dentin (D3-, D4 Niveau). Bei Vorliegen einer Primär- bzw. Sekundärkaries wird ein solcher Zahn immer als d/D gewertet, unabhängig anderer Befunde.
- a) Grübchen und Fissuren
Grübchen und Fissuren an den okklusalen, bukkalen und palatinalen Flächen gelten als kariös, wenn eine Kavitation vorliegt oder eine Opazität in der Umgebung des Areals auf eine Unterminierung bzw. Demineralisation schließen lässt.
- b) Glattflächen
Glattflächen (bukkal/labial und lingual/palatinal) gelten als kariös, wenn Unterbrechungen der Oberflächenkontinuität und farbliche Veränderungen auf eine Dentinbeteiligung schließen lassen.
- c) Approximalflächen
Feststellung einer Kavitation oder eines Schattens mit Verlust an Transluzenz als Zeichen eines unterminierten Schmelzes.

Ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, wird der Zahn als nicht kariös eingetragen.

- **m/M-Komponente:** Zahnverlust aufgrund einer kariösen Erkrankung.
- **f/F-Komponente:** Zahn weist wegen einer Karies eine intakte, semipermanente bzw. permanente Füllung oder Krone auf

Zusätzlich können weitere Spezifikationen in den Befundbogen eingetragen werden:

- **s/S-Komponente:** Zahn zeigt visuell, ggfs. auch instrumentell keine Anzeichen einer Karies, keine Füllung, Krone oder Versiegelung. Keine Anzeichen einer Karieserfahrung (engl. „sound“ entspricht deutsch: intakt, gesund)
- **i/I-Komponente:** Zahn mit Initalkaries (D1-, D2-Niveau), mit weißlich, kreidig verfärbter rauher Schmelzoberfläche an Glattflächen, bräunlich verfärbte Fissuren/Grübchen
Achtung: dieser Zahn wird statistisch als „s/S“ gewertet.
- **u/U-Komponente :** Zahn hat Gingivakontinuität noch nicht aufgehoben, auch bei Verdacht auf Nichtanlage zu verwenden
- **v/V-Komponente:** Zahn zeigt keine Anzeichen von Karies und Fissuren/Grübchen sind versiegelt (auch teilweise); statistische Wertung: als „s/S“
- **t/T-Komponente:** Zahn ist kariesfrei, aber traumatisch geschädigt, (un-) versorgt oder durch Trauma verlorengegangen
- **h/H-Komponente:** Zahn weist eine gestörte Entwicklung der Hartsubstanzen auf (Hypoplasie, Hypomineralisation, Fluorose), dieser Zahn ist statistisch als s/S zu werten. Erst bei Vorliegen einer Karies wird er als d/D bzw. bei einer durch Karies bedingten Füllung als f/F gekennzeichnet.

Sonderfälle:

- Überzähliger Zahn: nur ein Zahn wird gezählt. Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Milch- und bleibendem Zahn wird nur der bleibende Zahn gezählt
- Substanzverlust (durch Erosion, Abrasion, Ablation): als „s/S“ zu werten, wenn keine Karies vorhanden
- Wurzelreste und trepanierte Zähne werden als „d/D“ gewertet, ebenso bei Vorliegen einer Fistel
- Kurzzeitprovisorische Füllungen (z.B. mit Cavit®) gelten als „d/D“.
- Erweiterte Fissuren-Versiegelung: Wenn diese deutlich erkennbar und intakt ist, ist sie als f/F zu werten

DMFT-Klassifikation

Das individuelle Kariesrisiko wird anhand des sogenannten dmft-Indexes ermittelt:

d – decayed (zerstörte)

m – missing (fehlende)

f – filled (gefüllte)

t – teeth (Zähne)

bzw. S = surfaces (Flächen) im Milchgebiss (dmf-t) bzw. bleibenden Gebiss (DMF-T/ DMF-S).

Der DMFT-Index zählt die zerstörten, fehlenden und versorgten Oberflächen. Ein Index von 1 bedeutet, dass von 28 bleibenden Zähnen – Weisheitszähne werden nicht berücksichtigt – 1 Zahn entweder kariös, gefüllt oder fehlend ist. Ein DMFT-Index unter 1,2 wird als sehr niedrig bezeichnet, zwischen 1,2 und 2,6 als niedrig, 2,6 bis 4,4 als mäßig und über 4,5 als hoch bezeichnet.

Die DAJ geht methodisch von der Karieserfahrung von Kindern aus und definiert die 20 % mit dem höchsten Kariesbefall ihrer Altersgruppe als Hochrisikogruppe, wobei die Einteilung anhand des dmft-/DMFT-Index erfolgt.

Alter	dmft-Index
2- bis 3-Jährige	dmft > 0
4-Jährige	dmft > 2
5-Jährige	dmft > 4
6-7-Jährige	dmft, DMFT > 5 oder DT > 0
8-9-Jährige	dmft, DMFT > 7 oder DT > 2
10-12-Jährige	DMFS > 0 an Approximal- und Glattflächen

Quellen:

- <https://de.wikipedia.org/wiki/Oralepidemiologie#DMFT-Index> ; Zugriff am 08.07.2015
- <http://www.zahngesundheit-online.com/Kariologie/Kariesrisikobestimmung/> ; Zugriff am 08.07.2015

Anlage C

Erhebung des Gebiss-Status

Es erfolgt eine Einteilung in naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig:

Naturgesundes Gebiss	Karies- und füllungsfreies Gebiss (ohne kariesbedingt fehlende Zähne) $dmf-t = 0$ und $DMF-T = 0$
Saniertes Gebiss	$D-T + d-t = 0$ $F-T + f-t > 0$ oder $M-T + m-t > 0$
Behandlungsbedürftiges Gebiss	$D-T$ oder $d-t > 0$

Anlage D I: Einwilligungserklärung zur zahnärztlichen Untersuchung in der Kindertageseinrichtung zu VwV ESU und Jugendzahnpflege

Information und Einwilligungserklärung (Kindertageseinrichtung)

Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

**Sehr geehrte Eltern,
sehr geehrte Sorgeberechtigte,**

gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch sind Voraussetzungen für gesundes Aufwachsen und Leben. Dabei hilft regelmäßiges Zähneputzen, z. B. morgens und abends, als Schutz vor Zahnerkrankungen.

Eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt kommt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit in der Regel jedes Jahr in die Kindertageseinrichtung und führt die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung bei den Kindern durch. Die Dokumentation des Zahnbefundes beim Gesundheitsamt wird zum Schuljahrsende gelöscht. **Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig.** Bitte erteilen Sie uns mittels beigefügter Erklärung (auf der Rückseite) Ihre Einwilligung.

Über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung werden wir Sie informieren. Dazu werden wir Ihrem Kind einen mit Namen versehenen verschlossenen Formularbrief aushändigen.

Eine Prophylaxefachkraft unserer Arbeitsgemeinschaft wird in der Regel ebenfalls die Einrichtung besuchen. Sie wird die Kinder altersgemäß über die Bedeutung der Mundhygiene, richtiges Zähneputzen und gesunde Ernährung informieren. Die genauen Termine erfahren Sie in der Kindertageseinrichtung.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung:

[Telefonnummer der AG Zahngesundheit] Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Landkreis/Stadtkreis XX.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Einwilligungserklärung

Vom Schreiben der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit zur Information der Eltern und Sorgeberechtigten über den bevorstehenden Besuch der Zahnärztin oder des Zahnarztes habe ich Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass mein Kind von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit untersucht werden kann. Ich bin darüber informiert, dass ein zahnärztlicher Befund erhoben wird. Auf eine mündliche Aufklärung verzichte ich. Die Dokumentation des Zahnbefunds beim Gesundheitsamt wird mit Schuljahrsende gelöscht. Der Befund wird mir in einem verschlossenen Formularbrief mitgeteilt.

☐

Ja

☐

Nein

Bei Fragen können Sie sich [Zeitangabe] unter folgender Telefonnummer weiter informieren:
[Telefonnummer der AG Zahngesundheit].

Diese Einwilligung kann jederzeit gegenüber der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit widerrufen werden.

Kindertageseinrichtung

Gruppe

Name des Kindes

Ort / Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person

Anlage D II: Beispiel für ein Informationsschreiben zur zahnärztlichen Untersuchung an der Schule zur VwV ESU und Jugendzahnpflege

Information (Schule)

Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

**Sehr geehrte Eltern,
sehr geehrte Sorgeberechtigte,**

gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch sind Voraussetzungen für gesundes Aufwachsen und Leben. Dabei hilft regelmäßiges Zähneputzen, z.B. morgens und abends, als Schutz vor Zahnerkrankungen.

Eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit oder des Gesundheitsamts kommt in den nächsten Tagen in die Schule und führt zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei den Schülerinnen und Schülern durch, um etwaige Zahnschäden feststellen und gegebenenfalls individuelle Hinweise für eine bestmögliche Zahnpflege geben zu können. Die Dokumentation des Zahnbefunds beim Gesundheitsamt wird mit Schuljahrsende gelöscht.

Nach § 91 des Schulgesetzes für Baden-Württemberg besteht eine Pflicht zur Teilnahme an der Untersuchung. Über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung werden wir Sie informieren. Dazu werden wir Ihrem Kind einen mit dem Namen des Kindes gekennzeichneten verschlossenen Formularbrief aushändigen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne [Zeitangabe] unter folgender Telefonnummer zur Verfügung:
[Telefonnummer der AG Zahngesundheit].

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Anlage D III: Einwilligungserklärung zur Fluoridierung mit zahnärztlicher Untersuchung an der Schule

Fluoridierung Einwilligungserklärung (Schule)

Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Sehr geehrte Eltern,

sehr geehrte Sorgeberechtigte,

gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch sind Voraussetzungen für gesundes Aufwachsen und Leben. Dabei hilft regelmäßiges Zähneputzen, z.B. morgens und abends, als Schutz vor Zahnerkrankungen.

Eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit oder des Gesundheitsamts kommt in den nächsten Tagen in die Schule und führt zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei den Schülerinnen und Schülern durch, um etwaige Zahnschäden feststellen und gegebenenfalls individuelle Hinweise für eine bestmögliche Zahnpflege geben zu können. Die Dokumentation des Zahnbefunds beim Gesundheitsamt wird mit Schuljahrsende gelöscht.

Nach § 91 des Schulgesetzes für Baden-Württemberg besteht eine Pflicht zur Teilnahme an der Untersuchung. Über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung werden wir Sie informieren. Dazu werden wir Ihrem Kind einen mit dem Namen des Kindes gekennzeichneten verschlossenen Formularbrief aushändigen.

Eine Prophylaxefachkraft wird die Schülerinnen und Schüler im laufenden Schuljahr altersgemäß über die Bedeutung der Mundhygiene, richtiges Zähneputzen und zahngesunde Ernährung informieren.

Die Teilnahme an Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung ist freiwillig, lesen Sie dazu bitte auch aufmerksam unser Schreiben Zahnschmelzhärtung durch die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit **Landkreis /Stadtkreis** **XX (Verweis auf Aufklärungsschreiben z. B: Infoschreiben Fluoridin).**

Bitte erteilen Sie uns mittels beigefügter Erklärung (auf der Rückseite) Ihre Einwilligung für Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung: **[Telefonnummer der AG Zahngesundheit]**.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Einwilligungserklärung

Von dem Informationsschreiben *Kariesprophylaxe mit fluoridhaltigem Gelee/Informationsschreiben Kariesprophylaxe mit Fluorid-Lack* habe ich Kenntnis genommen.

ja

Ich willige ein, dass bei meinem Kind Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung (Fluoridierung) *Wie oft im laufenden Schuljahr* durchgeführt werden. Auf eine mündliche Aufklärung verzichte ich.

