

KZBV · Universitätsstraße 73 · 50931 Köln

An  
Herrn Professor Josef Hecken  
Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen  
Bundesausschusses

Frau Dr. med. Monika Lelgemann MSc  
Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen  
Bundesausschusses

»  
**Per E-Mail:**  
josef.hecken@g-ba.de  
monika.lelgemann@g-ba.de

**Wichtige Information**

Der Kölner Standort wird saniert.  
Daher ziehen wir vorübergehend  
in die

Bonner Str. 484 – 486  
50968 Köln

Verwenden Sie ab 1. August 2022  
bitte nur noch die neue Anschrift,  
um Irrläufer und Rücksendungen  
zu vermeiden.

**Vorstand**

Köln, 03.11.2022

»  
**Antrag auf Einleitung eines Beratungsverfahrens gem. 1. Kapitel § 5 VerfO:  
Einheitliche Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen**

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,  
sehr geehrte Frau Dr. Lelgemann,

im Unterausschuss Methodenbewertung wurde am 25. Mai, 14. Juli und 25. August  
2022 ein von der KZBV in den Unterausschuss eingebrachter Antragsentwurf zur Einlei-  
tung eines Beratungsverfahrens gem. 1. Kapitel § 5 VerfO zur Regelung einer einheitli-  
chen Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen in der Anlage  
1 zur Kinder-Richtlinie (Gelbes Heft) beraten. Die KZBV reicht hiermit den an die Bera-  
tungsergebnisse angepassten Antrag zur Einleitung des Beratungsverfahrens gem.  
1. Kapitel § 5 VerfO ein, verbunden mit der Bitte, den Antrag auf die Tagesordnung des  
Plenums am 17. November 2022 zu setzen.

## **Antrag**

Die KZBV beantragt die Einleitung eines Beratungsverfahrens gem. 1. Kapitel § 5 Verfo zur Regelung einer einheitlichen Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen in der Anlage 1 zur Kinder-Richtlinie (Gelbes Heft).

## **Begründung**

### **I. Einheitliche Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen in der Anlage 1 zur Kinder-Richtlinie (Gelbes Heft)**

Die Richtlinie über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V) (FU-Richtlinie) regelt die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen für Versicherte bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Im Gegensatz zur ärztlichen Kinder-Richtlinie beinhaltet die zahnärztliche FU-RL keine Vorgaben zur einheitlichen Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen.

Vielmehr haben die einzelnen Landes Zahnärztekammern und auch KZVen schon seit langem jeweils eigene, sich in Teilen stark voneinander unterscheidende zahnärztliche Untersuchungshefte (Kinderzahnpässe) herausgegeben, um die Ergebnisse der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zu dokumentieren. Diese heterogenen Erhebungen sind in Ermangelung einheitlicher Dokumentationsvorgaben maßgeblich historisch bedingt. Die Kinderzahnpässe sind auch schon vor Implementation der zum 1. Juli 2019 eingeführten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern vom 6. bis zum vollendetem 33. Lebensmonat genutzt worden, um Zahnärztinnen und Zahnärzten die Möglichkeit zu geben, Eltern auf die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen aufmerksam zu machen und diese zu dokumentieren. Aus diesem Grund ist bislang auch keine einheitliche Übersetzung der Dokumentationen als Medizinische

Informationsobjekte (MIO) erfolgt, wie diese für das ärztliche Gelbe Heft bereits in Umsetzung begriffen ist.<sup>1</sup>

Eine einheitliche Dokumentation der Ergebnisse der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen ist jedoch zahnmedizinisch sinnvoll und notwendig.

Allgemein ist in Deutschland ein kontinuierlicher Kariesrückgang im bleibenden Gebiss zu beobachten. Das Milchgebiss betreffend wurden Mundgesundheitsinformationen zur Gruppe der 3-Jährigen bundesweit erstmals 2016 erfasst. Hier zeigte sich, dass bei der Milchzahnkaries der Kariesrückgang stagniert, wenn man die Werte früherer regionaler Studien betrachtet. So ging seit 1994/1995 die Kariesprävalenz im bleibenden Gebiss stetig und insgesamt um 82 % zurück. Heute sind 79 % der 12-Jährigen kariesfrei. Dagegen ging die Karieshäufigkeit im Milchgebiss seit 1994/1995 mit etwa 35 % weit weniger stark zurück; nur etwa die Hälfte der 6- bis 7jährigen hat keine Karies.<sup>2</sup> 3-Jährige weisen mit 0,5 dmft bereits dieselbe Karieserfahrung auf wie die 12-Jährigen nach sechs Jahren mit bleibenden Zähnen.<sup>3</sup> Als durchschnittliche Prävalenz der frühkindlichen Karies (Early Childhood Caries, ECC) werden in der Literatur je nach Region zwischen 10-15 % angegeben.<sup>4</sup> Damit ist die frühkindliche Karies eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkind- und Vorschulalter. Sie ist immer noch zu weit verbreitet und durch einen sozialen Gradienten bei der Kariesverteilung geprägt.<sup>5</sup>

