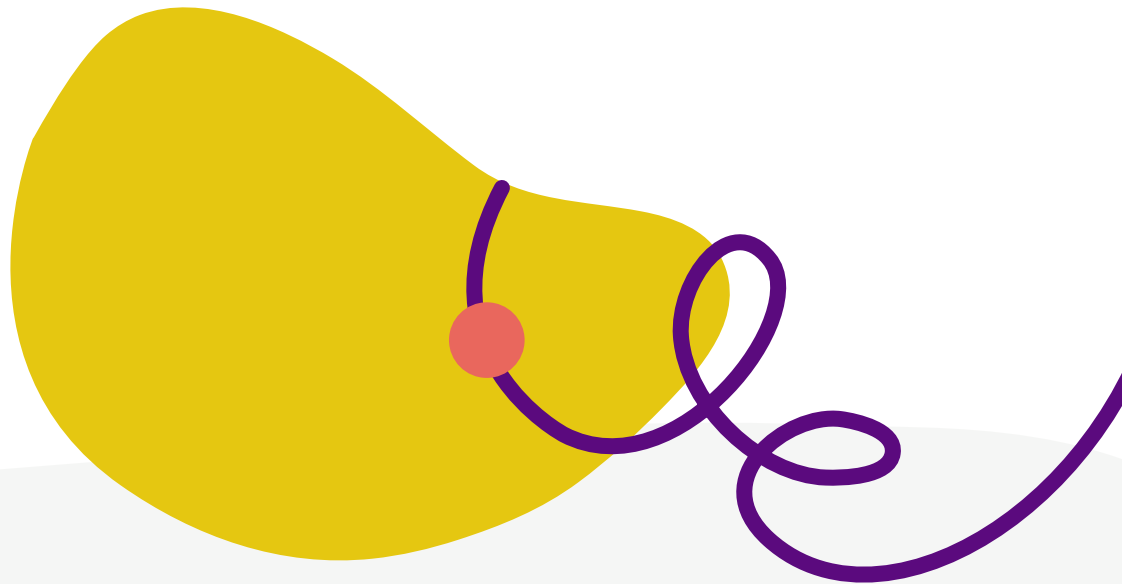




VERBESSERUNG DER ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT BEHINDERUNGEN UND CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

Betroffenen- und Fachperspektiven als Grundlage
für eine bessere Versorgung



EXECUTIVE SUMMARY

Wie gut werden Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in Deutschland zahnmedizinisch versorgt? Dieser Frage widmete sich ein Projekt des Kindernetzwerks e. V. im Jahr 2025.

Dafür wurden die Ergebnisse einer Selbsthilfe-Umfrage sowie die Einschätzungen von Expert:innen ausgewertet und mit den Zielsetzungen des Aktionsplans der Bundesregierung für ein barrierefreies Gesundheitswesen (2024) abgeglichen. Die Auswertungen zeigen ein klares Bild: Die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung für Kinder

und Jugendliche mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sie erfordert koordiniertes, strukturelles Handeln und lässt sich nicht durch allgemeine Barrierefreiheitsmaßnahmen ersetzen.

Dieses Paper identifiziert fünf zentrale strukturelle Versorgungsdefizite und leitet daraus neun konkrete gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ab. Sie richten sich gleichermaßen an Gesetzgeber, Krankenkassen, Zahnärztekammern und medizinische Fachgesellschaften. Patientenorganisationen soll das Paper als Argumentationshilfe dienen.

EINLEITUNG

In Deutschland haben 13,7 % der 3-jährigen und 43,6 % der 6-jährigen Kinder bereits Karieserfahrung (DAJ 2016). Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen weisen im Vergleich dazu eine signifikant höhere Kariesprävalenz und eine schlechtere Mundgesundheit auf (Schulte und Schmidt 2021, Krause et al., 2022). Zusätzlich berichten sie häufiger von Zahnschmerzen und putzen seltener ihre Zähne (KiGGS 2014–2017). Weitere Studien zeigen, dass Eltern schwer chronisch erkrankter Kinder präventive Zahnarztbesuche nicht aus Desinteresse versäumen, sondern weil häufige Krankenhausaufenthalte, ein hoher Koordinationsaufwand und akut-

medizinische Prioritäten den Alltag bestimmen (Krause et al. 2026, Schulz-Weidner et al. 2020). Gleichsam bewerten 76 % der befragten Kinderzahnärzt:innen ihre Ausbildung für die Behandlung von Kindern mit Behinderungen als unzureichend, bei Kindern mit psycho-emotionalen Störungen sind es 88 % (Schmidt et al. 2022).