☐ Ja ☐ nein

(Sollten bei Ihrem Kind Allergien oder Asthma bronchiale bekannt sein, so empfehlen wir eine Fluoridierung bei der behandelnden Zahnärztin/ dem behandelnden Zahnarzt.)

Bei Fragen können Sie sich [Zeitangabe] unter folgender Telefonnummer weiter informieren:
[Telefonnummer der AG Zahngesundheit].

Die Einwilligung kann jederzeit gegenüber der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit widerrufen werden.

Schule _____ Klasse _____ Name des Kindes _____

Ort / Datum Unterschrift einer sorgeberechtigten Person

Anlage E I: Beispiel A

Informationsschreiben Kariesprophylaxe mit fluoridhaltigem Gelee

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

zusammen mit den Lehrerinnen und Lehrern Ihrer Schule wollen wir die Zahngesundheit Ihres Kindes erhalten und fördern.

Eine Zahnärztin bzw. Mitarbeiterin unserer Arbeitsgemeinschaft wird daher jede Klasse mit folgendem Programm besuchen:

1. Aufklärung über zahngesunde Ernährung
2. Erlernen und Einüben einer altersgerechten Zahnputztechnik
3. Austausch über Fragen rund um die Zähne
4. zahnärztliche Untersuchung

Begleitend hierzu werden alle Kinder mit den Lehrerinnen und Lehrern einmal wöchentlich im Klassenverband mit Elmex®-Fluorid-Gelee die Zähne nach dem Schulfrühstück putzen.

Was ist Fluorid-Gelee?

Fluorid- Gelee ist ein Zahn-Gel mit einer höheren Fluoridkonzentration als eine normale Zahnpasta. Deshalb wird es auch nur einmal wöchentlich angewendet.

Nach Anwendung des Fluorid-Gelees sollte eine weitere systemische Fluoridzufuhr (z. B. durch Fluorid-Tabletten oder fluoridiertes Speisesalz) für einige Tage ausgesetzt werden. Mit dieser Methode kann die Kariesanfälligkeit deutlich gesenkt werden.

Was ist zu beachten?

Bei bekannter Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe darf Elmex®-Gelee nicht angewandt werden.

Inhaltsstoffe:

Aminfluoride, Dectafluor, Olafluor, Natriumfluorid, gereinigtes Wasser, Prophylenglycol, Hydroxyethylcellulose, Saccharin, Apfel-Aroma, Pfefferminzöl, Menthon-Aroma, Bananen-Aroma.

In Zusammenarbeit mit den Schulen bietet die Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit, Regionale Arbeitsgemeinschaft diese wertvolle Vorbeugungsmaßnahme im Rahmen der Gruppenprophylaxe kostenlos an.

Für die Teilnahme Ihres Kindes an der Prophylaxe mit Elmex® - Fluorid - Gelee ist Ihr Einverständnis erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Beispiel B:

Gebrauchsinformation: Information für den Anwender

elmex® gelée

1,25 % Dentalgel

Wirkstoffe: Dectaflur, Olaflur, Natriumfluorid

Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Sie mit der Anwendung dieses Arzneimittels beginnen, denn sie enthält wichtige Informationen.

- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt/Zahnarzt oder Apotheker.
- Dieses Arzneimittel wurde Ihnen persönlich verschrieben. Geben Sie es nicht an Dritte weiter. Es kann anderen Menschen schaden, auch wenn diese dieselben Beschwerden haben wie Sie.
- Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt/Zahnarzt oder Apotheker. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht auf dieser Packungsbeilage angegeben sind. Siehe Abschnitt 4.

Was in dieser Packungsbeilage steht:

1. Was ist elmex® gelée und wofür wird es angewendet?
2. Was sollten Sie vor der Anwendung von elmex® gelée beachten?
3. Wie ist elmex® gelée anzuwenden?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist elmex® gelée aufzubewahren?
6. Inhalt der Packung und weitere Informationen

1. WAS IST ELMEX GELEE UND WOFÜR WIRD ES ANGEWENDET?

elmex® gelée ist ein Mittel zur Vorbeugung gegen Karies, zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

Prophylaxe:

elmex® gelée wird angewendet zur Vorbeugung gegen Karies (Kariesprophylaxe), insbesondere bei Kindern, Jugendlichen sowie bei Patienten mit Zahnsparanten, anderen kieferorthopädischen (orthodontischen) Apparaten und Teilprothesen.

Therapie:

elmex® gelée wird angewendet zur Unterstützung der Behandlung der beginnenden Karies (Initialkaries) und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

2. WAS SOLLTEN SIE VOR DER ANWENDUNG VON ELMEX GELEE BEACHTEN?

elmex gelée darf nicht angewendet werden

- wenn Sie allergisch gegen Dectaflur, Olaflur, Natriumfluorid oder einen der in Abschnitt 6. genannten sonstigen Bestandteile von elmex® gelée sind.
- beim Vorliegen von Abschilferungen (pathologisch-desquamativen Veränderungen) an der Mundschleimhaut.
- bei Personen, bei denen die Kontrolle über den Schluckreflex nicht gewährleistet ist,
- in der Zahnarztpraxis/Gruppenprophylaxe bei Kindern unter 3 Jahren wegen des Gehaltes an Pfefferminz-Aroma und Krauseminzöl.
- bei Knochen und/oder Zahnfluorose

Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

- Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Zahnarzt oder Apotheker bevor Sie elmex® gelée anwenden.
- Wegen des Gehaltes an Pfefferminz-Aroma und Krauseminzöl sollten Patienten mit Asthma bronchiale oder anderen Atemwegserkrankungen vor der Anwendung von elmex® gelée Rücksprache mit ihrem Arzt/Zahnarzt halten.
- Die Anwendung von Miniplastschienen in der Zahnarztpraxis ist bei Kindern erst ab dem 8. Lebensjahr angezeigt.
- elmex® gelée ist inkompatibel mit anionischen Tensiden und anderen anionischen großen Molekülen.

Anwendung von elmex® gelée mit anderen Arzneimitteln

Bitte informieren Sie Ihren Arzt/Zahnarzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen, kürzlich andere Arzneimittel eingenommen haben oder beabsichtigen, andere Arzneimittel einzunehmen.

Nach Anwendung von elmex® gelée sollte eine systematische Fluoridzufuhr (z.B. durch Fluorid-Tabletten) für einige Tage ausgesetzt werden. Die unmittelbare Einnahme von Aluminium (Arzneimittel zur Behandlung von Magenbeschwerden; Antacida) nach der Behandlung mit elmex® gelée kann die Wirkung der Fluoride beeinträchtigen.

Anwendung von elmex® gelée zusammen mit Nahrungsmitteln und Getränken

Die Einnahme von Calcium und Magnesium (z. B. Milch) unmittelbar nach der Behandlung mit elmex® gelée kann die Wirkung der Fluoride beeinträchtigen.

Schwangerschaft und Stillzeit

Es liegen bisher keine oder nur begrenzte Erfahrungen mit einer Anwendung der in elmex® gelée enthaltenen Wirkstoffe bei Schwangeren vor. Falls notwendig, kann eine Anwendung von elmex® gelée während der Schwangerschaft in Betracht gezogen werden.

Fluoride gehen in die Muttermilch über. elmex® gelée sollte deshalb während der Stillzeit mit Vorsicht angewendet werden.

Wenn Sie schwanger sind oder stillen, oder wenn Sie vermuten, schwanger zu sein oder beabsichtigen, schwanger zu werden, fragen Sie vor der Anwendung von elmex® gelée Ihren Arzt, Zahnarzt oder Apotheker um Rat.

Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Es sind keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen erforderlich.

elmex® gelée enthält Propylenglycol

Propylenglycol kann Hautreizungen hervorrufen.

3. WIE IST ELMEX GELEE ANZUWENDEN?

Wenden Sie elmex® gelée immer genau nach Absprache mit Ihrem Arzt/Zahnarzt oder Apotheker an. Fragen Sie bei Ihrem Arzt/Zahnarzt oder Apotheker nach, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

Zur dentalen Anwendung

Die nachstehend aufgeführte Dosierung kann in Zeiten erhöhten Kariesrisikos und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse gesteigert werden. Dies gilt insbesondere für Patienten mit kieferorthopädischen Apparaturen.

Falls vom Arzt/Zahnarzt nicht anders verordnet, ist die übliche Dosis:

Bei der Anwendung zu Hause

Einmal wöchentlich etwa 1 cm elmex® gelée (ca. 0,5 g Gel entsprechend 6,25 mg Fluorid) auf die Zahnbürste auftragen und die Zähne bürsten. Nach 2 bis 3 Minuten ausspülen. Die Gesamtzeit der Anwendung (Putz- und Einwirkzeit) darf 5 Minuten nicht überschreiten. Am besten abends vor dem Schlafengehen anwenden. Zur gezielten Behandlung überempfindlicher Zahnhälse ist elmex® gelée auf die betroffenen Flächen aufzubringen. elmex® gelée soll erst angewendet werden, wenn das Ausspucken des Schaums beherrscht wird.

Bei der Anwendung in der Zahnarztpraxis

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung oder bei individualprophylaktischen Aktivitäten ca. zweimal bzw. bei Patienten mit hohem Kariesrisiko mehrmals pro Jahr anwenden:

- in der Minioplastschiene ca. 3 g elmex® gelée (entsprechend ca. 37,5 mg Fluorid),
- mit der stumpfen Kanüle aus einer gefüllten Einmalspritze auf die Kauflächen und in die Interdentalräume applizieren (0,5 bis 1 g elmex® gelée, entsprechend 6,25 bis 12,5 mg Fluorid).

Die Anwendung der Minioplastschiene ist ab dem 8. Lebensjahr angezeigt.

Eine ausreichende Kontaktzeit des Dentalgels mit den Zähnen (mindestens 2 bis 4 Minuten) muss gewährleistet sein. Sie darf jedoch 5 Minuten nicht überschreiten. Nach der Anwendung wird ausgespült. elmex® gelée darf bei Kindern ab 3 Jahren, die wegen eines erhöhten Kariesrisikos unter zahnärztlicher Kontrolle sind, angewendet werden. Dies gilt sowohl für Kinder in der Individualprophylaxe wie auch für solche in der Gruppenprophylaxe. Nach der Anwendung wird mit Wasser ausgespült.

Bei der Anwendung in der Gruppenprophylaxe

Im Rahmen der gruppenprophylaktischen Aktivitäten ca. zweimal pro Jahr mit elmex® gelée die Zähne bürsten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko auch mehrmals pro Jahr. Nach 2 bis 3 Minuten ausspülen. Die Gesamtzeit der Anwendung (Putz- und Einwirkzeit) darf 5 Minuten nicht überschreiten.

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Zahnarzt oder Apotheker, wenn Sie den Eindruck haben, dass die Wirkung von elmex® gelée zu stark oder zu schwach ist.

Wenn Sie eine größere Menge von elmex® gelée angewendet haben, als Sie sollten

Bei zu langer Kontaktzeit können Reizungen an der Schleimhaut auftreten. In diesem Fall unterbrechen Sie die Behandlung, und sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Zahnarzt oder Apotheker. Fahren Sie mit der angegebenen Dosierung erst nach Abklingen der Beschwerden fort.

