Dr. Nele Kettler
Christian Wehry, MBA
Sebastian Draeger
Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan

Zahnmedizinische Prävention in Deutschland

Zusammenfassung

Risikoorientierte Präventionskonzepte zur Vermeidung der versorgungsepidemiologisch bedeutendsten oralen Erkrankungen, Karies und Parodontitis, bestehen auf Ebene der (Primär-)Primärprävention, aber auch zur Verzögerung durch Sekundär- und Tertiärprävention. Die zahnmedizinischen Konzepte sind evidenzbasiert und werden in Deutschland regelmäßig und bevölkerungsweit mit unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten durchgeführt. Bei Kindern und Jugendlichen werden sie auf den unterschiedlichen Organisationsebenen der Individual-, Gruppen- und Kollektivprävention am konsequentesten umgesetzt und zeigen dort große Erfolge. Für bislang präventiv nicht ausreichend versorgte Risikogruppen wie Kleinkinder oder Pflegebedürftige wurden von der Zahnärzteschaft bedarfsorientierte Präventionskonzepte vorgelegt.

Schlüsselwörter

Prävention, Prophylaxekonzept, Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe, zahnärztliche Versorgung

„Der wahre Beruf des Zahnarztes ist die Erhaltung der natürlichen Zähne, aber nicht das Ausziehen derselben und die Einsetzung künstlicher, welche erst dann stattfinden darf, wenn das Erstere nicht mehr möglich ist“, schrieb bereits 1829 der Leipziger Zahnarzt S. Guttmann (Laurisch 2000). Diese historische Definition der Zahnheilkunde hat in der heutigen Zeit nichts an Aktualität verloren. Zu einem Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Zahnmedizin kam es in Deutschland jedoch erst Mitte der 1990er-Jahre, als systematische Prophylaxekonzepte für den gesamten Lebensbogen mit seinen alterstypischen Risiken entwickelt wurden (IDZ 1996). Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) griffen gemeinsam dieses Konzept als Basis zur „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ auf und trugen es zusammen mit der Darstellung gesetzlicher Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Implementierung sowohl in die Politik als auch in die Gesundheitsversorgung (BZÄK et al. 2004). Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 kam es zudem zu einer Neuausrichtung der zahnmedizinischen Behandlungsrichtlinien sowie zu einer Neurelationierung des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA) nach dem Leitbild einer ursachengerechten und präventionsorientierten Zahnheilkunde. Konservierend-chirurgische Leistungen wurden aufgewertet und zugleich andere zahnärztliche Leistungen abgewertet.

>> Ein umfassendes zahnmedizinisches Präventionskonzept beinhaltet einerseits Prophylaxemaßnahmen zur primären Verhütung von alterstypischen Munderkrankungen über den gesamten Lebensbogen, die mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes beginnen und bis zur Pflege Hochbetagter reichen. Andererseits sind effektive Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention eingeschlossen (IDZ 1996). Dabei spielen drei Organisationsformen der Prophylaxe in der Zahnmedizin eine besondere Rolle (Abb. 1): Die Individualprophylaxe richtet sich an Einzelpersonen und wird in der Regel in der Zahnarztpraxis durchgeführt. Das Ausmaß der Notwendigkeit zur Individualprophylaxe wird vom Zahnarzt im Rahmen einer Risikodiagnostik bestimmt (Zimmer/Jordan 2010; Jordan/Zimmer 2010). Die Gruppenprophylaxe richtet sich an Teilgruppen der Bevölkerung, in Deutschland vor allem an Kinder und Jugendliche. Sie ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich geregelt und wird in Kindergärten und Schulen umgesetzt. Daneben existieren Präventionsformen auf der Ebene der Kollektivprophylaxe, die möglichst viele Mitglieder einer sozialen Gemeinschaft erreichen sollen (Roulet 2003).

Individualprophylaxe

Die regelmäßige Beurteilung der oralen Strukturen im Rahmen der Individualprophylaxe durch den Zahnarzt ist ein wichtiger Aspekt der Primär- und Sekundärprävention. Schäden wie Parodontalerkrankungen und Zahnkaries sollen so in einem frühen, mitunter reversiblen Stadium entdeckt und eine Progression oder Chronifizierung verhütet oder zumindest verzögert werden. Daneben werden regelmäßig und flächendeckend evidenzbasierte Prophylaxekonzepte für die wichtigsten Zielerkrankungen als individualprophylaktische Maßnahmen in der zahnärztlichen Praxis durchgeführt. Diese lassen sich akademisch in drei Domänen aufteilen: Erstens, die hauptsächlich kariespräventive Individualprophylaxe im Kinder- und Jugendalter, die bei normalem Kariesrisiko zweimal jährlich durchgeführt wird und in diesem Sinne auch einen Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung darstellt. Zweitens steht bei älteren Erwachsenen oft die parodontalprophylaktisch ausgerichtete Tertiärprophylaxe der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) im Vordergrund, die zurzeit eine privatzahnärztliche Tätigkeit darstellt. Drittens gilt dies ebenso für die Basisprophylaxe, die ab dem Erwachsenenalter mit der Professionellen Zahnreinigung in Anspruch genommen werden kann.

