



## Prävention

### Zwischen Fürsorge und Eigenverantwortung

<b>Editorial:</b> Prävention zwischen Fürsorge und Eigenverantwortung .....	3	die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe?.....	20
<b>Prof. Dr. Giovanni Maio:</b> Das Paradigma der Eigenverantwortung und die Privatisierung der Gesundheit. ....	4	<b>Prof. Dr. Ulrich Schiffner:</b> Erfolge, Grenzen und Weiterentwicklung der Kariesprävention .....	22
<b>Christian Weber:</b> Der Stellenwert der Prävention im Lichte des demografischen Wandels. ....	8	<b>Dr. Roschan Farhumand:</b> Zahngesundheit bei Kleinkindern in Hamburg - Ein Modellvorhaben der AOK Rheinland/Hamburg .....	24
<b>Dr. Jürgen Fedderwitz:</b> Prävention muss Vorfahrt haben. ....	10	<b>Prof. Dr. Thomas Kocher:</b> Diabetes und Parodontitis - Früherkennung und Behandlung des Diabetes in Zahnarztpraxen .....	26
<b>Dr. Rugzan Hussein:</b> Verbreitung prophylaktischer Maßnahmen in Zahnarztpraxen.....	14	<b>Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann:</b> Medizin durch Zahnmediziner .....	28
<b>Dr. Michael Dreyer:</b> Staatliche Fürsorge oder Eigenverantwortung des Patienten - Ein Problem für		<b>Dr. Thomas Einfeldt:</b> SPD-Gesundheitspolitiker Steffen-Claudio Lemme zu Gast bei der IGZ .....	30

# Weil uns mehr verbindet.



## Spezialisierte Beratung für Apotheker und Ärzte.

Ob beruflich oder privat: Die meisten Apotheker und Ärzte in Deutschland vertrauen auf unsere Leistung und spezialisierte Beratung.

Mehr Informationen erhalten Sie unter: [www.apobank.de](http://www.apobank.de)

Weil uns mehr verbindet.  deutsche apotheker-  
und ärztebank

Benn Roolf

# Prävention zwischen Fürsorge und Eigenverantwortung

Liebe Leserinnen und Leser,

den längsten Zeitraum in der Menschheitsgeschichte galten Krankheiten als vom Individuum weitgehend unbeeinflussbares Schicksal. Der Gedanke, durch eigenes Zutun, durch gesundheitsbewusstes Verhalten Erkrankungen vorzubeugen, war nichts weniger als eine kulturelle Revolution und führte ab der Mitte des 19. Jahrhunderts zu einer wahren Flut von Gesundheits- und Ratgeberliteratur, Aufklärungskampagnen und einer stürmischen Entwicklung von Medizin und Pharmakologie. Die neue Hygienebewegung erfasste nahezu alle Lebensbereiche, vom Arbeitsplatz über das Wohnen bis hin zur persönlichen Hygiene: Mit dem Haarewaschen, der Körperreinigung mit Seife verbreitete sich auch das tägliche Zähneputzen - eine gewaltige Errungenschaft der Zahnprophylaxe.

Ein gutes Jahrhundert später haben wir ein leistungsfähiges System der Prävention und Gesundheitsversorgung. Anders jedoch als am Ausgang des 19. Jahrhunderts ist heute eine Anspruchshaltung verbreitet, die ein individuelles „Recht auf Gesundheit“ geradezu apriori voraussetzt und als Adressaten für die Einlösung dieses Rechtes „den Staat“ und „die Kassen“ anspricht. Die Politik reagiert mit einer stärkeren Betonung der Eigenverantwortung des Patienten für seine Gesundheit, auch aus finanziellen Erwägungen heraus. Welches Verhältnis sollen künftig die Eigenverantwortung des Patienten und die Leistungen der Solidargemeinschaft haben? Darüber wird seit geraumer Zeit auch im Zusammenhang mit der Präventionsgesetzgebung gestritten. Mit der Balance zwischen öffentlicher Fürsorge und Eigenverantwortung beschäftigt sich der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio in seinem Beitrag und mahnt, „dass die an sich richtige Betonung der Eigenverantwortlichkeit nicht allmählich zu einer sanktionsbewehrten Einforderung von Gesundheit mutiert“.

Eine Krankheit zu verhindern ist besser und meist auch billiger, als eine Krankheit zu behandeln. Die Zahnmedizin hat inzwischen eine deutliche Entwicklung weg von der „reparierenden“ hin zu einer präventiven Heilkunde vollzogen. „In nahezu allen Bereichen der zahnärztlichen Tätigkeit hat sich das Volumen prophylaktischer Leistungen von 2000 bis 2009 erhöht“, stellt die Wissenschaftlerin Ruzgan Hussein in ihrem Beitrag fest. „Prävention muss Vor-

fahrt haben“, formuliert denn auch der KZBV-Vorsitzende Jürgen Fedderwitz die Prämisse der Zahnmedizin. Zahnärztliche Prophylaxe habe deutliche Erfolge erzielen können. Gleichzeitig gebe es aber noch Lücken, wie beispielsweise einen besonderen Präventionsbedarf bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, stellt Fedderwitz fest und fordert einen „präventionsorientierten Leistungskatalog für diesen Personenkreis“.

Unbestrittene Betreuungslücken gibt es auch in der Kariesprävention bei den unter 3-Jährigen. „Viele Kinder kommen heute bereits mit Kariessymptomen in die Kita“, schreibt Roschan Farhumand von der AOK Rheinland/Hamburg in ihrem Beitrag und stellt ein Modellprojekt mit innovativen Präventionsleistungen zur frühkindlichen Kariesprophylaxe vor.

Eine wichtige, aber bislang wenig beachtete Präventionsinitiative stellt der Parodontologe Thomas Kocher vor. Seit langem bekannt sind die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Diabetes. „Parodontitis-erkrankungen können ein Hinweis auf einen möglichen Diabetes sein. Zahnärzte können so oft als erste Symptome einer bislang unentdeckten Diabeteserkrankung feststellen.“ Kocher plädiert deshalb für eine stärkere Einbeziehung der Zahnärzte bei der Früherkennung und Behandlung des Diabetes. Unterstützt wird er dabei auch von Experten außerhalb der Zahnärzteschaft. So forderte der führende Diabetologe Hellmut Mehnert für Diabetiker eine fachübergreifende Behandlung und die Professionelle Zahnreinigung als Kassenleistung.

Neben dem Diabetes werden auch weitere Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose oder Erkrankungen der Atemwege mit Prozessen im Mundraum in Verbindung gebracht. Der Greifswalder Versorgungsepidemiologe Wolfgang Hoffmann plädiert daher dafür, Zahnärzte künftig stärker in die fachübergreifende Diagnose und Behandlung von Allgemeinerkrankungen einzubeziehen. Mit der bestehenden flächendeckenden Versorgungsstruktur und dem geschulten Prophylaxepersonal hätte die Zahnärzteschaft dafür exzellente Voraussetzungen, so Hoffmann.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.  
Benn Roolf



**Benn Roolf**  
Chefredakteur

Giovanni Maio

# Das Paradigma der Eigenverantwortung und die Privatisierung der Gesundheit



**Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. (phil.)**  
Lehrstuhl für Medizinethik am  
Institut für Ethik und Geschichte  
der Medizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Gibt es eine Pflicht des Individuums, gesund zu leben? Wir sehen heute die gesundheitsbewusste Lebensweise immer mehr auch als Pflicht gegenüber dem Staat, als Pflicht gegenüber der Gemeinschaft, als Pflicht gegenüber der Sozialversicherung. Immanuel Kant hat das Gebot, sich nicht selbst zu schädigen, als eine Pflicht gegen sich selbst formuliert. Diese ergibt sich daraus, dass der Mensch als Selbstzweck, als Mensch mit einer Würde betrachtet werden muss, und es wäre ein Verstoß gegen diese Würde, wenn der Mensch sich durch die Selbstschädigung selbst zur Sache machen würde. Diese von Kant postulierte Pflicht bringt zum Ausdruck, dass der Mensch auch gegenüber sich selbst letzten Endes unverfügbar ist. So ist es eben eine Form der Selbstachtung, wenn der Mensch achtgibt auf seine Gesundheit.

Auf der anderen Seite muss bedacht werden, dass nur derjenige tatsächlich gesundheitsbewusst leben kann, der auch die sozialen und emotionalen Ressourcen dazu hat. Viele Menschen müssen erst befähigt werden, gesundheitsbewusst zu leben, und sie brauchen erst einmal die Freiräume und die Möglichkeiten, sich entsprechend zu verhalten. Genau dieser Aspekt kommt in den heutigen Debatten zuweilen etwas zu kurz. Das hängt mit der Veränderung des Selbstverständnisses des Staates zusammen.

So ist die Vorstellung, dass der Staat schlichtweg die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten hat, immer mehr relativiert worden, weil es nicht mehr so zentral die Fürsorge ist, die dem Staat als Leitbild dient. Stattdessen wird der Ruf nach einer Modernisierung des Staates immer lauter. Und Modernisierung wird heute verstanden als Aufruf zum „aktivierenden Staat“. Das moderne Verständnis von Sozialstaat setzt immer weniger auf die Versorgung, sondern vielmehr auf die Aktivierung der Bürger und damit auf das Konzept der Eigenverantwortung des Individuums. Prämisse der Politik ist somit die Förderung der eigenen Kompetenzen des Bürgers, letztlich mit der Zielsetzung, ihn dadurch zur Übernahme eigener Verantwortung zu verpflichten. Man sagt zwar, dass man den Sozialstaat unbedingt erhalten wolle, aber de facto fährt man ihn zurück, und dies maskiert hinter akzeptanzverschaffenden Begriffen

wie Freiheit, Wahlfreiheit, Mündigkeit. Auf der anderen Seite ist es ganz sicher auch zu begrüßen, dass der Staat auf die Aktivierung des Bürgers setzt, und es ist auch zu begrüßen, dass der Bürger von heute eben nicht einfach die Medizin zur „Reparatur“ heranziehen soll, ohne sich selbst an der eigenen Gesundung und auch am Gesundbleiben zu beteiligen. Allerdings ist es unabdingbar, über die Grenzen des Aktivierungsmodells genauer zu sprechen.

Grundsätzlich steht der heutige Mensch im Gesundheitswesen vermehrt in der Pflicht, Entscheidungen in Bezug auf seine Gesundheit zu treffen, sei es, weil das System nicht mehr alles bezahlt, sei es, weil das System oder die Gesellschaft von ihm vermehrt gesundheitsförderndes Verhalten verlangen. Aufgabe des aktivierenden Staates ist es nicht mehr, Menschen gegen zentrale Lebensrisiken abzusichern, sondern in größtmöglichem Maße dafür zu sorgen, dass sich der Bürger selbst um das Gesundbleiben kümmert und sich eigenverantwortlich verhält. Es ist sehr interessant, dass diese staatliche Auferlegung einer Pflicht zur Verantwortungsübernahme gekoppelt worden ist an eine Rhetorik der Emanzipation. Es handelt sich hier um eine geschickte Doppelstrategie von Emanzipationsversprechen und gleichzeitiger Forderung nach Eigenverantwortung und damit nach einem konformen Verhalten. Menschen sollen also vom Staat mit allen Voraussetzungen individuellen Erfolgs ausgestattet werden, damit sie anschließend in die selbständige Eigenverantwortung entlassen werden können. Und das soll in der Weise geschehen, dass man ihnen Emanzipation verspricht und zugleich Pflichten einfordert. Man könnte das auch unter dem Schlagwort „Fördern und Fordern“ subsumieren. Im ersten Schritt werden individuelle Kompetenzen im Hinblick auf das persönliche Gesundheitsverhalten gefördert. Wenn dies nicht ausreicht, bleibt die Androhung von Sanktionen. Letzten Endes ist es dann so zu verstehen, dass wir es hier mit einer Koppelung des Konzepts der Gesundheitskompetenz mit dem Konzept der Eigenverantwortung zu tun haben. Das heißt, es besteht eine Verbindung zwischen Patientensouveränität und Individualisierung der Verantwortung, eine Verbindung von Kompetenz und Verpflichtung. Eigenverantwortung ist hier einerseits Voraussetzung

und zugleich auch die Folge des politischen Postulats eines souveränen Bürgers. Und natürlich ist es vernünftig, den mündigen Bürger und auch den mündigen Patienten anzustreben, aber es wird hier zu schnell und zu leicht übersehen, dass die Übernahme von Verantwortung an Grundvoraussetzungen geknüpft werden muss. Menschen müssen erst befähigt werden, Verantwortung zu übernehmen, bevor sie sanktioniert werden.

Im Kontext der besonderen Betonung von Gesundheitskompetenz in Verbindung mit der Forderung

Hintergrund kann man hier von einer zunehmenden Privatisierung der Gesundheit sprechen.

Beim Begriff der Eigenverantwortung wird aber zu leicht vergessen, dass die Gruppen der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen, zu erkranken, auch im Durchschnitt die geringsten Möglichkeiten und Fähigkeiten haben, die Gesundheitsförderung in ihrem Verhalten zu berücksichtigen. Das hat damit zu tun, dass die unterprivilegierten Schichten über weniger Freiheiten und auch über weniger finanzielle Möglichkeiten verfügen, um in der Wahl ihres Lebensstils

## Der Doppelcharakter von Eigenverantwortung - als Mittel zur Emanzipation des Patienten und zugleich als Mittel zum Zweck der Kostenreduzierung im Gesundheitswesen - machte sie zum idealen Paradigma einer neuen Gesundheitspolitik.

von Eigenverantwortung wird der Gesundheitszustand vornehmlich als individuelles Geschehen interpretiert, das geradezu ausschließlich abhängig ist von persönlichem Gesundheitsverhalten. Das ist aber eine irriige Annahme. Gesundheit ist nicht einfach ein individuelles Persönlichkeitsmerkmal, sondern Gesundheit ist in hohem Maße abhängig von strukturellen Rahmenbedingungen und nicht vom Einzelnen allein. Wir haben es hier zuweilen mit einer Verengung der Verantwortungsperspektive zu tun.<sup>1</sup> Es wird zwar sehr wohl erkannt, dass sich die individuelle Gesundheit nicht allein durch persönliche Anstrengungen erzeugen lässt, weil Gesundheit und Krankheit von einem komplexen Gefüge aus strukturellen Lebensbedingungen, milieubedingter Lebensweise und individuellem Lebensstil bestimmt werden. Doch diese komplexe Gemengelage ist offenbar unkontrollierbar und unregulierbar geworden. Darum soll das eigenverantwortliche Individuum in die Pflicht genommen werden.

Diese Entwicklung paart sich mit dem Emanzipationsbestreben der Patienten, die eben Partizipation für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu Recht forderten und fordern. Eigenverantwortliche Patienten wurden somit zur zentralen Zielvorstellung. Die Patienten wollten im Sinne der Patientenrechte mehr Mitspracherechte für die eigene Gesundheit haben und sollten dann in der Folge auch mehr Verantwortung tragen, im Sinne der Patientenpflichten. Dieser Doppelcharakter von Eigenverantwortung - als Mittel zur Emanzipation des Patienten und zugleich als Mittel zum Zweck der Kostenreduktion im Gesundheitswesen - machte sie zum idealen Paradigma einer neuen Gesundheitspolitik. Vor diesem

sich gesundheitsfördernd zu verhalten. Sie haben, bedingt durch ihren sozialen Status, oft schlichtweg gar keine Wahl, verfügen nicht über die Entscheidungsfreiheiten, die bei höheren Schichten ausgeprägter sind. Aber es sind nicht nur Schichtzugehörigkeiten, die über das Ausmaß der Fähigkeit zur Übernahme von Gesundheitsverantwortung entscheiden. Auch das Alter der Patienten spielt hier eine große Rolle, und auch ihr Gesundheitszustand. Das bedeutet, dass sowohl sozial schlechter gestellte Menschen als auch ältere und vor allen Dingen kranke Menschen über weniger Möglichkeiten verfügen, eine Gesundheitskompetenz zu erwerben. Das hat auch damit zu tun, dass diese Gruppen einfach mehr Mühe haben, nicht nur Informationen zu verstehen, sondern sich auch mit anderen Personen über Fragen der Gesundheitserhaltung auszutauschen. Gesundheitskompetenz hat also nicht nur etwas mit der Fähigkeit und Bereitschaft zur Wissensaneignung beispielsweise durch Lesen zu tun, sondern vor allen Dingen damit, ob diese Menschen tragfähige soziale Kontakte haben, die ihnen Gespräche über gesundheitsrelevante Fragen ermöglichen. So sind es die Beziehungsstrukturen und nicht nur die Lesefähigkeit, die über die Fähigkeit zur Entwicklung einer Gesundheitskompetenz und damit einer Eigenverantwortung entscheiden.

Was bedeutet das für die Frage nach Eigenverantwortung und Prävention? Im Folgenden seien drei Desiderate formuliert, die in ethischer Hinsicht zu beachten sind, wenn wir über Prävention und Eigenverantwortung sprechen. Gesundheitsförderndes Verhalten ist wichtig und muss unterstützt werden, aber es bedarf eines differenzierten Umgangs mit dem Präventionsappell, weil es einerseits starke Menschen gibt, die Verantwortung von sich aus übernehmen können, und andererseits auch viele Menschen, denen man

<sup>1</sup> Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch – Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 2012.

erst helfen muss, damit sie befähigt werden, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Daher muss der Ruf nach Prävention unabdingbar gekoppelt werden an das Desiderat einer *Hilfe zur Verantwortungsfähigkeit*, Hilfe zur Befähigung. Das heißt eben, dass die Politik die Verantwortung für die Gesundheit nicht einfach schematisch und undifferenziert an den Einzelnen abgeben kann. Die Gesellschaft bzw. die sozialen Systeme tragen selbst Verantwortung dafür, Menschen zu helfen, verantwortungsfähig zu werden.

Ferner muss der Ruf nach Prävention gekoppelt werden an das Desiderat der *Vermeidung einer Diskriminierung*. Diese Diskriminierung stellt sich ein durch eine einseitige Sichtweise auf gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen. Es ist ein weit verbreiteter Topos, zum Beispiel Fast Food, das Freizeitverhalten mit exzessivem Fernsehkonsum oder die Fettleibigkeit als bedrohliche krankheitsfördernde Ursachen zu kritisieren.<sup>2</sup> Dabei wird oft der Stab gebrochen über die Menschen, die sich so verhalten. Vergessen wird hierbei, dass alle drei genannten Merkmale in den unterprivilegierten Gruppen unserer Gesellschaft viel häufiger anzutreffen sind als in den Mittelschichten.

<sup>2</sup> Bettina Schmidt: *Der kleine Unterschied: Gesundheit -- fördern und fordern*. In: B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hg.): *Risiko Gesundheit*. Wiesbaden: VS-Verlag für Gesundheit, 2010, S. 23-38.

