

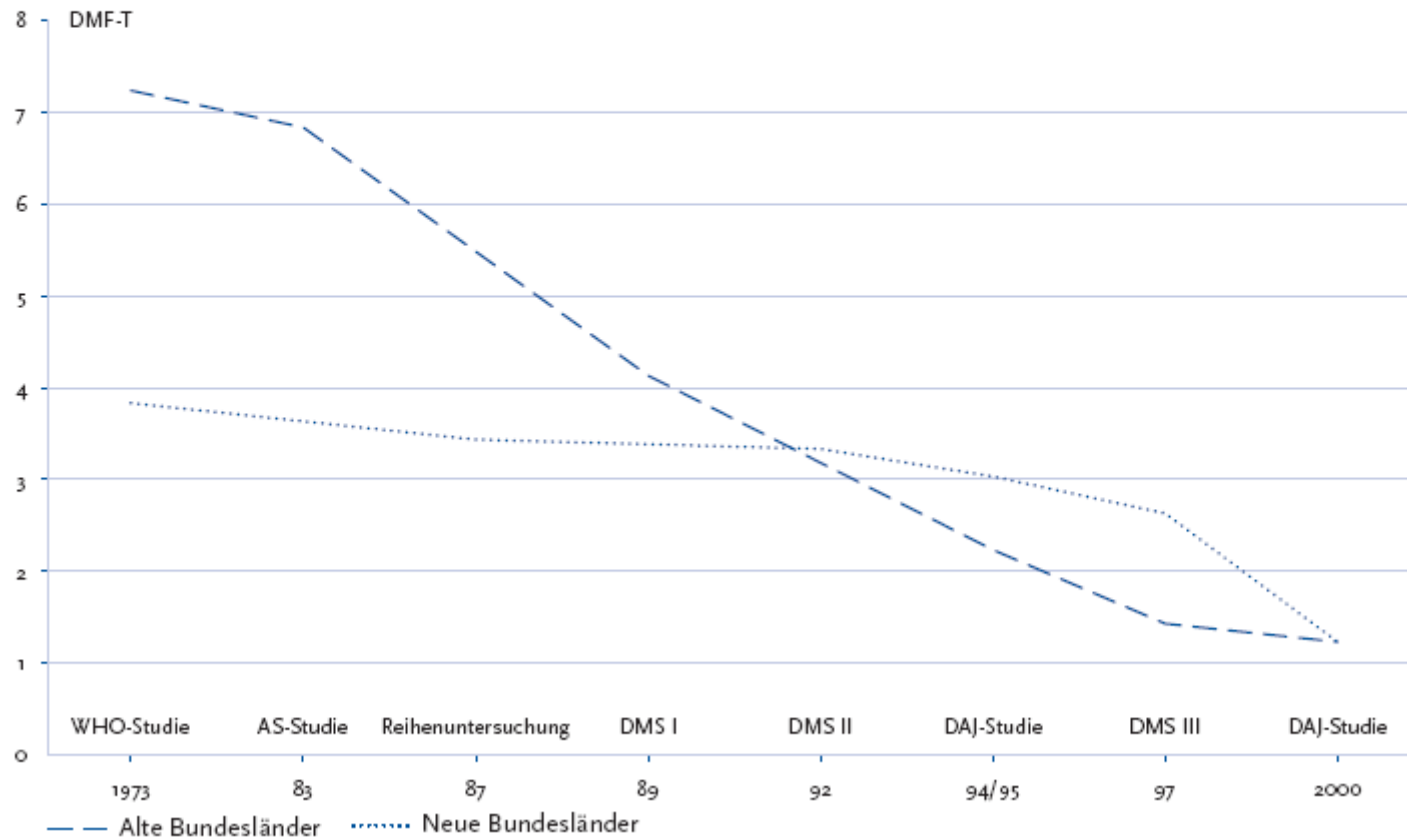
3.2.3 Zahnmedizinische Prävention

Die Kariesprophylaxe bei Kindern ist einer der großen Erfolge präventiver Medizin. Ziel zahnmedizinischer Prävention ist der Erhalt gesunder Zähne. Dadurch sollen der Umfang restaurativer Maßnahmen vor allem im jüngeren und mittleren Lebensalter reduziert, die Lebensqualität gesteigert und die Wechselwirkung zwischen Mundgesundheit und Gesundheit des Gesamtorganismus positiv beeinflusst werden. Karies und Parodontitis können durch präventive Maßnahmen verringert, allerdings nicht vollständig vermieden werden.