In Abhängigkeit von der Dosierung und Alter der Verabreichung können im Extremfall (z. B. bei Anwendung der Minioplastschiene) bis zu 37,5 mg Fluorid, entsprechend 3 g elmex® gelée, in die Mundhöhle eingebracht werden. Das Verschlucken derartiger Mengen kann zu Übelkeit, Erbrechen und Durchfall führen. Diese Symptome treten in den meisten Fällen innerhalb der ersten Stunde nach der Anwendung auf und gehen nach etwa 3 bis 6 Stunden zurück.

Bei Vergiftungserscheinungen sollten Sie calciumhaltige Getränke (Milch, Calcium-Brausetabletten) einnehmen, um das Fluorid zu binden. Danach sollten Sie einen Arzt aufsuchen. Bei regelmäßigem Überschreiten einer täglichen Gesamtfluoridaufnahme von 2 mg während der Zahnentwicklung bis etwa zum 8. Lebensjahr kann es zu Störungen bei der Mineralisierung des Zahnschmelzes kommen. Sie äußert sich im Auftreten von geflecktem Zahnschmelz.

Diese auch als Zahnfluorose bezeichnete Störung ist nach abgeschlossener Zahnentwicklung auch bei höheren Tagesdosen nicht mehr möglich. Bei Auftreten dieser Symptome sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt/Zahnarzt oder Apotheker.

Wenn Sie die Anwendung von elmex® gelée vergessen haben

Sie können die Anwendung jederzeit nachholen. Wenden Sie nicht die doppelte Menge an, wenn Sie die vorherige Anwendung vergessen haben. Halten Sie trotzdem den vorgeschriebenen Abstand von einer Woche bis zur nächsten Anwendung ein.

Wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung des Arzneimittels haben, fragen Sie Ihren Arzt/Zahnarzt oder Apotheker.

4. WELCHE NEBENWIRKUNGEN SIND MÖGLICH?

Wie alle Arzneimittel kann elmex® gelée Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen.

Bei der Bewertung von Nebenwirkungen werden folgende Häufigkeitsangaben zugrunde gelegt:

Sehr häufig	mehr als 1 Behandler von 10
Häufig	1 bis 10 Behandelte von 100
Gelegentlich	1 bis 10 Behandelte von 1000
Selten	1 bis 10 Behandelte von 10 000
Sehr selten	weniger als 1 Behandler von 10 000
Nicht bekannt	Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar

Sehr selten:

- Abschilferungen (desquamative Veränderungen) an der Mundschleimhaut.
- Entzündung der Mundschleimhaut (Stomatitis), Rötung, Brennen oder Juckreiz im Mund, Taubheitsgefühl, Schwellung, Geschmacksstörungen, Mundtrockenheit, Zahnfleischentzündungen (Gingivitis).
- Oberflächliche Defekte (Erosionen) bzw. Geschwüre oder Blasen an der Mundschleimhaut.
- Übelkeit oder Erbrechen.
- Überempfindlichkeitsreaktionen.

Bei entsprechend sensibilisierten Patienten können durch Pfefferminz-Aroma und Krauseminzöl Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Atemnot) ausgelöst werden.

Meldung von Nebenwirkungen

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt, Zahnarzt oder Apotheker. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt über das folgende nationale Meldesystem anzeigen:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Abt. Pharmakovigilanz
Kurt-Georg-Kiesinger Allee 3
53175 Bonn
Website: www.bfarm.de

Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.

5. WIE IST ELMEX GELEE AUFZUBEWAHREN?

Bewahren Sie dieses Arzneimittel für Kinder unzugänglich auf. Sie dürfen dieses Arzneimittel nach dem auf der Faltschachtel und auf der Prägenaht am Tubenende nach „Verwendbar bis“ angegebenen Verfalldatum nicht mehr verwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des angegebenen Monats.

Aufbewahrungsbedingungen

Nicht über 25 °C lagern.

Hinweis auf Haltbarkeit nach Anbruch

Nach Öffnen des Behältnisses ist das Arzneimittel 20 Monate bis höchstens zum Ablauf des Verfalldatums haltbar.

6. INHALT DER PACKUNG UND WEITERE INFORMATIONEN

Was elmex® gelée enthält:

Die Wirkstoffe sind: Dectaflur, Olaflur und Natriumfluorid.

100 g Dentalgel enthalten:

Aminfluorid Dectaflur: 0,287 g

Aminfluorid Olaflur: 3,032 g

Natriumfluorid: 2,210 g

Das entspricht einem Fluoridgehalt von 1,25 %.

1 cm elmex® gelée (ca. 0,5 g Gel) entsprechen 6,25 mg Fluorid.

Die sonstigen Bestandteile sind:

Gereinigtes Wasser, Propylenglycol, Hyetellose, Saccharin, Apfel-Aroma, Pfefferminz-Aroma, Krauseminzöl, Menthon-Aroma, Bananen-Aroma.

Wie elmex® gelée aussieht und Inhalt der Packung

elmex® gelée ist ein klares, hellgelbes Gel.

elmex® gelée ist erhältlich in Packungen mit:

- 25 g Dentalgel (apothekenpflichtig)
- 38 g Dentalgel (verschreibungspflichtig)

Pharmazeutischer Unternehmer

CP GABA GmbH, Beim Strohhause 17, D-20097 Hamburg

Hersteller

GABA GmbH, Berner Weg 7, D-79539 Lörrach

Diese Gebrauchsinformation wurde zuletzt überarbeitet im Januar 2014.

elmex® gelée schützt Zähne und Zahnhäse und macht den Zahnschmelz hart und widerstandsfähiger. Es wird vorteilhaft in der Kariesprophylaxe eingesetzt. Die Remineralisation bereits entkalkter Schmelzpartien (Initialkaries) wird durch elmex® gelée verbessert, indem Phosphat und Kalzium aus dem Speichel wieder in den Zahnschmelz eingelagert werden. Aminfluoride sind dabei besonders wirksam. Auf freiliegendem Dentin (Zahnbein), welches auf äußere Reize schmerzhaft reagiert, bildet elmex® gelée einen desensibilisierenden Schutzfilm.

Anlage E II: Beispiel

Informationsschreiben Kariesprophylaxe mit Fluoridin

verschreibungspflichtig

Wirkstoff	Standard Term	SI-Einheit
Natriumfluorid	Dentalsuspension	50 mg/g

Information für den Patienten Fluoridin N5

5% Natriumfluorid (entspricht 2,26% Fluorid), Dentalsuspension zur dentalen Anwendung
Zur Anwendung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

- Heben Sie die Information auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker.
- Wenn eine der aufgeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Information angegeben sind, informieren Sie bitte Ihren Arzt oder Apotheker.

1. Was ist Fluoridin N5 und wofür wird es angewendet?
2. Was müssen Sie vor der Anwendung von Fluoridin N5 beachten?
3. Wie ist Fluoridin N5 anzuwenden?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist Fluoridin N5 aufzubewahren?
6. Weitere Informationen

1. Was ist Fluoridin N5 und wofür wird es angewendet?

Fluoridin N5 ist eine halbfeste, viskose Suspension, die zur besseren Sichtkontrolle bräunlich eingefärbt ist und ausschließlich von Fachpersonal in der Dentalpraxis angewandt wird. Fluoridin N5 ist ein natriumfluoridhaltiger Dentalack und wird zur allgemeinen Kariesprophylaxe, zur Unterstützung der Behandlung von Initialkaries und Desensibilisierung von überempfindlichen Zähnen verwandt.

2. Was müssen Sie vor der Anwendung von Fluoridin N5 beachten?

- Fluoridin N5 darf nicht angewandt werden,
- wenn Sie überempfindlich allergisch gegen Natriumfluorid oder einen der sonstigen Bestandteile von Fluoridin N5 sind.
 - bei Personen, bei denen die Kontrolle über den Schluckreflex nicht gewährleistet ist (z.B. Kinder vor der Einschulung, Behinderte). Hier ist im Einzelfall über die Anwendung von Fluoridin N5 zu entscheiden.
 - bei Patienten, die den Kontakt mit Alkohol meiden müssen oder wollen. Hier sollte von einer Anwendung mit Fluoridin N5 abgesehen werden. Siehe auch: Abschnitt 6. Weitere Informationen.

Bei der Anwendung von Fluoridin N5 mit anderen Arzneimitteln: Bitte informieren Sie Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen/anwenden bzw. vor kurzem eingenommen/angewandt haben, auch wenn es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt.

Anwendung von Fluoridin N5 zusammen mit Nahrungsmitteln und Getränken: Der Patient sollte die Behandlung mit Fluoridin N5 nicht auf nüchternem Magen erhalten. Nach der Anwendung von Fluoridin N5 sollte in den ersten 4 Stunden keine harte Nahrung gekaut werden, um den auf die Zähne aufgetragenen Lackfilm nicht zu beschädigen. Bei einer systemischen Fluoridzufuhr (z.B. durch Fluorid-Tabletten oder fluoridiertes Speisesalz) sollte diese nach Applikation von Fluoridin N5 für einige Tage ausgesetzt werden.

Schwangerschaft und Stillzeit: Fragen Sie vor der Anwendung von allen Arzneimitteln Ihren Arzt oder Apotheker um Rat.

Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen:

Beeinträchtigungen der Verkehrstüchtigkeit oder zum Bedienen von Maschinen nach der Anwendung von Fluoridin N5 sind nicht bekannt. Wichtige Informationen über bestimmte sonstige Bestandteile von Fluoridin N5: Nicht zutreffend

3. Wie ist Fluoridin N5 anzuwenden?

Fluoridin N5 wird stets von Fachpersonal, z.B. einer Zahnärztin/einem Zahnarzt, angewandt.

Falls nicht anders verordnet, ist die übliche Dosis:

Alter	Lackmenge zur Behandlung eines einzelnen Zahnes, z.B. Behandlung von Hypersensibilitäten und Initialkaries	Lackmenge zur Kariesprophylaxebehandlung, komplettes Gebiss
Kinder unter 6 Jahren Milchgebiss	0.0125 ml / 12.5 mg (enthalten 0.28 mg Fluorid)	0.25 ml / 250 mg (enthalten 5.7 mg Fluorid)
Kinder zwischen 6 – 12 Jahren Wechselgebiss	0.0154 ml / 15.4 mg (enthalten 0.35 mg Fluorid)	0.40 ml / 400 mg (enthalten 9.0 mg Fluorid)
Jugendliche ab 12 und Erwachsene Permanente Zähne	0.0234 ml / 23.4 mg (enthalten 0.53 mg Fluorid)	0.75 ml / 750 mg (enthalten 17.0 mg Fluorid)

Art der Anwendung Vor der Anwendung von Fluoridin N5 sollen die betroffenen Zahnoberflächen von Plaque und Belägen gereinigt werden, z.B. durch gewissenhaftes Zähneputzen. Die Auftragung des Lackes wird durch vorangegangene relative Trocknung der zu behandelnden Zahnoberflächen, z.B. mit Watte, erleichtert. Die Applikation erfolgt aus der Zylinderampulle mit einer stumpfen Kanüle oder aus der Tube mit einem Einmalpinsel oder –schwämmchen bevorzugt im Bereich der Kariesprädispositionsstellen. Bei der Behandlung von Hypersensibilitäten oder Initialkaries wird gezielt auf die betroffenen Stellen aufgetragen. Die einmalige Auftragung eines dünnen Lackfilms ist ausreichend. Mehrlachsauftragung oder dickere Schichten bringen keinen zusätzlichen therapeutischen Nutzen. Fluoridin N5 trocknet augenblicklich beim Kontakt mit Speichel. Der Lack sollte mindestens einen Tag auf den behandelten Zahnoberflächen verbleiben, bevor er sich ablöst oder entfernt wird.