Um Karies, Zahnfleischentzündungen, Zahnverlust und daraus resultierenden Folgeerkrankungen bereits im frühen Kindesalter entgegenzutreten, hat die KZBV 2015 beim

---

<sup>1</sup> <https://mio.kbv.de/pages/viewpage.action?pageId=76514645>

<sup>2</sup> Berg et al: Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter, Monatsschr Kinderheilkd 2021 169; Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (2017) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016.

<sup>3</sup> Schmoeckel, Santamaría, Basner, Schankath, Splieth: Mundgesundheitstrends im Kindesalter, Bundesgesundheitsbl 2021 · 64:772–781.

<sup>4</sup> Treuner, Splieth: Frühkindliche Karies – Fakten und Prävention. Zahnärztliche Mitteilungen 17: 44-50 (2013).

<sup>5</sup> Krause et al: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, Journal of Health Monitoring 2018 3(4), Robert Koch-Institut, Berlin.

G-BA beantragt, das Nähere zur Ausgestaltung neuer zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies zu regeln. Dieser Auftrag des G-BA wurde mit dem § 26 Absatz 2 Satz 5 SGB V, der durch das Inkrafttreten des Präventionsgesetzes am 25. Juli 2015 eingeführt wurde, weiter dahingehend präzisiert, dass nunmehr die Einführung neuer Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder verbindlich vorgegeben und der G-BA beauftragt wurde, das Nähere zu Art und Umfang der neu einzuführenden Früherkennungsuntersuchungen zu regeln. Der G-BA hat in der Folge zum 1. Juli 2019 drei zusätzliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder zwischen dem 6. und dem vollendeten 33. Lebensmonat eingeführt. Erstmals werden damit auch Kinder unter drei Jahren in das umfassende zahnmedizinisch-individualprophylaktische Präventionsangebot in der Zahnarztpraxis einbezogen. Die drei zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sollen das Auftreten frühkindlicher Karies vermeiden und setzen dabei insbesondere bei deren Ursachen an.

Dazu wurde die Anlage 1 der ärztlichen Kinder-Richtlinie („gelbes Heft“) zum 16. November 2019 durch Ankreuzfelder mit sechs Verweisen vom Arzt zum Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat ergänzt. Mit den Verweisen von den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U5-U9 zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung wurden die Zeitabläufe beider Früherkennungsstränge aufeinander abgestimmt.

► **Tab. 1** Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Verweise zu zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen – seit dem 1. Juli 2019 in Kraft.

| Ärztliche Vorsorgeuntersuchung             | Verweis durch den (Kinder-)Arzt                          | Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung                 | Leistungen der Früherkennungsuntersuchung   |
|--|--|--|---|
| im Zeitraum der U5<br>6.–7. Lebensmonat    | regelmäßig zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung | FU 1a und FU Pr<br>6.–9. Lebensmonat                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspektion der Mundhöhle</li> <li>Erhebung der Anamnese zum Ernährungs- und Zahnpflegeverhalten der Betreuungspersonen</li> <li>Ernährungs- und Mundhygieneberatung mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verminderten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke auch mittels Nuckelflasche, verbesserte Mundhygiene durch praktische Anleitung der Betreuungspersonen (FU Pr) zur Mundhygiene beim Kind</li> <li>Erhebung der Anamnese zu Fluoridierungsmaßnahmen sowie Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel</li> <li>Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung (FLA) kann vom 6. bis 72. Lebensmonat 2-mal im Kalenderhalbjahr nach Beseitigung sichtbarer weicher Beläge und bei relativer Trockenlegung abgerechnet werden.</li> </ul> |
| im Zeitraum der U6<br>10.–12. Lebensmonat  | regelmäßig zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung | FU 1b und FU Pr<br>10.–20. Lebensmonat                   |   |
| im Zeitraum der U7<br>21.–24. Lebensmonat  | regelmäßig zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung | FU 1c und FU Pr<br>21.–33. Lebensmonat                   |   |
| im Zeitraum der U7a<br>34.–36. Lebensmonat | zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung                 | ab 34.–72. Lebensmonat<br>(= 6. Geburtstag)              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspektion der Mundhöhle</li> <li>Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmfs-Indexes</li> <li>Ernährungs- und Mundhygieneberatung mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verminderten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene</li> <li>Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung</li> </ul>   |
| im Zeitraum der U8<br>46.–48. Lebensmonat  | zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung                 | 3 FU 2 im Mindestabstand<br>von 12 Monaten               |   |
| im Zeitraum der U9<br>60.–64. Lebensmonat  | zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung                 | Kinder von 3, 4 und 5 Jahren<br>anstelle der 01-Leistung |   |