Individualprophylaxe bei zweieinhalb- bis fünfjährigen Kindern wird von einem Drittel der Kinder dieser Altersklasse in Anspruch genommen. Kinder von sechs bis zwölf Jahren nehmen knapp zur Hälfte die für ihre Altersklasse vorgesehenen individualprophylaktischen Leistungen in Anspruch. Allgemeine altersunabhängige individualprophylaktische Leistungen wurden 2012 in über 100 Millionen Fällen bei über 50 Millionen Versicherungsnehmern erbracht (GKV-SV 2013; KZBV 2013).

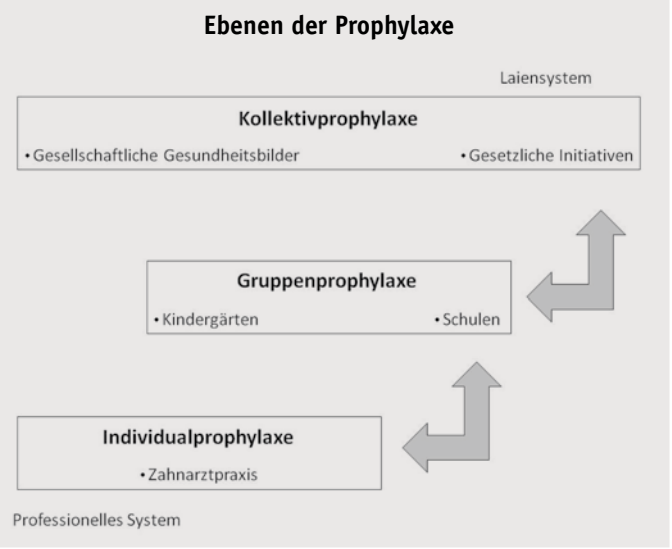


Abb. 1: Ebenen der Prophylaxe (Oesterreich 2010).

Gruppenprophylaxe

Die kariesprophylaktische Gruppenbetreuung bei Kindern soll vor allem vermitteln, dass Mundgesundheit vom eigenen Mundgesundheitsverhalten abhängt (Bartsch/Laurisch 1996). Die Krankenkassen fördern gemeinsam mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen flächendeckende Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern bis einschließlich zum 12. Lebensjahr, bei hohem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr. Die Maßnahmen sollen in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden. Sie erstrecken sich auf die Untersuchung der Mundhöhle mit Erhebung des Zahnstatus, Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygieneunterweisung.

Im Schuljahr 2008/2009 wurden mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen etwa fünf von zehn Millionen Schülern erreicht, bei etwa 750.000 Schülern wurden Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013).

Kollektivprophylaxe

Kollektivprophylaxe ist konzeptionell undifferenziert, da möglichst viele Mitglieder einer sozialen Gemeinschaft unabhängig vom persönlichen Risiko erreicht werden sollen. Sie ist hauptsächlich kariespräventiv ausgerichtet und fokussiert in Deutschland auf die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz (Roulet 2003).

Fluoridiertes Speisesalz hat in Privathaushalten in Deutschland eine Verbreitung von über 60 %. In der Lebensmittelindustrie und in der Gruppenverpflegung ist der Einsatz fluoridierten Speisesalzes in Deutschland derzeit nicht zulässig. Die Daten der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) zeigen, dass ein niedriger Kariesbefall positiv mit der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz korreliert (Micheelis/Reiter 2006).

Zahnmedizinische Prophylaxekonzepte im Lebensbogen

Prävention im Kindesalter

Die zahnmedizinische Prävention setzt idealerweise als Primär-Primär-Prophylaxe bereits bei der werdenden Mutter an, die in der Schwangerschaft durch den Zahnarzt über Prophylaxemaßnahmen bei sich selbst und dem Nachwuchs aufgeklärt wird. Diese frühe Intervention der zahnärztlichen Gesundheitsförderung kann nachweislich die Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen verbessern (Günay/Meyer 2010), hat allerdings Pilotcharakter.