Die Mundgesundheit in Deutschland hat sich im Laufe der letzten 20 Jahre deutlich verbessert. Dies lässt sich beispielsweise am Kariesbefall bei den 12-Jährigen ablesen (siehe Abbildung 3.2.8).

Abbildung 3.2.8

Abbildung 3.2.8: Rückgang des Kariesbefalls bleibender Zähne (DMF-T*) bei 12-jährigen in Deutschland * DMF-T – Summe der infolge Karies geschädigten (decayed), fehlenden (missed) und gefüllten (filled) Zähne (teeth).
 Quelle: WHO 1973; AS-Studie 1983; IDZ-Surveys 1989, 1992, 1997; DAJ-Studien 1994, 2000



So hatten sich vor rund 15 Jahren bei den 12-Jährigen im Schnitt gut vier von Karies befallene Zähne gefunden (DMF-T-Wert: 4,1 für die alten Bundesländer). Im Jahr 2000 dagegen lag die Quote im bundesweiten Durchschnitt bei 1,21 [36]. Damit unterschreitet Deutschland den von der Weltgesundheitsorganisation für 2000 vorgegebenen DMF-T-Grenzwert von 2,0 [37] und ist im internationalen Vergleich bei der Mundgesundheit in die Spitzengruppe aufgerückt (siehe Tabelle 3.2.1).

Tabelle 3.2.1

Tabelle 3.2.1: Kariesbefall bei Jugendlichen (12-Jährige) in Europa.
Quelle: WHO CAPP, 2004

Land	Jahr	DMF-T
Belgien	2001	1,1
Dänemark (2001)	2003	0,9
Deutschland	2000	1,2
Finnland	2000	1,2
Frankreich	1998	1,9
Griechenland	2000	2,2 (Attica)
Großbritannien	2000/01	0,9
Irland	2002	1,1 bis 1,3
Italien	1996	2,1
Niederlande	2002	0,8
Österreich	2002	1,0
Portugal	1999	1,5
Schweden	2002	1,1
Spanien	2000	1,1

Fluoridsalz, Zähneputzen und zahnärztliche Prophylaxe sind Schlüssel zum Erfolg. Zurückführen lässt sich der positive Trend in Deutschland auf bevölkerungs-, gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen sowie das verbesserte Mundgesundheitsverhalten einschließlich der Nutzung fluoridhaltiger Zahncremes.

Eine effektive bevölkerungsprophylaktische Maßnahme ist die Fluoridierung von Speisesalz. So betrug im Jahr 2003 der Marktanteil fluoridierten Salzes, das als Jodsalz mit Fluorid im Handel ist, 60 Prozent des gesamten Speisesalz-Absatzes.

Seit der Änderung der Sozialgesetzgebung im Jahr 1989 (Finanzierung gruppenprophylaktischer Aktivitäten durch die gesetzliche Krankenversicherung, §21 SGB V) profitieren Kinder und Jugendliche von Aufklärungsaktionen (beispielsweise zum richtigen Zähneputzen) und Fluoridierungsmaßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe (siehe Tabelle 3.2.2). Im letzten Jahrzehnt hat sich dabei die Zusammenarbeit von Zahnärztinnen und Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, von gesetzlichen Krankenkassen, Einrichtungen der öffentlichen Hand und niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten zunehmend eingespielt.