*Nicht nur unterprivilegierte Schichten, auch ältere und kranke Menschen können nur schwer die Position des eigenverantwortlich handelnden, mündigen und auf Augenhöhe mit dem Arzt spechenden Patienten einnehmen.*

Es ist weithin bekannt, dass es eine Korrelation gibt zwischen sozialer Privilegiertheit und Gesundheitsstatus eines Menschen. Aber ist das wirklich so einfach? So stellt sich die drängende Frage: Warum kritisieren wir nicht genauso das gesundheitsgefährdende Verhalten von Workaholics? Warum kritisieren wir nicht das Verhalten der privilegierten Schichten, die zum Beispiel durch die Wahl eines hektischen, stressreichen Lebens ihre Gesundheit wohl in ähnlicher Weise gefährden wie der Fastfood-Konsument? Diese aufgeworfene Frage soll nicht als eine Bagatellisierung oder gar Entschuldigung des gesundheitsgefährdenden Verhaltens unterprivilegierter Schichten gedeutet werden. Aber es ist doch offenkundig, dass hinter den öffentlichen Kritiken nicht nur Statistiken stecken, sondern dahinter verbergen sich vielmehr verdeckte Werturteile und nicht zuletzt die Vorstellung des idealen, fehlerfreien Norm-Menschen, der pflichtgemäß und hochperformant für seine Gesundheit sorgt und so die Gemeinschaft entlastet.

Heute leben wir in einer Leistungsgesellschaft, in der sich Menschen über ihre Leistungsfähigkeit definieren, und alle, die nicht in dieses Raster passen, fallen heraus. Daher fördert unsere Gesellschaft diejenigen, die leisten können, und schließt diejenigen aus, die nicht derart leistungsfähig sind. Damit aber versperrt die Gesellschaft denjenigen, die diese Leistungsfähigkeit nicht von alleine erreichen können, den Zugang zu Privilegien und sie belohnt diejenigen, die Leistung erbringen, selbst dann, wenn diese Leistung auf Kosten ihrer Gesundheit geht. Wir messen hier also mit zweierlei Maß.

Dies zeigt die Schwierigkeit auf, die wir vorfinden, wenn wir Krankheiten als Resultate menschlicher Handlungen deuten wollen. Dann müssten wir nicht nur die ohnehin negativ besetzten Handlungen in die Waagschale werfen, sondern wir müssten auch die Handlungen negativ bewerten, die ansonsten hoch im Kurs stehen, aber dennoch gesundheitsgefährdend sind. Dazu sind aber viele Menschen nicht bereit. Es sollte daher weniger die Frage im Fokus stehen, wer Schuld trägt an einer Krankheit, weil das der falsche Zugang ist zum Thema Prävention. Es ist vielmehr wichtig danach zu fragen, wie man es schaffen kann, dass möglichst wenig Menschen krank werden, und hierfür muss man an den sozialen Verhältnissen genauso ansetzen wie an der Motivation der Einzelnen zum gesunden Lebensstil. Die sozialen Verhältnisse darf man nicht einfach wegleugnen. Es bedarf vielmehr kluger Strategien, die die Menschen in ihrer jeweils spezifischen Lebenswelt abholen; es bedarf Strategien, die bei diesen Menschen das Gefühl der Freude am Gesundsein und an der gesunden Lebensweise hervorbringen. Ohne die positive Besetzung des Gesundseins und des gesundheitsfördernden Verhaltens wird man nicht erfolgreich sein können.



Ein drittes Desiderat bezogen auf den Appell zur Prävention wäre: *Vermeidung einer neuen Moralisierung von Krankheit*. Gesundheit und Krankheit erscheinen uns immer weniger als Geschehnisse, als Fügungen, sondern immer mehr als Resultate, als Produkte unserer eigenen Handlungen, ja als Erzeugnisse unseres eigenen Willens. Nicht nur medizinische Ratgeber, sondern zunehmend auch Praxen und Kliniken lassen Gesundheit als das erscheinen, was man mit genügend Mühe und Investition auch garantiert erreichen kann. Gesundheit wird immer mehr als machbare und planbare Leistung betrach-

Die Politik muss auch beachten, dass die an sich richtige Betonung der Eigenverantwortlichkeit nicht allmählich zu einer sanktionsbewehrten Einforderung von Gesundheit mutiert. Selbst wenn man dem technizistischen Glauben vom idealen Gesundheitsverhalten folgt, ist es - abgesehen von einigen gesicherten Kausalitäten - doch sehr schwierig, Gesundheit und damit auch gesundheitsförderndes Verhalten konkret zu definieren, weil oft individuelles Verhalten und soziale Verhältnisse miteinander verschränkt sind. Die Politik könnte vor allem negative Aussagen wie „Nicht-Rauchen“, „Nicht-Trinken“ formulieren,

## Es ist ein großer Unterschied, ob man eine Präventionskampagne startet, um Gesundheit zu fördern, oder ob man sie startet, um Gesundheit zu fordern. Eine Gesundheit fordernde Gesellschaft wird die sozialen Unterschiede weiter vertiefen.

tet. Der gesunde Körper wird damit als Zeichen dafür gesehen, dass man hart genug an sich gearbeitet hat.<sup>3</sup> Im Gegenzug wird der Krankgewordene sich zumindest unterschwellig der Frage ausgesetzt sehen, warum er denn krank geworden sei und ob er sich denn nicht gesund ernährt oder etwa die Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen habe usw. Gesundheit ist aber nicht nur Leistung, sondern am Ende auch Geschenk, und Krankheit sollte nicht mit dem Begriff der Schuld und Strafe neu in Verbindung gebracht werden, weil man damit eine grundlegende Entsolidarisierung einleiten würde. Es gilt, positive Anreize zu setzen, ohne zu signalisieren, dass man sich am Ende von den Krankgewordenen distanzieren würde.

Es gilt, eine positive Motivation zu schaffen und nicht mit Strafe zu drohen. Es ist ein großer Unterschied, ob man eine Präventionskampagne startet, um Gesundheit zu fördern, oder ob man sie startet, um Gesundheit zu fordern. Der Grat zwischen Fördern und Fordern ist nicht nur semantisch sehr schmal. Eine Gesundheit fordernde Gesellschaft wird die sozialen Unterschiede in der Gesellschaft weiter vertiefen. Die Privilegierten haben entsprechende Ressourcen, um sich so zu verhalten, wie es dem Ideal einer auf Leistung ausgerichteten Gesundheitsgesellschaft entspricht. Aber die ohnehin benachteiligten Gruppen in der Gesellschaft werden aufgrund ihrer viel geringeren Ressourcen noch weiter abgehängt. Die Politik kann sich aus diesen Gründen nicht einfach darauf zurückziehen, die Verantwortung für die Gesundheit ausschließlich dem Individuum zuzuweisen.

aber wenn es um die Bestimmung positiven Verhaltens geht, wird es schon schwieriger. Die Vorstellung, Gesundheit sei eine positiv definierbare, individuell erzielbare Leistung und könne zur Pflicht gemacht werden, ist daher eine eher irriige Annahme.

Vor diesen Hintergründen ist es entscheidend, dass sich die Medizin selbst in reflektierter Weise mit dem immer lauter werdenden Ruf nach Prävention auseinandersetzt. Gerade die gegenwärtige Ära der Ökonomisierung, Individualisierung und Entsolidarisierung ist für den sozialen Charakter der Medizin eine große Herausforderung, weil zu befürchten ist, dass die Medizin sich dadurch grundlegend verändert und sich von ihrem genuin helfenden, sozialen Auftrag entfernt. Umso notwendiger erscheint es, dass die Medizin sich gerade heute auf ihre Kernaufgabe besinnt. Sie kann nicht als Medizin alle Leistungen der Gesundheitsförderung übernehmen, weil die Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Es bleibt zwar eine zentrale Aufgabe der Medizin, Patienten dabei zu helfen, zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise zu gelangen, aber gleichzeitig sollte das Bewusstsein bewahrt werden, dass die medizinische Hilfe für kranke Menschen nicht mit der Diskussion einer etwaigen individuellen Schuld des Patienten verknüpft werden kann - auch wenn diese im praktischen Einzelfall hier und da offenkundig sein mag. Aus guten Gründen folgt ärztliches Handeln von jeher dem Ideal des bedingungslos Helfenden. Versuche, dieses Paradigma aufzuweichen, rütteln an den Grundfesten der Medizin als sozialer Praxis. Daher wäre gerade in unseren Zeiten die Medizin gut beraten, nicht zum Richter über den Patienten zu mutieren, sondern Anwalt und Helfer des Patienten zu bleiben.

<sup>3</sup> Gernot Böhme: *Leibsein als Aufgabe: Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*. Kusterdingen, Die Graue Edition, 2003.

Christian Weber

# Der Stellenwert der Prävention im Lichte des demografischen Wandels



**Christian Weber**  
Abteilungsleiter für Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, Pflegeversicherung und Prävention im Bundesministerium für Gesundheit

Gesundheit und deren Erhaltung ist ein wichtiger gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Faktor. Die Gesundheit der Menschen ist entscheidend für Wohlbefinden, selbstbestimmte Lebensführung, Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit. Sie ist die unverzichtbare Basis für produktives und erfülltes Arbeiten und mehr Lebensqualität. Unsere Gesellschaft hat sich seit dem 19. Jahrhundert stark gewandelt, was auch Auswirkungen auf unsere Gesundheit hat. Die Lebenserwartung steigt kontinuierlich und das Krankheitsspektrum hat sich verändert. Infektiöse Erkrankungen wurden zurückgedrängt, chronische Krankheitsgeschehen hingegen haben stark zugenommen. Zusätzlich haben sich die Lebensbedingungen und die Lebensstile der Bevölkerung grundlegend geändert. Für die Gesellschaft des längeren Lebens brauchen wir die Mitverantwortung jedes Einzelnen und jedes Unternehmens sowie stützende Rahmenbedingungen durch die Politik.

Ziel der Demografiestrategie der Bundesregierung ist es daher, jedem Einzelnen entsprechend seiner Lebenssituation und seines Alters Chancen zu eröffnen, seine Potenziale und Fähigkeiten zu entwickeln, und ihm zu helfen, seine Vorstellungen vom Leben zu verwirklichen. Um dieses Ziel zu erreichen, will die Bundesregierung die Rahmenbedingungen in allen Lebensbereichen – von der Familie über die Bildung, das Arbeitsleben und Ehrenamt bis hin zur Gesundheit – so gestalten, dass sie den Erfordernissen Rechnung tragen, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben.

Die Maßnahmen der Bundesregierung betonen die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie setzen auf eine koordinierte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Präventionsakteure mit gemeinsamen Zielen.

## Nationale Gesundheitsziele

Im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ ist u. a. das Ziel „gesund älter werden“ erarbeitet worden. Es beinhaltet die Stärkung gesellschaftlicher Teilhabe, die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und der Widerstandskraft, die Minderung gesundheitlicher Risiken, die Stärkung körperlicher Aktivität und Mobilität, eine ausgewogene Ernährung

und Mundgesundheit. Dazu gibt es Empfehlungen für Gesundheitsförderung und Prävention sowie für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen. Darüber hinaus berücksichtigt es besondere Herausforderungen wie das Thema Demenz oder Multimorbidität.

Viele Krankheiten können vermieden werden, wenn frühzeitig auf bekannte Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel oder etwa auf psychische Belastungen Einfluss genommen wird. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, frühzeitig gegenzusteuern.

## Nationaler Aktionsplan IN FORM

Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung wird gemeinsam vom Bundesministerium für Ernährung und vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt. IN FORM setzt bei Kindern und Jugendlichen an. Da das Gesundheitsverhalten insbesondere in den ersten Lebensjahren stark geprägt wird, muss mit dieser Aufklärung bereits bei Kindern angesetzt werden. Nur so werden aus Kindern gesunde und informierte Erwachsene, die die Verantwortung für die eigene Gesundheit und die der Familie übernehmen können. Wichtig ist es, die Menschen in die Lage zu versetzen, frei und selbstbestimmt zu entscheiden, ob sie sich gesund verhalten oder nicht. Ein Schwerpunkt des Aktionsplans ist es daher, zu informieren und aufzuklären und damit die Kenntnisse über die Zusammenhänge von ausgewogener Ernährung, ausreichender Bewegung und Gesundheit bei den Menschen weiter zu verbessern und zu gesunder Lebensweise zu motivieren. Außerdem wurde eine Vielzahl von breitgefächerten Aktivitäten zur Etablierung von gesundheitsförderlichen Strukturen in Familien, Kindertagesstätten und Schulen, aber auch in anderen Lebenswelten unternommen. Wie effektiv Prävention und Prophylaxe sein können, wird insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung deutlich.

## Zahnmedizinische Versorgung

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung hat sich in den letzten 25 Jahren ein Paradigmenwechsel hin zu einer von der Prävention geprägten Versorgung vollzogen. Vorsorge und Prophylaxe haben



hier dazu geführt, dass immer mehr Menschen in unserem Land deutlich länger Freude an ihren eigenen Zähnen haben. Dank einer guten Aufklärung durch Zahnärzte und Zahnärztinnen, entsprechender Vorsorge der Patientinnen und Patienten sowie einer prophylaxeorientierten Behandlung stellen wir bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine erfreuliche Verbesserung der Mundgesundheit fest.

Verstärkte Anstrengungen in der Gruppen- und Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen

### Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention

Die bestehenden Aktivitäten und Überlegungen sind in den Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention eingeflossen, der sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindet. Mit dem Gesetzentwurf wird nicht nur ein gesundheitspolitischer Schwerpunkt des Koalitionsvertrages aufgegriffen, sondern auch ein wesentlicher Beitrag zur Umsetzung der im vergangenen Jahr von der Bundesregierung beschlossenen Demografiestrategie geleistet. Seinerzeit hatte die Bundesregierung ausdrücklich hervorgehoben,

## Die Lebenserwartung steigt kontinuierlich und für die Gesellschaft des längeren Lebens brauchen wir die Mitverantwortung jedes Einzelnen und jedes Unternehmens sowie stützende Rahmenbedingungen durch die Politik.

sowie eine verbesserte Mundhygiene tragen hier Früchte. Entscheidend ist zudem, dass sich der Fokus der zahnärztlichen Behandlung seit den 1990er Jahren maßgeblich verändert hat: Vorsorge und Zahnerhaltung verdrängen Spätversorgung und Zahnersatz. Die Gesundheitspolitik hat durch entsprechende Rahmenbedingungen ganz wesentlich dazu beigetragen, dass Prävention und Zahnerhaltung in der Praxis Vorfahrt haben.

### Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des sich ändernden Krankheitsspektrums baut die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Fachbehörde des BMG für Prävention und Gesundheitsförderung seit mehreren Jahren den Arbeitsbereich „gesund und aktiv älter werden“ aus. So fand am 6. Juni 2013 bereits die zweite BZgA-Bundeskonferenz 2013 GESUND & AKTIV ÄLTER WERDEN in Berlin statt. Auf Landesebene führt die BZgA seit 2009 gemeinsam mit Partnern auf ministerieller Ebene und den Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung Regionalkonferenzen „GESUND UND AKTIV ÄLTER WERDEN“ in allen Bundesländern durch.

Die BZgA unterstützt die Akteure vor Ort mit unterschiedlichen Publikationen wie beispielsweise der Arbeitshilfe „GESUND UND AKTIV ÄLTER WERDEN“ für Gebiete mit besonderem Entwicklungsbedarf oder der Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren „Die Jungen Alten“. In ihrem Newsletter GESUND UND AKTIV ÄLTER WERDEN informiert die BZgA regelmäßig über Aktuelles im Themenfeld, beispielsweise über Daten, Tagungen, neue Projekte und Publikationen.

dass die Rahmenbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Ziel überprüft werden sollen, den Anteil der Unternehmen, die sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren, zu erhöhen.

Der Gesetzentwurf will mit einer Reihe unterschiedlicher Maßnahmen sicherstellen, dass deutlich mehr Menschen von guten und wirksamen Präventionsleistungen der Krankenkassen profitieren. Es sollen gerade die Menschen erreicht werden, die bislang keine Präventionsangebote in Anspruch genommen haben. Der Gesetzentwurf verpflichtet die Krankenkassen, ihre Ausgaben für Prävention in Kitas, Schulen, Senioreneinrichtungen, Betrieben und anderen Lebenswelten zu verdreifachen. Darüber hinaus soll die bisher im Grundschulalter bestehende Vorsorge für U-Untersuchungen geschlossen werden.

Die Maßnahmen des Gesetzentwurfs betonen die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie setzen auf eine zielbezogene Zusammenarbeit der unterschiedlichen Präventionsakteure. So soll das Bundesministerium für Gesundheit die Länder und Kommunen, die Sozialpartner und weitere maßgebliche Akteure zu einer ressortübergreifenden Ständigen Präventionskonferenz einladen. Damit soll dauerhaft eine Plattform etabliert werden, die die Entwicklung und Umsetzung gemeinsamer nationaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele fördert. Wenn sich alle staatlichen Ebenen und gesellschaftlichen Akteure sowie die Bürgerinnen und Bürger vor Ort mit dem Ziel beteiligen, einvernehmlich zusammenzuwirken, kann die Gestaltung des demografischen Wandels gelingen.

Jürgen Fedderwitz

# Prävention muss Vorfahrt haben



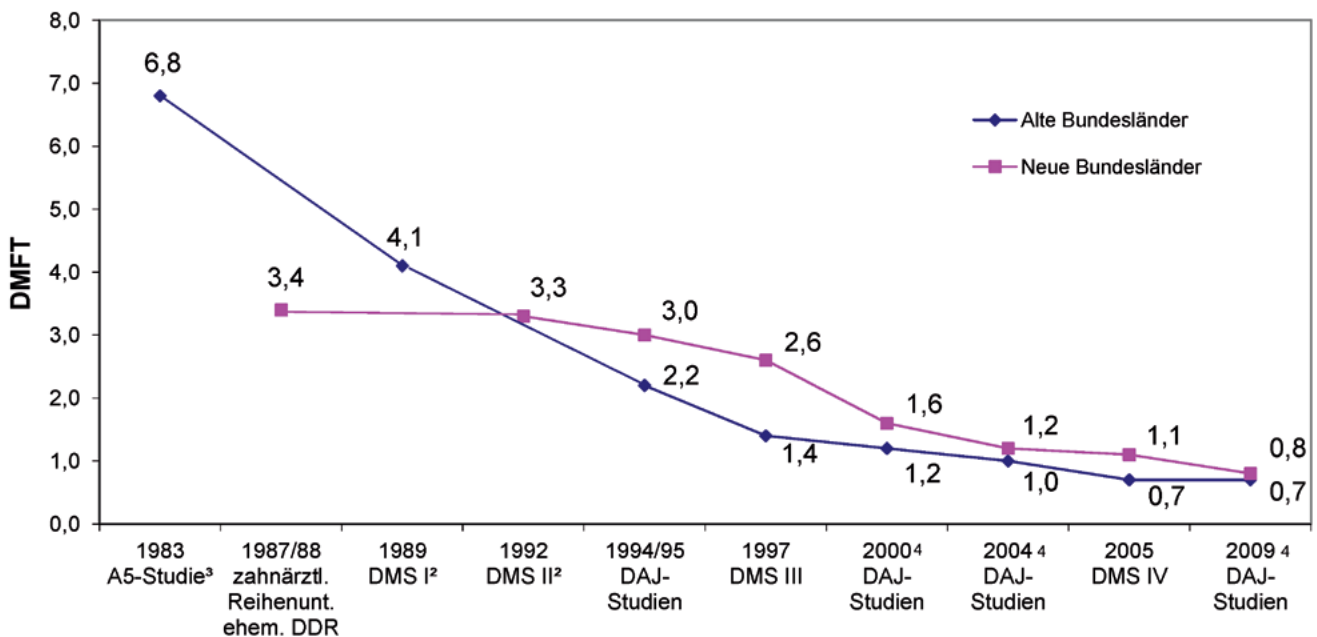
**Dr. Jürgen Fedderwitz**  
Vorsitzender des Vorstandes  
der Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung (KZBV)

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen einen Spitzenplatz ein. In den letzten zehn Jahren ist die Karieslast bei Kindern und Jugendlichen um mehr als 60 Prozent zurückgegangen. Dies lässt sich dokumentieren durch die Entwicklung des DMFT-Wertes: Demnach ist (in den alten Bundesländern) die durchschnittliche Zahl von fehlenden, kariösen oder gefüllten Zähnen von 12-Jährigen von 6,8 Zähnen im Jahr 1983 kontinuierlich auf 0,7 Zähne im Jahr 2009 gesunken (siehe Abbildung). Die Gründe dafür liegen in der umfangreichen Gruppen- und Individualprophylaxe, die das Fundament für ein zahngesundes Leben legen, zielgerichteten Aufklärungskampagnen, dem Einsatz von Fluoriden sowie der Fissurenversiegelung auf den Kauflächen. Hinzu kommt, dass durch die vielfältigen Prophylaxemaßnahmen der Präventionsgedanke in keinem anderen

medizinischen Teilbereich so stark verankert worden ist wie in der Zahnmedizin. Es ist der Zahnärzteschaft gelungen, die Patienten zur eigenverantwortlichen und gründlichen Mundpflege zu motivieren. Zudem ist der regelmäßige Kontrolltermin in der Zahnarztpraxis beim Großteil der Bevölkerung zur Selbstverständlichkeit geworden. Auch das Robert-Koch-Institut führt die Erfolge bei der Mundgesundheit auf den Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin von einer kurativen hin zu einer präventiven, minimal invasiven Ausrichtung der Zahnheilkunde zurück.<sup>1</sup> Nicht zu vergessen ist außerdem der Zeitgeist, der schönen Zähnen einen hohen Stellenwert beimisst. Die Erfolge zeigen, dass Prävention ganz klar Vorfahrt vor der kurativen Behandlung haben muss. Denn so

<sup>1</sup> Grischa Brauckhoff, Thomas Kocher, Birte Holtfreter, Olaf Bernhardt, Christian Splieth, Reiner Biffar, Anke-Christine Saß: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47 – Mundgesundheit, Robert-Koch-Institut Berlin, 2009.