Dauer der Anwendung Die Anwendung von Fluoridin N5 zur Kariesprophylaxe kann in den angegebenen Zyklen regelmäßig wiederholt werden. Die Behandlung von Hypersensibilitäten kann über einen Zeitraum von ca. zwei Wochen bis zu dreimal wiederholt werden.

Häufigkeit der Anwendung Allgemeine Kariesprophylaxe: Die Kariesprophylaxe soll in regelmäßigen Abständen von 6 Monaten wiederholt werden. Im Falle von Patienten mit hohem Kariesrisiko kann die Behandlung alle 3 Monate wiederholt werden. Zur Vermeidung von Überdosierungen sollen besonders bei Patienten vor dem 6. Lebensjahr nicht mehr als 4 Anwendungen pro Jahr durchgeführt werden. Zur Behandlung von Dentinhypersensibilitäten und Initialkaries können bis zu drei Anwendungen über einen Zeitraum von ca. zwei Wochen nacheinander erfolgen. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Apotheker, wenn Sie den Eindruck haben, dass die Wirkung von Fluoridin N5 zu stark oder zu schwach ist.

Wenn eine größere Menge angewendet wurde als vorgesehen war? In Abhängigkeit von der Dosierung können im Extremfall größere Mengen Fluorid in die Mundhöhle eingebracht werden. Das Verschlucken derartiger Mengen kann zu Übelkeit, Erbrechen und Durchfall führen.

Bei regelmäßigem Überschreiten einer täglichen Gesamtfloordaufnahme (systemisch und lokal) von 2 mg während der Zahnentwicklung kann es zu Störungen bei der Mineralisation des Zahnschmelzes kommen. Diese auch als Dentalfluorose bezeichnete Störung äußert sich im Auftreten von geflecktem Zahnschmelz.

Wenn eine geplante Anwendung von Fluoridin N5 ausgelassen wurde? Die Anwendung sollte zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden.

Wenn die Anwendung von Fluoridin N5 abgebrochen wurde? Die Anwendung von Fluoridin N5 kann unabhängig von den Gründen jederzeit abgebrochen werden. Der Lack lässt sich mechanisch mittels Zahnbürste, Zahnselde oder ähnlichen Hilfsmitteln von den Zahnoflächen entfernen. Wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung des Arzneimittels haben, fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Sehr selten, < 0,01%, weniger als 1 von 10000 Behandelten.

Arzneimittel können neben den erwünschten Hauptwirkungen auch unerwünschte Wirkungen, sogenannte Nebenwirkungen haben. Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch (siehe Dosierung und Art der Anwendung) sind keine Nebenwirkungen bekannt. In Einzelfällen sind Überempfindlichkeitsreaktionen (allergische Reaktionen) jedoch nicht auszuschließen.

Meldung von Nebenwirkungen Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker oder das medizinische Fachpersonal. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt dem BfArM bzw. PEI anzeigen. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.

5. Wie ist Fluoridin N5 aufzubewahren?

Das Arzneimittel darf nach dem auf dem Etikett angegebenen Verfallsdatum nicht mehr verwendet werden. Das Verfallsdatum bezieht sich auf den letzten Tag des Monats.

Aufbewahrungsbedingungen: Zwischen 15 °C und 25 °C lagern. Das Behältnis fest verschlossen halten.

Hinweis auf Haltbarkeit nach Anbruch: Eine Packung Fluoridin N5 soll nach Öffnung höchstens 18 Monate lang verwendet werden, nicht jedoch länger, als es das Mindesthaltbarkeitsdatum erlaubt.

6. Weitere Informationen

Was Fluoridin N5 enthält: Der Wirkstoff ist: 1 g Dentalsuspension enthält 50 mg Natriumfluorid (entspricht 22,6 mg Fluorid).

Die sonstigen Bestandteile sind: Hydriertes Kolophonium, Kolophoniumglycerolester, Ethanol, hochdisperses Siliciumdioxid, Ethylcellulose, Natriumcycamat, Saccharin, Eisenoxide und -hydroxide (E172), Himbeeraroma. Fluoridin N5 enthält 21 Vol.% Ethanol

Wie Fluoridin N5 aussieht und Inhalt der Packung: Fluoridin N5 ist eine orange-braune viskose Suspension, die in den folgenden Handelsformen erhältlich ist:

Set 12 g Dentalsuspension in der Tube und 9 g Klint Reinigungspaste

Klinikpackung 45 g Dentalsuspension

Packung 10 x 1,7 ml Zylinderampullen

Pastentanketten, 100 Stück

Pharmazeutischer Unternehmer und Hersteller:

VOCO GmbH

Anton-Flettner-Str. 1-3

27472 Cuxhaven

Deutschland

Tel.: +49 4721 719 0

FAX: +49 4721 719 109

info@voco.de

Dieses Arzneimittel ist in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) unter den folgenden Bezeichnungen zugelassen:

Deutschland: Fluoridin N5

Diese Information wurde zuletzt überarbeitet 07/2013

Anlage E III: Beispiel

Informationsschreiben Kariesprophylaxe mit Duraphat

Meldung von Nebenwirkungen

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt, Apotheker oder Zahnarzt. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abt. Pharmakovigilanz, Kurt-Georg-Kiesinger Allee 3, D-53175 Bonn, website: <http://www.bfarm.de> anzeigen. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit des Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.

5. WIE IST DURAPHAT® AUFZUBEWAHREN?

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

Sie dürfen das Arzneimittel nach dem auf dem Behälter nach Verwendbar bis angegebenen Verfalldatum nicht mehr verwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des Monats.

Aufbewahrungsbedingungen:

Nicht über 25°C lagern.

Hinweis auf Haltbarkeit nach Anbruch oder Zubereitung

Sie dürfen Duraphat® nach Anbruch höchstens 3 Monate verwenden. Das Arzneimittel darf nicht im Abwasser oder Haushaltsabfall entsorgt werden. Fragen Sie Ihren Apotheker wie das Arzneimittel zu entsorgen ist, wenn Sie es nicht mehr benötigen. Diese Maßnahme hilft die Umwelt zu schützen.

6. WEITERE Informationen

Was Duraphat® enthält:

Der Wirkstoff ist: 1 ml Dentalsuspension enthält 50 mg Natriumfluorid (entsprechend 22,6 mg Fluorid-Ionen). Die sonstigen Bestandteile sind: Ethanol 96%, Gebleichtes Wachs, Kolophonium, Himbeer-Aroma, Schellack, Mastix, Saccharin.

Wie Duraphat® aussieht und Inhalt der Packung:

Originalpackungen mit 5 Ampullen zu 1,6 ml, 1 Tube zu 10 ml, Anstaltspackung mit 5 Tuben zu 30 ml (Anstaltspackung vorübergehend nicht im Handel).

Pharmazeutischer Unternehmer

CP GABA GmbH, Beim Strohhause 17, 20097 Hamburg

Hersteller

Pharbil Waltrip GmbH, Im Wirrigen 25, 45731 Waltrip

Diese Gebrauchsinformation wurde zuletzt überarbeitet im Januar 2014.

09 APRIL 2014 - 10143671

Besondere Vorsicht bei der Anwendung von Duraphat® ist erforderlich,

Bei Personen, bei denen die Kontrolle über den Schluckreflex nicht gewährleistet ist, sind alternative Fluoridierungsmaßnahmen vorzuziehen.

Zur Vermeidung einer Fluorid-Überdosierung sollten am Tag der Duraphat®-Applikation keine anderen fluoridhaltigen Arzneimittel wie Fluorid-Gele angewendet werden. Bei einer systemischen Fluoridzufuhr (z.B. durch Fluorid-Tabletten oder fluoridiertes Speisesalz) sollte diese nach Applikation von Duraphat® für einige Tage ausgesetzt werden. Touchierungen des gesamten Gebisses dürfen nicht auf nüchternen Magen durchgeführt werden.

Tuben: Das Behältnis dieses Arzneimittels enthält Latex. Kann schwere Allergien auslösen.

Bei Anwendung von Duraphat® mit anderen Arzneimitteln:

Bitte informieren Sie Ihren Arzt, Zahnarzt oder Apotheker, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen/anzuwenden bzw. vor kurzem eingenommen/angewendet haben, auch wenn es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt.

Bei Anwendung von Duraphat® zusammen mit Nahrungsmitteln und Getränken

Der Patient sollte nach der Anwendung ca. 2-4 Stunden auf die Aufnahme fester Nahrung und das Kaugummikauen verzichten.

Schwangerschaft und Stillzeit

Fragen Sie vor der Einnahme/Anwendung von allen Arzneimitteln Ihren Arzt, Zahnarzt oder Apotheker um Rat.

Wichtige Informationen über bestimmte sonstige Bestandteile von Duraphat®

Enthält 33,14 Vol.-% Alkohol

3. WIE IST DURAPHAT® ANZUWENDEN?

Dentale Anwendung:

Dieses Arzneimittel wird bei Ihnen durch einen Zahnarzt oder im Auftrag eines Zahnarztes, z. B. in der Zahnarztpraxis oder in der Jugendzahnspflege, angewendet. Bei den einzelnen Applikationen sollten folgende Dosierungen nicht überschritten werden:

Bei Milchgebiss 0,25 ml Suspension (= 5,7 mg Fluorid),
bei Wechselgebiss 0,40 ml Suspension (= 9,0 mg Fluorid),
beim bleibenden Gebiss 0,75 ml Suspension (= 17 mg Fluorid).
Die genannten Werte werden nicht überschritten, wenn Duraphat® in dünner Schicht gezielt an den gefährdeten Stellen des Gebisses angewendet wird. Es ist zu berücksichtigen, dass im Wattebausch, Dappengläschen u. dergl. Duraphat® Suspension zurückbleibt. Bei Verwendung der Zylinderampullen lässt sich der Verbrauch an der aufgedruckten Skala direkt ablesen.
Bei durchschnittlicher Kariesanfälligkeit ist die halbjährliche Anwendung angezeigt, die man zweckmäßigerweise mit der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung verbindet. Bei erhöhter Kariesgefährdung ist die vierteljährliche Anwendung zu empfehlen. Dies gilt vor

Colgate

Gebrauchsinformation: Information für den Anwender

Duraphat®, 50mg/ml Dentalsuspension

Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Sie mit der Anwendung dieses Arzneimittels beginnen.

- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt, Zahnarzt oder Apotheker.
- Dieses Arzneimittel wurde Ihnen persönlich verschrieben. Geben Sie es nicht an Dritte weiter. Es kann anderen Menschen schaden, auch wenn diese dieselben Symptome haben wie Sie.
- Wenn eine der aufgeführten Nebenwirkungen Sie erheblich beeinträchtigt oder Sie Nebenwirkungen bemerken, die nicht in dieser Gebrauchsinformation angegeben sind, informieren Sie bitte Ihren Arzt, Zahnarzt oder Apotheker.

