

Jugendzahnpflege 2000

Positionspapier des BZÖG

von Dres. Sylvia Dohnke-Hohrmann, Berlin; Martina Kröplin, Heiligenstadt; Günter Mönnich, Rostock; Klaus-Dieter Rasch, Göttingen; Friederike Reinke, Bremerhaven

Trotz jahrzehntelanger hoher Pro-Kopf-Ausgaben in der Zahnmedizin besteht keineswegs ein befriedigender Zahngesundheitszustand in Deutschland. Immer noch erreichen zu wenige Jugendliche das Erwachsenenalter mit einem naturgesunden Gebiss.

Die Perspektive knapper werdender finanzieller Ressourcen erzwingt Konzeptionen, die zu einer deutlichen und dauerhaften Verbesserung der Mundgesundheit führen. Ein Umdenken ist gefordert - in der Weise, dass durch Forcieren aller Möglichkeiten der primären und der sekundären zahnärztlichen Prävention das Kauorgan bis ins hohe Alter weitgehend gesund und funktionsfähig bleibt. Eine konsequente präventive Betreuung nach dem Beispiel in dieser Hinsicht erfolgreicher Länder, wie der Schweiz und der skandinavischen Staaten, wird diesem Ziel am ehesten gerecht.

Die WHO hat diesbezügliche Zielvorgaben für das Jahr 2000 bereits 1989 gesetzt und 1992 für die europäischen Länder modifiziert.

Für den Bereich der Kinder und Jugendlichen sind dies:

Kariesfreiheit von 50 % der Sechsjährigen.

DMF-T = 2 für die Zwölfjährigen (d.h. nicht mehr als 2 durch Karies erkrankte, fehlende oder gefüllte Zähne pro Kind).

In Deutschland ist die zahnmedizinische Prävention zwar prinzipiell per Gesetz definiert, ihre bundesweite Umsetzung jedoch trotz vielfacher lokaler Bemühungen nicht zuletzt aufgrund der Länderkompetenz für das Gesundheitswesen flächendeckend nur unzureichend gelöst. In den Bundesländern, in denen zahnärztliche Dienste in adäquater Personal- und Sachausstattung vorhanden sind, ist ihre präventive Effizienz nachweisbar. So bilden sie auch das Grundgerüst erfolgreicher Organisationsformen nach §21 SGB V (z.B. Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Thüringen u.a.).

Die WHO-Ziele sind bisher von keinem Bundesland erreicht worden. Entsprechendes Zahnmaterial liegt bisher nur von einzelnen Bundesländern vor.

Das Institut Deutscher Zahnärzte (IDZ) gibt als Repräsentativwert für die Bundesrepublik Deutschland für die Zwölfjährigen einen DMF-T von 4,1 an. Aus diesem Vergleichswert wird deutlich, dass es noch gewaltiger Anstrengung bedarf, um das WHO-Ziel für Europa zu erreichen. Nur durch konsequent und flächendeckend durchgeführte Präventionsmaßnahmen sind diese Ziele zu erreichen.

Die Verwirklichung der WHO-Ziele würde bewirken:

- Rückgang der Kosten für Behandlung (Karies und Zahnbetterkrankungen)
- Realisierung des politisch gewünschten Verzichts auf die Verwendung des Füllwerkstoffes "Amalgam"
- mehr Mundgesundheit

Zum Erreichen der WHO-Ziele sind folgende Schritte erforderlich:

1. Realisierung von flächendeckenden Reihenuntersuchungen (Steuerungsfunktion für alle weiteren Aufgaben) in Schulen und Kindergärten sowie Behinderten-Einrichtungen nach einheitlichen Kriterien durch speziell für diese Arbeit qualifiziertes Personal¹⁾. Zum Erreichen der Flächendeckung sind Nachuntersuchungen für Fehlende und Säumige unerlässlich (nachgehende Fürsorge). Zu jeder Reihenuntersuchung gehört das gesundheitserzieherische Gespräch, das auch Lehrer und Erzieher mit einbezieht.

2. Festlegung der weiteren Maßnahmen nach dem Grundsatz der schwedischen Kinderzahnheilkunde: Jedes Kind hat Anspruch auf die Leistungen der Prävention und Behandlung, die notwendig sind, jedoch nicht mehr und nicht weniger. Das bedeutet, dass

eine qualifiziert durchgeführte Reihenuntersuchung bewirkt, dass überflüssige Maßnahmen vermieden werden können.

3. Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie sind unverzichtbare Bestandteile, die eine Effizienzkontrolle möglich machen.