## Präventionserfolge in der Zahnmedizin: Entwicklung des Kariesindex (DMFT<sup>1</sup>) bei den 12-Jährigen



1 Decayed (kariöse), Missing (fehlende) und Filled (gefüllte) Teeth (Zähne)  
2 rechnerisch interpoliert, untersucht wurden die 8/9-jährigen Kinder und 13/14-jährigen Jugendlichen  
3 A5-Studie Bundesweite Patientenstudie der DGZMK von 1983  
4 DAJ Deutscher Arbeitskreis für Jugendzahnpflege

Quelle: IDZ, 2013

gut die zahnmedizinischen Innovationen auch sind, ein natürliches Gebiss ist durch nichts zu ersetzen. Gesunde Zähne und ein gesunder Mund- und Rachenraum sind eine wichtige Voraussetzung für die Ernährung und die Fähigkeit der Artikulation und somit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Trotz aller Erfolge gibt es weiterhin Lücken in der Prävention. In einer freiheitlichen Gesellschaft kann

che Früherkennungsuntersuchung setzt derzeit erst ab dem 30. Lebensmonat ein, wenn häufig bereits ein kariöser Defekt besteht. Daher sollten die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen von Beginn an, also auch für Kinder von null bis drei Jahren, von Zahnärzten durchgeführt werden, um die Häufigkeit der frühkindlichen Karies zu reduzieren. Kinder müssen bereits mit dem Durchbrechen des ersten Milchzahnes systematisch zahnmedizinisch betreut werden.

## Es ist der Zahnärzteschaft gelungen, die Patienten zur eigenverantwortlichen und gründlichen Mundpflege zu motivieren. Zudem ist der regelmäßige Kontrolltermin in der Zahnarztpraxis beim Großteil der Bevölkerung zur Selbstverständlichkeit geworden.

man lediglich appellieren. Mit Appellen wird man jedoch immer an Grenzen stoßen und womöglich niemals alle Menschen mit präventiven Maßnahmen erreichen können. Diese Grenzen und Barrieren sind ganz unterschiedlicher Natur, sie sind mitunter kulturell oder sprachlich bedingt. Manche zahnmedizinischen Problemgruppen entziehen sich schlicht der zahnmedizinischen Behandlung und fallen daher durch das Präventionsraster. Häufig sind es aber auch ganz einfach gesetzliche Barrieren, die einer besseren Prävention im Wege stehen. Wir als Zahnärzteschaft haben Konzepte entwickelt, um diese Präventionslücken trotzdem so gut wie möglich schließen zu können, und arbeiten hartnäckig daran, unsere Konzepte umzusetzen. Denn unser Ziel als Zahnärzteschaft muss es sein, den erfolgreichen Präventionsansatz auf den gesamten Lebensbogen auszudehnen. Auch mit zunehmender Lebenserwartung sollen Menschen bis zum Lebensende ihre natürlichen Zähne und damit eine hohe Lebensqualität behalten. Eine umfassende Präventionsstrategie muss deshalb an die unerlässliche Eigenverantwortung der Patienten appellieren, den gesamten Lebensbogen umspannen und eine zahnmedizinische Versorgungsgerechtigkeit über jede Altersgruppe und alle sozialen Gruppen hinweg zum Ziel haben.

Gerade die Jüngsten finden bei der Prävention noch nicht genügend Berücksichtigung. So hat die frühkindliche Karies bei unter Dreijährigen in den letzten Jahren nicht ab-, sondern zugenommen. Die frühkindliche Karies wird vor allem durch die permanente Aufnahme von zucker- und säurehaltigen Getränken verursacht. Häufig gibt es bei Eltern kein Bewusstsein für die Mundgesundheit von Säuglingen und Kleinkindern. Die sogenannte Nuckelflaschenkaries wird heute immer öfter beobachtet. Die Betreuung durch den Kinderarzt reicht hier nicht aus. Die zahnärztli-

Bereits die werdenden Eltern sollten in Zusammenarbeit mit Gynäkologen und Hebammen über Mundgesundheitsfragen informiert werden. Denn gerade bei Kleinkindern kommt der elterlichen Betreuung eine ganz besondere Bedeutung zu. Es steht die Frage im Mittelpunkt, wie und auf welche Weise Eltern motiviert werden können, bereits ab den ersten Lebensmonaten für die Zahn- und Mundgesundheit ihrer Kinder vorzusorgen.

Die Deutschen Mundgesundheitsstudien zeigen deutlich, dass bestimmte Gruppen von den bisherigen Präventionsbemühungen nicht profitiert haben. So gibt es bei Kindern und Jugendlichen trotz der intensiven Gruppen- und Individualprophylaxe auch negative Entwicklungen, die es umzukehren gilt. Beispielsweise ist bei Kindern eine wachsende Schiefllage in der Kariesverteilung zu beobachten. Demnach tragen etwa zehn Prozent der 12-Jährigen über 60 Prozent der Karieslast in dieser Altersgruppe.<sup>2</sup> Auffällig dabei ist, dass sich diese Risikogruppe vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund rekrutiert. Eine präventive Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko scheitert bisher vielfach daran, dass diese Kinder nur sehr schwer erreicht werden können. Hier stößt die Zahnärzteschaft auf dieselben Barrieren, die sich auch in anderen sozialen Betreuungsbereichen hemmend auswirken. Die notwendigen Zugänge zu schaffen und Kinder und Jugendliche aus Risikogruppen in die erfolgreiche Individual- und Gruppenprophylaxe zu integrieren, ist daher nur als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe lösbar.

Die demografische Entwicklung in Deutschland rückt ein weiteres Problemfeld in den Vordergrund. Pfl-

<sup>2</sup> Vgl. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie, 2006.

gebedürftige und Menschen mit Behinderung haben an der positiven Entwicklung der Mundgesundheit nicht angemessen partizipiert. Altersassoziierte Krankheiten wie Wurzelkaries nehmen dort zu. Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ist deutlich schlechter als die des Bevölkerungsdurchschnitts.<sup>3</sup> Sie gehören zur Hochrisikogruppe für Karieserkrankungen, denn sie können häufig keine eigenverantwortliche Mundhygiene durchführen, haben Schwierigkeiten, eine Praxis aufzusuchen, oder sind nicht kooperationsfähig bei der Behandlung. Auch für diese Menschen benötigen wir bedarfsgerechte und präventiv ausgerichtete Versorgungskonzepte. Zwar hat der Gesetzgeber den akuten Handlungsbedarf erkannt und mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz den Anspruch auf aufsuchende zahnmedizinische Betreuung auf der Grundlage des GKV-Leistungskatalogs beschlossen. Der besondere Präventionsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung bleibt jedoch weiterhin unberücksichtigt. Es fehlt ein präventionsorientierter Leistungskatalog für diesen Personenkreis. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat hierzu zusammen mit der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin und dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ entwickelt, mit dem sich die Präventionslücke mit einem § 22a SGB V schließen ließe, indem betroffene Versicherte einen Anspruch auf bedarfsadäquate Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erhalten.

Das zahnmedizinische Problemfeld der Parodontitis betrifft hingegen alle Altersgruppen. Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie hat gezeigt, dass Parodontitis in der Bevölkerung sehr weit verbreitet ist. 52,7 Prozent aller Erwachsenen leiden unter mittelschweren und 20,5 Prozent unter schweren Formen der Parodontitis. Bei den Älteren sind 48,0 Prozent von einer mittelschweren und 39,8 Prozent von einer schweren Parodontitis betroffen.<sup>4</sup> Man kann also fast schon von einer „Volkskrankheit“ sprechen. Diese enorm hohe Verbreitung dieser Erkrankung zeigt die Notwendigkeit auf, die Parodontitisfrüherkennung und -frühbehandlung samt der dazugehörigen Nachsorge zu fördern und in den Mittelpunkt zukünftiger Präventions- und Versorgungsstrategien zu stellen. Parodontitis-Risikogruppen müssen nach Möglichkeit schon unter den Jugendlichen identifiziert werden und Prophylaxemaßnahmen bzw. einer frühen Therapie zugeführt werden.

<sup>3</sup> Vgl. Imke Kaschke, Ina Nitschke: Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Bundesgesundheitsblatt, 2011.

<sup>4</sup> Vgl. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie, 2006.

Den Fortschritten in der Zahnmedizin ist zu verdanken, dass es uns Zahnärzten schon heute gelingt, vielen unserer Patienten bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende zu erhalten. Und dies gelingt selbst dann noch, wenn sie ein erhöhtes individuelles Erkrankungsrisiko für Parodontitis haben. Für das Erkrankungsrisiko sind eine Reihe von Faktoren entscheidend, nämlich Mundhygienedefizite, exogene Risikofaktoren (wie z. B. Rauchen und Stress), systemische Risikofaktoren (wie z. B. Diabetes mellitus, immunologische Imbalancen) und genetische Faktoren. Die internationale Forschung ist sich darin einig, dass man all diese Faktoren bei der Festlegung von parodontologischen Präventionszielen im Auge behalten muss. Um diesen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, ist ein hoher, in der Zukunft wachsender, präventiv ausgerichteter Betreuungsaufwand notwendig. Nur so können wir eine weitere Zunahme und Verbreitung von Parodontitis in der Bevölkerung vermeiden.

Parodontitis ist ein gutes Beispiel für die Bedeutung der Verbindung zwischen Zahnmedizin und Mundgesundheit mit der allgemeinen Gesundheit der Patienten. Denn Parodontitis ist eine Entzündung, die den ganzen Körper angreifen kann und mit dem Auftreten von Herzerkrankungen korreliert. Bei Schwangeren kann eine Parodontitis mitverantwortlich sein für eine Frühgeburt. Diabetes und Rheuma beeinflussen ebenfalls die Mundgesundheit, aber dies gilt auch umgekehrt. Bei einer zahnärztlichen Routineuntersuchung können auch Hinweise auf Rheuma, Osteoporose, Diabetes und Krebs erkannt werden. Der Zahnarzt kann Mundhöhlenkrebs – vor allem für Männer eine lebensgefährliche Erkrankung – frühzeitig erkennen. Psychosomatische Erkrankungen können sich ebenfalls in der Mundhöhle manifestieren. Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie haben negativen Einfluss auf die Zahngesundheit und lassen sich somit frühzeitig durch den Zahnarzt erkennen. Zahnärzte können diese Krankheiten zwar nicht therapieren, sie können jedoch Beratungsstellen nennen und die Patienten motivieren, diese aufzusuchen. Zahnmediziner sind daher nicht einfach nur Ärzte für gesunde Zähne, sondern nehmen eine wichtige Früherkennungsfunktion ein, die sowohl in erster Linie dem Versicherten, aber auch dem Gesundheitssystem als Ganzem zugutekommt. Nirgendwo können wir dies so gut beobachten wie bei den Parodontalerkrankungen.

Jedoch fehlen bisher Elemente einer strukturierten, nachsorgenden Betreuung bei einer Parodontitis. Ob eine Therapie effektiv ist, hängt stark von der Mitwirkung der Patienten ab. Daher sind wir Zahnärzte bestrebt, das Wissen um präventive Verhaltensweisen und die Bedeutung der Erkrankung für die Allgemein-

heit zu verbessern. Individualprävention ist entscheidend, um die Zahl der Patienten mit schwerer Parodontitis zu verringern und den Krankheitsverlauf in weniger massive Verlaufsformen zu verändern. Damit können wir ein Abgleiten von Gingivitisfällen in Parodontitisfälle verhindern. Um auf diesem Feld entschieden voranzukommen, wird man die Mitarbeit und Mitverantwortung der Patienten mit entsprechenden Anreizsystemen fördern müssen. Dazu bietet sich das in der Bevölkerung anerkannte und etablierte Bonusheft in idealtypischer Weise an und entspricht damit auch seiner präventionsorientierten

Mit dem Festzuschussystem haben wir eine Balance zwischen öffentlich organisierter Fürsorge und Eigenverantwortung des Patienten im Bereich der zahnärztlichen Versorgung geschaffen, das für andere Versorgungsbereiche – nicht nur in der Zahnmedizin – als Vorbild dienen kann. Der medizinisch-technische und zahnmedizinische Fortschritt machen die lebenslange Gesunderhaltung der Zähne zu einem erreichbaren Ziel. Doch auf dem Weg dahin müssen wir auch ethische Fragen klären. Nicht alles, was in der modernen Zahnmedizin therapeutisch möglich ist, lässt sich über eine solidarisch finanzierte Kran-

## Der besondere Präventionsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung bleibt jedoch weiterhin unberücksichtigt. Es fehlt ein präventionsorientierter Leistungskatalog für diesen Personenkreis.

Zielsetzung. Notwendig sind also präventive Maßnahmen zur Verhütung von Parodontalerkrankungen sowie systematische aktive und unterstützende parodontale Therapiemaßnahmen, um einer weiteren Verbreitung von Parodontitis entgegenzuwirken. Eine Übernahme dieser Leistungen als GKV-Sachleistung würde die Solidargemeinschaft wahrscheinlich überfordern. Sie sind allein im GKV-Sachleistungskatalog nicht finanzierbar. Denn zum einen wird der Bedarf von Maßnahmen gegen Parodontitis aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmen, auf der anderen Seite wird sich die Finanzierungssituation in der GKV eben aufgrund des demografischen Wandels und der sinkenden Zahl von Beitragszahlern verschlechtern. Daher werden wir nicht darum herum kommen, die Bereitschaft der Bevölkerung auch zur finanziellen Eigenverantwortung im Bereich der präventiven Maßnahmen zu heben.

Im Bereich des Zahnersatzes ist die Bereitschaft der Bevölkerung dazu bereits heute sehr groß. Mit dem Festzuschussystem ist es gelungen, die finanziellen Belastungen der GKV zu begrenzen, ohne dass auf der einen Seite Patienten von der Versorgung ausgeschlossen werden und ohne dass auf der anderen Seite Therapiealternativen ausgeschlossen werden. In der zahnmedizinischen Versorgung wurde so insgesamt ein außerordentlich hoher Versorgungsgrad erreicht. Gleichzeitig konnte sich der Anteil der Zahnmedizin an den GKV-Ausgaben halbieren. Neben dem Festzuschussystem ist die von den Zahnärzten eingeleitete Stärkung der Prävention der Hauptgrund für diese Entwicklung.

kenversicherung darstellen. In der zahnmedizinischen Versorgung gibt es über fast alle Leistungsbereiche mehrere Therapiealternativen, die sich in Aufwand und Komfort unterscheiden. Für den Zahnersatzbereich ist uns im gesellschaftlichen Miteinander die Abgrenzung zwischen einer solidarisch finanzierten, qualitativ hochwertigen Versorgung einerseits, der sogenannten „need dentistry“, und den darüber hinausgehenden individuellen Wünschen des Patienten andererseits, der sogenannten „want dentistry“, gelungen. Zudem wird in diesem System die Vermeidung sozialer Härten gewährleistet. Mit dem Festzuschussystem gewinnen alle Beteiligten: Die Patienten partizipieren am medizinischen Fortschritt, die Krankenkassen haben eine höhere Planungssicherheit und wir Zahnärzte können unseren Patienten ein erweitertes therapeutisches Spektrum anbieten. Ausgehend von diesem positiven Beispiel, werden wir Zahnärzte uns dem Zielkonflikt zwischen der bestmöglichen Patientenversorgung und der dauerhaften Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auch in anderen Leistungsbereichen stellen.

Rugzan Hussein

# Verbreitung prophylaktischer Maßnahmen in Zahnarztpraxen

## Ergebnisse einer Befragungsstudie in Niedersachsen und Bremen



**Dr. Rugzan Hussein**  
Zahnärztin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover

### Hintergrund

In Deutschland sowie in anderen Industrieländern ist seit ungefähr drei Jahrzehnten ein starker Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten. Dieser ist als Folge verschiedener Maßnahmen anzusehen wie des Ausbaus der Gruppen- und Individualprophylaxe, verbreiteter Anwendung von fluoridhaltigen Zahnpasten, der verbesserten häuslichen Mundpflege sowie eines veränderten Lebensstils (Petersen et al. 2005; RKI 2006). Noch 1989 betrug der DMFT-Index<sup>1</sup> bei den 12-Jährigen 4,1 in Westdeutschland und 3,8 in der DDR. Im Jahr 2009 lag er bei 0,7 (zum Vergleich Großbritannien: 1983= 3,1 und 2009= 0,7) (WHO 2013). Damit ist das von der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2000 formulierte Mundgesundheitsziel zur Kariessenkung für das Jahr 2020 in dieser Altersgruppe in Deutschland unterschritten (DMFT-Index = 0 - 1,1 „sehr niedriger Kariesbefall“) (WHO 2000).