Gesetzlich krankenversicherte Kinder haben in Deutschland seit 1999 mit der Einführung des § 26 SGB V („Kinderuntersuchung") Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, auch auf Früherkennungsuntersuchungen von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Leistungen werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Obwohl keine gesonderte zahnärztliche Leistungsbeschreibung für Prophylaxemaßnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Kinder bis zum 30. Lebensmonat vorhanden ist, führt ein Großteil der Zahnärzte bereits präventive Maßnahmen für diese Altersgruppe durch (Kettler/Splieth 2013). Jedoch gehen nur die wenigsten Eltern mit ihren Kleinstkindern überhaupt zum Zahnarzt. Daher ist es bisher nicht gelungen, die Kariesprävalenz für Kinder bis zu drei Jahren in Deutschland weiter zu reduzieren. In regionalen Untersuchungen der letzten zehn Jahre wird sie für unter Dreijährige zwischen 5 % und 17 % angegeben. Dabei konzentriert sich die gesamte Karieserfahrung oft auf einen kleinen Teil der untersuchten Kinder, was als Kariespolarisation bezeichnet wird (Robke 2008; Senkel/Heinrich-Weltzien 2008).

Die Zahnärzteschaft hat daher unlängst das umfassende Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden" für diese Patientengruppe vorgelegt, damit Kleinkinder zukünftig ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes mit etwa einem halben Lebensjahr systematisch zahnmedizinisch betreut werden können (KZBV/BZÄK 2014). Dieses Konzept, das in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft entwickelt wurde, befindet sich derzeit in der Diskussion. In einzelnen Regionen wurden jedoch bereits Vereinbarungen für die zahnärztliche Betreuung kleiner Kinder zwischen einzelnen Krankenkassen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen getroffen.

Die bereits bestehenden Früherkennungsuntersuchungen beginnen mit dem 30. Lebensmonat, einem Zeitpunkt, der für die rechtzeitige Erkennung der frühkindlichen Karies häufig zu spät ist. Sie beinhalten die eingehende Untersuchung und Beratung, die Einschätzung des Kariesrisikos, eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie die Empfehlung und Verordnung geeigneter Fluoridpräparate, welche bei hohem Kariesrisiko in der Zahnarztpraxis appliziert werden. In der Altersgruppe der Sechsjährigen konnte so in den letzten zehn Jahren ein leichter Rückgang der Kariesprävalenz verzeichnet werden. Sechsjährige Kinder wiesen je nach Bundesland im Jahr 2009 im Schnitt zwischen einem und zweieinhalb Zähne mit Karieserfahrung auf (Pieper 2010).

Die gesetzliche Grundlage für die Individualprophylaxe für Kinder ab sechs Jahren bildet der 1988 eingeführte § 22 SGB V „Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)". Demnach können sich Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, zur Verhütung von Zahnerkrankungen regelmäßig zahnärztlich betreuen lassen. Zur Durchführung dieser Individualprophylaxeleistungen fanden mehrere Gebührenpositionen in den BEMA Einzug. Die Individualprophylaxe ist angepasst an die Bedürfnisse



Abb. 2: Karieserfahrung bei 12-jährigen Kindern. A5-Studie: Bundesweite Patientenstudie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); DMS: Deutsche Mundgesundheitsstudie; DAJ: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege; 1 = Rechnerisch interpoliert, untersucht wurden die 8/9-jährigen Kinder und die 13/14-jährigen Jugendlichen.

des Wechselgebisses und beinhaltet eine Erhebung des Mundhygienestatus. Diese umfasst die Messung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands sowie die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen. Daneben wird regelmäßig eine Mundgesundheitsaufklärung durchgeführt, welche auch die Aufklärung der Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen und deren Vermeidung und Motivation einschließen kann. Als therapeutische Maßnahmen können lokale Fluoridierungsmaßnahmen mit Lacken oder Gelen nach erfolgter Zahnreinigung einmal pro Halbjahr durchgeführt werden, bei hohem Kariesrisiko auch zweimal im Kalenderhalbjahr. Seit 1993 haben Kinder und Jugendliche zusätzlich Anspruch auf Fissurenversiegelung der bleibenden Molaren.

Die Gruppenprophylaxe bis zum 12. beziehungsweise 16. Lebensjahr, deren Inhalte im Abschnitt „Gruppenprophylaxe" beschrieben sind, stützt sich auf den 1988 eingeführten § 21 SGB V „Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)". Zur Durchführung der Maßnahmen schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen insbesondere über Inhalt und Finanzierung zu beschließen. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind in der Gruppenprophylaxe spezifische Programme zu entwickeln. Für die Durchführung maßgeblich sind die durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) entwickelten inhaltlichen Empfehlungen. Die DAJ ist ein Zusammenschluss unter anderem aus BZÄK, dem GKV-Spitzenverband, der KZBV, den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und den kommunalen Spitzenverbänden, welche gemeinsam die bundesweite Durchführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen fördern. Sie legt einmal jährlich eine Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe vor (DAJ 2014).