Tabelle 3.2.2

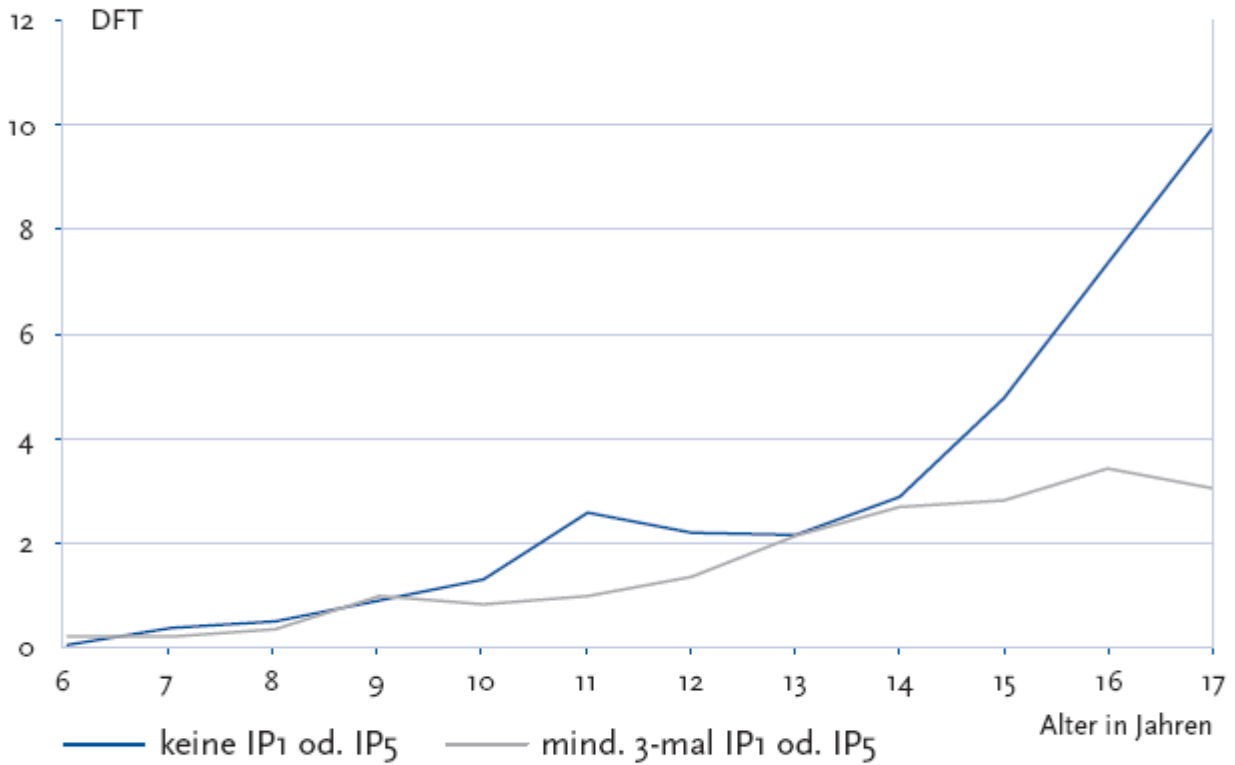
Tabelle 3.2.2: Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad 2002/2003.
Quelle: DAJ

Einrichtung	Betreuungsgrad in Prozent
Kindergarten	68,0%
Grundschule	67,1%
5./6. Klasse	33,3%
Sonderschule	41,9%

Verstärkt wurde die positive Entwicklung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen durch die Aufnahme der zahnärztlichen Individualprophylaxe (IP) in die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1991 (§22 SGB V). 1993 wurden die gesetzlich finanzierten Prophylaxeleistungen noch einmal erweitert. Zur Individualprophylaxe gehören Fluoridierungsmaßnahmen sowie die präventive Versiegelung von so genannten Fissuren (Furchen) an hinteren Backenzähnen (IP 5). Diese hat in besonderem Maße zum Kariesrückgang beigetragen [36 , 39] (siehe Abbildung 3.2.9).

Abbildung 3.2.9 [40]

Abbildung 3.2.9: Kariesentwicklung in Abhängigkeit von der Intensität der Individualprophylaxe.