Eine Konzentration der oralen Erkrankungen (Karies und Parodontitis) in bestimmten Bevölkerungsgruppen wie z. B. Personen in schwierigen Sozialverhältnissen, mit Migrationshintergrund und Senioren in Altenheimen ist weiterhin zu beobachten. Im Erwachsenenalter sind Parodontitis und Karies immer noch weit verbreitet (DMFT-Wert = 14,5 und CPI<sup>2</sup> Score 4 (Taschentiefe  $\geq$  6mm) = 20,5 bei den 35 - 44-Jährigen) (RKI 2006; Schiffner 2006; Hoffmann 2006). In Deutschland sind Karies und Parodontalerkrankungen die häufigsten Ursachen für Zahnverlust bei Erwachsenen (Glockmann et al. 2011). Der aktuelle Zahnreport zeigt, dass ungefähr 29% der Bevölkerung mindestens eine Füllung im Jahr 2011 erhalten hatten und bei 9% mindestens ein Zahn entfernt wurde (Schäfer et al. 2013). Die International Collaborative Study zeigte bereits vor 30 Jahren, dass wiederholte Füllungen und prothetische Behandlungen die Mundgesundheit nicht verbessern, sondern den Krankheitsgrad erhöhen (Arnljot et al. 1985). Deshalb ist das Ziel der modernen Zahnheilkunde, nicht

nur orale Erkrankungen und Beschwerden zu vermeiden, sondern die Mundgesundheit unter Beachtung der zugrunde liegenden Determinanten für die orale, aber auch für die allgemeine Gesundheit zu fördern. Abbildung 1 zeigt, dass orale Erkrankungen weitgehend vom Gesundheitsverhalten der Menschen abhängen und dieses wiederum von deren Wissen und Einstellungen sowie dem sozio-ökonomischen Hintergrund der Personen. Hier liegen die Hauptansatzpunkte für präventives Handeln.

Vor diesem Hintergrund scheint die Verbesserung der Mundgesundheit durch eine effiziente häusliche Mundpflege und das Fortführen der professionellen Prophylaxemaßnahmen (PZR) im Erwachsenenalter und bei prekären Bevölkerungsgruppen von besonderer Bedeutung. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt neben Fluoridierungsmaßnahmen auch Interventionen zur gesunden Ernährung und zur Rauchentwöhnung für die weitere Verbesserung der Mundgesundheit (Petersen et al. 2005).

In Deutschland gewinnt die zahnmedizinische Prävention immer mehr an Bedeutung. Eine Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zeigt, dass 73% der teilnehmenden Zahnärzte, die einen Schwerpunkt angaben, Prophylaxe und Prävention nannten (Micheelis et al. 2010). Immer mehr präventive Maßnahmen werden in den Zahnarztpraxen angeboten. Dies hat Folgen sowohl für das Arbeitsspektrum als auch für die Struktur der Zahnarztpraxis, wie z. B. eine Zunahme des qualifizierten Prophylaxepersonals und einen Rückgang der Zahl der Zahntechniker in der eigenen Praxis (Bauer et al. 2009).

Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse einer postalischen Befragung unter niedergelassenen Zahnärzten in Niedersachsen und Bremen dargestellt. Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover, der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen erstellt. Das Angebot prophylaktischer Maßnahmen wurde im Jahr 2009 untersucht und mit den Ergebnissen einer früheren Studie des IDZ und der Medizinischen Hochschule Hannover verglichen<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Der DMFT-Index beschreibt die Zahl der kariösen (Decayed), der infolge von Karies gezogenen (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth).

<sup>2</sup> Der CPI (Community Periodontal Index) klassifiziert die Zähne nach Krankheitsgrad und beschreibt den Behandlungsaufwand und -bedarf der Parodontalerkrankungen.

<sup>3</sup> Für den vollständigen Beitrag siehe Hussein et al.: Dtsch Zahnärztl Z 2013, 68: 30–37.

(Schneller et al. 2001). In diesem Beitrag werden folgende Fragen beantwortet: „Wie sieht die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe heute aus?“ und „Welche präventiven Maßnahmen werden in der Zahnarztpraxis heute vermehrt angeboten?“

### Methodik

In der Studie von 2009 wurden Zufallsstichproben hinsichtlich Geschlecht, Alter und Niederlassung der Zahnärzte aus dem Register der Zahnärztekammer

### Ergebnisse

Der Rücklauf der aktuellen Studie betrug 33% (n = 685 Fragebögen), 660 davon wurden in die Analyse einbezogen. Das Durchschnittsalter beträgt 46 Jahre und ungefähr 56% der Teilnehmer sind männlich (n = 365). Als häufigste Spezialisierungen wurden Implantologie (29%) und Parodontologie (23%) genannt. Ungefähr zwei Drittel der teilnehmenden Zahnärzte geben an, an Fortbildungen mit Inhalten zur Prophylaxe und Prävention teilzunehmen bzw. sich mittels Fachlite-

## Orale Erkrankungen hängen weitgehend vom Gesundheitsverhalten der Patienten ab und dieses wiederum von deren Wissen und Einstellungen sowie dem sozio-ökonomischen Hintergrund. Hier liegen die Hauptansatzpunkte für präventives Handeln.

Niedersachsen und dem der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen generiert. Es wurden insgesamt 2075 Zahnärzte angeschrieben. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit wurden Fragen aus der früheren Studie von Schneller et al. übernommen.

ratur darüber zu informieren (Tabelle 1). In ca. 60% der Zahnarztpraxen ist qualifiziertes Prophylaxepersonal (Dentalhygieniker bzw. Prophylaxeassistenten) vertreten und ca. 70% der Zahnarztpraxen verfügten über eine oder mehrere Prophylaxeeinheiten.

**Tabelle 1: Beschreibung der Studienteilnehmer getrennt nach Geschlecht**

Merkmale		Geschlecht**		
		Männer	Frauen	Alle*
Altersgruppen	< 34 Jahre	20 (5,6)	38 (13,2)	58 (9,0)
	35-54 Jahre	237 (66,0)	212 (73,6)	449 (69,4)
	> 55 Jahre	102 (28,4)	38 (13,2)	140 (21,6)
Berufliche Erfahrung	Durchschnitt in Jahren	17,9	12,5	15,6
Gesamte Arbeitsstunden pro Woche	Durchschnitt in Stunden	44,8	38,6	42,1
Arbeitsstunden am Patienten pro Woche	Durchschnitt in Stunden	35,2	32,1	33,9
Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Prävention	Ja	260 (71,2)	184 (63,7)	444 (67,9)
Lesen von wissenschaftlichen Journals	Ja	237 (64,9)	199 (68,9)	436 (66,7)
Prophylaxepersonal	Ja	222 (61,2)	166 (57,6)	388 (59,6)
Prophylaxeeinheit	Ja	262 (72,0)	187 (65,2)	449 (69,0)
Privatpatienten	< 20.0%	248 (70,1)	194 (70,0)	442 (70,0)
	> 20.0%	106 (29,9)	83 (30,0)	189 (30,0)
Prävention als Spezialisierung	Ja	58 (16,5)	48 (17,1)	106 (16,8)
Prävention als Schwerpunkt	Ja	165 (47,0)	145 (51,6)	310 (49,1)

\* Die Zahl der Zahnärzte in den verschiedenen Analysen lag zwischen 629 und 654. \*\* Zahlen in Klammern sind Prozentwerte.

Der Rücklauf bei der zum Vergleich herangezogenen IDZ-Studie betrug 52,5%. 65,5% der Teilnehmer (gesamt n = 577) waren männlich. Die Geschlechts- und Altersverteilung stimmten mit denen der Grundgesamtheit der tätigen Zahnärzte in Deutschland überein (Schneller et al. 2001).

an (s. Abbildung 3). Die Zahnärzte der aktuellen Studie bieten Demonstrationen und Unterweisungen zur korrekten Zwischenraumpflege „immer“ zu 42% und „oft“ zu 46% an. Insgesamt wurden im Jahr 2009 Demonstrationen zur Zahnputztechnik häufiger „immer bis oft“ durchgeführt als solche zur Zahnseideanwen-

## In nahezu allen Bereichen der zahnärztlichen Tätigkeit hat sich das Volumen prophylaktischer Leistungen von 2000 bis 2009 erhöht, von Maßnahmen zur Diagnostik über die Aufklärung der Patienten, die Demonstration korrekter Zahnputztechniken bis hin zur Fluoridierung und Professionellen Zahnreinigung.

Die angebotenen und durchgeführten Maßnahmen werden in vier Schwerpunktthemen zusammengestellt. Das erste Schwerpunktthema umfasst *Maßnahmen zur Diagnostik und Risikobewertung oraler Erkrankungen*. Abbildung 2 zeigt, wie häufig die Teilnehmer diese Maßnahmen im Vergleich zu der Studie von Schneller et al. anbieten. Maßnahmen zur Risikoeinschätzung werden von ungefähr 15% der Zahnärzte „immer“ und 30% „oft“ durchgeführt. In der aktuellen Studie bieten die Zahnärzte im Vergleich zu der Studie von Schneller et al. (26%) diese Maßnahme signifikant öfter (45%) an. Eine ausführliche Mundpflegeanamnese wird von 35% der teilnehmenden Zahnärzte „immer“ und von 43% „oft“ im Jahr 2009 erstellt. Im Vergleich zu den Ergebnissen von 2000 wird diese Maßnahme häufiger durchgeführt (78% vs. 67%).

Im zweiten Schwerpunkt sind *Maßnahmen zur Aufklärung der Patienten* enthalten. Ein Blick in Abbildung 2 zeigt die Raten zur Aufklärung der Patienten und Wissensvermittlung über Krankheitsursachen in den beiden Studien. Im Vergleich zur früheren Studie erfolgt diese Maßnahme häufiger „immer bis oft“ als vor zehn Jahren (93% vs. 87%). Die Zahnärzte der vorliegenden Studie bieten ihren Patienten Informationen über zahngesunde Ernährung „immer“ zu 16% und „oft“ zu 50% an. Im Vergleich zu den Ergebnissen von 2000 klären die Zahnärzte ihre Patienten seltener zu diesem Thema „immer bis oft“ auf (66% vs. 74%).

Das dritte Schwerpunktthema umfasst *Maßnahmen zur Demonstration korrekter Zahnpflegetechniken*. Ungefähr 55% der Teilnehmer gaben an, dass in ihren Praxen Maßnahmen zu korrekten Zahnpflegetechniken (Dauer, Zahnbürsttechnik und Systematik) „immer“ angeboten werden. 40% boten sie „oft“

an (94% vs. 88%). Im Vergleich zu den Ergebnissen der früheren Studie demonstrieren die Zahnärzte im Jahr 2009 die korrekte Zahnputztechnik häufiger (94% vs. 86%). In der aktuellen Studie bieten die Zahnärzte im Vergleich zu der Studie vom Jahr 2000 (84%) die korrekte Zahnzwischenraumpflege etwas häufiger (88%) an.

Zum vierten Schwerpunktthema gehören *Maßnahmen zur Fluoridierung und zur professionellen Zahnreinigung* (Abbildung 3). Professionelle Fluoridanwendung wird von der Mehrheit der Zahnärzte mit 97% im Jahr 2009 sehr häufig angeboten. Empfehlungen zu Fluoridierungsmaßnahmen zuhause (z. B. fluoridiertes Speisesalz, fluoridierte Zahnpasten) werden „immer bis oft“ von etwa 87% der Zahnärzte gegeben. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Jahres 2000 setzen die Zahnärzte professionelle Fluoridierungsmaßnahmen (97% vs. 81%) häufiger ein und sprechen öfter Empfehlungen für die häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen aus (87% vs. 68%). Die professionelle Zahnreinigung wird von 92% der Zahnärzte der aktuellen Studie „immer bis oft“ angeboten. Professionelle Zahnreinigung wird im Jahr 2009 im Vergleich zu dem Jahr 2000 signifikant häufiger durchgeführt (92% vs. 63%).

### Diskussion

Präventive Maßnahmen werden heute in den Zahnarztpraxen häufiger als vor einem Jahrzehnt angeboten. Internationale Studien zeigen eine Abnahme restaurativer und zahnerhaltender Behandlungen in den Zahnarztpraxen zugunsten präventiver und diagnostischer Maßnahmen (Manski und Moeller 2002; Ferracane et al. 2011). Dies deutet auf die Änderung der Bedürfnisse der Patienten, das zunehmende Interesse an Prophylaxe sowie die Zahlungsbereitschaft der Patienten hin. Auf der Zahnarztseite kann das verstärk-



te Angebot an präventiven Maßnahmen Folge einer Einstellungsänderung der Zahnärzte gegenüber der Prävention und/oder dem finanziellen Erfolg durch Prävention sein.

In einer früheren Studie betrachteten die Zahnärzte als effektivste Maßnahmen gegen Karies und Parodontitis die Fluoridanwendung (gegen Karies), die professionelle Zahnreinigung (u. a. mechanische Plaque- und Zahnsteinentfernung) und die Patientenschulung (Wissensvermittlung, Motivierung) (Schneller et al. 1998). Die Bedeutung dieser Maßnahmen scheint noch größer geworden zu sein, da heute diese Maßnahmen verstärkt angeboten werden, was auf das zugrundeliegende Vertrauen der Zahnärzte in die Prävention hinweist. Die Anwendung von Fluoriden ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Kariesprävention. Die vermehrte professionelle und häusliche Fluoridanwendung kann auf die durch zahlreiche Studien belegte Unbedenklichkeit des Fluoridgebrauchs zurückgeführt werden. Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit der Fluoride gegen Karies und deren Anwendung hat sich auch für die Prävention von Wurzelkaries verbreitet (Heijnsbroek et al. 2007; Hellwig und Lennon 2004).

Maßnahmen der professionellen Zahnreinigung beinhalten die Untersuchung der Mundhöhle (z. B.

Plaque, Blutungen und Taschen), Anweisungen zu korrekten Zahnpflegetechniken, Plaqueentfernung und Politur, Fluoridanwendung, Risikoeinschätzung und Vereinbarung des nächsten Recalltermins. Die professionelle Zahnreinigung wird heute in den teilnehmenden Zahnarztpraxen deutlich öfter als vor zehn Jahren durchgeführt. Dies kann an der zunehmenden Zahl gut ausgebildeter Prophylaxeassistentinnen in den Praxen liegen, wodurch das Angebot deutlich zugenommen hat (Freeman et al. 2005). Ein weiterer Grund kann das verstärkte Interesse des Patienten an der eigenen Mundgesundheit sein. Aufmerksamkeit erhält die Prophylaxe auch durch die zunehmende Präsenz des Themas in den Print- und TV-Medien wie auch in der Ratgeberliteratur. Im Allgemeinen achten die Patienten heutzutage mehr auf ihren Mundgesundheitszustand. Das Bewusstsein für orale Erkrankungen und die Sensibilisierung der Patienten sowohl für die Mundgesundheit, die Ästhetik als auch die Art der zahnmedizinischen Versorgung haben sich geändert. Beispielsweise putzen sich 84% der 35- bis 44-Jährigen mindestens zweimal pro Tag die Zähne (Micheelis und Reiter 2006). Es wird mehr auf weiße Zähne geachtet, auf saubere Zähne statt Karies, Kunststofffüllungen statt Amalgamfüllungen und auch Implantatversorgungen statt Brücken, und das, selbst wenn die Patienten die (Mehr-)Kos-

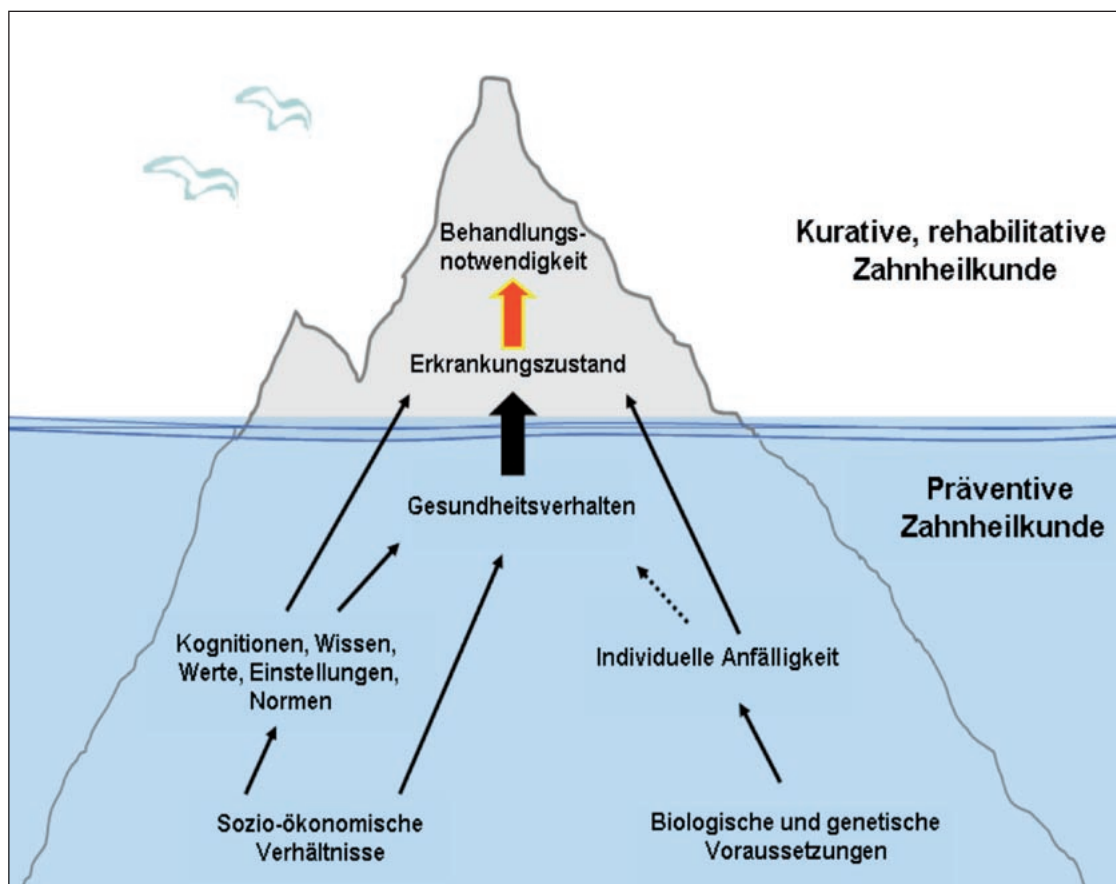


Abbildung 1:  
Kurativ-zahnmedizinisches  
Krankheitsmodell vs. bio-psy-  
cho-soziales präventives Krank-  
heitsmodell (© Hussein und  
Schneller 2011).

ten dafür übernehmen müssen (Schäfer et al. 2013). Dies motiviert die Zahnärzte, ihre Prophylaxeangebote zu erweitern und immer weiter zu entwickeln. Veränderungen in den Einstellungen der Zahnärzte gegenüber Prävention im Sinne von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Prävention können eine mögliche Erklärung für das vermehrte Angebot der professionellen Zahnreinigung sein. Als weitere Motive auf Seiten der Zahnärzte kommen die Konkurrenzsituation gegenüber anderen Praxen und eine größere Berufszufriedenheit bei prophylaktischer Patientenversorgung in Frage (Hussein et al. 2013).