1. Was ist Duraphat® und wofür wird es angewendet?
2. Was müssen Sie vor der Anwendung von Duraphat® beachten?
3. Wie ist Duraphat® anzuwenden?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist Duraphat® aufzubewahren?
6. Weitere Informationen

1. WAS IST DURAPHAT® UND WOFÜR WIRD ES ANGEWENDET?

Duraphat® wird angewendet zur Vorbeugung der Karies und Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

2. WAS MÜSSEN SIE VOR DER ANWENDUNG VON DURAPHAT® BEACHTEN?

Duraphat® darf nicht angewendet werden,

Wenn Sie überempfindlich (allergisch) gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von Duraphat® sind.
Bei Patienten mit geschwürbildenden Entzündungen des Zahnfleisches oder der Mundschleimhaut. Bei Patienten mit Asthma bronchiale.

allein für die gezielte Applikation an besonders gefährdeten Stellen des Gebisses, wie z.B. an durchbrechenden Molaren und für das Milchgebiss. Bei Behandlung überempfindlicher Zahnhälse hat sich die 2-3malige Applikation im Abstand von einigen Tagen bewährt.

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Zahnarzt oder Apotheker, wenn Sie den Eindruck haben, dass die Wirkung von Duraphat® zu stark oder zu schwach ist.

Wenn Sie eine größere Menge Duraphat® angewendet haben als Sie sollten
In Abhängigkeit von der Dosierung und Art der Verabreichung können im Extremfall größere Mengen Fluorid in die Mundhöhle eingebracht werden. Das Verschlucken derartiger Mengen kann besonders bei magenempfindlichen Personen zu Übelkeit, Erbrechen und Durchfall führen. Tetanie und Krämpfe sowie Herzprobleme können auftreten.

Bei Auftreten von Unverträglichkeitserscheinungen lässt sich der Lackfilm durch gründliches Bürsten der Zähne und Nachspülen jederzeit aus der Mundhöhle entfernen. Bei andauernder Überschreitung einer täglichen Gesamtfloridaufnahme (systemisch) von 2 mg während der Zahnentwicklung kann es zu Störungen der Mineralisation des Zahnschmelzes kommen. Diese auch als Dentalflorose bezeichnete Störung äußert sich im Auftreten von geflecktem Zahnschmelz.

Duraphat® nicht vom Patienten anwenden lassen!

4. WELCHE NEBENWIRKUNGEN SIND MÖGLICH?

Wie alle Arzneimittel kann Duraphat® Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen.
Bei der Bewertung von Nebenwirkungen werden folgende Häufigkeitsangaben zugrunde gelegt:

Selten:	weniger als 1 von 1000, aber mehr als 1 von 10 000 Behandelten
Sehr selten:	weniger als 1 von 10 000 Behandelten, oder unbekannt

Mögliche Nebenwirkungen:

Bei Patienten mit Asthma bronchiale können in seltenen Fällen Asthmaanfälle auftreten. Bei Neigung zu allergischen Reaktionen sind sehr selten, besonders bei breitflächiger Applikation, geschwürbildenden Entzündungen des Zahnfleisches oder der Mundschleimhaut, ödematöse Schwellungen der Mundschleimhaut und/oder generalisierte Hautreaktionen, Schwellungen von Gesicht, Lippen, Mund und Rachen beobachtet worden.
Bei Auftreten von Unverträglichkeitserscheinungen lässt sich der Lackfilm durch gründliches Bürsten der Zähne und Nachspülen jederzeit aus der Mundhöhle entfernen. Bei magenempfindlichen Personen kann bei hoher Dosierung und breitflächiger Anwendung sehr selten Brechreiz und Übelkeit auftreten.



BLACK

Duraphat Varnish Light II - Leaflet Ampoules, 10 & 30ml - Germany
Dim: 210mm x 130mm
Font size: 8/8pts
(50202-11)

Anlage F: Auszug aus der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Durchführung der Einschulungsuntersuchung und der Jugendzahnpflege (VwV ESU und Jugendzahnpflege)

Jugendzahnpflege

3.1 Gesetzliche Grundlagen und Zweck der Jugendzahnpflege

Nach § 8 Absatz 3 ÖGDG und der Verordnung des Sozialministeriums zur Durchführung der Jugendzahnpflege vom 15. Dezember 1995 (GBl. 1996 S. 61) dient die öffentliche Jugendzahnpflege der Förderung der Zahngesundheit sowie der Vorbeugung und Erkennung von Zahnerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Für Untersuchungen in Schulen besteht nach § 91 Absatz 1 des Schulgesetzes für Baden-Württemberg in der Fassung vom 1. August 1983 (GBl. S. 397), zuletzt geändert durch Artikel 25 des Gesetzes vom 9. November 2010 (GBl. S. 793, 965) eine Teilnahmepflicht.

3.2 Organisation

Die Maßnahmen der Jugendzahnpflege werden in organisatorischer Hinsicht nach Maßgabe der §§ 8 Absatz 3 und 7 Absatz 5 ÖGDG durchgeführt.

3.3 Durchführung der Jugendzahnpflege

Die Maßnahmen der Jugendzahnpflege können unterteilt werden in zahnärztliche Untersuchungen zur Erhebung des Zahnstatus, Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Maßnahmen werden in Kindertageseinrichtungen und Schulen und weiteren Einrichtungen vorrangig in Gruppen durchgeführt (Gruppenprophylaxe).

Sämtliche neben den Gesundheitsämtern im Rahmen der Jugendzahnpflege tätigen Stellen, Einrichtungen und Personen treten nach außen ausschließlich im Namen der »Arbeitsgemeinschaften Zahngesundheit« auf.

Bei der Durchführung gilt auch für die verwendeten Sachmittel der Grundsatz der Neutralität.

3.3.2 Arbeits- und Organisationsplan

Die nach Nummer 3.2 zuständigen Stellen erstellen im Zusammenwirken mit den Kindertageseinrichtungen und Schulen für jedes Schuljahr einen Arbeits- und Organisationsplan für die Durchführung der Maßnahmen zur Jugendzahnpflege und legen die Termine für die Durchführung der Maßnahmen rechtzeitig fest. Die in den Arbeitsgemeinschaften beziehungsweise Gesundheitsämtern tätigen Personen sollen die Betreuung bestimmter, ihnen zugewiesener Kindertageseinrichtungen und Schulen längerfristig übernehmen.

Grundlage des Arbeits- und Organisationsplans bildet eine von den Gesundheitsämtern zu erstellende Liste der zu betreuenden Einrichtungen. Die Kindertageseinrichtungen und Schulen geben die zur ordnungsgemäßen Durchführung der Jugendzahnpflege notwendigen Auskünfte und

Informationen insbesondere hinsichtlich der Zahl der Gruppen und Klassen sowie deren jeweiligen Kinder- und Schülerzahlen.

3.3.3 Räumlichkeiten

Kindertageseinrichtungen, Schulen und gegebenenfalls weitere Einrichtungen stellen die erforderlichen Räumlichkeiten zur Verfügung.

Es muss gewährleistet sein, dass unbefugte Dritte keine Kenntnis von Untersuchungsergebnissen erlangen können.

In Ausnahmefällen können die Maßnahmen zur Jugendzahnpflege auch im Gesundheitsamt oder an einem anderen geeigneten Ort stattfinden.

3.3.4 Information, Unterschriften und Anwesenheit der sorgeberechtigten Personen

Die sorgeberechtigten Personen werden von den Erziehungs- und Lehrkräften rechtzeitig über bevorstehende Maßnahmen zur Jugendzahnpflege informiert.

Die Teilnahme an Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung und in Kindertageseinrichtungen auch die Teilnahme an den Untersuchungen ist freiwillig; es muss daher die vorherige schriftliche Einwilligung einer sorgeberechtigten Person (Anlagen 13 und 14) vorliegen.

Die Kindertageseinrichtungen und Schulen leiten die Einwilligungserklärungen, gegebenenfalls über die Kinder, an die sorgeberechtigten Personen weiter und überprüfen den Rücklauf.

Im Vorfeld oder im Verlauf der Untersuchungen genügt die Unterschrift einer einzelnen sorgeberechtigten Person auf der Einwilligungserklärung.

Für Untersuchungen in Schulen besteht Teilnahmepflicht. Die Schulen leiten eine entsprechende Information, gegebenenfalls über die Kinder und Jugendlichen, an deren sorgeberechtigte Personen weiter (Anlage 14).

Gegen die Anwesenheit sorgeberechtigter Personen bei der Untersuchung bestehen keine Einwände.

3.3.5 Zahnärztliche Untersuchungen, Erhebung des Zahnstatus

Die zahnärztliche Untersuchung wird nach den Arbeitsrichtlinien für die Jugendzahnpflege in der jeweils gültigen Fassung durchgeführt.

Bezüglich zahnärztlicher Untersuchungen zur Erhebung des Zahnstatus gilt unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten:

Durch Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden grundsätzlich untersucht:

- flächendeckend alle Kinder eines Einschulungsjahrgangs im Verlauf der ersten beiden Schuljahre,
- flächendeckend jährlich alle Kinder an sonderpädagogischen Einrichtungen

und

- jährlich Klassen in Schulen und Gruppen in Kindertageseinrichtungen, in denen Hinweise auf ein erhöhtes Kariesrisikoprofil vorliegen (Hinweise ergeben sich beispielsweise durch die Untersuchung im Verlauf der ersten beiden Schuljahre oder aus dem Einzugsgebiet der Schule oder der Schulart im weiterführenden Schulbereich).

Durch Vertragszahnärzte (Patenzahnärzte) werden untersucht:

- jährlich Kinder in Kindertageseinrichtungen.

Die Dokumentation des Zahnstatus erfolgt namentlich für Kindertageseinrichtungen in Gruppenlisten und für Schulen in Klassenlisten beim Gesundheitsamt, gegebenenfalls elektronisch. Die Aufbewahrungszeit der Dokumentationsunterlagen endet mit dem Schuljahr, in dem die Untersuchung stattgefunden hat.

Die Untersuchungsergebnisse werden den sorgeberechtigten Personen in geeigneter, in der Regel schriftlicher Form (Anlage 15) in einem namentlich gekennzeichneten und verschlossenen Umschlag, gegebenenfalls über die Kinder und Jugendlichen, mitgeteilt.

Die sorgeberechtigten Personen bestätigen den Erhalt der Untersuchungsergebnisse auf dem Bestätigungsabschnitt von Anlage 15, die Kinder und Jugendlichen geben die Bestätigungsabschnitte in den Kindertageseinrichtungen und Schulen zurück.

Die Kindertageseinrichtungen und Schulen überprüfen den Rücklauf der Bestätigungsabschnitte und vernichten sie danach unmittelbar.

3.3.6 Zahnschmelzhärtung

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die jeweils aktuellen Empfehlungen der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e.V. auf Basis der jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Die Teilnahme an Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung ist freiwillig.

Eine Aufklärung über die Zahnschmelzhärtung und die Einbeziehung der Erziehungs- und Lehrkräfte sowie der sorgeberechtigten Personen sind Bestandteil der Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung. Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung sollen vorrangig in Schulen mit überdurchschnittlich hoher Kariesprävalenz angeboten werden.

3.3.7 Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Kinder und Jugendlichen werden über Ziele, Möglichkeiten und Regeln einer zahngesunden Ernährungsweise sowie einer fachgerechten Mundhygiene informiert.