Diese Befunde verdeutlichen, dass diese Gruppe im zahnmedizinischen Versorgungssystem bislang keine ausreichend bedarfsgerechte Berücksichtigung findet. Die bestehenden Versorgungs- und Präventionsstrukturen sind auf ihre Lebensrealität nicht entsprechend ausgerichtet.

ZIELSETZUNG

Der politische Handlungsauftrag ist klar: Der Aktionsplan der Bundesregierung für ein barrierefreies Gesundheitswesen (2024) setzt den richtigen Rahmen – nun bedarf es einer konsequenten, zielgruppenspezifischen Umsetzung.

Das vorliegende Paper basiert auf zwei bundesweiten Umfragen unter den Mitgliedsorganisationen des Kindernetzwerks e. V. und unter jungen Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Diese Betroffenenperspektive wird durch Fachexpertise ergänzt.

Ziel ist es aus diesen unterschiedlichen Perspektiven heraus,

- ✦ die Versorgungssituation zu beschreiben,
- ✦ mögliche Fehl- und Unterversorgung zu identifizieren,
- ✦ konkrete politische Handlungsoptionen für eine inklusive, bedarfsgerechte und koordinierte zahnmedizinische Versorgung zu benennen.

METHODISCHE EINORDNUNG

Die Analyse stützt sich auf folgende Grundlagen:

- ✦ Verbändeumfrage unter allen Mitgliedsorganisationen des Kindernetzwerks (Rücklaufquote: 11 %)
- ✦ Befragung betroffener Kinder und Jugendlicher (n=27)
- ✦ Expert:innenkonsultationen
- ✦ Ergebnisse der Veranstaltung „Bundesinitiative Barrierefreiheit“ (2025)
- ✦ Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen (2024)

Das Kindernetzwerk vereint als Dachverband der familienorientierten Selbsthilfe Mitgliedsorganisationen sowie Eltern als Einzelmitglieder und bildet damit eine breite und heterogene Gruppe von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen ab. Zur Rekrutierung der teilnehmenden Jugendlichen wurden alle Mitgliedsorganisationen des Kindernetzwerks direkt angeschrieben und gebeten, geeignete junge Menschen zur Teilnahme einzuladen. Ergänzend erfolgte ein öffentlicher Aufruf über die Social-Media-Kanäle des Kindernetzwerks im zweiten Halbjahr 2025.

Die beteiligten Organisationen vertreten Kinder und Jugendliche mit körperlichen Behinderungen, neurodivergenten Entwicklungsprofilen, chronischen, syndromalen und seltenen Erkrankungen. Rund 19 % vertreten überwiegend Kinder mit syndromalen Erkrankungen, eine Gruppe, für die ein besonders hoher Koordinationsaufwand erforderlich ist. Bei den Jugendlichen ergab sich ein ähnliches Bild; zudem waren auch Jugendliche mit Lernschwierigkeiten vertreten.

Die Umfrage ist qualitativ angelegt und nicht statistisch repräsentativ.

ERFAHRUNGEN AUS DER VERSORGUNGSPRAXIS UMFRAGE UNTER JUNGEN MENSCHEN

Die Antworten auf die Auswahlfragen lassen sich zu einem klaren Befund zusammenfassen: Die größte Hürde ist nicht die zahnmedizinische Behandlung selbst, sondern ein Versorgungssystem, das die Bedarfe dieser Gruppe zu wenig systematisch berücksichtigt. So können für Kinder und Jugendliche mit Sinnesbeeinträchtigungen z. B. medizinische Routinen wie das Tragen eines Mundschutzes zum Sprechen zur Kommunikationsbarriere werden. Zeitdruck und zu starr standardisierte Abläufe führen ebenfalls zu Unsicherheiten und eingeschränkter Kooperation der Kinder und Jugendlichen. Dies kann wiederum

zu zahnmedizinischen Fehlbeurteilungen, unvollständiger Diagnostik und vermeidbaren Eskalationen bis hin zu unnötiger Sedierung oder Narkose führen.