Insbesondere die konzertierten Maßnahmen zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen auf allen Organisationsebenen der Prävention haben ihre Wirkung nicht verfehlt: Die Kariesprävalenz bei 12-Jährigen konnte in den letzten Jahren deutlich gesenkt werden. Wiesen die 12-Jährigen in den 1980er-Jahren bis zu 6,8 Zähne mit Karieserfahrung auf, waren es im Jahr 2005 noch lediglich 0,7 Zähne (Abb. 2) (Schiffner 2006c). Damit ist die Zielvorgabe der BZÄK aus dem Jahr 2004 auf der Grundlage der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Weltzahnärzteverbands (FDI), die in dieser Altersgruppe weniger als einen Zahn mit Karieserfahrung im Jahr 2020 erwarten, bereits 2005 erreicht worden (Ziller et al. 2006). Die Anzahl der 12-jährigen kariesfreien Kinder stieg gleichzeitig von 42 % im Jahr 1997 auf 70 %. Als wichtige Gründe für den Kariesrückgang werden auf der kollektivpräventiven Ebene die Verbesserungen des Zugangs zu fluoridierten Produkten und auf der individualpräventiven Ebene vor allem die Versiegelung kariesgefährdeter Molaren genannt (Zimmer et al. 2011). Weiterhin können ein mehr kontroll- und weniger beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Leistungen zu dieser Entwicklung beigetragen haben (Schiffner 2006c). Auf der anderen Seite zeigten bei der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie etwa ein Viertel der 12-Jährigen ausgeprägte plaqueinduzierte Zahnfleischentzündungen (Hoffmann 2006b). Hier ist noch Raum für zielgerichtete Prophylaxemaßnahmen gegen Parodontalerkrankungen, die im Rahmen der Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen wirksam werden können.

Prävention im Erwachsenenalter

Nach dem 18. Lebensjahr ist im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung eine systematische Individualprophylaxe nicht mehr vorgesehen. Die im Jahr 1997 in die GKV eingeführte Individualprophylaxe für Erwachsene wurde im Jahr 2000 wieder abgeschafft.

Im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention sieht die GKV jedoch einige Leistungen vor, wie die „Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Beratung" oder die Bestimmung des „Parodontalen Screening Index" (PSI). Daneben kann die jährliche Entfernung harter Zahnbeläge im weiteren Sinne als individuelle GKV-Prophylaxemaßnahme verstanden werden, die allerdings in dieser Form keinem individuellen risikoorientierten Präventionskonzept folgt. Als mundgesundheitsfördernde Maßnahme hat sich in den vergangenen Jahr(zehnt)en allerdings die Professionelle Zahnreinigung (PZR) bzw. die Individualprophylaxesit-

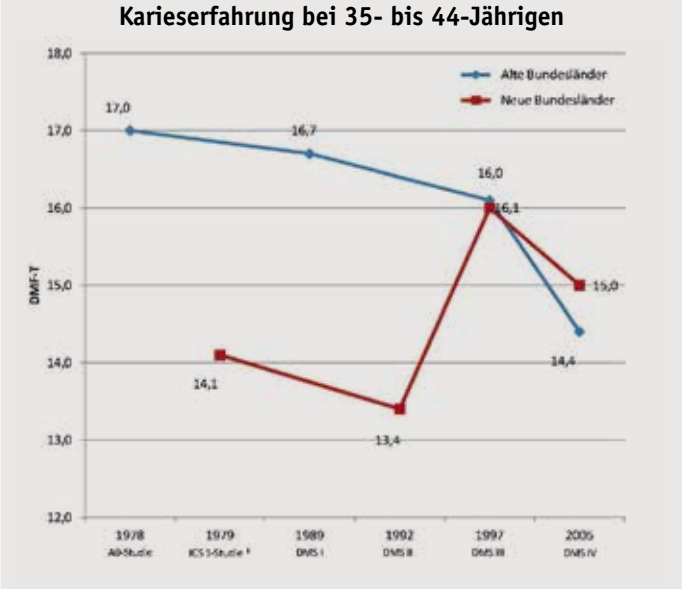


Abb. 3: Karieserfahrung bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen. A0-Studie: Patientenstudie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); ICS: International Collaborative Study of Dental Manpower Systems; DMS: Deutsche Mundgesundheitsstudie; 1= Raum Leipzig.