Die Informationen sollen methodisch-didaktisch dem geistigen Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen entsprechend aufbereitet und vermittelt werden.

In praktischen Übungen soll das theoretisch vermittelte Wissen angewandt und vertieft werden, soweit es die örtlichen Gegebenheiten zulassen. Die Maßnahmen sollen die in den Bildungsplänen der Schulen verankerten gesundheitsbezogenen Themen berücksichtigen und soweit möglich ergänzen.

Die nach Nummer 3.2 zuständigen Stellen sollen mit weiteren Akteuren im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung, wie beispielsweise der Landesinitiative BeKi – Bewusste Kinderernährung, kooperieren und ergänzend auch selbst entsprechende Aktivitäten initiieren.

Die Einbeziehung der Erziehungs- und Lehrkräfte sowie der sorgeberechtigten Personen beispielsweise im Rahmen von Dienstbesprechungen der Erziehungs- und Lehrkräfte, Elternabenden in Kindertageseinrichtungen oder Klassenpflegschaftsabenden soll dazu beitragen, die gelernten Verhaltensweisen in den Lebensalltag nachhaltig zu integrieren.

Mit dem Ziel, das Bewusstsein der sorgeberechtigten Personen bezüglich der Eigenverantwortung für die Mundgesundheit ihrer Kinder zu stärken, werden diese anlässlich der Einschulungsuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst schriftlich auf die Wichtigkeit der Zahngesundheitsvorsorge mit dem Ziel der Zahnerhaltung hingewiesen. Die nach Nummer 3.2 für die Maßnahmen der Jugendzahnpflege zuständigen Stellen sollen in den Kindertageseinrichtungen und Schulen auf ein gesundheitsförderndes Lebensumfeld für die Kinder und Jugendlichen hinwirken und Betreuungs- und Lehrkräfte motivieren, Elemente der Gesundheitserziehung in den Kindertageseinrichtungs- und Schulalltag zu integrieren.

3.3.8 Datenschutz

Bei der Erhebung, Übermittlung, Aufbewahrung beziehungsweise Speicherung und Löschung von personenbezogenen Daten sowie bei der Aktenvernichtung sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten (§§ 14 bis 19 ÖGDG, §§ 4, 13 bis 24 LDSG). Es sind Verfahren zu wählen, welche gewährleisten, dass keine datenschutzrechtlich unzulässige Kenntnisnahme durch Unbefugte erfolgen kann.

3.4 Verweisungsverfahren

Nach Ermessen des zuständigen Gesundheitsamtes kann sorgeberechtigten Personen von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, in denen Untersuchungen entsprechend der unter Nummer 3.3.5 formulierten Ziele nicht durchgeführt werden können, schriftlich eine Vorsorgeuntersuchung ihres Kindes bei einer niedergelassenen Zahnärztin oder einem niedergelassenen Zahnarzt empfohlen werden (Verweisungsverfahren).

Diesen Einrichtungen wird gegebenenfalls mit Beginn des Schuljahres die erforderliche Zahl von Vordrucken »Empfehlungen zur zahnärztlichen Untersuchung« zur Weitergabe an die sorgeberechtigten Personen, gegebenenfalls über die Kinder und Jugendlichen, zugeleitet (Anlage 16).

Die Kinder und Jugendlichen geben die Vordrucke, nachdem eine Zahnarztpraxis die Durchführung der Untersuchung bestätigt hat, in einem verschlossenen Umschlag den Kindertageseinrichtungen und Schulen zurück. Diese leiten jeweils zum 31. Januar des laufenden Schuljahres die zurückgegebenen Vordrucke an die Gesundheitsämter weiter. Die Rückgabe der Vordrucke kann auch in einem verschlossenen Umschlag direkt an das Gesundheitsamt erfolgen.

Die Gesundheitsämter werten die Rücklaufquoten zum Verweisungsverfahren nicht personenbezogen sondern gruppen- und klassenweise aus. In Gruppen und Klassen mit unterdurchschnittlicher Rücklaufquote und Hinweisen auf ein erhöhtes Kariesrisiko sollen Maßnahmen zur Jugendzahnpflege durchgeführt werden. Nach Auswertung, spätestens jeweils zum 31. Oktober nach einem Schuljahr, sind die Vordrucke zu vernichten.

3.5 Statistik und Dokumentation

3.5.1 Jahresberichte

Die Maßnahmen zur Jugendzahnpflege werden jährlich bezogen auf das Schuljahr in einem von der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e.V. spätestens bis zum Schuljahresbeginn zur Verfügung gestellten Vordruck zusammengefasst (Anlage 17).

Diese Jahresberichte werden dem Sozialministerium sowie der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e.V. jeweils bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres in elektronischer Form zugeleitet. Die nach Nummer 3.2 für die Jugendzahnpflege zuständigen Stellen sind über die Auswertung zu informieren.

3.5.2 Repräsentative Stichprobenuntersuchungen

Zur Kontrolle der Effektivität der Maßnahmen zur Jugendzahnpflege wird in regelmäßigen zeitlichen Abständen nach Vorgabe des Landesgesundheitsamtes eine landesweite repräsentative Stichprobenuntersuchung bei sechs-, neun-, zwölf- und fünfzehnjährigen Schulkindern zur Erhebung des Zahngesundheitszustandes durchgeführt. Ergänzend können auch in anderen Altersgruppen landesweite repräsentative Stichprobenuntersuchungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse fließen in die bundesweite Dokumentation der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. ein, die die epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in regelmäßigen Abständen koordiniert.

Die Gesundheitsämter, in deren Amtsbezirk diese Untersuchungen durchgeführt werden, treffen die notwendigen Vorbereitungen zu deren Durchführung und leisten die für die Untersuchung jeweils erforderliche Hilfestellung.

Die Dokumentation der Untersuchungsbefunde erfolgt nach den Vorgaben des Sozialministeriums. Die beteiligten Gesundheitsämter werden jeweils über die Zufallsstichprobe rechtzeitig informiert. Die Untersuchungen werden von vom Landesgesundheitsamt ausgewählten, gesondert eingewiesenen Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzten der Gesundheitsämter durchgeführt. Die an der Untersuchung beteiligten Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte der Gesundheitsämter leiten die anonymisierten Untersuchungsbefunde an das Landesgesundheitsamt weiter.

Die Erhebung gibt Aufschluss über Veränderungen des Zahngesundheitszustandes in den untersuchten Altersgruppen. Die Ergebnisse fließen in die Gesundheitsberichterstattung ein. Zur Lenkung der Maßnahmen zur Jugendzahnpflege sowie zur Information über die regionalen Ergebnisse und Indikatoren der Mundgesundheit im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung können die Gesundheitsämter kreisrepräsentative Stichprobenuntersuchungen zur Erhebung des Zahngesundheitszustandes durchführen.

3.6 Koordination und Qualitätssicherung in der Jugendzahnpflege

Die Koordination und Qualitätssicherung in der Jugendzahnpflege obliegt den Gesundheitsämtern. Hierzu gehören

- der Einsatz altersentsprechend ausgerichteter, flächen- und jahrgangsdeckender Angebote und Maßnahmen zur Mundgesundheit,
 - deren inhaltliche und durchführungsbezogene Abstimmung unter den Leistungserbringern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (vgl. § 2 Absatz 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch)
 - die regelmäßige Information über die Ergebnisse und Indikatoren der Mundgesundheit im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung
- und
- die fortgesetzte Beobachtung der Verteilung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und die Anpassung der Konzepte für risikobezogene Programme zur Kariesprophylaxe.

Rechtliche Fragestellungen Jugendzahnpflege der LAGZ, insbesondere Anwendbarkeit der §§ 630a ff. BGB (Behandlungsvertrag) im Rahmen der Gruppenprophylaxe

I. Ausgangsfrage: Sind die Vorschriften des Behandlungsvertrags §§ 630a ff. BGB auf Maßnahmen der Jugendzahnpflege im Rahmen der Gruppenprophylaxe anwendbar?

Zu klären ist die rechtliche Einordnung der zahnärztlichen Untersuchung in Kindertagesstätten sowie der Fluoridierungsmaßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen. Beide Maßnahmen werden als freiwillige Leistungen durch die regionalen Arbeitsgemeinschaften Zahngesundheit angeboten (wohingegen die schulzahnärztliche Untersuchung für Schulkinder gesetzlich vorgeschrieben ist).

In Betracht kommt eine Einordnung als zivilrechtliches Behandlungsverhältnis (mit der Folge, dass §§ 630a ff. BGB anwendbar sind) oder eine Qualifikation als öffentlich-rechtliches Behandlungsverhältnis (Behandlungsvertrag nach BGB nicht anwendbar, die für die LAGZ tätigen Zahnärzte werden hoheitlich tätig).

§§ 630 a ff. BGB sind nur auf privatrechtliche Behandlungsverhältnisse (Behandlungsvertrag) anzuwenden. Ein öffentlich-rechtliches Behandlungsverhältnis liegt demgegenüber vor, wenn der Arzt mit der Behandlung unmittelbar ein ihm übertragenes öffentliches Amt ausübt, z.B. der Amtsarzt des Gesundheitsamtes. Die Tätigkeit ist hoheitlich geprägt, wenn sie dem allgemeinen öffentlichen Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes entspringt und nicht der individuellen Gesundheitsvorsorge dient (BGH v. 15.2.1990 – III ZR 100/88 juris Rn. 14). Die Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen obliegt den Gesundheitsämtern oder anderen Stellen, die für die Gesundheitsämter tätig sind (§ 8 Abs. 3 ÖGDG). Im Vordergrund steht die Gruppenprophylaxe, d.h. die Bewahrung der Zahngesundheit einer Gruppe und nicht (nur) des einzelnen Kindes.

(Bejaht wurde von der Rechtsprechung ein öffentlich-rechtliches Behandlungsverhältnis nicht nur bei Durchführung einer Impfung aufgrund einer gesetzlich angeordneten Impfpflicht, sondern auch bei der freiwilligen Wahrnehmung einer staatlichen Schutzimpfung, die das Gesundheitsamt im Rahmen seiner allgemeinen öffentlichen Aufgabenwahrnehmung vornimmt (juris PK § 630a bei Fn. 116; BGH v. 15.2.1990 – III ZR 100/88 juris Rn. 14; BGH v. 7.7.1994 – III ZR 52/93 – juris Rn. 5).

Diese Rechtsprechung lässt sich in Grundsätzen auch auf die freiwilligen Maßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe übertragen.

Andere Stellen im Sinne des § 8 Abs. 3 ÖGDG sind die regionalen Arbeitsgemeinschaften Zahngesundheit, die auf Landesebene in der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit (LAGZ) organisiert sind. In den regionalen Arbeitsgemeinschaften sind sowohl niedergelassene (sog. Patenzahnärzte) als auch ÖGD-Zahnärzte zum Zwecke der Bewahrung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 8 Abs. 3 ÖGDG - also hoheitlich geprägt - tätig.

Unter Zugrundlegung der Rechtsprechung des BGH zu den freiwilligen Impfleistungen ist auch für den Bereich der Fluoridierung durch Mitarbeiter der LAGZ von einem öffentlich-rechtlichen Behandlungsverhältnis auszugehen. In der Konsequenz sind die §§ 630a ff. nicht (direkt) anwendbar.

Gleichwohl handelt es sich bei der zahngesundheitlichen Untersuchung sowie bei der Fluoridierungsmaßnahme um einen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht sowie die körperliche Unversehrtheit und erfordert damit – mangels gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage – die Einwilligung des Betroffenen (bzw. dessen Sorgeberechtigten).