Abbildung: Heinrich-Weltzien R. Frühkindliche Karies – ZWR – Das Deutsche Zahnärzteblatt 2020; 129: 262–272 (264).

Mit diesen Regelungen sind wichtige Schritte unternommen worden, um Grundlagen für eine gute Mundgesundheit bereits im frühen Kindesalter zu schaffen. Die vorliegenden epidemiologischen Daten zeigen jedoch, dass es einer weiteren Verbesserung der Präventionserfolge bedarf.

Grundsätzlich muss der Entstehung von Karies so früh wie möglich vorgebeugt werden. Dies impliziert auch eine frühzeitige Diagnose initialer, mitunter noch reversibler Kariesstadien. Die erstmalige Beachtung von kariösen Läsionen, die bereits zu einem Einbruch der Zahnhartgewebe geführt hat, ist aus heutiger Sicht nicht mehr zeitgemäß. Alle vorliegenden Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Lebensphase zwischen 0 und 3 Jahren bis zum Durchbruch des voll entwickelten Milchzahngebisses prägend und von hoher Bedeutung für das weitere Kariesrisiko im Milch- und bleibendem Gebiss ist. Kinder mit frühkindlicher Karies entwickeln auch im bleibenden Gebiss signifikant

mehr Karies.<sup>6 7 8</sup> Daher sollte die Karies-Früherkennung und -behandlung auf professioneller Ebene gefördert werden. Die Kariesprävention im Milchgebiss weist weiterhin Potenzial auf. Im frühen Kindesalter ist dazu eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich.<sup>9</sup> Im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ wird auf die wichtige Rolle der Kariesprävention in der frühen Kindheit verwiesen und in diesem Zusammenhang das Informieren und Aufklären von Schwangeren und Eltern betont.<sup>10</sup>

Da von Kindern zunächst kein eigenständiges Zähneputzen erwartet werden kann, sind die Eltern bis etwa zum Ende der zweiten Klasse (d.h. bis etwa zum 8. Lebensjahr) für die Zahnpflege ihrer Kinder verantwortlich. Mit ungefähr zwei Jahren sollten Kinder an eine selbstständige Zahnpflege herangeführt werden. Eltern kommt damit eine zentrale Rolle in der Mundhygiene ihrer Kinder zu.<sup>11</sup> Viele Erwachsene sind jedoch mit der Umsetzung ausreichender Mundhygiene und einer zahngesunden Säuglingsernährung nicht vertraut. Insbesondere Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weisen vermehrt Karies auf<sup>12</sup> und haben damit einen besonderen Bedarf an effektiven kariespräventiven Maßnahmen. So erreichen z.B. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund seltener die Empfehlung zum täglichen Zähneputzen, nehmen auch seltener Fluoridsupplemente ein als Kinder aus

---

<sup>6</sup> Isaksson et al: Caries Prevalence in Swedish 20-Year-Olds in Relation to Their Previous Caries Experience. *Caries Research* 2003, 47:234-242.

<sup>7</sup> Jordan et al: Early childhood caries und Kariesrisiko im bleibenden Gebiss – Ergebnisse nach 14,8 Jahren, Autorenreferateband, 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, 2012: 15.

<sup>8</sup> Bauer et al: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland 2009, Verlag Hans Huber, Bern.