Besonders aufschlussreich waren die Freitextantworten. Hier schildern die Kinder, Jugendlichen und Familien eindringlich ihre Notlage:

„Hinter dem Mundschutz verstehe ich den Arzt nicht, und die Zeit, die ich zum Verstehen brauche, ist im Behandlungsablauf nicht vorgesehen.“

„Es ist kaum möglich, überhaupt einen Termin zu bekommen.“

„Wir hatten mehrfach bei gravierenden Zahnproblemen das Problem, dass es falsch beurteilt wurde, weil die Ärztin scheinbar aus dem kurzen Moment, den sie in den Mund schauen konnte, nicht genug gesehen hatte, aber sicher wirkte. Es werden bei der Kontrolle auch immer wieder Probleme übersehen. [...] Auch einfache Eingriffe sind nur [...] mit Sedierung möglich, was aber wiederum mit besonders hohen gesundheitlichen

Risiken verbunden ist aufgrund anderer Erkrankungen. Sodass Prävention extrem wichtig ist.“

Die Befragten berichteten aber auch von positiven Erfahrungen. Diese belegen: Vertrauensvolle, partizipative Behandlung reduziert Ängste und stärkt nachhaltig die Bereitschaft zur Prävention. Was junge Patient:innen brauchen, sind ausreichend Zeit, klare Kommunikation, reizangepasste Settings und individuell abgestimmte Präventionsstrategien.

UMFRAGE UNTER SELBSTHILFEORGANISATIONEN

Die Rückmeldungen der Selbsthilfeorganisationen stimmen grundsätzlich mit den Erfahrungen der jungen Menschen überein. Fünf zentrale strukturelle Defizite ziehen sich durch die zahnmedizinische Versorgung. Diese betreffen alle Behinderungs- und Erkrankungsformen:

1. Fehlende Spezialisierung und wohnortnahe Versorgung

Zu wenige zahnmedizinische Praxen verfügen über die Erfahrung und Bereitschaft, Kinder mit Behinderungen umfassend zu behandeln. Dass Eltern übereinstimmend beschreiben, dass vielerorts keine Versorgung möglich ist, zeigt das Ausmaß der Versorgungslücke. Mehrere Eltern weisen zudem darauf hin, dass Praxen, die behinderte Kinder behandeln, nicht nur Vollnarkose anbieten, sondern auch Alternativen wie Lachgas zur Behandlung im Wachzustand vorhalten sollten.

2. Lange Wartezeiten und eingeschränkter Zugang zur Anästhesie

Behandlungen unter Allgemeinanästhesie sind teilweise nur in Universitätskliniken möglich. Die Wartezeiten an den verschiedenen Universitätskliniken für Zahnerhaltung beispielsweise liegen zwischen 6 Monaten und über 2 Jahren. Kosten dürfen dabei nicht gedeckelt werden. Das ist eine ausdrückliche Forderung der befragten Eltern.

3. Fehlende aufsuchende Versorgung

Für Kinder mit schweren Verläufen von ME/CFS stellt sich die Frage des Praxiszugangs gar nicht erst: Sie sind dauerhaft oder phasenweise bettlägerig. Eltern dieser Kinder fordern aufsuchende zahnmedizinische Versorgung als einzige realistische Betreuungs- und Versorgungsoption.

4. Zeitdruck und fehlende Behandlungsqualität

Ausreichend Zeit während der Behandlung ist keine Komfortfrage, sondern eine medizinische Notwendigkeit. Zeitdruck führt bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen häufig zu Stress, Behandlungsabbrüchen und vermeidbaren Behandlungseskalationen. Hier sind geschultes Personal, barrierefreie Sprechstunden außerhalb von Kliniken und angepasste medizinische Angebote gefragt.