Maßnahmen zur Risikobewertung sind in den Zahnarztpraxen hingegen nicht sehr verbreitet. Die Zahnarztpraxis sollte sich intensiver mit der Risikobewertung oraler Erkrankungen und deren zugrunde liegenden ätiologischen Faktoren beschäftigen. Diese sind biologische, psychologische und soziale Determinanten (s. Abbildung 1). Altersgerechte Risikobewertungsstrategien sind entscheidend für die erfolgreiche Vermeidung oraler Erkrankungen. Der demografische Wandel und die raschen Entwicklungen in der zahnmedizinischen Versorgung und Technologie führen zu längerem Erhalt der natürlichen Zähne. Dies wiederum bedeutet, dass das Erkrankungs-

risiko für Parodontitis und Wurzelkaries zunimmt. Ältere Menschen benötigen deshalb zusätzliche und intensivere Betreuung bezüglich der Verbesserung der Mundhygiene, Prävention von Wurzelkaries sowie gesunder Ernährung im Alter (Hellwig und Altenburger 2011; BZÄK 2002).

Ernährungsmodifikation auf gesunde Alternativen ist eine wichtige Maßnahme zur Kariesprävention. Internationale Studien weisen auf eine suboptimale Versorgung diesbezüglich hin (Freeman et al. 2005; Holloway und Clarkson 1994). Zahnärzte und Zahnmedizinstudenten verfügen nur über unzureichendes Wissen über eine zahngesunde Ernährung (Shah et al. 2011; Kelly und Moynihan 2008). Auch in Deutschland werden diese Aspekte bislang kaum im Zahnmedizinstudium und auch nicht in den zahnärztlichen Weiter- und Fortbildungen angesprochen. Weitere Gründe für das Nichtanbieten von qualifizierter Ernährungsberatung sind Zeitmangel, fehlendes Beratungstraining sowie fehlende Motivation der Patienten (Threfall et al. 2007; Kelly und Moynihan 2008). In Deutschland gibt es zudem kaum Studien, die sich mit Ernährungsberatung und den Einstellungen der Zahnärzte dazu beschäftigen.

LITERATUR

Arlijot H., Barmes D., Cohen L., Hunter P. & Ship I. *Oral Health Care Systems: An International Collaborative Study*. London: Quintessence, 1985.

Bauer J., Neumann T. & Saekel R. *Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland*. Bern: Verlag Hans Huber, 2009.

Bundeszahnärztekammer. *Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alters*. Bundeszahnärztekammer Ausschuss Präventive Zahnheilkunde in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Altersmedizin. 2002. Internet: [http://lzkbw.de/Zahnaerzte/Alterszahnheilkunde/Downloads/Alters-Leitfaden\\_BZAEK\\_web.pdf](http://lzkbw.de/Zahnaerzte/Alterszahnheilkunde/Downloads/Alters-Leitfaden_BZAEK_web.pdf).

Deinzer R., Micheelis W., Granath N. & Hoffmann T. *Parodontitisrelevantes Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland Ergebnisse einer Repräsentativbefragung*. Institut der Deutschen Zahnärzte. IDZ-Information 1/2008.

Ferracane J., Hilton T., Korpak A., Gillette J., McIntyre P. S. & Berg J. *Use of caries prevention services in the Northwest PRECEDENT dental network*. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2011; 39 (1): 69-78.

Freeman R., Kerr G., Salmon K. & Speedy P. *Patient-active prevention in primary dental care: a characterisation of general practices in Northern Ireland*. *Prim. Dent. Care* 2005; 12 (2): 42-46.

Glockmann E., Panzner K. D., Huhn P., Sigusch B. W. & Glockmann K. *Ursachen des Zahnverlustes in Deutschland. Dokumentation einer bundesweiten Erhebung (2007)*. Institut der Deutschen Zahnärzte. IDZ-Information 2/2011.

Heijnsbroek M., Paraskevas S. & Van der Weijden G. A. *Fluoride interventions for root caries: a review*. *Oral Health Prev. Dent.* 2007; 5 (2): 145-152.

Hellwig E. & Altenburger M. *Paradigmenwechsel in der Zahnerhaltung von einer mechanistischen zu einer prävention-orientierten Sichtweise*. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 54 (9/10): 1015-1021.

Hellwig E. & Lennon A. M. *Systemic versus topical fluoride*. *Caries Res.* 2004; 38 (3): 258-262.

Hoffmann T. *Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Erwachsenen (35-44 Jahre) Parodontalerkrankungen*. in: Micheelis W. & Schiffner U. (Eds.). *Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2006.

Holloway P. J. & Clarkson J. E. *Cost: benefit of prevention in practice*. *Int. Dent. J.* 1994; 44 (4): 317-322.

Hussein R., Walter U. & Schneller T. *Ausübung und Ausbau der Prophylaxe in deutschen Zahnarztpraxen: ein Vergleich der Ergebnisse von 2000 und 2009*. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift (DZZ)* 2013; 68 (1): 30-37.

Kelly S. A. & Moynihan P. J. *Attitudes and practices of dentists with respect to nutrition and periodontal health*. *Br. Dent. J.* 2008; 205 (4): E9-7.

Manski R. J. & Moeller J. F. *Use of dental services: an analysis of visits, procedures and providers*, 1996. *J. Am. Dent. Assoc.* 2002; 133 (2): 167-175.

Micheelis W., Bergmann-Krauss B. & Reiche E. *Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung - Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie*. Institut der Deutschen Zahnärzte. IDZ-Information 1/2010.

Micheelis W. & Reiter F. *Soziodemographische und verhaltensbezogene Aspekte oraler Risikofaktoren in den vier Alterskohorten*. in: Micheelis W. & Schiffner U. (Eds.). *Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2006.

Petersen P. E., Bourgeois D., Ogawa H., Estupinan-Day S. & Ndiaye C. *The global burden of oral diseases and risks to oral health*. *Bull. World Health Organ* 2005; 83 (9): 661-669.

Petersen P. E., Estupinan-Day S. & Ndiaye C. *WHO's action for continuous improvement in oral health*. *Bull. World Health Organ* 2005; 83 (9): 642.

RKI. *Gesundheit in Deutschland*. 2006. erhältlich unter: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc\\_show\\_pdf?p\\_id=9965&p\\_sprache=D](http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D). abgerufen am: 20.4.2011.

Schäfer T., Hartmann A., Hussein R., Bitzer E. M. & Schwartz F. W. *BARMER GEK Zahnreport 2013*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 19. Asgard Verlag, St. Augustin: BARMER GEK, 2013.

Schiffner U. *Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Erwachsenen (35-44 Jahre) Zahnkaries*. in: Micheelis W. & Schiffner U. (Eds.). *Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2006.

Schneller T., Micheelis W. & Mittermeier D. *Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe*. IDZ-Information 1/1998.

Schneller T., Micheelis W. & Hendriks J. *Individualprophylaxe bei Erwachsenen - Erfahrungen, Problemsichten und Perspektiven bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland*. IDZ-Information 4/2001.

Shah K., Hunter M. L., Fairchild R. M. & Morgan M. Z. *A comparison of the nutritional knowledge of dental, dietetic and nutrition students*. *Br. Dent. J.* 2011; 210 (1): 33-38.

Threfall A. G., Hunt C. M., Milsom K. M., Tickle M. & Blinkhorn A. S. *Exploring factors that influence general dental practitioners when providing advice to help prevent caries in children*. *Br. Dent. J.* 2007; 202 (4): E10-E17.

WHO. *Global Data on Dental Caries Prevalence (DMFT) in Children aged 12 years*. erhältlich unter: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_NMH\\_MNC\\_ORH\\_Caries.12y.00.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_NMH_MNC_ORH_Caries.12y.00.3.pdf). 2000. abgerufen am: 2.10.2012.

WHO. *WHO Oral Health Country/Area Profile Programme*. erhältlich unter: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/>. 2013. abgerufen am: 13.5.2013.

Die Qualität und Wirksamkeit der durchgeführten Prophylaxemaßnahmen in den Zahnarztpraxen kann in dieser Studie nicht beurteilt werden. Bevölkerungsstudien in Deutschland zeigen, dass Patienten immer noch wenig über Parodontitis und deren Ursachen wissen (Deinzer et al. 2008) und viele Menschen trotz täglichen Zähneputzens ein unzureichendes Mundhygieniveau (Dauer, Häufigkeit und Zeitpunkt des Zähneputzens) aufweisen, das mit dem steigenden Alter abfällt (Micheelis und Reiter 2006). Deshalb müssen Aufklärung und Motivation sowie die Demonstrationen und praktischen Übungen zur optimierten Mundpflege durch qualifizierte, gut ausgebildete zahnärztliche Teams noch intensiviert werden.

**Zusammenfassung**

Die vorliegende Studie bestätigt Aussagen, die von einem Trend weg von der „reparierenden“ hin zur vorbeugenden Zahnheilkunde sprechen. Prävention nimmt einen immer größeren Anteil an praktischer zahnärztlicher Tätigkeit ein. Insgesamt werden Patienten auf Prophylaxe heute häufiger angesprochen und fragen diese vermehrt auch selbst nach. Aussagen zur Qualität und Nachhaltigkeit der durchgeführten Maßnahmen können in dieser Studie nicht getroffen werden. In bestimmten Bereichen der Prävention wie Ernährungslenkung und Risikobewertung wurde eine suboptimale Versorgung festgestellt. Klarheit über mögliche Gründe dafür können weitere Studien liefern.

Prävention nimmt einen immer größeren Anteil an praktischer zahnärztlicher Tätigkeit ein. Die Studie bestätigt den Trend weg von der „reparierenden“ hin zur vorbeugenden Zahnheilkunde.

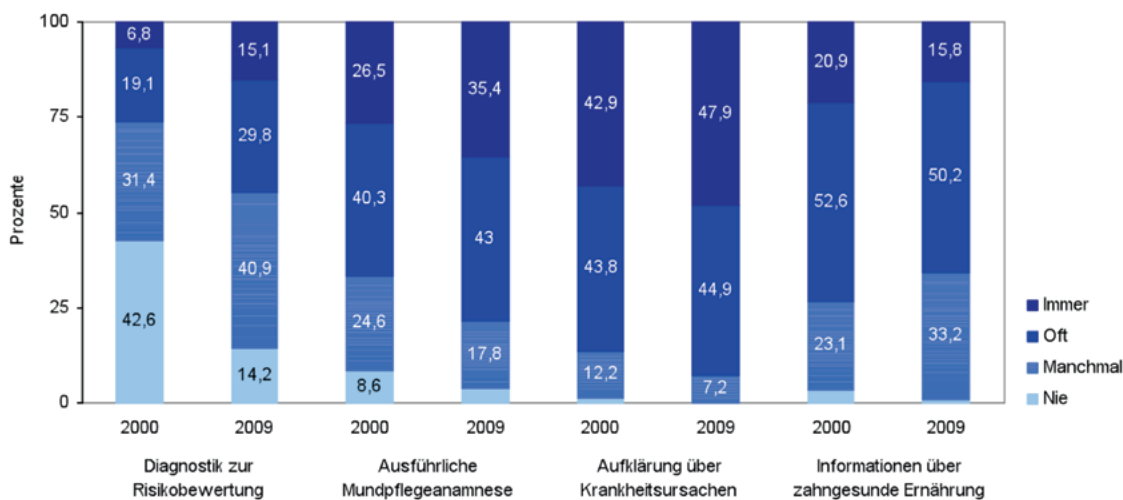


Abbildung 2: Durchgeführte Maßnahmen zur Risikobewertung oraler Erkrankungen und Aufklärung der Patienten.

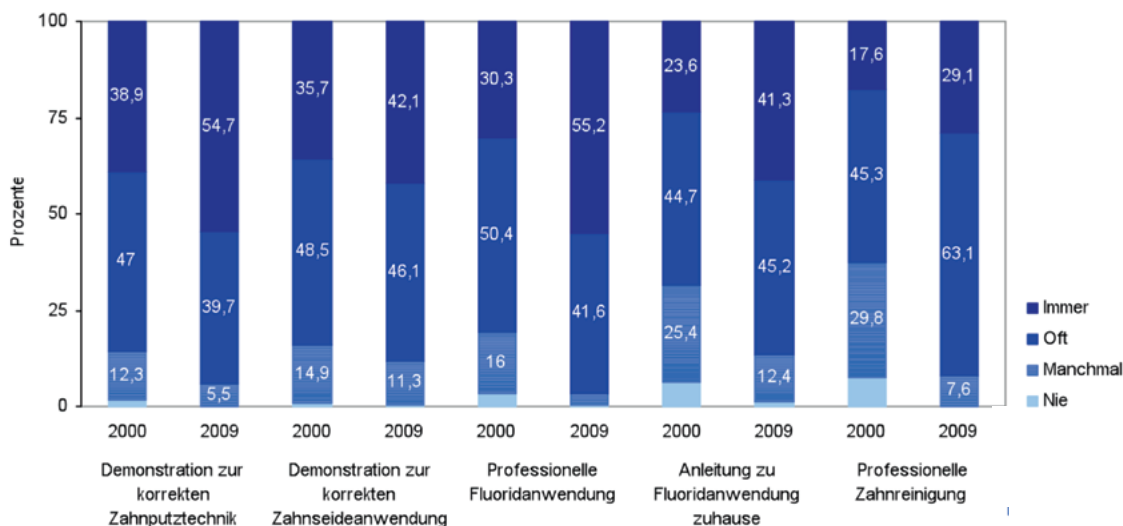


Abbildung 3: Durchgeführte Maßnahmen zur Demonstration korrekter Zahnputztechniken, Fluoridierung und professionellen Zahnreinigung.

Michael Dreyer

# Staatliche Fürsorge oder Eigenverantwortung des Patienten

## Ein Problem für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe?



**Dr. Michael Dreyer**  
Vizepräsident der Zahnärztekammer Berlin, Stellvertretender Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnkrankheiten e.V. (LAG Berlin)

Für die erwachsene Bevölkerung stellt sich diese Frage in der Regel eigentlich nicht, dort hat die Eigenverantwortung sicherlich den Vorrang. In unserer heutigen sozialen Gesellschaft hat jeder die Möglichkeit, sowohl ausreichende Informationen als auch Zugang zu Prävention und medizinischer oder zahnmedizinischer Behandlung zu erlangen. Anders sieht es bei Menschen mit Behinderungen oder alten Menschen, aber auch bei Bevölkerungsgruppen in sozial schwierigen Lebenslagen und mit Migrationshintergrund aus, die sich objektiv oder subjektiv nicht selber versorgen können. Die geringste Eigeninitiative jedoch können Kinder aufbringen. Selbstverständlich übernehmen die Eltern hier den Großteil der Verantwortung. Bezogen auf die zahnmedizinische Prävention ist die ganze Bandbreite vorhanden: von Eltern, die vorbildlich für ihren Nachwuchs sorgen, über Eltern, die in diesem Bereich mit Schwierigkeiten zu kämpfen haben, bis hin zur Kindesvernachlässigung.

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe soll - auch im Interesse der gesundheitlichen Chancengleichheit - Kinder möglichst früh erreichen. Während der 1980er Jahre war der Mundgesundheitszustand in der Bundesrepublik bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu anderen modernen Industriestaaten mäßig bis schlecht. Um bereits Schulkindern eine präventive Versorgung zukommen zu lassen, wurde 1989 der § 21 in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Diese Vorschrift regelt die Finanzierung und Organisation der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe durch im Gesundheitswesen beteiligte Institutionen und schreibt Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch Dokumentation und Erfolgskontrolle vor. Im § 22 SGB V wird ergänzend die Durchführung der Individualprophylaxe in Zahnarztpraxen geregelt.

Seit 1994 legte die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ), in welcher auch alle Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege zusammengeschlossen sind, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben fünf Studien zur Erfolgskontrolle der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe vor. Bereits in den ersten Jahren nach Einführung der Gruppenprophylaxe wurde ein signifikanter Rückgang der Karies bei Kindern festgestellt. Die letzte Studie aus

2009<sup>1</sup> zeigt, dass heute mehr als die Hälfte der 6-jährigen und rund zwei Drittel der 12-jährigen Kinder in Deutschland kariesfreie Zähne hat. In allen untersuchten Altersklassen sanken die Karieszahlen, im Bereich der 12-Jährigen sogar um 72,7 Prozent seit Beginn der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Hier nimmt Deutschland mittlerweile international eine Spitzenstellung ein.

Sowohl die Studien der DAJ als auch die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)<sup>2</sup> belegen den nachhaltigen Erfolg der zahnmedizinischen Aktivitäten im Bereich der Bevölkerungs-, Gruppen- und Individualprophylaxe. Dennoch gibt es weiterhin und teils neu verstärkt gewichtige Problemlagen:

Der Anteil der Milchzahnkaries ist mit 46,1 Prozent bei Schulanfängern immer noch zu hoch. Es ist zu beobachten, dass viele Kinder bereits mit vorhandener Karies in die Kita eintreten. Etwa die Hälfte der kariösen Milchzähne bleibt Expertenschätzungen zufolge unbehandelt.

Die Studien zeigen auch deutliche Herausforderungen insbesondere durch die sehr ungleiche Verteilung der Karies. Etwas über 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen tragen fast 80 Prozent der Karieslast. Dies wird in Fachkreisen als „Polarisation der Erkrankungslast“ bezeichnet. Dabei spielen sozial schwierige Lebenslagen und Migrationshintergründe eine gewichtige Rolle. In Berlin als multikultureller Hauptstadt treten diese Herausforderungen besonders hervor.

Die drei sozialen Hauptprobleme in Berlin – Arbeitslosigkeit, soziale Benachteiligung der jungen Generation und der große Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – haben direkte Bedeutung für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe und sind trotz intensiver Maßnahmen im Vergleich der Bundesländer für Berlin wesentliche Ursache schlechterer Werte.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG Berlin), als Zusammenschluss der Krankenkassen, des Landes Berlin und der Zahnärztekammer Berlin, trägt diesen besonderen Umständen Rechnung. Neben den

<sup>1</sup> Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009, Prof. Dr. Klaus Pieper, Marburg, Gutachten erstellt im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.

<sup>2</sup> Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln 2006.

Untersuchungsmaßnahmen, der lokalen Fluoridierung und der Gesundheitserziehung in Kitas und Schulen spielt die Kommunikation mit Erzieherinnen und Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Eltern eine große Rolle. Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei der Arbeit mit Eltern zu. Sie sind – besonders, was die Kleinkinder unter 3 Jahren betrifft – eine Zielgruppe, deren Information und Motivation im Hinblick auf die Mundgesundheit ihrer Kinder von allergrößter Wichtigkeit ist. Ohne Compliance der Eltern geht in diesem Alter nichts.

Eine Neuerung in der Berliner Elternarbeit stellt die „Abholsituation“ in Kitas dar. Hier sollen insbesondere auch die Eltern von Kindern unter 3 Jahren erreicht werden, um sie für die Mundpflege auch der Aller kleinsten zu sensibilisieren und bei Bedarf zu schulen. Erweitert wird das Angebot um das Aufsuchen von Elterncafés und Krabbelgruppen. Gerade in letzteren sind die Mütter sehr interessiert am Austausch von Wissen und Möglichkeiten. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die immer noch zu hohe Milchzahnkariesquote, insbesondere die frühkindliche Karies, zu senken.