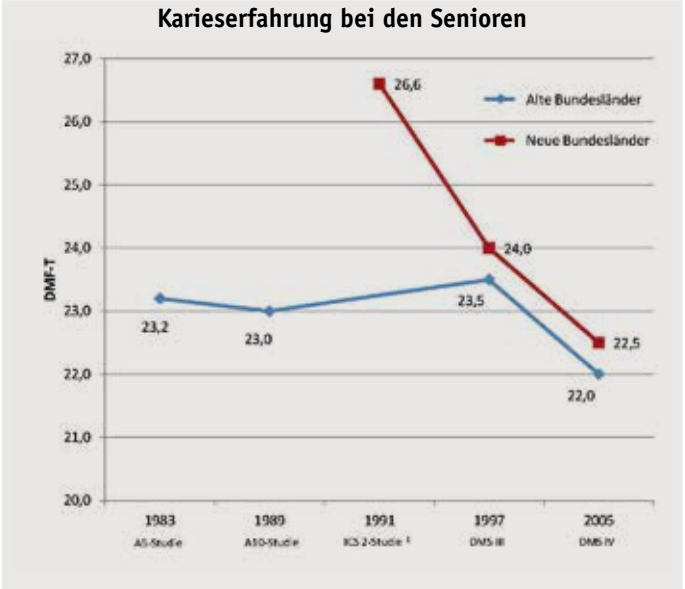


Abb. 4: Karieserfahrung bei den Senioren. A-Studien: Patientenstudien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); ICS: International Collaborative Study of Dental Manpower Systems; DMS: Deutsche Mundgesundheitsstudie; 1=Raum Erfurt.

zung mit PZR herausgebildet, die von vielen Erwachsenen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Anspruch genommen wird. Mittlerweile wird die PZR auch von vielen Krankenkassen bezuschusst. Allgemeine gruppenprophylaktische Maßnahmen für Erwachsene, beispielsweise im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsfürsorge, erscheinen vor dem Hintergrund von Settingansätzen interessant, werden zurzeit jedoch flächendeckend nicht durchgeführt.

Auch wenn die zahnmedizinische Prävention im Erwachsenenalter verstärkt eigeninitiativ erfolgt, zeigen die deutschen Mundgesundheitsstudien einen langsamen Kariesrückgang von durchschnittlich 16 Zähnen mit Karieserfahrung im Alter von 35 bis 44 Jahren im Jahr 1997 auf 14,5 Zähne 2005 bei einem Sanierungsgrad von 95,6 % (Abb. 3). Diese Entwicklung ist vor allem auf eine geringere Zahl kariesbedingter Extraktionen zurückzuführen. Die Kariesprävalenz im engeren Sinne, repräsentiert durch kariöse oder gefüllte Zähne, blieb in diesem Zeitraum unverändert (Schiffner 2006b). An parodontalen Erkrankungen litten 2005 fast drei Viertel der deutschen Bevölkerung, eine im Vergleich zum Jahr 1997 erhöhte Parodontitisprävalenz (Hoffmann 2006a).

Prävention bei älteren Menschen

Im Zuge des demografischen Wandels und einer doppelten Altersdynamisierung in Deutschland wurden in der vergangenen Dekade spezielle Prophylaxekonzepte entwickelt, die sich an den Bedürfnissen älterer Menschen orientieren. Sie befinden sich in der wissenschaftlichen Evaluation. Grundsätzlich sind die im Abschnitt „Prävention im Erwachsenenalter" beschriebenen Leistungen jedem gesetzlich Versicherten ohne Altersbeschränkung zugänglich; die Beschreibung dieser Leistungen gilt somit auch für ältere Menschen.

Der Trend zur Zahnerhaltung, der sich in der jungen Erwachsenenbevölkerung abzeichnet, kann auch bei den Senioren (65–74 Jahre) beobachtet werden: Ähnlich wie bei den Erwachsenen ist der Rückgang der Zähne mit Karieserfahrung auch bei der Altersgruppe der Senioren auf die geringere Zahl extrahierter Zähne zurückzuführen (Abb. 4). Zwischen 1997 und 2005 hat sich die Anzahl der vollständig zahnlosen Personen leicht reduziert, die Prävalenz von Zahnwurzelkaries hat sich im selben Zeitraum allerdings verdreifacht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Altersgruppe noch nicht im vollen Ausmaß von den oben beschriebenen Prophylaxemaßnahmen profitiert haben wird (Schiffner 2006d). Die Prävalenz parodontaler Erkrankungen war bei den Senioren 2005 hoch (rd. 88 %). Auch hier ist wie schon bei den jüngeren Erwachsenen eine ansteigende Tendenz erkennbar (Hoffmann 2006c).

Prävention bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung

Grundsätzlich basiert der GKV-Leistungskatalog darauf, dass erwachsene Patienten eigenverantwortlich Mundhygiene betreiben, eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren können. Auf Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen treffen diese Grundannahmen jedoch häufig nicht zu. Ein systematisches Präventionskonzept für diese Menschen ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht verankert. 2012 hat die Zahnärzteschaft daher ein bedarfsorientiertes Präventionskonzept zur aufsuchenden Betreuung vorgestellt. Erste Leistungspositionen daraus für den Besuch eines oder mehrerer Versicherter wurden bereits in den BEMA integriert. Darüber hinaus haben Vertragszahnärzte auf Grundlage des 2013 verabschiedeten Pflegeneuausrichtungsgesetzes heute die Möglichkeit, einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen abzuschließen. Diese Maßnahmen berücksichtigen den erhöhten Aufwand der bestehenden Behandlungsoptionen. Der besondere Präventionsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung ist dabei jedoch noch nicht berücksichtigt. Das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter" von BZÄK und KZBV, das gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) entwickelt wurde, schlägt vor, diese Prophylaxelücke zu schließen, indem Betroffene einen Anspruch auf systematische Prophylaxemaßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erhalten (KZBV/BZÄK 2010). Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen gehören zu einer Hochrisikogruppe für die Haupterkrankungen in der Zahnmedizin, Karies und Parodontitis, da es ihnen oft schwerfällt, Mundhygiene eigenverantwortlich durchzuführen oder sie Schwierigkeiten haben, selbstständig eine Zahnarztpraxis aufzusuchen.