5. Kommunikationsbarrieren

Fehlende Leichte Sprache, mangelnde visuelle Orientierung und unzureichende Vorbereitung auf individuelle Kommunikationsbedarfe sind keine Einzelfälle, sondern Ausdruck strukturell nicht verankerter barrierefreier Kommunikation.



FACHLICHE EINORDNUNG

Während die Umfragen die Auswirkungen unzureichender Versorgung sichtbar machen, benennen die Expert:innen die strukturellen Ursachen und gesundheitspolitischen Hebel. Es fehlen behinderungs- und krankheitsübergreifende Präventionsprogramme sowie verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen Zahnmedizin, kinder- und jugendmedizinischer Versorgung, den Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEb) und der Eingliederungshilfe. Hinzu kommen Engpässe bei der Versorgung unter Allgemeinanästhesie sowie eine Vergütungssystematik, die den er-

höhten Behandlungsaufwand nicht abbildet (Arndt-Fink et al. 2026).

Mit Blick auf die fachliche Einordnung der Betroffenenperspektive und Elternwünsche ist zudem festzuhalten, dass:

a.) in den letzten Jahrzehnten verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit und zahnmedizinischen Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten (u. a. Menschen mit Pflegebedarf bzw. Anspruch auf Eingliederungshilfe) umgesetzt wurden. Exemplarisch seien das A- und B-Handlungskonzept der

Bundezahnärztekammer sowie die Einführung der gesetzlichen Regelungen gemäß §22a SGB V zu nennen.

b.) die zahnmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Behandlungswege zahnmedizinischer Versorgungsalltag ist. In der Stellungnahme „Ambulante Vollnarkose zur zahnärztlichen Behandlung“ (Bundezahnärztekammer 2024) wird zudem klar benannt, dass grundsätzlich zur Vermeidung „[...] einer Allgemeinanästhesie alle therapeutischen, analgetischen und sedierenden Möglichkeiten vorab – auch interdisziplinär – ausgeschöpft werden [...]“ sollten. „Dazu gehören die Verhaltensführung, die Anxiolyse und die minimale oder moderate Sedierung.“ Für den Einsatz letztgenannter Möglichkeiten der Anxiolyse/Sedierung (z. B. Lachgas) in der Wachbehandlung muss ein Mindestmaß an Kooperationsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen gegeben sein und setzt zudem spezifische medizinische Gesundheitsaspekte voraus. Ob ein Einsatz medizinisch und kooperationsbasiert möglich ist, ist immer eine Einzelfallentscheidung. Hier sollten weitere

Möglichkeiten wie tiergestützte Therapieangebote, Protective Stabilization oder Sedierung zur Behandlung im Wachzustand verstärkt mitgedacht bzw. in Erwägung gezogen werden und nicht nur die Option der Versorgung unter Allgemeinanästhesie.

Dennoch bleiben die oben genannten Strukturlücken bestehen. Dass diese Strukturlücken reale klinische Konsequenzen haben können, ist gut belegt: Kinder mit Behinderungen weisen eine höhere Kariesprävalenz auf, Präventionsmaßnahmen wie Fissurenversiegelungen werden seltener durchgeführt und Erwachsene mit kognitivem Unterstützungsbedarf haben deutlich mehr fehlende Zähne als die Allgemeinbevölkerung (Schulte und Schmidt 2021). Krebskranke Kinder – laut S2k-Leitlinie eine Hochrisikogruppe für Karies – können dabei stellvertretend für alle Kinder mit hoher medizinischer Komplexität, eingeschränkter Mobilität und gleichzeitiger Unsichtbarkeit im Versorgungssystem stehen. Auch Kinder mit syndromalen Erkrankungen oder ME/CFS gehören zu dieser besonders gefährdeten Gruppe.

