

Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020

Einleitung

In Deutschland hat die Erarbeitung von Gesundheitszielen in den letzten Jahren eine starke Beachtung erfahren. Erfolgreich etabliert hat sich in Ergänzung zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik zum Beispiel das GVG-Projekt gesundheitsziele.de (Anmerkung der Redaktion: Gemeinsames Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) zur Evidenzbasierung von Gesundheitszielen).

Die Bundeszahnärztekammer sieht in der Weiterentwicklung ihrer 1996 formulierten Zielsetzungen zur Mundgesundheit eine lohnende Möglichkeit der gesundheitspolitischen Positionierung:

- Mundgesundheitsziele können als Argumentationsbasis in der versorgungspolitischen Diskussion zur Umsetzung bestimmter politischer Rahmensetzungen einen wichtigen Beitrag leisten. Sie bieten damit eine Plattform für den Berufsstand, um perspektivisch sowohl an der Verbesserung der Mundgesundheit als auch an der politischen Mitgestaltung des Gesundheitssystems aktiv teilzunehmen und entsprechende Rahmenbedingungen einzufordern.
- Mundgesundheitsziele definieren Aufgaben für die Zahnärzteschaft und bieten die Möglichkeit der Evaluation und Bewertung der zahnärztlichen Tätigkeit sowie der gesundheits- und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen.
- Mundgesundheitsziele verfolgen präventive Aspekte, und schließlich geben internationale Entwicklungen eindeutig die gesundheitspolitische Richtung der Formulierung von (Mund-)Gesundheitszielen vor.
- Eine erfolgreiche Umsetzung der Zielsetzungen im Bereich Mundgesundheit erfordert die Bereitstellung gesundheitsökonomischer Ressourcen, also die Gewährung einer angemessenen Vergütung der zahnärztlichen präventiven Maßnahmen inner- und außerhalb der GKV.

So sind die von der WHO / FDI in den 80er Jahren ausgegebenen Ziele zur Verbesserung der Mundgesundheit bis zum Jahr 2000 bekannt. Diese global für länderübergreifende Regionen definierten Zielsetzungen, die als mundgesundheitsliche Indikatoren überwiegend zahnbezogene Aspekte quantitativ berücksichtigten, müssen jedoch durch konkrete regionale Teilziele und um weitere, auch versorgungspolitische, Zielparameter ergänzt werden, um eine adäquate gesundheitspolitische Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung der Zielvorgaben auf Landesebene zu gewährleisten.

Um diesen Herausforderungen Rechnung zu tragen, finden in diesem Papier in Anlehnung an die Inhalte der "Global Goals for Oral Health" (FDI 2003) bei den aktualisierten Zielsetzungen die regionalen Besonderheiten sowie landes- und systemspezifische Schwerpunkte zur Definition von konkreten Mundgesundheitszielen und Aufgaben für Deutschland Berücksichtigung.

Sowohl Prävalenzen von Erkrankungen des Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereiches als auch Versorgungsgrad und Behandlungsbedarfe in verschiedenen Altersklassen und sozialen Schichten stellen die Grundlage für die Formulierung der aktuellen Mundgesundheitsziele und Aufgaben dar. Die zahnbezogene Fokussierung auf die Definition von Mundgesundheitszielen erfährt dabei eine deutliche Erweiterung um sowohl krankheitsbezogene als auch gesundheitsförderliche und präventive Zielbereiche, im Sinne der Einheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Das bedeutet, auch die Therapie ist präventionsorientiert ausgerichtet, denn sie beseitigt vorliegende Erkrankungsursachen und minimiert beziehungsweise schließt das Risiko für eine Wiedererkrankung aus.

Die präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde reicht also weit über die Förderung reiner primärpräventiver Leistungen einer Karies- oder Parodontitisprophylaxe hinaus. Im Vordergrund steht die lebensbegleitende Prävention in allen Bereichen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dieser Präventionsansatz hat zum Ziel, langfristig den Umfang restaurativer Maßnahmen vor allem im jüngeren und mittleren Lebensalter zu reduzieren und die Lebensqualität durch Erhalt einer oralen Gesundheit in ihrer Wechselwirkung zum Gesamtorganismus positiv zu beeinflussen. Dieses Ziel kann nur dann verwirklicht werden, wenn es gelingt, die Patienten von der Notwendigkeit ihrer Mitverantwortung als Co-Produzenten ihrer Gesundheit zu überzeugen und eine kontinuierliche Mitarbeit bei der Erhaltung der Mundgesundheit sicherzustellen.

Mundgesundheit ist von der Allgemeingesundheit nicht zu trennen und Gesundheitszielsetzungen sind immer an die Spezifika des Gesundheitssystems gebunden. Durch die gemeinsame wissenschaftliche und standespolitische Erarbeitung der Mundgesundheitsziele sind in einem breiten Konsensprozess die Voraussetzungen für eine weitere Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland geschaffen worden, allerdings unter der Annahme, dass sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Präventionspolitik verbessern.