Die Teilnahme der LAG-Teams an Jugendevents, eine neu installierte regelmäßige Zusammenarbeit mit dem Berliner Landessportbund, die Anwesenheit bei Schulveranstaltungen sowie besondere Aktivitäten zum Tag der Zahngesundheit erweitern den Kreis der erreichbaren Kinder und Jugendlichen und deren Eltern. Hinzu kommen Ansätze für eine Zusammenarbeit mit Pädiatern und Hebammen. Seit einiger Zeit schon spielen die Schulung von Berliner Eltern mit Migrationshintergrund in Elternklassen und die Beteiligung an der Ausbildung von Stadtteilmüttern eine Rolle.

Da die LAG Berlin Finanzmittel ausschließlich von den Kassen und der Zahnärztekammer erhält – das Land Berlin erbringt seinen Beitrag durch die Arbeit der Bezirklichen Zahnärztlichen Dienste –, sind dem Ausbau der Aktivitäten der LAG Grenzen gesetzt. Ein Beispiel für die Mittelknappheit ist bei der Diskussion über Fluoridierungsmaßnahmen die Frage der Verwendung von Gelee oder Fluoridlack. Eine generelle Verwendung von Lack würde die Budgets sprengen. Eine weitere Problematik, die durch die LAG nicht allein zu lösen ist, ist das Erreichen von Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen und Migranten. Durch eine der vielen Schulreformen in Berlin sind die für die LAG-Prophylaxe als Karies-Brennpunkte identifizierten Hauptschulen abgeschafft und mit ehemaligen Realschulen sowie Gesamtschulen zusammengelegt worden. Dadurch wird eine bedarfsgerechte Verteilung der Ressourcen der LAG auf Schulen mit überdurchschnittlich hohem Kariesaufkommen erheblich erschwert.

Die Schnittstelle zwischen Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe beginnt bereits im Kleinkindalter. Der Aufklärung und praktischen Einübung muss individualprophylaktisches und im Falle von Problemen auch kuratives Verhalten folgen. Wie die Zahlen der Gesundheitsberichte zeigen, ist die Zahl der unsanierten Milchgebisse immer noch zu hoch. Eine Absenkung kann nur erreicht werden, wenn hier die Vernetzung mit auf Problemfälle spezialisierten Kinderzahnarzt-Praxen verbessert wird.

## Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe ist das Erfolgsmodell im Bereich der gruppenbezogenen Prävention und vereint erfolgreich Verhaltens- und Verhältnisprävention. Das sollte auch bei den Beratungen zur Gestaltung des Präventionsgesetzes Berücksichtigung finden.

Unstrittig ist, dass die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe deutliche Erfolge erzielt hat. Sie leistet einen ausgezeichneten Dienst für die Volksgesundheit und gibt jungen Menschen eine gute Starthilfe im Übergang zur späteren Selbstverantwortung. Aufgrund ihrer finanziellen und administrativen Ausstattung kann sie gegenwärtig jedoch nicht alle Bedarfsgruppen vollständig erreichen.

Das Thema Prävention stand aktuell im Bundestag im Mittelpunkt einer Sachverständigenanhörung des Gesundheitsausschusses am 15. Mai 2013. Die Abgeordneten befragten die Experten zu einem Entwurf der Koalitionsfraktionen für ein Präventionsgesetz sowie zu einem Antrag der SPD-Fraktion. Während Union und FDP vor allem das gesundheitsbewusste Verhalten der Bevölkerung stärken wollen, setzen die Sozialdemokraten stärker auf die Verhältnisprävention. Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V ist *das* Erfolgsmodell im Bereich der konzeptionellen gruppenbezogenen Prävention für Kinder und Jugendliche und gleichzeitig ein hervorragendes Beispiel für die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention im lebensweltbezogenen Ansatz (Setting). Umso bedauerlicher ist es, dass als Experten keine Vertreter der engagierten und in der Prävention seit Jahrzehnten erfahrenen Zahnärzteschaft angehört wurden. Gerade diejenigen, die vor Ort Prophylaxe durchführen, hätten mit ihrer Erfahrung und der intimen Kenntnis von Problemen und möglichen Problemlösungen gute Anregungen für die gesetzgeberische Arbeit geben können. Hier ist leider eine Chance vertan worden.

Ulrich Schiffner

# Erfolge, Grenzen und Weiterentwicklung der Kariesprävention



**Prof. Dr. Ulrich Schiffner**  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Fortbildungsreferent der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

Bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist seit zwei Jahrzehnten ein deutlicher Kariesrückgang feststellbar. Diese erfreuliche Entwicklung hat im Jahre 2005 ausweislich der nationalen, repräsentativen Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV)<sup>1</sup> zu einem DMFT<sup>2</sup>-Wert von 0,7 bei 12-Jährigen geführt. Das bedeutet, dass ein 12-jähriges Kind im Durchschnitt weniger als einen Zahn mit Karies oder kariesbedingten Folgen (Füllungen, Extraktionen) aufweist. Dieser Wert wurde von der letzten DAJ-Studie<sup>3</sup> bestätigt. Im internationalen Vergleich stehen die deutschen 12-jährigen Kinder damit, auf die Karies bezogen, weltweit mit an der Spitze der oralen Gesundheit.

Die positive Entwicklung wird mit den verbreitet etablierten Konzepten der Kariesprophylaxe begründet. Dabei finden sowohl Protagonisten der Gruppenprophylaxe als auch Verfechter der Individualprophylaxe ihre jeweiligen Ansätze bestätigt. Letztlich finden sich in den die Untersuchungen begleitenden Befragungen Hinweise, dass beide Konzepte zum Gesamtergebnis beitragen. So sind die intensivierte Durchführung von Mundhygienemaßnahmen, die Inanspruchnahme routinemäßiger zahnärztlicher Kontrollen, Fluoridanwendungen, aber auch Fissurenversiegelungen deutlich mit besserer Zahngesundheit verbunden.

Der Kariesrückgang betrifft Kinder aus allen Sozial-schichten. Auch Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus profitieren von den präventiven und therapeutischen Betreuungsmöglichkeiten, obgleich unverändert signifikante Unterschiede der Karieserfahrung zwischen den Sozialschichten zu konstatieren sind. So wird der geringste Kariesbefall bei Kindern aus Familien mit hohem Schulabschluss der Eltern beobachtet, während Kinder aus Familien mit mittlerem oder niedrigem Schulstatus höhere Karieswerte aufweisen.

Mit dem Kariesrückgang ist auch eine zunehmende Polarisation des Kariesbefalls zu beobachten. Die geringer gewordene Karieslast betrifft nicht gleichermaßen alle Individuen. Vielmehr muss festgestellt werden, dass eine Teilgruppe von Kindern und Jugendlichen unverändert stark von Karies betroffen

ist. So hatten 2005 lediglich knapp 9% der 12-jährigen Kinder sämtliche in ihrer Altersgruppe zu sanierenden Zähne, die große Mehrheit von über 90% der Kinder hingegen wies keinen einzigen zu füllenden Zahn auf.

Immerhin ist es gelungen, den Anteil an Kindern mit erhöhter Karieslast zu reduzieren. Im Vergleich der beiden letzten Deutschen Mundgesundheitsstudien von 1997 und 2005 ist festzustellen, dass der Anteil an 12-Jährigen mit mehr als zwei DMF-Zähnen von 21,5% auf 10,2% gesunken ist. Diese Halbierung der Risikogruppe ist als ein bedeutender Erfolg zu werten, da ein Großteil der Kinder mit erhöhter Karieslast von den einschlägigen zahnmedizinischen Präventionsangeboten nur ungenügend erreicht wird.

Mit der DMS IV konnte auch der Effekt von Versiegelungsmaßnahmen auf die Kariesprävalenz deutlich nachgewiesen werden: Kinder und Jugendliche ohne Versiegelungen hatten in etwa doppelt so hohe DMFT-Werte wie Gleichaltrige mit Versiegelungen. Dieser Effekt der Versiegelung kann in allen Sozialschichten aufgezeigt werden. Die Versiegelung ist als professionelle individualpräventive Maßnahme nicht von präventionsorientierter Eigenverantwortlichkeit der Kinder oder ihrer Eltern abhängig.

Dennoch bleibt das Faktum, dass eine starke Polarisation der Karieserfahrung besteht und dass ca. 10% der 12-jährigen Kinder von den bestehenden Versorgungsstrukturen nur wenig profitieren. Hier weitere Verbesserungen zu erzielen wird über die Möglichkeiten des zahnärztlichen Berufsstandes allein hinausgehen. Es bedarf vielmehr gemeinsamer Anstrengungen und Konzepte vieler Protagonisten wie der Kinderärzte, für jüngere Kinder auch der Hebammen und Gynäkologen. Angesichts des deutlichen Bezugs der Karieslast zum sozialen Hintergrund der Kinder sind in derartige Konzepte unbedingt andere wichtige gesellschaftliche Institutionen wie soziale kommunale Dienste einzubinden.

Noch differenzierter stellt sich die Situation im Hinblick auf das Milchgebiss dar. Unter den 6- bis 7-Jährigen hatten in Deutschland im Jahr 2009 laut

<sup>1</sup> Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln 2006.

<sup>2</sup> Der DMFT-Index beschreibt die Zahl der kariösen (Decayed), der infolge von Karies gezogenen (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth).

<sup>3</sup> Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009, Prof. Dr. Klaus Pieper, Marburg, Gutachten erstellt im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.

DAJ-Studie nur 54% der Kinder Milchgebisse ohne Karieserfahrung. Mit einer Kariesreduktion im Milchgebiss von rund 35% innerhalb von 16 Jahren macht die Reduktion nur ca. die Hälfte der im bleibenden Gebiss realisierten Verbesserungen aus. Offensichtlich sind die Konzepte, die bei den 12-Jährigen im bleibenden Gebiss herausragende Erfolge gezeitigt haben, nicht geeignet, um im Milchgebiss ebensolche Verbesserungen zu erzielen. Da die zur Verfügung stehenden präventiven Instrumente im Grunde aber in beiden Altersgruppen gleich sind, muss eine wichtige Ursache für diese unterschiedliche Entwicklung in der Anwendung dieser Instrumente sowie im Gesamtkonzept liegen.

Es kann gemutmaßt werden, dass unter anderem der Zeitfaktor, zu dem die Kinder in zahnmedizinische Betreuung kommen, für die unterschiedliche Entwicklung mitverantwortlich ist. Wenn die ersten bleibenden Zähne im Alter von 6 Jahren in die Mundhöhle durchbrechen, befindet sich das Kind in der Regel in einem bereits etablierten präventiven Betreuungsverhältnis, sei es im Rahmen der Gruppen- oder der Individualprophylaxe. Die Zähne können daher von Anfang an mit der bestmöglichen fachlichen Aufmerksamkeit umsorgt werden. Anders verhält es sich hingegen beim Milchgebiss: Hier steht die Bezahnung bereits komplett in der Mundhöhle und ist den dortigen Gegebenheiten ausgesetzt, bevor eine adäquate präventive Betreuung erfolgt. Wenn diese einsetzt, ist es in vielen Fällen bereits zu spät, und das Kind hat schon Karies.

Dies dokumentieren zahlreiche epidemiologische Untersuchungen zur frühkindlichen Karies. Stellvertretend seien Zahlen aus Hamburg zitiert. Hier hatten im Jahr 2006 73% der 3- bis 6-jährigen Kinder Gebisse ohne Karieserfahrung. Die übrigen Kinder mit Karieserfahrung hatten aber bereits einen durchschnittlichen DMFT-Wert von mehr als vier Zähnen. Noch deutlicher wird das präventive Versorgungsdilemma beim Blick auf die Dreijährigen. In diesem Alter setzt im Allgemeinen frühestens eine zahnmedizinische Betreuung ein. Unter den dreijährigen Kindern waren zwar 84% kariesfrei, doch bedeutet dies, dass bereits 16% von Karies betroffen waren. Diese betroffenen Kleinkinder wiesen einen mittleren DMFT-Wert von 3,4 auf. Es lässt sich unschwer erkennen, dass hier bereits der Grundstein für die Kariespolarisation gelegt ist und dass die etablierten präventiven Versorgungsangebote offensichtlich deutlich zu spät einsetzen.

Die konsequente Folgerung muss sein, die präventive Betreuung deutlich früher als bislang beginnen zu lassen. Bereits bei den unter Dreijährigen sind funktionierende zahnärztlich betreuende Strukturen zu etablieren. Dass diese Schlussfolgerung berechtigt ist,

zeigen neben individuellen Fällen auch Daten, die in Kinderkrippen bei 1- und 2-jährigen Kleinkindern erhoben wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder schon sehr früh Karies entwickeln: In dieser Altersgruppe haben bereits 4% der Kinder manifeste, das Dentin einbeziehende Karies. Unter Berücksichtigung von Initialläsionen sind sogar 15% der Kinder betroffen. Diese Kinder mit Karies haben im Schnitt fast 4 betroffene Zähne!

Die Zahlen sind eindeutig, und die Schlussfolgerungen erscheinen zwingend: Eine sehr früh einsetzende

## Eine sehr früh einsetzende Betreuung der Kleinkinder ist unumgänglich. Die bisherige Betreuungslücke bei den unter Dreijährigen muss geschlossen werden.

de Betreuung der Kleinkinder ist unumgänglich. Die bisherige Betreuungslücke bei den unter Dreijährigen muss geschlossen werden. Fachübergreifend arbeiten derzeit die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) und der Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ) gemeinsam mit dem Deutschen Hebammenverband (DHV) an einem gesundheitspolitischen Konzept zur zahnmedizinischen Prävention der frühkindlichen Karies, um gesetzliche Rahmenbedingungen für einen Zahnarztbesuch ab dem ersten Lebensjahr zu schaffen.

Für eine erfolgreiche Prävention bedarf es auch des Zusammenwirkens mehrerer Berufsgruppen. Bei Familien, deren Kinder von frühkindlicher Karies betroffen sind, sind mitunter schwierige familiäre und soziale Bedingungen gegeben, die das Mitwirken von Familienhebammen oder Sozialdiensten erforderlich machen.

Es kann auch diskutiert werden, ob ein Screening von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko von diesen Berufsgruppen erfolgen kann. Wiederholt wurde aufgezeigt, dass ein hoher Kariesbefall mit gut sichtbaren Zahnbelägen auf den Oberkiefer-Frontzähnen einhergeht. Dem Screening aufgrund dieses einfachen Kriteriums muss dann aber die Weiterleitung in die zahnmedizinische Fachkompetenz folgen. Dort haben die betroffenen Kinder dann die Chance, von den bewährten Methoden der Kariesprophylaxe wie der Anleitung zu adäquater Mundhygiene und angemessener Ernährungsweise, aber auch von eigenverantwortlichen oder professionellen Fluoridierungsmaßnahmen zu profitieren.

Roschan Farhumand

# Zahngesundheit bei Kleinkindern in Hamburg

## Ein Modellvorhaben der AOK Rheinland/Hamburg



**Dr. Roschan Farhumand**  
Zahnärztin, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der AOK Rheinland/Hamburg. Sie beschäftigt sich mit der konzeptionellen Entwicklung alternativer Versorgungsmodelle für innovative und präventionsorientierte Strategien des zahnmedizinischen Versorgungsmanagements.

Die AOK Rheinland/Hamburg startet gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Hamburg im dritten Quartal 2013 einen neuartigen Versorgungsansatz in der Prävention. Erprobt werden innovative Präventionsleistungen zur frühkindlichen Zahnprophylaxe für Kinder im Alter von null bis drei Jahren und ihre Eltern. Den Rahmen bildet ein gesonderter Selektivvertrag zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KZV Hamburg. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Immer noch herrscht ein Informationsdefizit in der Bevölkerung über die Bedeutung gesunder Milchzähne als wichtiger Voraussetzung für das Kieferwachstum, die Entwicklung des bleibenden Gebisses, die Sprachentwicklung, die Nahrungsaufnahme und das psychosoziale Wohlbefinden. Vorzeitiger Milchzahnverlust infolge mangelnder Zahnhygiene ist folgeschwer und kostspielig, denn er hat weitreichende und lebenslange Konsequenzen auch für das bleibende Gebiss. Untersuchungen haben gezeigt, dass über 15% der ein- und zweijährigen Krippenkinder Symptome der frühkindlichen Karies aufweisen (Schiffner et al. 2009). Viele Kinder kommen heute bereits mit Kariessymptomen in die Kita.

Die Verantwortung der Zahnpflege ab dem ersten Zahn bis weit in das Grundschulalter hinein liegt ausschließlich bei den Eltern bzw. betreuenden Bezugspersonen. Bis Feinmotorik, Konzentrationsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein eines heranwachsenden Kindes hinreichend ausgebildet sind, ist ein Nachputzen für eine effektive Plaqueentfernung seitens der Eltern erforderlich.

Der Gesetzgeber sieht bisher erst vom dritten bis zum fünften Lebensjahr drei jährliche systematische Vorsorgeuntersuchungen, die sogenannten Früherkennungsuntersuchungen (FU 1-3), vor. In Fachkreisen besteht jedoch ein breiter Konsens, dass die zahnmedizinische Betreuung der Kleinkinder bereits im ersten Lebensjahr einsetzen sollte (BZÄK 2012, DAJ 2012). Noch weiter gehende Konzepte fordern eine Beratung der Eltern bereits während der Schwangerschaft (BZÄK 2005). Zwar haben auch jüngere Kinder Anspruch auf Zahnarztbesuche, jedoch ist nur

wenigen Eltern bewusst, dass in diesem frühen Alter Zahnprophylaxe notwendig ist. Es besteht somit eine Versorgungslücke im Alter von null bis drei Jahren. In dieser sensiblen Phase des Erscheinens der ersten Milchzähne könnten durch eine systematische Aufklärung im ersten, zweiten und dritten Lebensjahr Schäden vermieden und die Grundlage für eine gesunde Zahnkarriere geschaffen werden.

In dem vorliegenden Modell der AOK Rheinland/Hamburg und KZV Hamburg werden Eltern bereits vor der Geburt und auch anschließend in den ersten drei Lebensjahren des Kindes systematisch durch den Zahnarzt betreut. Das Konzept beinhaltet die gezielte Beratung über das richtige Verhalten zur Pflege der Milchzähne sowie ein intensives Training möglichst beider Elternteile beim Pflegen des eigenen Gebisses. Kleinkinder lernen hauptsächlich durch Nachahmen. Deshalb sollen bereits bei werdenden Eltern die effektiven Reinigungstechniken mit den individuell passenden Hilfsmitteln wie beispielsweise Zahnbürsten, Interdentalbürsten und Zahnseide vermittelt werden, damit sie ihre eigene Zahnpflege und in der Folge auch die ihrer Kinder korrekt ausführen. So können sie das Mundgesundheitsbewusstsein und die Fertigkeiten in ihrer Vorbildfunktion auf die nächste Generation übertragen. Die Befähigung und das Bewusstsein der Eltern selbst ist die entscheidende Voraussetzung für eine gute Vorsorge der kindlichen Zahngesundheit.

Durch die Betreuung der Eltern noch während der Schwangerschaft werden diese in einem Lebensabschnitt erreicht, der besonders günstig und motivierend für die Umstellung auf gesundheitsbewusste Verhaltensweisen ist. Zusätzlich zur Vorbereitung auf den kommenden Alltag mit Kind ist eine gute Mundhygiene auch für einen komplikationslosen Schwangerschaftsverlauf von Bedeutung. Die im Modellvorhaben vorgesehenen frühkindlichen Zahnarztbesuche bieten neben der Früherkennung und Prophylaxe-Beratung der Eltern auch die Möglichkeit für das Kind, die Zahnarztpraxis kennenzulernen und dabei angstfreie Erfahrungen zu machen. Darüber hinaus können regelmäßige Zahnarztbesuche als Routine in der Lebenswelt des Kindes verankert werden.