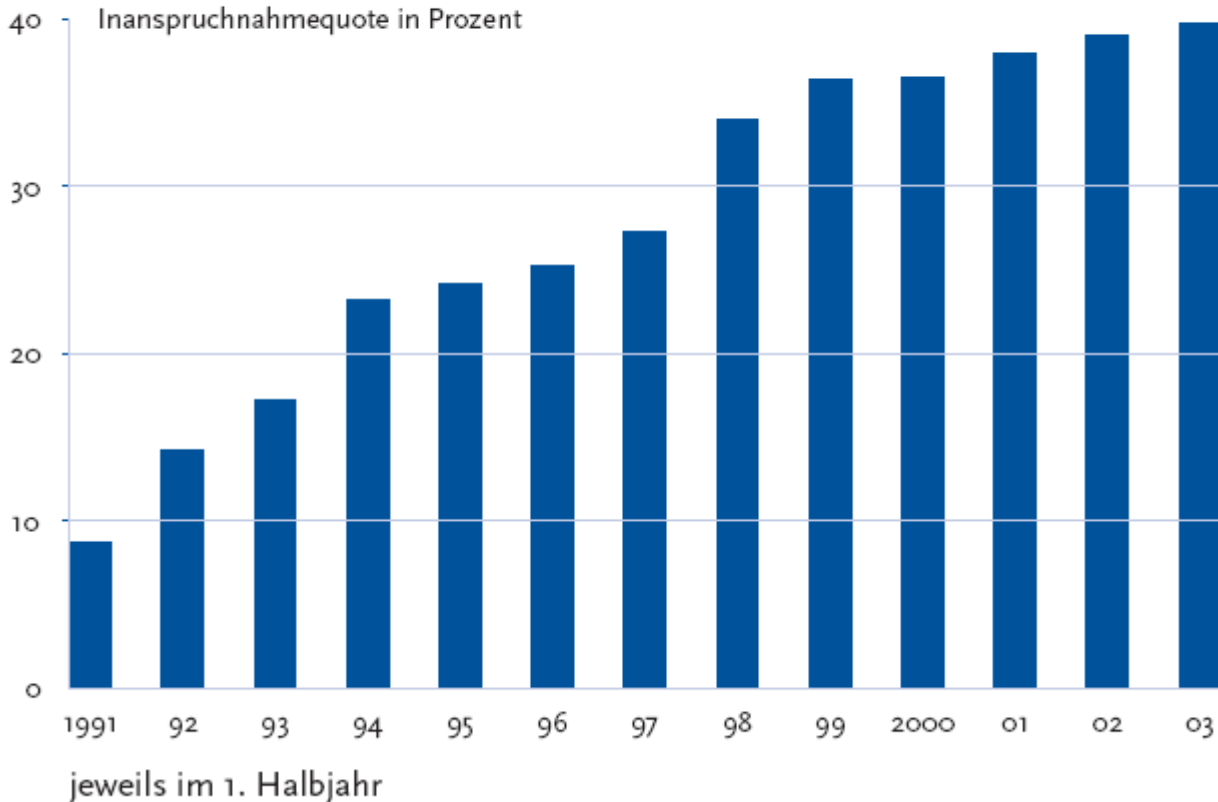


DFT = Zahl der geschädigten (decayed) oder gefüllten (filled) Zähne
 IP₁ = Beurteilung Mundhygienestatus
 IP₅ = Versiegelung der Fissuren der bleibenden Molaren

Seit der Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen hat die Inanspruchnahme der Individualprophylaxe deutlich zugenommen (siehe Abbildung 3.2.10). So hatten im ersten Halbjahr 1991 in den alten Bundesländern lediglich 8,7 Prozent der Anspruchsberechtigten die Möglichkeit zur Individualprophylaxe auch wahrgenommen (neue Bundesländer: 2,3 Prozent; ohne Abbildung). Im ersten Halbjahr 2003 dagegen lag die Quote bei 39,7 Prozent (neue Länder: 48,7 Prozent) (siehe auch Kapitel 4: Ambulante zahnärztliche Versorgung).

Abbildung 3.2.10 [41]

Abbildung 3.2.10: Inanspruchnahme der Individualprophylaxe (IP) durch IP-Berechtigte 1991–2003 (alte Bundesländer).