(Jenseits von Zuständigkeitsregelungen existiert keine hoheitliche Ermächtigungsgrundlage zur Fluoridierung. In § 21 SGB V ist bundesgesetzlich lediglich geregelt, dass und mit wem die gesetzlichen KK Leistungen der Gruppen-Zahnprophylaxe zu fördern und dafür Kosten aufzubringen haben und dass dies u. a. im Zusammenwirken mit den in den Ländern zuständigen Stellen zu geschehen hat. Organisationsebene ist die Landesebene mit den in den Ländern zur Jugendzahn-pflege zuständigen Behörden/Vertretungen KK/ZÄ. Eine hoheitliche Verpflichtung/Ermächtigung zur Gruppenprophylaxe mit Fluoridierung erfolgt daraus nicht. Aus § 8 ÖGDG BW erfolgt ebenfalls keine Verpflichtung zur Durchführung und Teilnahme der Gruppenprophylaxe, sondern ebenfalls nur eine Zuweisung an die Gesundheitsämter. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an Fluoridierungsmaßnahmen ergibt sich auch nicht aus der Jugendzahnpflegeverordnung BW.)

Einer wirksamen Einwilligung müssen nach Auswertung der einschlägigen Rechtsprechung Information und Aufklärung durch den behandelnden Arzt vorausgehen. Da sich die Gerichte in Amtshaftungsverfahren bei den Fragen der Aufklärung und Einwilligung an der allgemeinen ärztlichen Sorgfaltspflicht und der zivilrechtlichen Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht orientieren, **empfiehlt sich, die zivilrechtlichen Vorschriften der §§ 630a ff. BGB (die kodifizierte Richterrecht beinhalten) zumindest entsprechend heranzuziehen.**

Sollte im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung oder der Durchführung der Fluoridierung dem Kind ein Schaden entstehen, greift die Amtshaftung nach Art. 34 GG/ § 839 BGB, sofern vorsätzlich oder fahrlässig eine Amtspflicht verletzt wurde.

Zu den Amtspflichten im Zusammenhang mit der Gruppenprophylaxe gehört jedenfalls die Aufklärungspflicht der Behörde, hier konkret die Beratungs- und Aufklärungspflicht des hoheitlich tätigen Arztes zu Art, Umfang und Auswirkung der geplanten Maßnahmen (BGH v. 20.7.2000, III ZR 64/99).

II. Einzelfragen:

1. Aufbewahrung der Einwilligungserklärung sowie der Befundunterlagen (Dauer, Ort) für Zahnuntersuchung Kindertagesstätte und Fluoridierungsmaßnahme KiTa, Schule?

Grundsätzlich sind ärztliche Unterlagen in entsprechender Anwendung der ärztlichen Berufsordnungen (§ 10 BO LÄK BW; § 12 BO LZÄK BW; § 630f III BGB) 10 Jahre aufzubewahren, sofern keine abweichende gesetzliche Regelung vorliegt.

Ergebnis: die Einwilligungserklärungen sind 10 Jahre aufzubewahren.

Abweichend davon bestimmt Ziff. 3.3.5 VwV ESU und Jugendzahnpflege, dass die Aufbewahrungszeit der Dokumentationsunterlagen bezüglich des Zahnstatus mit dem Schuljahr endet, in dem die Untersuchung stattgefunden hat.

Ergebnis: Befundunterlagen sind damit am Ende des jeweiligen Schuljahres zu vernichten.

Die Aufbewahrung von Einwilligungserklärungen sowie Befundunterlagen hat in der Verantwortung der LAGZ (bzw. des betrauten Gesundheitsamtes) zu erfolgen, die datenschutzrechtlichen Vorgaben sind dabei zu beachten.

2. Gültigkeit der Einwilligungserklärung für Untersuchung KiTa, Fluoridierung?

Die Einwilligung ist vor der Maßnahme einzuholen (s.a. § 630d BGB analog). Grundsätzlich gilt die Einwilligung immer nur für die konkrete und bevorstehende Maßnahme. Diese sollte in dem Hinweisschreiben und auf dem Einwilligungsformular ausdrücklich benannt werden.

Aus Praktikabilitätsgründen kann eine Einwilligung für die Fluoridierung für ein ganzes Schuljahr erteilt werden. Auf der Einwilligungserklärung ist deutlich zu machen, dass in dem betreffenden Schuljahr mehrere Fluoridierungen (möglichst genaue zeitliche Festlegung) geplant sind.

Dessen ungeachtet kann eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen vor der entsprechenden Maßnahme widerrufen werden.

3. Aufklärung Fluoridierung

Da es sich bei der Fluoridierung um einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Kinder handelt, bedarf es der Aufklärung und der Einwilligung der Sorgeberechtigten der Kinder. Grundlage hierfür sind die allgemeinen Bestimmungen des Verwaltungsverfahrenrechts sowie die analoge Anwendung der Vorschriften der §§ 630a ff. BGB.

Gemäß § 630e BGB ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten (i.e. den Sorgeberechtigten) über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Therapie.

Die Aufklärung hat grundsätzlich mündlich – durch den Behandelnden oder eine Person, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt - zu erfolgen.

Einer Aufklärung bedarf es nicht, soweit diese aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat. An diesen Ausnahmetatbestand sind strenge Anforderungen zu stellen.

Grundsätzlich kann eine Einwilligung formfrei (also auch mündlich) erteilt werden, da die Sorgeberechtigten jedoch bei der Fluoridierungsmaßnahme in der Regel nicht anwesend sein werden, sollte die Einwilligung schriftlich eingeholt werden.

Zur rechtlichen Absicherung wird folgendes Vorgehen empfohlen:

- ***Einem Sorgeberechtigten muss ein Informationsblatt zur geplanten Fluoridierungsmaßnahme ausgehändigt werden, auf dem Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken dargestellt werden.***
- ***Ein Sorgeberechtigter muss ausdrücklich seine Kenntnisnahme dieser Informationsschrift bestätigen.***
- ***Ein Sorgeberechtigter muss eine schriftliche Einwilligungserklärung unterzeichnen, die Einwilligungserklärung muss die geplanten Maßnahmen möglichst genau umschreiben (auch die Häufigkeit) und ist nach jedem Schuljahr erneut einzuholen.***
- ***Die Einwilligungserklärung muss einen Verzicht auf die (fern-)mündliche Aufklärung beinhalten, ggf. kann die Möglichkeit zur fernmündlichen Aufklärung durch den Behandler angeboten werden.***

Dr. Kloster

Stuttgart, den 16. Juni 2015

Anlage H: Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe (Auszüge S2k-Leitlinie)

ZZQ Zentrum Zahnärztliche Qualität

Quelle: S2k-Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe 2013

AWMF-Registernummer 083-001

www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html

2 EMPFEHLUNGEN

Vor Empfehlung einer Fluoridierungsmaßnahme ist eine Fluoridanamnese zu erheben: Es wird empfohlen, möglichst nur eine Form einer systemischen Fluoridzufuhr in relevanter Menge (Tablette oder Speisesalz) zu verwenden. Die europäische Lebensmittelbehörde EFSA hat die tolerable obere Zufuhrmenge für Kinder im Alter von 1-8 Jahren mit 0,1 mg/kg Körpergewicht, für Kinder im Alter von 9-14 Jahren mit 5 mg/Tag und für Jugendliche im Alter ab 15 Jahren mit 7 mg/Tag festgesetzt (EFSA 2005). Die Canadian Dental Association, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) und Centers for Disease Control and Prevention (CDC) empfehlen als obere Zufuhrgrenze 0,05-0,07 mg/kg Körpergewicht.

2.1. Tablettenfluoridierung

Die verfügbaren Empfehlungen zur Fluoridzufuhr weisen auf eine sowohl topische als auch systemische kariesprophylaktische Wirkung hin, wobei für die langfristige Kariesprävention der topische Effekt von größerer Bedeutung ist (AAP, Pediatrics 2008). Deshalb sollten Fluoridtabletten nach dem Zahndurchbruch möglichst gelutscht werden, um die topische Wirkungskomponente bestmöglich zu nutzen. Wenn regelmäßig eine relevante Menge an fluoridiertem Haushaltssalz verzehrt wird, sollte die Gabe von Fluoridtabletten beendet werden. Säuglinge und Kleinkinder in den ersten drei Lebensjahren nehmen in der Regel nur sehr wenig Haushaltssalz zu sich.

1. Fluoridtabletten sind kariespräventiv wirksam.

2. Eine Fluoridtabletteneinnahme der schwangeren Frau hat keinen kariespräventiven Effekt auf das Milchgebiss des Kindes.

2.2. Speisesalzfluoridierung

Es gilt folgende Empfehlung: Eine kariesprophylaktische Wirksamkeit der Speisesalzfluoridierung ist beschrieben. In Ländern mit bereits bestehendem hohem Niveau in der Kariesprävention ist der zusätzliche Effekt der Verwendung von fluoridhaltigem Speisesalz quantitativ nicht nachweisbar.

2.3. Fluoridhaltige Zahnpasten

Pädiatrische Empfehlungen

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin spricht sich dafür aus, fluoridhaltige Zahnpasten ab einem Alter einzusetzen, in dem das Kind Zahnpasta nach dem Zähneputzen regelmäßig ausspucken kann (in der Regel ab dem fünften Lebensjahr). Die DGKJ formuliert in diesem Zusammenhang, dass Zahnpasta ein kosmetisches Mittel sei, das zahlreiche nicht für den Verzehr zugelassene Inhaltsstoffe enthalte und nicht regelmäßig geschluckt werden sollte.

Zahnärztliche Empfehlungen

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde empfiehlt in Übereinstimmung mit zahlreichen anderen internationalen zahnmedizinischen Fachgesellschaften die Anwendung einer geringen Menge („dünner Film“) fluoridhaltige Kinderzahnpasta (500 ppm F-) zur Zahnpflege ab Durchbruch der ersten Milchzähne einmal am Tag. Ab dem Alter von zwei Jahren sollte zweimal täglich mit einer geringen Menge (ungefähr 5 mm langer Zahnpastastrang = erbsengroße Menge) fluoridhaltiger Kinderzahnpasta geputzt werden. Nach Durchbruch der ersten bleibenden Zähne sollte zweimal täglich eine Erwachsenenzahnpasta verwendet werden.

1. Die Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta mit mindestens 1000 ppm Fluorid ist eine breitenwirksame und effektive kariespräventive Maßnahme, deren Wirksamkeit ab dem Schulalter nachgewiesen ist. Daher wird ab dem Durchbruch der bleibenden Zähne empfohlen, das Zähneputzen mit einer Zahnpasta durchzuführen, die einen Fluoridgehalt von mindestens 1000 ppm Fluorid enthält.
2. Der kariespräventive Effekt steigt mit zunehmender Fluoridkonzentration in der Zahnpasta. Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt < 500 ppm sollte nicht verwendet werden. Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von mehr als 1000 ppm wird für Kinder vor dem Schulalter nicht empfohlen. Da Kinder in Deutschland auch anderen Fluoridquellen ausgesetzt sind und um das Fluoroserisiko zu begrenzen, wird bei Kindern im Vorschulalter ab Durchbruch der ersten Milchzähne bis zum Durchbruch der ersten bleibenden Zähne die Verwendung einer Zahnpasta mit 500 ppm Fluorid empfohlen.
3. Die Effektivität der Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasta nimmt mit einer Erhöhung der Zahnputzfrequenz von einmal auf zweimal täglich zu. Das Gleiche gilt für überwachtes Putzen gegenüber unüberwachtem Putzen. Daher wird unter Berücksichtigung des Fluoroserisikos empfohlen, in den beiden ersten Lebensjahren einmal pro Tag die Zähne mit einer geringen Menge (Film) Zahnpasta zu putzen. Danach soll das Zähneputzen bis zum Durchbruch der bleibenden Zähne zweimal pro Tag erfolgen.
4. Wird regelmäßig eine relevante Menge an fluoridiertem Speisesalz zugeführt (die Aufnahme von mind. 1 g fluoridiertem Haushaltsalz pro Tag entspricht 0,25 mg Fluorid) und regelmäßig fluoridhaltige Zahnpasta verwendet, soll die Gabe von Fluoridtabletten entfallen.