<sup>9</sup> Ziller, Oesterreich, Jordan: Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030, IDZ, Zahnmed Forsch Versorg 2021, 4: 1.

<sup>10</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt, 2017.

<sup>11</sup> Krause et al: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, *Journal of Health Monitoring* 2018 3(4), Robert Koch-Institut, Berlin.

<sup>12</sup> Schwendicke et al: Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2015; 94:10–18.

Familien ohne Migrationshintergrund.<sup>13 14</sup> Gründe liegen in geringeren Chancen Maßnahmen zur Mundgesundheitsprävention und ggf. Behandlung zu erkennen, zu verstehen und in Anspruch zu nehmen.<sup>15</sup>

Einer einheitlichen Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen kommt zur Verbesserung der Information der Eltern, der damit einhergehenden Erhöhung der Inanspruchnahmerate der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und die damit angestrebte Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit im Kindesalter ein großer Stellenwert zu. Das ärztliche „Gelbe Heft“ zeigt, dass eine einheitliche Dokumentation der Ergebnisse von Früherkennungsuntersuchungen ein wichtiges Instrument darstellt, um die Verbreitung, Bekanntheit und Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen zu fördern, und dies über alle Sozialschichten hinweg.<sup>16</sup> Damit könnte unterstützend zu einer strukturierten und engmaschigen Förderung der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen beigetragen werden, um die frühkindliche Karies zu reduzieren oder gar zu vermeiden. Ziel muss sein, alle Kinder mit den durch den G-BA geregelten Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen.<sup>17</sup>

Durch die Implementierung der FUs in das Kinderuntersuchungsheft kann dazu beigetragen werden, dass ein Bewusstsein dafür geschaffen wird, dass die Zähne von Anfang an einen wichtigen Teil der Gesundheit des Kindes darstellen. Entsprechende Untersuchungen haben gezeigt, dass eine einheitliche Dokumentation zu besserem Ge-

---

<sup>13</sup> Krause et al: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle2 und Trends, Journal of Health Monitoring 2018 3(4), Robert Koch-Institut, Berlin.

<sup>14</sup> Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2008, Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Berlin und Köln.

<sup>15</sup> Spinler et al: Mundgesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund – Erste Auswertungen der MuMi-Studie, Bundesgesundheitsbl. 2021; 64:977–985.

<sup>16</sup> Weithase: Qualität und Inanspruchnahme von Kindervorsorgeuntersuchungen in Deutschland, Dtsch Med Wochenschr 2017; 142: e42–e50.

<sup>17</sup> Müller, Schillinger, Dräther: Früherkennungsuntersuchungen für Kinder - Ergebnisse einer AOK-Sekundärdatenanalyse, S. 135 in Günster et al: Versorgungs-Report Früherkennung, 2019.

sundheitswissen bei den Müttern und zu einer deutlichen Steigerung der Mundgesundheit der Kinder beitragen kann.<sup>18</sup> Die Umsetzung der Dokumentation der zahnmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen soll sich dabei allein an den bereits bestehenden Leistungsinhalten der FU-RL ausrichten. Es handelt sich dabei nicht um Erweiterung oder Änderung bestehender leistungsrechtlicher Ansprüche.

Hinsichtlich der Verortung wäre es nur folgerichtig, bei Regelung der Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen die zahnärztliche Dokumentation mit der ärztlichen Dokumentation im „Gelben Heft“ zusammenzuführen, um für die Eltern diese Informationen insgesamt „aus einer Hand“ verfügbar zu machen. Die FUs sind optimal auf die Intervalle mit den U-Untersuchungen abgestimmt und es sind sechs Verweise vom Kinderarzt (U5 –U9) zum Zahnarzt (FU1a-c; FU2) verankert. Durch eine Zusammenführung der zahnärztlichen und ärztlichen Dokumentation im gelben Heft wird zusätzlich die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Fokus genommen. Daneben würde auch ein Transfer der zahnärztlichen FU in die Versorgung mittels Update des MIO deutlich erleichtert.