Für pflegebedürftige Menschen existieren keine bundesweiten Daten, sondern bislang nur regionale Studien. Eine systematische Übersicht kommt allerdings zu dem Schluss, dass die Kariesprävalenz bei Pflegebedürftigen in Deutschland deutlich höher liegen dürfte als bei älteren Menschen ohne Pflegebedarf, was an der höheren Anzahl kariös bedingter Extraktionen zu liegen scheint (23 vs. 14 Zähne) (Nitschke et al. 2012; Schiffner 2006d). Problematisch erweist sich in der Gruppe der Pflegebedürftigen das Inanspruchnahmeverhalten: 76,3 % geben an, ihren Zahnarzt nicht regelmäßig, sondern nur bei Beschwerden aufzusuchen (Nitschke et al. 2012).

Auch für Menschen mit Behinderungen liegen keine bundesweiten Daten zu Prävalenzen oraler Erkrankungen vor. Aus regionalen Studien lässt sich aber ableiten, dass die Karieserfahrung 12-Jähriger mit Handicap mindestens doppelt so hoch sein dürfte wie die Karieserfahrung gleichaltriger Kinder ohne Behinderung. Erwachsene Menschen mit Behinderungen im Alter von 35 bis 44 Jahren scheinen aber eine mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbare Karieserfahrung zu haben. Auffällig ist der deutlich geringere Sanierungsgrad sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen (Schulte 2012).

Finanzierung der Prävention

Wie im Abschnitt „Zahnmedizinische Prophylaxekonzepte im Lebensbogen" beschrieben, gibt es Leistungen, die von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, sowie Leistungen, die privat bezahlt werden – entweder durch eine Privatversicherung oder vom Patienten selber. Für jede Leistung, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, ist im BEMA eine Position mit einer festgelegten Bewertungszahl genannt; dies gilt auch für prophylaktische Leistungen. Diese Bewertungszahl entspricht einem jährlich festgelegten Punktwert in Euro. Für das Jahr 2011 belaufen sich nach diesem Berechnungsschema die Gesamtausgaben der Krankenkassen auf etwa 52,2 Millionen Euro für die „Eingehende Untersuchung", auf 11,8 Millionen Euro für das „Erheben des PSI" sowie auf 29,5 Millionen Euro für das „Entfernen harter Zahnbeläge" (KZBV 2013). Für individualprophylaktische Leistungen für Kinder gaben die Gesetzlichen Krankenkassen 2011 444,8 Millionen Euro aus. Davon entfielen rund 10,8 Millionen Euro auf die Früherkennungsuntersuchung vom 30. Lebensmonat bis zum 6. Lebensjahr und 434,0 Millionen Euro auf die individualprophylaktischen Leistungen vom 6. bis zum 18. Lebensjahr (KZBV 2013). Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für die Gruppenprophylaxe beliefen sich im Jahr 2012 auf rund 42,8 Millionen Euro (BMG 2013).

Zahnmedizinische Prävention kann durch Empowerment auch im häuslichen Setting eigenverantwortlich betrieben werden, im We-

sentlichen durch effektive Mundhygienemaßnahmen. Je Haushalt und Monat entfielen im Jahr 2008 durchschnittlich 94 Euro, das sind 4,2 % an den gesamten Konsumausgaben der Privathaushalte, auf den gesamten Bereich der Gesundheitspflege (Destatis 2010). Für Zahn- und Mundpflegemittel und -geräte wurden in Deutschland 2010 1,5 Mrd. Euro ausgegeben und weitere 90 Millionen Euro für privatzahnärztliche prophylaktische Leistungen (Klingenberger et al. 2012). Das waren rund 2 % aller GOZ-Ausgaben.