Die Umsetzung des Konzepts erfolgt im Rahmen eines Modellvorhabens nach §§ 63ff. SGB V. Der Gesetzgeber ermöglicht den gesetzlichen Krankenkassen, im Rahmen von Modellvorhaben innovative präventive oder therapeutische Leistungen zu erproben, welche (noch) nicht Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sie dienen damit dem Erkenntnisgewinn und der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, da sie dazu beitragen, einen besonderen Bedarf der Versicherten besser zu erkennen und zu berücksichtigen.

Das Modellvorhaben hat das Ziel, die Kariesbildung bei Kleinkindern in dem Zeitraum bis zur ersten Früherkennungsuntersuchung im 30. Lebensmonat zu verhindern. Durch die Dokumentation von Befundaufnahmen und Beratungen in den Zahnarztpraxen wird eine solide Datenbasis generiert, die eine Evaluation der Maßnahmen ermöglicht. Die Auswertung dieser Daten und die wissenschaftliche Begleitung wird durch die Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde der Universitätsklinik Eppendorf sichergestellt.

**Kleinkinder lernen hauptsächlich durch Nachahmen. Deshalb sollen bereits werdenden Eltern effektive Zahnreinigungstechniken vermittelt werden, damit sie ihre eigene Zahnpflege und in der Folge auch die ihrer Kinder korrekt ausführen. So können sie das Mundgesundheitsbewusstsein in ihrer Vorbildfunktion auf die nächste Generation übertragen.**

#### Vorsorgeleistungen aus dem Selektivvertrag der AOK Rheinland/Hamburg mit der KZV Hamburg

Die Vorsorgeleistungen beziehen maßgeblich die Eltern und deren Mundhygieneverhalten ein. Insgesamt stehen 5 Praxistermine für Eltern und deren Kinder bis zum Alter von 3 Jahren zur Verfügung.

##### 1. Termin während der Schwangerschaft

*Mit der Schwangerschaft und der Erwartung eines Kindes ändern sich die Lebensumstände der Eltern. Das ist eine gute Gelegenheit, zunächst einmal bei Eltern - die später eine Vorbildfunktion übernehmen - die Mundhygiene zu thematisieren und ggf. verbessern zu helfen.*

Je Elternteil:

- Befundaufnahme und Dokumentation
- Entfernung störender Zahnbeläge zur Hygienefähigkeit des elterlichen Gebisses
- Training der richtigen Pflege des elterlichen Gebisses mit Hilfe der individuell passenden Hilfsmittel (Zahnbürste, Interdentalbürste/Zahnseide)
- Werdende Mutter: Aufklärung über die gesteigerten Risiken von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen aufgrund der hormonellen Ausnahmesituation und ihre möglichen Gefahren für den Schwangerschaftsverlauf

##### 2. Termin bei Durchbruch der ersten Milchzähne (ca. 6.-8. Lebensmonat)

*Kontrolle der elterlichen Mundhygiene und erste Begutachtung der Milchzähne, Beratung, Training*

Je Elternteil:

- Befundaufnahme und Dokumentation
- Recall: Remotivation der Eltern und ggf. Korrektur-Training der Pflege des elterlichen Gebisses

Kind:

- Untersuchung von Zähnen und Mundschleimhaut
- Anleitung und Übung der Pflege der Milchzähne
- Aufklärung/Beratung der Eltern zu Themen wie
  - Speichelkontakt (Löffel ablecken etc.) und damit die Übertragung von Kariesbakterien in die kind-

liche Mundhöhle weitestgehend vermeiden

- Zahnbezogene Ernährungshinweise
- Aufklärung über die Gefahr des Nursing-Bottle-Syndroms und die Gefahren exzessiven Nuckelns
- Anwendung von Fluoriden
- Bei Bedarf kieferorthopädische Überweisung

##### 3. Termin (ca. 10.-12. Lebensmonat)

*Befundaufnahme beim Kind, Beratung, Training*

Kind:

- Befundaufnahme und Dokumentation
- Bei Bedarf Wiederholung der Aufklärung/Beratung (s.o.) und Anleitung sowie Übung der Pflege der Milchzähne

##### 4. Termin nach Durchbruch der ersten Milchzähne (ca. 16.-18. Lebensmonat)

*Befundaufnahme bei Eltern und Kind, Beratung, Training*

Je Elternteil:

- Befundaufnahme und Dokumentation
- Recall: Remotivation der Eltern und ggf. Korrektur-Training der richtigen Pflege des elterlichen Gebisses

Kind:

- Befundaufnahme und Dokumentation
- Anleitung und Übung der Pflege der Milchzähne
- Wiederholung der Aufklärung/Beratung (s.o.)

##### 5. Termin (ab 30. Lebensmonat)

*Befundaufnahme bei Eltern und Kind, Beratung, Training*

Je Elternteil:

- Befundaufnahme und Dokumentation
- Recall: Remotivation der Eltern und ggf. Korrektur-Training der Pflege des elterlichen Gebisses mit Hilfe der individuell passenden Hilfsmittel

Kind:

- Regelversorgung: Früherkennungsuntersuchung (FU1)
- Befundaufnahme und Dokumentation

#### Quellen/Literatur:

Schiffner U, Zabel C, Hippke A: Caries in 1- and 2-year-old toddlers in Hamburg. *Caries Res* 43, 181, abs. #6 (2009)

BZÄK, Bundeszahnärztekammer (2005): *Mundgesundheit von Anfang an.*

BZÄK, Bundeszahnärztekammer (2012): *Kleine Kinder nicht zu spät dem Zahnarzt vorstellen. Aufklärung über frühzeitige Prävention muss weiter verbessert werden (Pressemitteilung 24.04.2012)*

DAJ, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2012): *Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige.*

Thomas Kocher

# Diabetes und Parodontitis

Bei der Früherkennung und Behandlung des Diabetes müssen Zahnärzte künftig stärker einbezogen werden



**Prof. Dr. Thomas Kocher**  
Parodontologe am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitätszahnklinik Greifswald,  
Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGParo)

Dass Mundgesundheit und allgemeine Gesundheit eng miteinander zusammenhängen und nicht isoliert voneinander betrachtet werden können - diese Erkenntnis gehört heute zum basalen Wissen der Medizin. Insbesondere die bakterielle Zusammensetzung der Mundflora hat teilweise einen erheblichen Einfluss auf die Prozesse im Körper. Bakterien aus dem Mundraum gelangen in die Atemwege, in den Verdauungstrakt und über kleine Verletzungen am Zahnfleisch sowie Zahnfleischbluten auch direkt in die Blutbahn. Umgekehrt wirken verschiedenste Faktoren aus dem Körper in den Mundraum hinein. Einige der Wechselwirkungen zwischen Erkrankungen im Mundraum und Allgemeinerkrankungen - wie die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Diabetes - sind inzwischen gut erforscht und unter Fachleuten unbestritten. Dennoch haben diese Erkenntnisse bislang kaum Eingang in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung gefunden - beide Krankheitsbilder werden isoliert betrachtet und behandelt. Interdisziplinäres Handeln entspräche dem Stand der Wissenschaft und könnte hunderttausenden betroffenen Patienten helfen, trifft aber heute noch auf eine Vielzahl rechtlicher und administrativer Hürden. So gibt es beispielsweise noch keine gesetzliche Grundlage für wechselseitige Überweisungen zwischen Arzt und Zahnarzt - eine Grundvoraussetzung für interdisziplinäre Behandlungskonzepte.

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGParo) und die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) haben gemeinsam mit einem Expertengremium von Diabetologen und Parodontologen die Initiative ergriffen und eine Behandlungsleitlinie für die interdisziplinäre Behandlung von Diabetikern entwickelt. Hier sind Empfehlungen für ein abgestimmtes Vorgehen der behandelnden Ärzte zusammengefasst. Darüber hinaus müssen nun auch seitens der Krankenkassen und der Politik Voraussetzungen geschaffen werden, um künftig eine gemeinsame Behandlung möglich zu machen.

## Parodontitis

Neben der Karies gilt Parodontitis als die zweite große Volkskrankheit in der Zahnmedizin. Während Karies die Zahnschicht zerstört, wird bei der Parodontitis der Zahnhalteapparat (Parodont) angegriffen. Bakterien bedingen eine Entzündungsreaktion, durch die das Zahnfleisch zurückgeht und der Zahnhalteapparat

(Attachmentverlust) und Alveolarknochen abgebaut wird. Wird der Prozess nicht gestoppt, lockert sich der Zahn und muss extrahiert werden. Die meisten Formen der Parodontitis entwickeln sich über längere Zeiträume, so dass die Krankheit wegen ausbleibender Schmerzen oft unbemerkt bleibt. Eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Parodontitis spielt die Zusammensetzung der Mundflora - die Menge pathogener Keime im Verhältnis zu harmlosen Bakterien -, die von Stoffwechselstörungen wie beim Diabetes beeinflusst wird.

Seit langer Zeit ist bekannt, dass Parodontalerkrankungen bei Diabetikern stärker ausgeprägt sind als bei Nichtdiabetikern. Diabetiker haben ein dreifach höheres Risiko, parodontal zu erkranken, und ein doppelt so hohes Risiko, Zähne zu verlieren, als Nichtdiabetiker.

Am stärksten betroffen sind Diabetiker, deren Blutzuckerkontrolle schlecht eingestellt ist. Eine unzureichende Blutzuckereinstellung verschlimmert parodontale Erkrankungen - umgekehrt verschlechtert Parodontitis aber auch die Einstellung des Blutzuckerspiegels. Diabetes mellitus und Parodontitis stehen in einer intensiven Wechselwirkung.

## Diabetes

In der pan-europäischen PANORAMA-Studie hatte sich gezeigt, dass Diabetes mellitus ein zunehmendes Problem unserer Gesellschaft darstellt<sup>1</sup>. In der untersuchten Population waren 45% der Probanden übergewichtig, 80% hatten erhöhte Blutdruckwerte, 56% erhöhte Cholesterinwerte und bei 38% blieb der Wert des glykierten Hämoglobins als Zeichen einer diabetogenen Stoffwechsellage über dem angestrebten Wert von HbA<sub>1c</sub> von 7%.

Die Behandlungsprävalenz des Diabetes mellitus ist in Deutschland (wie auch in anderen Ländern) kontinuierlich angestiegen. Lag sie 1998 noch bei 5,9%, so ist sie bis zum Jahre 2007 auf 8,9% angestiegen. Das bedeutet, dass 2007 mehr als 7 Millionen Menschen in Deutschland wegen eines Diabetes mellitus - vornehmlich vom Typ 2 - behandelt wurden<sup>2</sup>. Bei einer geschätzten Dunkelziffer dürften heute mindestens 10% aller Deutschen oder mehr als 8 Millionen an einem Diabetes leiden. Besonders problematisch erscheint die zunehmende Häufigkeit von Diabetes auch bei Kindern und Jugendlichen, vornehmlich als Folge von Adipositas.

Prävalenz und Inzidenz des Diabetes sind stark altersabhängig: Im Alter zwischen 40 und 59 Jahren gibt es 4-10% Diabetiker, bei einem Alter über 60 Jahren sind es 20 und mehr Prozent<sup>3</sup>. Mit der Altersabhängigkeit zeigen sich Parallelen zur Epidemiologie der Parodontitis. Es wird geschätzt, dass bis zu drei Viertel der Diabetiker orale entzündliche Erkrankungen wie Gingivitis und Parodontitis aufweisen<sup>4</sup>. Wenigs-

minimieren, wird auch das Risiko für die gefürchteten Spätfolgen von Diabetes vermindert.

#### Früherkennung des Diabetes im Rahmen der Zahnvorsorge

Durch Prävention und rechtzeitige Therapie können Entzündungsprozesse, Insulinresistenz und daraus resultierende Probleme aufgehalten werden. Ent-

## Entscheidend für den Erfolg einer Diabetesbehandlung ist die möglichst frühzeitige Diagnose. Parodontitiserkrankungen können ein Hinweis auf einen möglichen Diabetes sein. Zahnärzte können so oft als erste Symptome einer bislang unentdeckten Diabeteserkrankung feststellen.

tens ein Drittel dieser Patienten leidet unter schweren Formen der Parodontitis mit 5mm und mehr Attachmentverlust. Immerhin schon seit 20 Jahren gibt es die Charakterisierung der Parodontitis als „die sechste Komplikation des Diabetes mellitus“<sup>5</sup>. Parodontitis kann auch zu einer Verschlechterung der Glukosetoleranz beitragen, d.h. sie kann auch ein echter Risikofaktor für Diabetes sein.

#### Interdisziplinäre Diagnose und Behandlung

Die bidirektionale Beziehung zwischen Parodontitis und Diabetes erfordert neue Konzepte der Diagnose- und Behandlungsregimes. So wird es zukünftig unerlässlich sein, bei Diabetikern die Behandlungen zwischen zahnmedizinischen und internistischen Spezialisten zu koordinieren<sup>6</sup>. Dazu gehört auch eine effektive Prävention. Wenn man bedenkt, dass Diabetes das Risiko für Parodontitis ebenso stark erhöht wie Rauchen - der stärkste Risikofaktor für Parodontitis -, dann liegt die Notwendigkeit für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Hand. Die Tabakentwöhnung ist neben einer optimalen Plaquekontrolle (Entfernung der Zahnbeläge durch häusliche und professionelle Zahnreinigung) zur wichtigsten Maßnahme bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen geworden<sup>7</sup>. Effektive Rauchentwöhnungsprogramme sind wichtig und zeigen Erfolge bei der Parodontitis. So scheint es logisch, einer effektiven Kontrolle des Blutzuckers einen ähnlich hohen Stellenwert zuzuweisen.

Die optimale Behandlung des Diabetes und die Elimination oder Reduktion von Risikofaktoren sind die Schlüsselemente, die auch zur Verbesserung des Parodontalzustandes beitragen können. Umgekehrt ist die Kontrolle der oralen Entzündung durch eine adäquate Parodontaltherapie unerlässlich, um die diabetische Stoffwechsellage zu verbessern. Gelingt es, das parodontale Entzündungsgeschehen zu

scheidend für den Erfolg ist die möglichst frühzeitige Diagnose. Schwere Verlauf einer Parodontitis ergeben zumindest einen Verdacht auf einen möglichen Diabetes, der internistisch weiter abgeklärt werden kann. Herausgefordert sind hier vor allem die Zahnärzte, die - vor allem bei Menschen, die selten eine allgemeinmedizinische Praxis aufsuchen, aber häufiger beim Zahnarzt vorstellig werden - oft als erste Symptome einer bisher undiagnostizierten Diabeteserkrankung feststellen können<sup>8</sup>.

Über 90 Prozent der 20- bis 70-jährigen Deutschen geht im Schnitt zweimal im Jahr zum Zahnarzt. Das ist eine gute Möglichkeit, große Teile der Bevölkerung zu untersuchen. Zahnärzte könnten im Verdachtsfall in ihrer Praxis Blutzuckerkontrollen durchführen und Risikoprofile erstellen. Erhärten sich die Hinweise auf Diabetes, kann der Patient zum Hausarzt überwiesen werden.

#### Die Mitwirkung der Zahnärzte bei der Behandlung des Diabetes

Parodontalbehandlungen beim Diabetiker wirken sich positiv auf den Blutzuckerspiegel aus. Werden parodontal erkrankte Patienten, die einen schlecht eingestellten Diabetes haben und bei denen die Blutzuckerkontrolle mit oralen Antidiabetika oder Insulin erfolgt, in der Zahnarztpraxis behandelt, so kann der HbA<sub>1c</sub> Gehalt im Blut um durchschnittlich 0,4% abgesenkt werden. Diese Verbesserung des Blutzuckerspiegels kann zu einer ca. 10%igen Reduktion der Gesamtmortalität führen.

Für eine stärkere Einbindung der Zahnärzte in die Diabetesbehandlung spricht auch die Tatsache, dass mit einem dichten Netz an Zahnarztpraxen bereits ein flächendeckendes System existiert, das dentale Erwachsenenprophylaxe anbietet. Hier gibt es ge-

1. Bradley C, de Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Eschwège E, Gönder-Frederick L, Simon D. PANORAMA: a European study to evaluate quality of life and treatment satisfaction in patients with type-2 diabetes mellitus--study design. *Prim Care Diabetes*. 2011; 5: 231-239.
2. Hauner H. Diabetesepidemie und Dunkelziffer. *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011 (Diabetes DE, Hrsg.) Kirchheim & Co., S. 8-13.*
3. Rathmann W, Strassburger K, Heier M, Holle R, Thorand B, Giani G, Meisinger C. Incidence of type 2 diabetes in the elderly German population and the effect of clinical and lifestyle risk factors. *KORA S4/F4 cohort study. Diab Med* 2009; 26: 1212-1219.
4. Iacopino AM. Periodontitis and diabetes interrelationships: role of inflammation. *Ann Periodontol* 2001; 6: 125-137.
5. Loe H. Periodontal disease: the sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 6: 329-334.
6. Iacopino AM. New "syndemic" paradigm for interprofessional management of chronic inflammatory disease. *J Can Dent Assoc* 2009; 75: 632-633.
7. Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG, Gallagher JE, Lahtinen A, Ainamo
8. Strauss SM, Alfano MC, Shelley D, Fulmer T. Identifying unaddressed systemic health conditions at dental visits: Patients who visited dental practices but not general health care providers in 2008. *Amer J Public Health* 2012; 102: 253-255.

schultes Personal, das parodontal erkrankte Patienten in Verhaltensänderungen unterweist und über lange Zeit führen und überwachen kann.

#### Parodontitis und Diabetes sind Volkskrankheiten

In Deutschland gibt es schätzungsweise 20 Millionen Patienten mit behandlungsbedürftigen Parodontalerkrankungen, davon 8 Millionen schwere Fälle mit Zahnfleischtaschen tiefer als 6 mm. Diabetes ist ähnlich weit verbreitet - auch hier rechnet man mit rund 8 Millionen Erkrankten. Beide Erkrankungen sind hochprävalent in der Bevölkerung. Bislang wird aber nur ein kleiner Teil der schweren Parodontalerkrankungen umfassend behandelt. Über die gesetzliche Krankenversicherung wurden nach Angaben der KZBV aus dem Jahr 2011 nur 954 100 Parodontalbehandlungen abgerechnet. Deshalb könnte eine Aus-

weitung der Parodontalbehandlungen, selbst wenn sie nur eine mäßige Verbesserung des Blutzuckerspiegels bei Diabetikern bewirken würde, eine bevölkerungsweite Auswirkung auf den Diabetes und seine Folgeerkrankungen haben.

Eine Abschwächung der Diabetesfolgen ließe nicht zuletzt auch Einsparungen bei den Kassenausgaben erwarten. Von den anfallenden Behandlungskosten bei Diabetes (ca. 48 Mrd. Euro jährlich) gehen drei Viertel zu Lasten der mit Diabetes verbundenen Gefäßprobleme, allen voran die Kostentreiber Herzinfarkt, Schlaganfall und Nierenversagen. Eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten und Zahnärzten könnte erhebliche positive Effekte bewirken. Dazu bedarf es jedoch der vereinten Anstrengungen aller Partner im Gesundheitswesen.