4. Auf einen Abbau der Defizite in der Kinderbehandlung muss hingewirkt werden, da die Maßnahmen der Prävention bei nicht sanierten Kindern nur eine beschränkte Wirkungsweise haben.

Folgende Festlegungen sind aus dem Ergebnis der Reihenuntersuchung möglich:

- keine weiteren Maßnahmen erforderlich²⁾
- Basisprophylaxe erforderlich³⁾
- Intensivprophylaxe erforderlich⁴⁾
- zahnärztliche Behandlung notwendig⁵⁾
- kieferorthopädische Behandlungsnotwendig⁶⁾
- gesonderte Maßnahmen für besondere Zielgruppen einleiten
 - Kleinkinder
 - Behinderte

Die Kosten für Prophylaxe müssen deutlich kleiner als die Behandlungskosten sein. Ein Verhältnis von 1:10 gilt als erreichbar (Dr. Zimmer, Bad Laer, 1995).

Zur Realisierung sind erforderlich:

- **Personal:**

1. Ausbau des vorhandenen Systems der Zahnärztlichen Dienste des ÖGD (Nutzung vorhandener Ressourcen) durch Schaffung zusätzlicher Planstellen zur Realisierung einer Schlüsselzahl von 1 Zahnarzt/ Zahnärztin, 1 Zahnarthelferin und 1/2 Verwaltungskraft für 50 000 - 60 000 Einwohner = 10800 Kinder in allen Bundesländern.

2. Für die Basis- und Intensivprophylaxe sind zusätzlich zu o.g. Team etwa 6 für die Belange der Gruppenprophylaxe geschulte Zahnarthelferinnen einzusetzen. Zusätzlich erforderliches Personal muss nicht zwingend die Öffentliche Hand belasten, sondern könnte bei den Zahnärztlichen Diensten angestellt und durch die Krankenkassen finanziert werden.

- **Sachmittel:**

1. EDV-Ausstattung mit standortgebundener und portabler Hardware und bundeseinheitlicher Software zur Befunderfassung vor Ort, Auswertung, Evaluation und Gesundheitsberichterstattung

2. Spiegel, Sonden, Lichtquellen, Einweghandschuhe, Hygienematerialien

3. Zahnbürsten, Zahnpasten, Zahnseiden, Fluoride (Tabletten, Lacke, Lösungen, Gele)

4. Aufklärungsmaterialien (Printmedien, Dias, Filme, Poster, Handouts)

- **Schulung:**

Die Qualitätssicherung muss Gültigkeit für alle Bereiche zahnärztlichen Handelns bekommen und darf die Prävention nicht ausschließen. Die Möglichkeiten der Qualitätssicherung in der Gruppenprophylaxe liegen in der Weiterbildung, Fortbildung, Schulung, Kalibrierung, Remotivation, Supervision so wie der Evaluation der Mundgesundheitswerte. Ziel muss es sein, für Europa gültige Qualitätssicherungsstandards fortzuschreiben bzw. zu entwickeln.

1. für die Zahnärztinnen und Zahnärzte Nutzung der Weiterbildungsmöglichkeiten, z.B. der „Akademie für ÖGW in Düsseldorf“, zur Entwicklung der einheitlichen Qualifikation nach dem Bausteinprinzip oder Aufbau von Universitätslehrgängen im Sinne des Dental Public Health

2. für die Zahnarthelferinnen zentrale Schulungskurse je nach Einsatzgebiet für die Basis- und für die Intensivprophylaxe

- **Rechtsgrundlagen:**

1. Die erforderlichen Maßnahmen sind zwar per Bundesgesetz (§ 21, SGB V) definiert, bedürfen allerdings konsequenter Umsetzung. Diese ist zurzeit jedoch in keinem Bundesland

realisiert. Unterschiedliche Gesundheitsdienstgesetze und die daraus resultierenden Unterschiede sowohl bezüglich der Personal- als auch der Arbeitsplatzausstattung wirken beeinträchtigend. Die hierfür vorhandenen Mittel sind weder effektiv genutzt noch ausgeschöpft.

2. Es fehlen klare Regelungen bezüglich der Zuständigkeiten. Länder, Kommunen und Kreise müssen ihren Verpflichtungen für die Jugendzahnpflege nachkommen und für die Umsetzung sorgen.

3. Änderung der Gesetzesvorgaben bezüglich des Datenschutzes sind vonnöten, Duldungspflichten (z. B. in Schulgesetzen und Kindergartenrichtlinien) müssen festgeschrieben werden.