Zusammenfassung und Herausforderungen

Im internationalen Vergleich nimmt die Mundgesundheit in Deutschland einen Spitzenplatz ein. Betrachtet man die Entwicklung der Kariesprävalenzen über einen längeren Zeitraum, sind die Erfolge der Prä-

Literatur

Bartsch, N./Laurisch, L. (1996): 6–12 Jahre. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.) (1996): Propylaxe ein Leben lang. Ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. 1. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 42–52

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2012. In: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/Rechnungsergebnisse_1.-4._Quartal_2012.pdf (abgerufen am 24.07.2013)

BZÄK (Bundeszahnärztekammer)/DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)/KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2004): Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Berlin: Eigenverlag

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.): Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe – Jahresauswertung Schuljahr 2011/2012 In: http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Dokumentation/Doku_2011_2012_nur_Zahlen.pdf (abgerufen am 11.02.2014)

Destatis (Statistisches Bundesamt) (2010): Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte 2008. Fachserie 15, Heft 4. Wiesbaden: Eigenverlag

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013): Erreichte Kinder durch Prophylaxemaßnahme nach § 21 SGB V (absolut und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Maßnahme, Einrichtungstyp. In: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=81788423&nummer=740&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=40672849 (abgerufen am 17.07.2013)

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2013): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Eigenverlag

Günay, H./Meyer, K. (2010): Interdisziplinäre Gesundheitsfrühförderung. Ein Frühpräventionskonzept für die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit von Mutter und Kind. In: Präv Gesundheitsf 2010, 5, 4: 326–339

Hoffmann, T. (2006a): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Erwachsenen (35–44 Jahre). Parodontalerkrankungen. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 266–289

Hoffmann, T. (2006b): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Kindern (12 Jahre). Parodontalerkrankungen. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 185–199

Hoffmann, T. (2006c): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Senioren (65–74 Jahre). Parodontalerkrankungen. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 334–353

IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) (Hrsg.) (1996): Propylaxe ein Leben lang. Ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. 1. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Jordan, R. A./Zimmer, S. (2010): Bestimmung des individuellen Risikos von Karies und Parodontitis. Teil 2. In: Prophylaxe Impuls 2010, 14, 2: 62–67.

Kettler, N./Splieth, C. (2013): Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder. Köln: IDZ-Information Nr. 1/13

Klingenberger, D./Ostwald, D. A./Daume, P./Petri, M./Micheelis, W. (2012): Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV

KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2013): Jahrbuch 2012. Statistische Basisdaten zur Vertragszahnärztlichen Versorgung einschließlich GOZ-Analyse. Köln: Eigenverlag

KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)/BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (2010): Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Berlin: Eigenverlag

KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)/BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (2014): Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin: Eigenverlag

Laurisch, L. (2000): Individualprophylaxe: Diagnostik und Therapie des individuellen Kariesrisikos. 2. Aufl. Köln/München: Deutscher Zahnärzte Verlag/DÄV-Hanser

Micheelis, W./Jordan, R.A. (2013): DMS V in den Startlöchern. In: Dtsch Zahnärztl Z 2013, 68, 6: 321

Micheelis, W./Reiter, F. (2006): Soziodemographische und verhaltensbezogene Aspekte oraler Risikofaktoren in den vier Alterkohorten. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 375–398

Nitschke, I./Hopfenmüller, J./Hopfenmüller, W. (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. In: Nitschke, I./Schulte, A. G. (Hrsg.) (2012): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012). Köln: IDZ-Information Nr. 3/12: 4–21

Oesterreich, D. (2010): Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Deutschland. Vortrag auf der Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Berlin, 12./13.03.2010

Petersen, P. E. (2003): World map on dental Caries. In: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_figure6.pdf (abgerufen am 23.07.2013)

Pieper, K. (2010): Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009. Bonn: DAJ-Gutachten

Robke, F. J. (2008): Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit. In: J Orofac Orthop 2008, 69, 1: 5–19

Roulet, J.-F. (2003): Begriffsbestimmungen und Definitionen. In: Rateitschak, K. H./Wolf, H. F. (Hrsg.) (2003): Farbatlanten der Zahnmedizin 16 – Prophylaxe und Präventivzahnmedizin. 1. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 9–28

Schiffner, U. (2006a): Internationale Vergleiche. Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 425–435

Schiffner, U. (2006b): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Erwachsenen (35–44 Jahre). Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 241–265

Schiffner, U. (2006c): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Kindern (12 Jahre). Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 155–184

Schiffner, U. (2006d): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Senioren (65–74 Jahre). Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner,U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 307–333

Schulte, A. G. (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades bei Menschen mit Behinderungen in Deutschland. In: Nitschke, I./Schulte, A. G. (Hrsg.) (2012): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012). Köln: IDZ-Information Nr. 3/12: 22–43

Senkel, H./Heinrich-Weltzien, R. (2008): Milchzahnkaries vor dem Hintergrund des generellen Kariesrückganges bei Kindern und Jugendlichen. Problemaufriss und Lösungsansätze aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 2008, 30, 1: 38–42

Ziller, S./Micheelis, W./Oesterreich, D./Reich, E. (2006): Goals for oral Health in Germany 2020. In: Int Dent J 2006, 56, 1: 29–32

Zimmer, S./Jordan, R.A. (2010): Bestimmung des individuellen Risikos von Karies und Parodontitis. Teil 1. In: Prophylaxe Impuls 2010, 14, 1: 6-12