Auch aus kinderneurologischer Perspektive bedarf es dringend spezialisierte, barrierearme Versorgungsstrukturen:

*„Gerade bei Kindern mit komplexen neurologischen Erkrankungen ist eine frühzeitige zahnärztliche Begleitung und Intervention im Alltag häufig nicht realisierbar – sei es aufgrund instabiler Krankheitsverläufe, hoher Therapiedichte oder eingeschränkter Kooperationsfähigkeit. Die Folge sind verzögerte Behandlungen mit fortgeschrittenen Befunden, die nicht nur höhere Kosten verursachen, sondern oftmals invasive Eingriffe unter Allgemein-
anästhesie erforderlich machen, was die z. T. schwer erkrankten Kinder zusätzlich gefährdet und häufig mit einem deutlich erhöhten Narkoserisiko einhergeht. Fehlende präventive und niedrigschwellige Versorgungsangebote stellen für diese Kinder ein vermeidbares zusätzliches Gesundheitsrisiko dar.“*

Dr. med. Ines Brösse, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin im Bereich Neuropädiatrie

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Dass bedarfsgerechte Versorgung möglich ist, zeigen bereits bestehende Ansätze:

- ✦ Das Modellprojekt der interdisziplinären Sprechstunde des Sozialpädiatrischen Zentrums am Universitätsklinikum Heidelberg hat gezeigt, dass die Integration zahnmedizinischer Versorgung in bestehende Strukturen gelingt (Aurin 2016–2018).
- ✦ Das Projekt „Zahnputzperle“ des Vereins Zahnputzfuchs e. V. zeigt, dass niedrigschwellige Prävention durch Zahnärzt:innen direkt auf Kinderstationen wirksam funktionieren kann.
- ✦ Auf politischer Ebene bildet der Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen (2024) einen wichtigen strategischen Rahmen, der Barrierefreiheit, Kommunikation, Personalqualifizierung, Vernetzung und die Situation betroffener Familien adressiert.

Die vorliegenden Befunde machen jedoch deutlich, dass allgemeine Maßnahmen zur Barrierefreiheit allein nicht ausreichen. Es bedarf zusätzlich spezialisierter, koordinierter und verlässlich finanzierter Versorgungsstrukturen.

Die folgenden 9 Empfehlungen richten sich an alle Akteur:innen im Gesundheitswesen.

1. Strukturierte Prävention als Regelleistung verankern

Individualisierte Mundhygienetrainings, engmaschige Kontrollen und spielbasierte Präventionsprogramme in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und auf Kinderklinikstationen sind systematisch zu fördern, zu evaluieren und in die Regelversorgung zu überführen. Prävention darf nicht vom Zufall abhängen.

2. Spezialisierte Praxen stärken, vernetzen und sichtbar machen

Bestehende spezialisierte Angebote sind gezielt zu stärken, regional zu vernetzen und für Familien niedrigschwellig auffindbar zu machen – durch öffentlich zugängliche Übersichten und regionale Kooperationsverbünde. Erforderlich ist eine klar definierte spezialisierte Versorgungsebene mit verbindlichen Qualitätskriterien und gesicherter Finanzierung.

3. Gruppe der Leistungsberechtigten für eine aufsuchende zahnmedizinische Versorgung erweitern

Die Begrenzung des Zugangs zur aufsuchenden zahnmedizinischen Versorgung auf Menschen mit schwerer Behinderung oder Pflegegrad schließt wesentliche Patient:innengruppen aus. Eine Ausweitung der Leistungsberechtigten ist dringend notwendig.

4. Zahnmedizinische Kooperationsverträge auf Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. der Eingliederungshilfe ausweiten

Die derzeitige Begrenzung zur Vereinbarung von Kooperationsverträgen für eine aufsuchenden zahnmedizinischen Versorgung nur auf Pflegeeinrichtungen (nach § 119b SGB V) schließt wesentliche

Patient:innengruppen aus und muss daher auf die oben genannten Einrichtungen erweitert werden.

5. Interdisziplinäre Kooperationsstrukturen verbindlich fördern

Eine verbindliche Vernetzung zwischen Zahnmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, SPZ, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe unter Nutzung bestehender GKV-Instrumente (§ 140a SGB V, § 119a SGB V) ist erforderlich. Wo diese fehlen, müssen neue vertragliche Grundlagen entwickelt werden.