2.4. Fluoridhaltige Lacke

Aufgrund der einzelnen Studien und Übersichtsarbeiten kann die bisher geltende Empfehlung der ursprünglichen Leitlinie fortgeschrieben werden. Bei der professionellen Anwendung von Fluoridlack wurden auch bei Kleinkindern keine Nebeneffekte beobachtet. Bei Kindern und Jugendlichen, vor allem solchen mit erhöhtem Kariesrisiko, soll zweimaljährlich eine Applikation

eines fluoridhaltigen Lackes erfolgen. Die lokale Fluoridlackapplikation kann unabhängig von bereits durchgeführten, breitenwirksamen Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt werden. Bei Patienten mit stark erhöhtem Kariesrisiko soll die Frequenz der Fluoridapplikation mehr als zweimal (in der Regel viermal) pro Jahr betragen, weil dann eine verbesserte kariesreduzierende Wirkung zu erwarten ist.

2.5. Fluoridhaltige Spüllösungen

Bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko führt die tägliche überwachte Anwendung von Mundspüllösungen (in einer Konzentration von 0,05% NaF) bzw. die einmal wöchentliche überwachte Anwendung einer Mundspüllösung (0,2% NaF) zu einer deutlichen Reduktion des Kariesanstiegs. Da dieser Effekt unabhängig von der Anwendung anderer fluoridhaltiger Präparate wie zum Beispiel Zahnpasten ist, wird bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko die Anwendung einer fluoridhaltigen Mundspüllösung empfohlen. Aufgrund der vorliegenden Studienlage kann davon ausgegangen werden, dass fluoridhaltige Spüllösungen bei Jugendlichen (insbesondere wenn eine kieferorthopädische Behandlung mit festsitzenden Geräten durchgeführt wird) zur Kariesprävention beiträgt. Anmerkung: Kinder unter 6 Jahren sollten keine fluoridhaltigen Mundspüllösungen verwenden, um zu vermeiden, dass toxikologisch relevante Fluoridmengen verschluckt werden.

2.6 Fluoridhaltige Gele

Die vorliegende Studienlage bestätigt die Empfehlungen, die bereits in der ursprünglichen Leitlinie publiziert wurden.

1. Fluoridgele sollen unabhängig von bereits bestehenden Basisfluoridierungsmaßnahmen, wie zum Beispiel fluoridhaltiger Zahnpasta, verwendet werden.

2. Da der kariespräventive Effekt von Fluoridgelen unabhängig von der Art der Applikationsmethode ist (zahnärztliche Applikation vs. Applikation durch den Patienten; Trayapplikation vs. Einbürsten), soll die Art der Applikation individuell gewählt werden. Bei kariesaktiven Patienten soll eine mehrmalige Applikation fluoridhaltiger Gele pro Jahr erfolgen, da der kariespräventive Effekt mit der Applikationsfrequenz und der Applikationsintensität pro Jahr (Frequenz x Fluoridkonzentration) korreliert.

3. Hinweise auf ein erhöhtes Kariesrisiko bei Kindern
(modifiziert nach der American Dental Association 1995)

KINDER UND JUGENDLICHE

- ≥ 2 kariöse Läsionen im vergangenen Jahr
- Frühere Glattflächenkaries
- Tiefe Grübchen und Fissuren
- Keine oder geringe Fluoridanwendung
- Schlechte Mundhygiene
- Häufiger Süßigkeitenverzehr
- Unregelmäßiger Zahnarztbesuch
- Zu lange Babyflaschen-Ernährung oder Stillen (Kleinkinder)

Quelle:

Caries Diagnosis und Risk Assessment.
A Review of Preventive Strategies and Management.
JADA, Vol. 126, June 1995, 7-S
E. Reich: Altersgerechte Kariesdiagnostik, Dental
Magazin 2009, 238-241

4. Zahnärztliche Empfehlung zur Anwendung von Kinderzahnpaste



Abb. A: Dünner Film an Kinderzahnpaste



Abb. B: Erbsengroße Menge an Kinderzahnpaste

BASISVORSORGE MIT FLUORIDEN, ZAHNÄRZTLICHE EMPFEHLUNGEN

Jahre	0	2*	4*	6*	8	10	12	→
Fluoridzahnpaste und fluoridiertes Speisesalz		1 x tägl.	2 x täglich	2 x täglich				
		Fluorid-Kinderzahnpaste		Fluorid-Zahnpaste für Erwachsene				
		regelmäßige Verwendung (Haushalt, Gemeinschaftsverpflegung)						
alternativ auch möglich								
Fluoridzahnpaste und Fluoridtabletten		fluoridfreie Zahnpasta	Fluorid-Kinderzahnpaste	Fluorid-Zahnpaste für Erwachsene				
		nach ärztlicher/zahnärztlicher Verordnung; 1 x täglich lutschen						

* Bei Kindern unter 6 Jahren soll die tägliche Fluorid-Gesamtaufnahme 0,05-0,07 mg F/kg Körpergewicht nicht überschreiten

MÖGLICHE ZUSÄTZLICHE FLUORIDIERUNGSMASSNAHMEN, INSBESONDERE BEI ERHÖHTEM KARIESRISIKO

Jahre	0	2*	4*	6*	8	10	12	→
Häusliche Anwendung:								
Fluorid-Gel oder alternativ Fluorid-Spüllösung					wöchentlich nur bei Gel			
					mehrmals wöchentlich nur bei Spüllösung			
Anwendung durch Zahnarzt unter zahnärztl. Kontrolle:								
Fluorid-Lack oder alternativ Fluorid-Gel				2 x jährlich; bei erhöhtem Risiko > 2 x jährlich				

* Bei Kindern unter 6 Jahren soll die tägliche Fluorid-Gesamtaufnahme 0,05-0,07 mg F/kg Körpergewicht nicht überschreiten

Quelle: S2k-Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen zur

Kariesprophylaxe 2013

AWMF-Registernummer 083-001

www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html

Anlage I: zu VWV ESU und Jugendzahnpflege 3.5.2.: ICDAS-Klassifikation

Die ICDAS-Klassifikation dient dazu, eine vorhandene Karies qualitativ (nicht nach dem sonst üblichen „Ja-Nein-Prinzip“) zu diagnostizieren. ICDAS steht für International Caries Detection Assessment System. Weitere Informationen: <https://www.icdas.org/>

ICDAS-II Code	Beschreibung
Code 0	Keine sichtbare Karies nach Trocknung im Luftstrom (ca. 5 Sek.). Veränderungen wie Schmelzhypoplasie, Fluorose, Abrasion, Erosion und Verfärbungen werden ebenfalls mit 0 befundet.
Code 1	Erste visuelle Veränderungen in der Schmelzoberfläche, die erst nach Trocknung des Zahns sichtbar sind. Die Veränderungen können Opazitäten, weißliche oder bräunliche Verfärbung sein.
Code 2	Deutliche visuelle Veränderungen in der Schmelz-Oberfläche bereits am feuchten Zahn. Die Veränderungen müssen auch am getrockneten Zahn noch sichtbar sein.
Code 3	Demineralisation bzw. Verlust der Schmelzstruktur ohne sichtbares Dentin. Ggf. kann eine WHO-Sonde vorsichtig über den Schmelzdefekt geführt werden, um die Diskontinuität der Schmelzoberfläche zu tasten.
Code 4	Schattenbildung ausgehend vom kariösen Dentin. Die Schattenbildung kann gräulich, bläulich oder bräunlich sein.
Code 5	Deutliche Kavitätenbildung mit sichtbarem Dentin. Am getrockneten Zahn ist der Schmelzverlust deutlich sichtbar. Ggf. kann die WHO-Sonde verwendet werden, um das freiliegende Dentin zu ertasten.
Code 6	Großflächige Kavitätenbildung; dabei ist das Dentin in der Breite und Tiefe des Zahns deutlich sichtbar. Mindestens die Hälfte der Zahnoberfläche ist kariös zerstört, die Pulpa kann betroffen sein.

Quelle: [http://www.zmk-aktuell.de/zmk-aktuell/detail-](http://www.zmk-aktuell.de/zmk-aktuell/detail-popup.html?type=1&tx_spidirectory_pi1%5Bpicture%5D=Tab._01.jpg&tx_spidirectory_pi1%5Bpicturecaption%5D=Tabelle%201%3A%20Kriterien%20des%20ICDAS-II%20f%C3%BCr%20Okklusal-%2C%20Approximal-%20und%20Glattfl%C3%A4chen.&cHash=55a125adcdf0daf9dfd6e71e53989cc7)

[popup.html?type=1&tx_spidirectory_pi1%5Bpicture%5D=Tab._01.jpg&tx_spidirectory_pi1%5Bpicturecaption%5D=](http://www.zmk-aktuell.de/zmk-aktuell/detail-popup.html?type=1&tx_spidirectory_pi1%5Bpicture%5D=Tab._01.jpg&tx_spidirectory_pi1%5Bpicturecaption%5D=Tabelle%201%3A%20Kriterien%20des%20ICDAS-II%20f%C3%BCr%20Okklusal-%2C%20Approximal-%20und%20Glattfl%C3%A4chen.&cHash=55a125adcdf0daf9dfd6e71e53989cc7)

[Tabelle%201%3A%20Kriterien%20des%20ICDAS-II%20f%C3%BCr%20Okklusal-%2C%20Approximal-](http://www.zmk-aktuell.de/zmk-aktuell/detail-popup.html?type=1&tx_spidirectory_pi1%5Bpicture%5D=Tab._01.jpg&tx_spidirectory_pi1%5Bpicturecaption%5D=Tabelle%201%3A%20Kriterien%20des%20ICDAS-II%20f%C3%BCr%20Okklusal-%2C%20Approximal-%20und%20Glattfl%C3%A4chen.&cHash=55a125adcdf0daf9dfd6e71e53989cc7)

[%20und%20Glattfl%C3%A4chen.&cHash=55a125adcdf0daf9dfd6e71e53989cc7](http://www.zmk-aktuell.de/zmk-aktuell/detail-popup.html?type=1&tx_spidirectory_pi1%5Bpicture%5D=Tab._01.jpg&tx_spidirectory_pi1%5Bpicturecaption%5D=Tabelle%201%3A%20Kriterien%20des%20ICDAS-II%20f%C3%BCr%20Okklusal-%2C%20Approximal-%20und%20Glattfl%C3%A4chen.&cHash=55a125adcdf0daf9dfd6e71e53989cc7) Zugriff am 08.07.2015