Zimmer, S./Jordan, A. R./Fresmann, S. (2011): Die Einführung der Prophylaxe in die Zahnarztpraxis. Herne: Zahnärztlicher Fach-Verlag.

vention vor allem bei Kindern deutlich. Nach der Definition der WHO zu den Kategorien des Kariesbefalls bei 12-jährigen Kindern (Petersen 2003) wurde Deutschland lange Zeit der Gruppe „moderater Kariesbefall" zugeordnet, 1997 fiel Deutschland erstmals in die Kategorie „niedrig" und seit 2005 erfolgt die Zuordnung in die Gruppe „sehr niedrig". Die Erfolge bei den Erwachsenen sind weniger deutlich: Deutschland rangiert hier immer noch in der Kategorie „hoher Kariesbefall" (Schiffner 2006a). Derzeit betreibt das Institut der Deutschen Zahnärzte die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) (Micheelis/Jordan 2013); die aktualisierten versorgungsepidemiologischen und bevölkerungsrepräsentativen Kennzahlen werden für das Jahr 2016 erwartet.

Viele der aktuell in der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden Präventionsmaßnahmen sind nach wie vor gut und wichtig. Sie wirken aber eher nach dem Gießkannenprinzip. Um weitere Verbesserungen der Mundgesundheit zu erreichen, müssen sie stärker ausdifferenziert und passgenau auf den spezifischen Bedarf von Alters- und Risikogruppen zugeschnitten werden. Denn die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass es weiterhin drei große Problembereiche in der präventiven Zahnmedizin in Deutschland gibt: Erstens zeigen die deutschen Mundgesundheitsstudien, dass bestimmte Gruppen von den bisherigen Präventionsstrategien nicht ausreichend profitiert haben. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es etwa eine wachsende Schieflage in der Kariesverteilung. Rund zehn Prozent der 12-Jährigen tragen über 60 Prozent der Karieslast in dieser Altersgruppe (Schiffner 2006c). Auffällig dabei ist, dass sich diese Risikogruppe vor allem aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und niedrigem Bildungsgrad rekrutiert. Zweitens finden Zahnärzte bereits bei Kindern unter drei Jahren kariöse Zähne. Drittens rückt die demografische Entwicklung in Deutschland weitere Problemfelder in den Vordergrund. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung haben an der positiven Entwicklung der Mundgesundheit bislang nicht angemessen partizipiert. Alle drei Herausforderungen haben eines gemeinsam: Sie sind keine singulären zahnmedizinischen, sondern gesamtgesellschaftliche Probleme. <<

Dental Prevention in Germany

Risk oriented approaches exist in form of (primary) primary prevention to prevent the major oral diseases in health Care – caries and periodontitis – and in form of secondary or tertiary prevention to delay them. Those approaches are evidence-based. In Germany they are conducted population-based on a regular basis with differing utilization. They are implemented most consistently for children and adolescents on different organizational levels of individual, group and collective prophylaxis and have proven to be successful. For risk groups, which have not received adequate preventive treatment hitherto, i.e. toddlers and long term care patients, the dental profession has developed approaches to dental prevention based on their actual needs.

Keywords

prevention, prophylactic concept, individual prophylaxis, group prophylaxis, dental care

Autorenerklärung

Dr. Nele Kettler ist wissenschaftliche Referentin am Institut der Deutschen Zahnärzte. Christian Wehry, MBA, ist Leiter Kommunikation und Pressesprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Sebastian Draeger ist Referent Politik in der Berliner Vertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. PD Dr. A. Rainer Jordan ist Wissenschaftlicher Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte. Die Studie wurde nicht durch Dritte finanziell unterstützt und die Autoren haben keine Interessenkonflikte.

Dr. Nele Kettler
ist Wissenschaftliche Referentin mit Schwerpunkt Zahnärztliche Berufsausübung am Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) Köln. Nach dem Studium der Zahnmedizin absolvierte sie ihre Assistenzzeit in Aachen und Hamburg und arbeitete anschließend als Zahnärztin in Kent, UK. Zurzeit studiert sie Public Health.
Kontakt: n.kettler@idz-koeln.de



Christian Wehry, MBA
war Pressereferent in der Berliner Vertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Er ist heute Leiter Kommunikation und Pressesprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg.

Kontakt: cwehry@kvbb.de



Sebastian Draeger
ist Referent für Politik in der Berliner Vertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Zuvor war er Wissenschaftlicher Mitarbeiter eines Abgeordneten im Deutschen Bundestag.

Kontakt: s.draeger@kzbv.de



Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan
ist Wissenschaftlicher Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte in Köln und Lehrbeauftragter für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Hauptarbeitsgebiete: Versorgungsepidemiologie

Kontakt: r.jordan@idz-koeln.de