6. Behandlung unter Allgemein-anästhesie risikoadäquat absichern

Für Kinder mit erhöhtem Anästhesierisiko ist die zahnerhaltende Behandlung in interdisziplinär ausgestatteten Kliniken sicherzustellen. Mehrfachbehandlungen sind zu vermeiden und interdisziplinäre OP-Planungen zu unterstützen. Eine Verweisung dieser Hochrisikogruppe in ambulante Narkosestrukturen ist auszuschließen. OP-Kapazitäten zur zahnmedizinischen Versorgung an Kliniken der Maximalversorgung sind strukturell mit Mindestkapazitäten orientierend z. B. an der Bevölkerungsdichte/Einwohnerzahl je Versorgungsraum zu sichern. Anästhesieleistungen sind extrabudgetär zu vergüten. Ambulante Narkoseangebote können parallel für medizinisch stabile Kinder ausgebaut werden, jedoch nicht als Rechtfertigung für den Abbau von Kapazitäten in Kliniken. Beide Versorgungsbereiche sind getrennt abzusichern.

7. Vergütungssystem anpassen

Der erhöhte zeitliche und personelle Aufwand ist sachgerecht abzubilden. Die Finanzierung ist vollständig innerhalb der GKV zu verankern.

8. Barrierefreie Kommunikation systematisch umsetzen

Leichte Sprache, visuelle und taktile Orientierungshilfen sowie mehrsprachige Materialien sind als Standard zu etablieren.

9. Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Haltungsänderung fördern

Inklusionskompetenz muss Bestandteil des Studiums der Zahnmedizin und verbindlicher Inhalt in der zahnärztlichen Fortbildung werden. Sie wird definiert als "...die Fähigkeit und Bereitschaft mit Personen jedweder Verschiedenheit entsprechend ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse umzugehen und konstruktiv zu interagieren." (Heister et al. 2020; Zorn und Gühnemann 2022)

Strukturreformen allein reichen nicht:
Es braucht eine Haltung, die Inklusion als selbstverständlichen Standard begreift.



HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN „VERBESSERUNG DER ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT BEHINDERUNGEN UND CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN“

Die Inhalte dieser Publikation sind im Rahmen des Projekts „Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen“ mit freundlicher Unterstützung des BKK DV partizipativ entstanden.



IMPRESSUM

Herausgeber Kindernetzwerk e. V.

Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern
und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen

Vorstand Susann Schrödel, Lars Glöckner, Leonie Welsch

Geschäftsführung Dr. med. Henriette Högl

Registergericht Amtsgericht Aschaffenburg

Registernummer VR 921

Vereinssitz Benzstraße 2 63741 I Aschaffenburg

Telefon 06021-45 44 00 | **Telefax** 06021-124 46

info@kindernetzwerk.de | www.kindernetzwerk.de

Spendenkonto IBAN: DE02 7955 0000 0000 9242 90

Sparkasse Aschaffenburg, BIC: BYLADEM1ASA

Stand März 2026

Redaktion, Inhalt und Text Yeliz Kidis, Anna Philippi, Dr. Henriette Högl

Gestaltung BAR PACIFICO/ Etienne Girardet, Daniela Jordan

Illustration Daniela Jordan

Haftungshinweis Alle Texte und Illustrationen sind
urheberrechtlich geschützt.



LITERATURVERWEIS UND QUELLEN

Bundesministerium für Gesundheit

(2024): Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Berlin.

Weblink: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan_barrierefreies_Gesundheitswesen_2024.pdf
(zuletzt geöffnet am: 12.05.2026)

Arndt-Fink, A.; Ziller, S.; Nobmann, C.; Schmidt, P.; Wolff, D.; Gottstein, I. (2026): Wie lässt sich die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen barrierefreier gestalten? In: Zahnärztliche Mitteilungen (zm), Jg. 116, Nr. 03, S. 26–29.