Perspektivische Schlussbemerkung

Bei der Verhütung von Zahnerkrankungen, Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Mund- und Zahnbetterkrankungen spielt die Jugendzahnpflege eine tragende Rolle, die es unter der Weichenstellung des § 21, SGB V, weiter zu entwickeln gilt.

Zur flächendeckenden Betreuung fehlen nach derzeitigem Stand etwa 500 Zahnärztinnen / Zahnärzte und Zahnarzhelferinnen sowie 1.500 Prophylaxefachkräfte. Um weitgehende Professionalität und Kontinuität zu gewährleisten, sollte die Arbeit mit ÖGD-Teams oder alternativ mit Praxis- oder Krankenkassen-Teams, die schwerpunktmäßig in Kinderzahnheilkunde und Gruppenprophylaxe engagiert sind, Priorität haben.

Die Kosten, die notwendig sind, um Flächendeckung zu erzielen, dürften bei 150 bis 200 Mio. DM liegen. Zählt man die Aufwendungen, die gegenwärtig allein von den Krankenkassen für die Gruppenprophylaxe erbracht werden, hinzu, so kommt man auf rund 250 Mio. DM oder 1% des Betrages, den die Reparatur der Zahnschäden der Bevölkerung jährlich kostet. Mittelfristig ist bei flächendeckender Prophylaxe mit einem Rückgang des Behandlungsbedarfes und damit auch des Ausgabenvolumens für die zahnärztliche Behandlung zu rechnen. Von dieser Entwicklung würden die Bürger durch mehr Zahn- und Mundgesundheit und geringere finanzielle Belastung sowie die Krankenkassen durch rückläufige Ausgaben für Zahnbehandlungen profitieren. Eine kassenübergreifende Lösung wäre sinnvoll, damit die Prophylaxe nicht dem Wettbewerb der Kassen untereinander zum Opfer fällt. Dazu bedarf es der Konsensbildung unter den Krankenkassenverbänden, wovon sich die privaten Krankenversicherer nicht ausnehmen sollten.

Beispiele aus der Schweiz und Skandinavien haben die Wirksamkeit flächendeckender Gruppenprophylaxe in Verbindung mit der jeweils erforderlichen Behandlung hinreichend belegt.

Gesunde Zähne müssen zum Normalfall werden!

1) Nach bundeseinheitlichen Vorgaben kalibrierte und nach bundeseinheitlichen (EDV-)Standards hauptamtlich tätige Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte und Zahnarzhelferinnen, deren Arbeit durch Verwaltungskräfte unterstützt wird.

2) Durch eine qualifizierte Reihenuntersuchung, die auch die Vorbefunde berücksichtigt, lässt sich leicht ermitteln, ob Behandlungsbedarf vorliegt bzw. ob ein Kariesrisikovorhanden ist.

3) Die Maßnahmen der Basisprophylaxe definieren sich nach den DAJ-Grundsätzen (Ernährungsberatung, Zahnputztraining, Zahnschmelzhärtung; letztere hocheffiziente Möglichkeit wird zurzeit außer in einzelnen Modellen kaum genutzt) und finden in der Gruppe statt, um die Vorteile der Gruppendynamik zusätzlich nutzen zu können.

4) Intensivprophylaxe kommt für alle Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko in Betracht. Es sind dies etwa 25-30% aller Kinder, auf die sich ca. 70-80 % der Gesamtkaries und damit des Behandlungsaufwandes konzentrieren. Zur Durchführung der Intensivprophylaxe ist die Einbindung der Eltern erforderlich, da diese Kinder oft aus sozialen Randgruppen stammen. Als Maßnahmen kommen in Betracht: Verstärkung der Fluoridierungsmaßnahmen, semiprofessionelle Zahnreinigung, verstärktes Zahnputztraining, Einsatz weiterer Testmethoden bezüglich des Kariesrisikos zum Spezifizieren möglicher Ursachen. Alle Maßnahmen sind gruppeneeignet.

5) Überführung der Kinder in die Praxen niedergelassener Zahnärzte, jedoch Durchführungsmöglichkeit von Behandlungen in besonderen Fällen (schwierige Kinder) nach dem Prinzip der Subsidiarität durch die Untersuchungsteams des ÖGD.

6) Eine zum optimalen Zeitpunkt erstellte kieferorthopädische Behandlung ist wesentlich kostengünstiger als Spätbehandlungen. KFO-Behandlung bedeutet bei bestimmten Dysgnathien Prophylaxe im Hinblick auf Karies- und Parodontalschäden.