Wolfgang Hoffmann

## Medizin durch Zahnmediziner

### Die Zahnärzte könnten künftig eine wichtige Rolle bei der Prävention und Behandlung von Allgemeinerkrankungen spielen



**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH**  
Versorgungsepidemiologe  
am Institut für Community  
Medicine der Universität  
Greifswald

Viele Allgemeinerkrankungen sind mit Erkrankungen des Mundraumes assoziiert. Neben dem Diabetes werden auch Erkrankungen der Atemwege, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose und auch Komplikationen in der Schwangerschaft mit Prozessen im Mundraum in Verbindung gebracht. Eine Früherkennung oder Aufdeckung dieser Erkrankungen in der zahnärztlichen Praxis wäre möglich und oft auch ohne aufwändige Diagnostik zu leisten.

Doch noch gibt es Barrieren sowohl im zahnärztlichen wie auch im ärztlichen Bereich: Viele Zahnärzte fühlen sich für die Prävention außerhalb ihres Kerngebietes nicht zuständig oder nicht kompetent. Ärzte denken bei der Therapie selten an die zahnmedizinischen Implikationen einer Erkrankung. Gegenseitige Überweisungen zwischen Ärzten und Zahnärzten sind derzeit nicht möglich, die Abrechnungsmöglichkeiten für arbeitsteilig übernommene Aufgaben nicht flexibel genug.

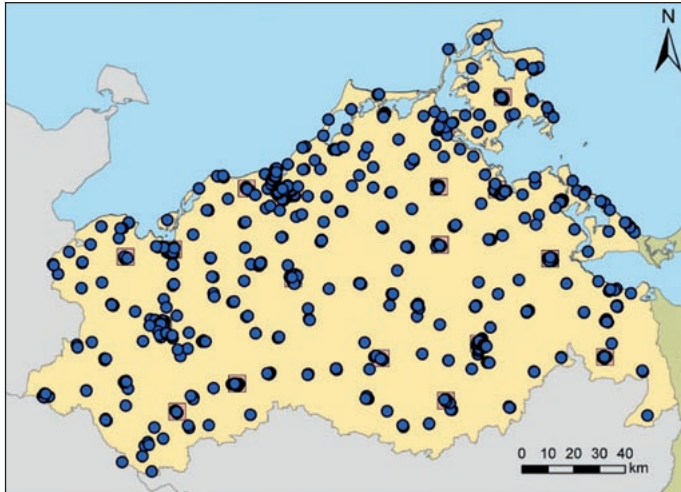
Auch im Studium müssen neue Strukturen verankert werden: Zahnmedizinstudenten brauchen einen größeren Anteil Medizin in der Ausbildung, Medizin-

studenten profitieren von einer besseren Integration zahnmedizinischer Ausbildungsinhalte.

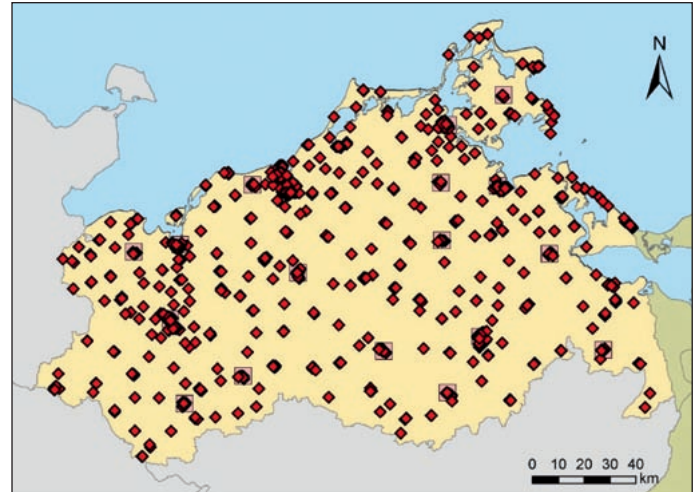
Die Zahnärzteschaft verfügt über exzellente Voraussetzungen, um künftig eine stärkere Rolle bei der Früherkennung und beim Monitoring von Allgemeinerkrankungen zu spielen. Zahnarztpraxen sind in den meisten städtischen und auch in ländlichen Bereichen flächendeckend vorhanden. Die Mehrheit der Bevölkerung hat regelmäßigen Kontakt zum Zahnarzt. Untersuchungen zeigen, dass Patienten deutlich häufiger in die Zahnarztpraxis als zum Hausarzt gehen (s. Grafik rechts). Die regelmäßige Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt hat - unterstützt durch die Bonusheft-Regelung und Recalls - im Bewusstsein vieler Menschen einen festen Platz eingenommen.

Die hohe Inanspruchnahme und gute regionale Verteilung der Praxen bilden hervorragende Voraussetzungen für eine bessere Integration der Zahnärzte im Gesundheitssystem und deren konsequente Einbindung in die regionale Versorgung. Gerade wegen der hohen Verbreitung der mit dem Mundraum assoziierten Krankheiten würde eine große Zahl an Patienten von der interdisziplinären Behandlung profitieren.

## Zahnärzte und Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern



1454 Zahnärzte (2010)

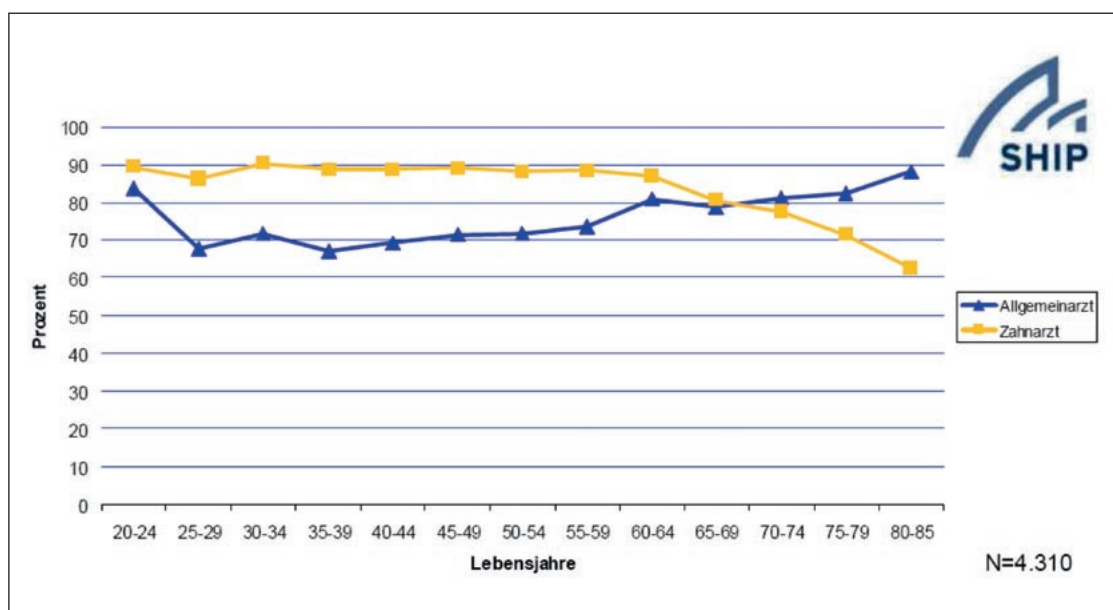


1091 Hausärzte (2010)

© Institut für Community  
Medicine, 2011

Die Zahnärzteschaft verfügt über exzellente Voraussetzungen, um künftig eine stärkere Rolle bei der Früherkennung und beim Monitoring von Allgemeinerkrankungen zu spielen: eine flächendeckende Versorgungsstruktur, die regelmäßige Inanspruchnahme durch die Patienten und ein gut ausgebildetes, in der Präventionsarbeit erfahrenes Personal.

## Inanspruchnahme von Zahnärzten und Allgemeinärzten

Quelle: R. Biffar, UMG Greifswald,  
persönliche Mitteilung 2012

Altersabhängige Aufschlüsselung der Inanspruchnahme von Zahn- und Allgemeinärzten:  
Bis zum Alter von etwa 66 Jahren gehen Patienten häufiger zum Zahnarzt. Das ist gerade für die Prävention vieler Krankheiten eine wichtige Zeitspanne.

Thomas Einfeldt

# SPD-Politiker Steffen-Claudio Lemme zu Gast bei der IGZ

## Z-2000-Diskussionsveranstaltung in Hamburg



**Dr. Thomas Einfeldt**  
Vorsitzender des Zahnärzterverbandes Z-2000, Hamburg

Auf Einladung des Hamburger IGZ-Mitgliedsverbandes „Z-2000“ ([www.z-2000.de](http://www.z-2000.de)) kam der SPD-Gesundheits- und Sozialpolitiker Steffen-Claudio Lemme am 27. März 2013 zu einer gesundheitspolitischen Gesprächsrunde nach Hamburg, um im Jahr der Bundestagswahl über das Konzept der Bürgerversicherung und dessen Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung Auskunft zu geben. Lemme ist Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestages und gehört zu einer Arbeitsgruppe der SPD, die sich aktuell mit der Konzeption der Bürgerversicherung befasst. Im April 2011 hatte das SPD-Präsidium festgestellt, dass die Bürgerversicherung „solidarisch, gerecht und leistungsfähig“ sei. Und auch jetzt ist dieses Thema ein Eckpunkt des aktuellen Wahlkampfes.

Die Veranstaltung wurde moderiert von Dr. Thomas Einfeldt, Vorsitzender des Zahnärzterverbandes Z-2000. Auf dem Podium saßen neben dem Gast der Präsident der Hamburger Zahnärztekammer, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, und der Hamburger KZV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Eric Banthien. Die Zuhörerschaft bestand aus berufspolitisch aktiven Hamburger Zahnärztinnen und Zahnärzten aus den Gremien der Kammer, der KZV und dem Verband Z-2000 und beteiligte sich nach den Statements an der Diskussion.

### GOZ und BEMA zusammenführen

Nach Lemme soll es durch die Bürgerversicherung „keinen Verlierer“ im System geben, es solle aber künftig solidarischer und gerechter zugehen als bisher. Auf die ihm im Vorfeld der Einladung zugesandten 17 detaillierten Fragen der Zuhörer wollte er im Einzelnen nicht eingehen, da man in der Partei gegenwärtig einen Klärungsprozess durchlaufe und Antworten noch nicht „verfügbar“ seien. Wie beispielsweise das Honorierungssystem (Schlagworte „Konvergenz der Systeme“ und „Gleiches Geld für gleiche Leistung“) nach einer „Zusammenführung“ von GOZ und BEMA aussehen solle, darüber würde derzeit gerade ein SPD-Experten-Gremium (Lemme, Lauterbach, Knieps u.a.) arbeiten. Die Thematik sei so komplex, dass man damit noch nicht an die Öffentlichkeit gehen könne, so Lemme. Wichtiger sei aber die allgemeine Richtung der SPD-Politik, die auf eine „Konvergenz“ ziele. Die SPD könne im Übrigen gar kein abschließendes Honorarsystem veröffentlichen, denn dies sei dann eine künftige Aufgabe

der Partner z.B. im gemeinsamen Bundesausschuss ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) von Krankenkassen und Leistungserbringern oder im Bewertungsausschuss bzw. im erweiterten Bewertungsausschuss.

### Leistungskatalog

Auch zum Umfang des Leistungskataloges der Bürgerversicherung wollte sich Lemme nicht äußern, lehnte höflich und freundlich ab, darüber zu sprechen, wie „außervertragliche Leistungen“ in der Zahnmedizin zukünftig abzurechnen seien. Er gab aber zu verstehen, dass er bestimmte derzeitige „Privatleistungen“ beispielsweise aus dem ärztlichen IGeL-Katalog für medizinisch fragwürdig halte und er Versicherte in Schutz nehmen wolle. Er betrachtete die professionelle Zahnreinigung als IGeL-Leistung und hielt in diesem Segment weitere Überprüfungen des zahnmedizinischen Nutzens der PZR für notwendig. Nach Lemmes Erfahrungen sei das Konzept der Privaten Krankenversicherung (PKV) ein Auslaufmodell, eher geeignet für den Bereich von „Zusatzversicherungen“, die es auch neben der Bürgerversicherung geben solle. Nach Lemmes Meinung spiele die PKV für Ärzte und Zahnärzte keine große Rolle, da ja die meisten Ärzte weniger als 10% Privatversicherte behandeln würden. Auch einen künftigen „privaten“ Leistungskatalog zu beschreiben sei im Übrigen Aufgabe der Sozialpartner.

### Mehreinnahmen der BV und Budgeterhöhung

Durch die Bürgerversicherung wäre mit Mehreinnahmen zu rechnen: mehr Beitragszahler und auch Beiträge aus Zinsen und Vermögensverwaltung, außerdem durch die Wiedereinführung von paritätischen Beiträgen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Diese Entwicklung würde eine Budgeterhöhung zur Folge haben – ohne Budgetierung (als Instrument der Mitverantwortung der Leistungserbringer für die Menge) würde es aber nicht gehen. Der Gesundheitsfonds und ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich sollen bleiben. Gleichzeitig soll der Wettbewerb unter den Krankenkassen gestärkt und deren Beitragsatz-Autonomie sowie die Verhandlungsfähigkeit gegenüber Leistungserbringern verbessert werden. Wie dies aber im Einzelnen geregelt werden soll – „das ist noch nicht geklärt“, daran arbeite der schon genannte SPD-Fachausschuss mit Hochdruck, so Lemme vor den versammelten Zahnärzten.

**Lob für die Zahnärzte**

Lemme lobte ausdrücklich die Zahnärzte für die Erfolge bei der Prävention und der Zahnerhaltung. Auch die befundbezogene Festzuschuss-Regelung bei Zahnersatz habe sich bewährt und solle beibehalten werden. Über eine Ausweitung dieses Prinzips auf andere Bereiche würde derzeit aber nicht nachgedacht.

kann. Auch die Wirkung in den öffentlichen Raum hinein sei beträchtlich: Patienten würden „ihrem“ Zahnarzt nach wie vor vertrauen. Zur „IGeL-Leistung PZR“ erhielt Lemme auch im Nachgang zur Veranstaltung per Email weitere Informationen über die Wirksamkeit und den Nutzen der PZR.

Angesprochen wurden auch kulturelle Zerrbilder in der Politik. Zahnärzte betonten, das Bild vom „rei-

**Zahnmediziner sind sicher nicht davon zu überzeugen, dass die Fortführung der Budgetierung und damit die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Zahnärzte „gerecht“ sind. Wie der demografische Wandel durch die Bürgerversicherung gemeistert werden soll, ist ebenfalls noch nicht deutlich genug.**

**Bekennnis zur Freiberuflichkeit und zu einer neuen Approbationsordnung**

Auf die Frage, ob die alte Parole der ehemaligen SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, das „Dogma der Freiberuflichkeit von Ärzten und Zahnärzten müsse gebrochen werden“, noch gelte, bekannte sich Lemme zum Prinzip der Freiberuflichkeit als Mittel der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung, „wenn der Sicherstellungsauftrag erfüllt wird“. Dringend forderte Lemme eine moderne Approbationsordnung – ohne hier Stellung zu den Inhalten und Ergebnissen zu beziehen (aber das war auch nicht Thema des Abends).

**Fazit: Es gibt viel Informationsbedarf in der Politik. Darum sollten Gespräche häufiger stattfinden.**

Die Gesprächsrunde diene dem Kennenlernen der SPD-Position auf der einen Seite und der Erläuterung zahnärztlicher Positionen auf der anderen. Dabei wurde deutlich, dass der Bedarf an zahnmedizinischer und standespolitischer Information selbst bei ausgewiesenen Gesundheitsexperten sehr ausgeprägt sein kann. Insbesondere konnten die anwesenden Zahnärzte MdB Lemme darauf hinweisen, dass die Zahnmedizin kein Kostentreiber und der Anteil zahnmedizinischer Leistungen an den Gesamtausgaben der GKV zurückgegangen ist, dass jeder GKV-Patient jetzt durch das Festzuschuss-Prinzip und Mehrkostenvereinbarungen auch gleichzeitig ein Privatpatient sein kann, wenn er freiwillig und aufgeklärt Leistungen wählt, die über die Regelleistungen/Sachleistungen hinausgehen. Insofern sei das Bild, „in den Ost-Ländern gebe es kaum Privatpatienten“, nicht korrekt. Auch konnten die Zahnärzte deutlich machen, dass 55 000 niedergelassene Zahnärzte mit Personal und Familienangehörigen eben doch eine Multiplikatorengruppe sind, die ein politisches Gewicht einbringen

chen“ Zahnarzt sei ein altes Klischee. Die Niederlassungskosten seien erheblich, schnellere Produktzyklen bei Geräten und Instrumenten verursachten neuen Bedarf für finanzielle Rücklagen.

Die Zahnärzteschaft ist skeptisch gegenüber der Bürgerversicherung, weil wichtige Details der Honorarordnung fehlen. Die Zahnärzte tendieren unter diesen Voraussetzungen eher zur Beibehaltung des zweigegliederten Systems von GKV und PKV bei maßvoller Korrektur und einem Umbau von Strukturen. Zahnmediziner sind sicher nicht davon zu überzeugen, dass die Fortführung der Budgetierung und damit die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Zahnärzte „gerecht“ sind. Wie der demografische Wandel durch die Bürgerversicherung gemeistert werden soll, ist ebenfalls noch nicht deutlich genug.

Aufgabe für die Zahnärzteschaft wird es sein, gesprächsbereite Vertreter von SPD und den GRÜNEN intensiv über die Auswirkungen ihres Modells der Bürgerversicherung zu informieren. Offenbar ist das Modell noch nicht ausreichend im Einzelnen durchdacht. Vor diesem Hintergrund wirkt es befremdlich, wenn die Befürworter der Bürgerversicherung mit globalen Äußerungen, es ergäbe sich mehr Gerechtigkeit („Keine Zwei-Klassen-Medizin“, „Gleiches Honorar für gleiche Leistung“, „keine Wartezeiten“, „keine Rationierung“ usw.), bereits Wahlkampf machen. Wenn Rot-Grün die Wahlen gewinnt, müsste die neue Regierung relativ schnell das neue System installieren, damit sie sich nicht den Vorwurf des Wahlbetrugs einhandelt. Es besteht die Gefahr, dass die Freiberuflichkeit sich dann von selbst erledigt und sich ein System wie das des britischen National-Health-Service ergibt; und das ist wirklich ein Zwei-Klassen-System.

## Impressum

### Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

### Redaktion:

Benn Roolf

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

### Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Titelfoto: Aufklärungspostkarte des Deutschen Hygienemuseums Dresden, Quelle: Dentalhistorisches Museum Zschadraß. Das Museum im sächsischen Zschadraß besitzt mit über 500 000 Exponaten die weltweit größte Dokumentation zur Zahnheilkunde.

Dentalhistorisches Museum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

[www.dentalmuseum.eu](http://www.dentalmuseum.eu)

Auflage:

2 500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

## Die Verbände der IGZ

### Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

[www.vnzlb.de](http://www.vnzlb.de)

### Hamburg:

Zahnärzterverband Z-2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

[www.z-2000.de](http://www.z-2000.de)

### Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

[www.vdzis.de](http://www.vdzis.de)

### Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

[www.w-z-w.de](http://www.w-z-w.de)