### **Inhalt und Umfang der Dokumentation:**

Die FU-RL sieht zwei unterschiedliche einheitliche FU-Leistungsbereiche vor (Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat und Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern ab dem 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahrs), sodass zwei unterschiedliche Dokumentationsformate ausreichend sind. Diese könnten für jede FU einzeln abgebildet werden. Die Dokumentation kann sich dabei an der Struktur der ärztlichen Dokumentation orientieren. Das Verfahren zielt dabei allein auf eine Umsetzung der bestehenden Inhalte der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen in eine einheitliche Dokumentation ab:

---

<sup>18</sup> Gaarz, Meyer-Wübbold, Geurtsen, Günay: Verankerung der „zahnärztlichen Gesundheitsfrüherförderung“ in Mutterpass und Kinderuntersuchungsheft, Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 376–389.

Die FU 1 umfassen:

- die Inspektion der Mundhöhle,
- Aufklärung der Betreuungspersonen über die Ätiologie oraler Erkrankungen,
- die Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Betreuungspersonen mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke auch mittels Nuckelflasche, verbesserte Mundhygiene und – soweit erforderlich – einschließlich praktischer Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhygiene beim Kind,
- die Erhebung der Anamnese zu Fluoridierungsmaßnahmen sowie Empfehlungen zum Ernährungsverhalten (insbesondere zum Nuckelflaschengebrauch) sowie zum Zahnpflegeverhalten durch die Betreuungspersonen,
- die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel (fluoridhaltige Zahnpaste, fluoridiertes Speisesalz u. Ä.).

Die FU 2 umfassen:

- die Inspektion der Mundhöhle,
- die Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmft-Index beim Kind,
- die Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung beim Kind durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke sowie verbesserte Mundhygiene,
- die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, Zahnpaste u. Ä.)
- und gegebenenfalls die Abgabe oder Verordnung von Fluoridtabletten.

## II. In diesem Zusammenhang notwendige Änderungen der zahnärztlichen FU-RL

### 1. Regelung der Dokumentationsverpflichtung

Im Zusammenhang mit dem beantragten Beratungsverfahren bedarf es einer Regelung zur Verpflichtung einer einheitlichen Dokumentation in der zahnärztlichen FU-RL. Inhalt und Umfang kann sich dabei an der Regelung des § 69 Kinder-Richtlinie ausrichten.

### 2. Aufhebung der Bindung der Fluoridlackanwendung an die Ergebnisse der Erhebung des Kariesrisikos

Diese Änderung bezieht sich auf Abschnitt C. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern ab dem 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahrs der Richtlinie. Die FU-RL sieht derzeit noch die Anwendung von Fluoridlack für Kinder ab dem 34. Lebensmonat nur bei hohem Kariesrisiko vor (§ 10 FU-RL). Die Fluoridlackanwendung für die Altersgruppe der Versicherten vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat soll an die Regelung für Versicherte vom 6. bis zum 33. Lebensmonat (§ 6 FU-RL) angepasst werden. Die Angleichung zum Anwendungszeitraum und die Aufhebung der Bindung der Fluoridlackanwendung an die Ergebnisse der Erhebung des Kariesrisikos decken sich mit den Ergebnissen des IQWiG Rapid Reports „Fluoridlackapplikation im Milchgebiss zur Verhinderung von Karies“<sup>19</sup>, der vom G-BA im Zuge der Implementierung der neuen FU am 17. August 2017 in Auftrag gegeben wurde.<sup>20</sup> Es konnte ein höherer Nutzen für die Applikation von Fluoridlack im Vergleich zur üblichen Versorgung ohne spezifische Fluoridierungsmaßnahmen unabhängig vom Kariesbefall identifiziert werden. Die geplante Änderung deckt sich auch mit den zwischen KZBV und GKV- SV vereinbarten Regelungen im BEMA (FLA Nr. 1 und 2), in dem die Leistung der Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung bei Kindern vom 6. bis

---

<sup>19</sup> IQWiG Rapid Report „Fluoridlackapplikation im Milchgebiss zur Verhinderung von Karies“ Bericht Nr. 613 vom 23. März 2018.

<sup>20</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3044/2017-08-17\\_IQWiG-Beauftragung\\_Karies-Milchgebiss.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3044/2017-08-17_IQWiG-Beauftragung_Karies-Milchgebiss.pdf)

Seite 11

zum vollendeten 72. Lebensmonat generell unabhängig vom Kariesrisiko verankert ist. Diese normative Lücke zwischen FU-RL und BEMA soll mit der beantragten Änderung geschlossen werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Wolfgang Eßer  
Vorsitzender des Vorstandes