Bastos Silveira, B. et al. (2024): Oral manifestations in pediatric patients with leukemia: A systematic review and metaanalysis. Journal of the American Dental Association, 155(10), 858–870.

Cubukçu, C. E., Güneş, A. M. (2008): Caries experience of leukemic children during intensive course of chemotherapy. J Clin Pediatr Dent, 32(2), 155–158.

Falconer, J.L. et al. (2024): Exploring links between oral health and infective endocarditis. Frontiers in oral health, 5, 1426903.

Heister, W.; Knauer, R.; Murmann, J.; Olek, A.; Vomberg, M.; Zorn, I. (2020): Kompetenzen. Working Paper No. 2 im Rahmen des Projektes IDiT – INCLUDING.DIGITAL. TWINS Inklusives Mentoring und mediale Kompetenzen für RehabilitandInnen und Azubis in kaufmännischen Berufen/Berufsausbildung.

Krause, L.; Seeling, S.; Prütz F.; Wager J. (2022): Zahnschmerzen, Zahnputzhäufigkeit und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen. Journal of Health Monitoring, 7(1) – DOI 10.25646/956

Krause, L.; Seeling, S.; Schmidt P.; Prütz F. (2026): Inanspruchnahme zahnärztlicher und ärztlicher Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne besonderen Unterstützungsbedarf. Gesundheitswesen 2026; 88: 84–96 – DOI 10.1055/a-2772-0143

Levin, L.; Bilder, L.; Borisov, O. (2015): Improving oral hygiene skills among children undergoing treatment at the haematology department. Int Dent J, 65(4), 211–215.

Schulz-Weidner, N. et al. (2020): Parental Awareness of Oral Health and Nutritional Behavior in Children with Congenital Heart Diseases Compared to Healthy Children. Int J Environ Res Public Health, 17(19), 7057.

Schmidt, P., Reis, D., Schulte, A. G., Fricke, O. (2022): Self-assessment of knowledge on the treatment of children and adolescents with special care needs: Results of a survey amongst German dentists with key expertise in paediatric dentistry. Journal of Personalized Medicine, 12(7), Artikel 1173. <https://doi.org/10.3390/jpm12071173>

Schulte, A. G., Schmidt, P. (2021): Mundgesundheit bei Menschen mit Behinderung in Deutschland – eine Literaturübersicht. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(7), 793–801. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03352-7>

Schulz-Weidner, N.; Logeswaran, T.; Schlenz, M.A.; Krämer, N.; Bulski, J.C. (2022): Dental Treatment under General Anesthesia in Pre-School Children and Schoolchildren with Special Healthcare Needs: A Comparative Retrospective Study. Journal of clinical medicine, 11(9), 2613.

Zorn, I.; Gühnemann D. (2022): Inklusionsbezogene Kompetenzen in der beruflichen Ausbildung und Rehabilitation – Working Paper No. 16 im Rahmen des Projekts IDiT – Including.Digital.Twins, online verfügbar: https://epb.bibl.th-koeln.de/frontdoor/deliver/index/docId/2051/file/Inklusionsbezogene_Kompetenzen.pdf (zuletzt geöffnet am 08.09.2026)

Expert:innenkonsultation

Fachgespräch mit PD Dr. med. dent. Peter Schmidt, M.Sc. (Universitätsklinikum Ulm, DGZMB und DGKiZ), 2025–2026.

Fachgespräch mit Dr. med. dent. Kerstin Aurin (spezialisierte Kinderzahnärztin, Gründerin und Vereinsvorsitzende von Zahnputzfuchs e. V.), 2026.

Fachgespräch mit Dr. Sabrina Reitz (Kinderzahnärztin mit Fokus auf Prävention und Inklusion), 2025–2026.

Konsultation Dr. med. Ines Brösse (Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Neuropädiatrie), 2026



Dieses Policy Paper wird inhaltlich von den nachfolgend genannten Organisationen (u.a. wissenschaftlichen Fachgesellschaften) mitgetragen:



DGZMB – Deutsche Gesellschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf



Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnmedizin

DGKiZ – Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnmedizin



Der Zahnputzfuchs e.V.