Ältere und sozial Benachteiligte profitieren bisher zu wenig von der Prophylaxe. Die heute über 35-Jährigen profitieren noch nicht von den in den 1980er Jahren einsetzenden Prophylaxeaktivitäten. Ein noch größeres Therapie- und Präventionspotenzial gibt es unter Senioren, die ihre Zähne gerade bei Pflegebedürftigkeit oder eingeschränkter Selbstständigkeit häufig nicht in einem funktionsfähigen Zustand bewahren können.

Zudem lässt sich bei der Mundgesundheit und dem zahnärztlichen Versorgungsniveau ein deutlicher Sozialschichtgradient ausmachen, sodass man grundsätzlich in allen Altersgruppen von einer ungleichmäßigen Verteilung der Karies (und Parodontitis) ausgehen muss. Tatsächlich sind die von Zahnerkrankungen besonders betroffenen Hochrisikogruppen, die jeweils etwa 20 bis 25 Prozent einer Altersgruppe ausmachen, meist in den unteren Bildungs- und Einkommenschichten zu finden.

Künftige Prophylaxestrategien sollten daher verstärkt auf ältere und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen abzielen, sowohl bei der Verhältnisprävention (beispielsweise Bevölkerungs- und Gruppenprophylaxe) als auch der Verhaltensprävention (beispielsweise Ernährung und Mundhygiene). Die Präventionsmaßnahmen müssen dabei von der zahnärztlichen individualprophylaktischen Betreuung ergänzt werden.

Literatur

- 36 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (Hrsg) (2001) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000 - Gutachten. ..Bonn
- 37 WHO (1979) Formulating strategies for health for all by the year 2000, Genf
- 38 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (Hrsg) (2004) Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe Jahresauswertung Schuljahr 2002/2003. DAJ Aktuell Spezial 2: 6 bis 10
- 39 Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg) (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III): Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- 40 Saekel R, Neumann T (2001) Ist zahnmedizinische Individualprophylaxe bei Jugendlichen effektiv? Die BKK 6: 265 bis 272
- 41 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) (2004) KZBV Jahrbuch 2004: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln

Tabellen mit den Werten aus den Abbildungen 3.2.8, bis 3.2.10

Abbildung 3.2.8: Rückgang des Kariesbefalls bleibender Zähne (DMF-T*) bei 12-Jährigen in Deutschland.

Quelle: WHO 1973; AS-Studie 1983; IDZ-Surveys 1989, 1992, 1997; DAJ-Studien 1994, 2000

Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
1973	7,2	3,8
1983	6,8	-
1987	-	3,4
1989	4,1	-
1992	-	3,3
1994/95	2,2	3,0
1997	1,4	2,6
2000	1,2	1,2

* DMF-T = Summe der infolge Karies geschädigten (decayed), fehlenden (missed) und gefüllten (filled) Zähne (teeth).

Abbildung 3.2.9: Kariesentwicklung in Abhängigkeit von der Intensität der Individualprophylaxe [40]

Alter in Jahren	keine IP1 oder IP5 (DFT)	mind. 3mal IP1 oder IP5 (DFT)
6	0,0	0,2
7	0,3	0,2
8	0,5	0,3
9	0,9	0,9
10	1,3	0,8
11	2,5	0,9
12	2,2	1,3
13	2,1	2,1
14	2,8	2,6
15	4,7	2,8
16	7,3	3,4
17	9,9	3,0

DFT = Zahl der geschädigten (decayed) oder gefüllten (filled) Zähne
 IP1 = Beurteilung Mundhygienestatus
 IP5 = Versiegelung der Fissuren der bleibenden Molaren

**Abbildung 3.2.10: Inanspruchnahme der Individualprophylaxe (IP)
durch IP -Berechtigte 1991 bis 2003 (alte Bundesländer)
(in Prozent) [41].**

Jahr (1. Halbjahr)	Alte Bundesländer
1991	8,7
1992	14,2
1993	17,3
1994	23,2
1995	24,2
1996	25,3
1997	27,3
1998	34,0
1999	36,4
2000	36,5
2001	38,0
2002	39,0
2003	39,7