Ob und wie die evaluierbar formulierten Mundgesundheitsziele und -teilziele erreicht werden können, hängt vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure und Institutionen des Gesundheitssystems, sich bei der Realisierung entsprechender Maßnahmen einzubringen sowie entscheidend von der Umsetzung der gesundheitspolitischen Forderungen der Zahnärzteschaft ab. Hierbei steht ein angemessener Ressourceneinsatz finanzieller, organisatorischer und personeller Art ganz im Vordergrund, um die präventiven Outcomes zu verbessern.

Ziele, Zielsetzungen und Zielvorgaben

Ziele

1. Förderung der Mundgesundheit und Reduzierung der Auswirkungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen auf die Allgemeingesundheit und die psychosoziale Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen.
2. Reduzierung der Auswirkungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen auf die Allgemeingesundheit sowohl auf Individual- als auch auf Bevölkerungsebene durch Früherkennung, Prävention und effiziente Behandlung oraler Erkrankungen.

Zielsetzungen

1. Reduzierung der durch Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bedingten Mortalitäts- und Morbiditätsrate und dadurch Steigerung der Lebensqualität;
2. Unterstützung von notwendigen Strukturen und Programmen für die Mundgesundheitsversorgung, die anhand systematischer Überprüfung der bestmöglichen Praxiserkenntnisse erarbeitet wurden (das heißt evidenzbasiert);
3. Unterstützung akzeptabler und kosteneffizienter (Mund-)Gesundheitskonzepte zur Prävention und zur Kontrolle von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie zur Verbesserung der Allgemeingesundheit unter Berücksichtigung allgemeiner Risikofaktoren. Entwicklung von Mundgesundheitsprogrammen zur Verbesserung der Mundgesundheit bei sozialen und medizinischen Risikogruppen;
4. Integration der Mundgesundheitsförderung und -versorgung in andere, die Gesundheit beeinflussende, Bereiche;
5. Unterstützung von Systemen und Maßnahmen zur prozess- und ergebnisorientierten Evaluation der Mundgesundheit;
6. Förderung der sozialen und berufsethischen Verantwortung des zahnärztlichen Berufsstandes.

Zielvorgaben

Bis zum Jahre 2020 soll Folgendes erreicht sein:

1. Zahnhartsubstanzdefekte

- Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den Sechsjährigen Kindern soll mindestens 80 Prozent betragen.
Baseline (DAJ 2001): Anteil naturgesunder Gebisse bei Sechs- bis Siebenjährigen im Jahr 2000: 33,3 bis 60,2 Prozent
- Reduzierung des DMFT-Index bei den Zwölfjährigen auf einen Wert von unter 1.
Halbierung des Anteils der Zwölfjährigen mit hohem Kariesbefall (DMFT-Index > 2, Bezugswert 1997).

Baseline (DAJ 2001, IDZ 1999): Mittlerer DMF-T Wert bei Zwölfjährigen im Jahr 2000: 1,21
Anteil der Zwölfjährigen mit einem hohen Kariesbefall (DMFT-Index > 2) im Jahr 1997: 29,6 Prozent

- Reduzierung des mittleren M-T Wertes in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen auf 3.
Baseline (IDZ 1999): Mittlerer M-T Wert bei 35- bis 44-Jährigen im Jahr 1997: 3,9

2. Parodontopathien

Reduzierung der Prävalenz schwerer parodontaler Erkrankungen, unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Rauchen, schlechte Mundhygiene, Stress und systemische Erkrankungen auf zehn Prozent in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen beziehungsweise auf 20 Prozent in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen.

Baseline (IDZ 1999): Schwere parodontale Erkrankungen (CPI=4) bei 35- bis 44-Jährigen im Jahr 1997: 14,1 Prozent

Schwere parodontale Erkrankungen (CPI=4) bei 65- bis 74-Jährigen im Jahr 1997: 24,4 Prozent

3. Zahnverlust / Zahnlosigkeit

Reduzierung der Häufigkeit der vollständigen Zahnlosigkeit in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen auf unter 15 Prozent.

Baseline (IDZ 1999): Prävalenz der vollständigen Zahnlosigkeit bei 65- bis 74-Jährigen im Jahr 1997: 24,8 Prozent

4. Mundschleimhautveränderungen

- Die Erkennung und frühzeitige, gezielte Diagnostik von Mundschleimhautveränderungen, insbesondere von Präkanzerosen und Prothesenstomatitis, sollen verbessert werden.

Baseline (IDZ 1999): Prävalenzrate von Mundschleimhautveränderungen (Präkanzerosen, Prothesenstomatitis) bei 65- bis 74-Jährigen im Jahr 1997: 1,8 Prozent Präkanzerosen und 18,3 Prozent Prothesenstomatitis

- Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakgebrauchs sowie des chronischen Alkoholabusus in der Bevölkerung im Interesse einer ursachenorientierten Vermeidung oraler und systemischer Erkrankungen sind durch Zahnärzte zu unterstützen.

Die Informationen über die Folgen des Tabakkonsums (auch in Verbindung mit chronischem Alkoholmissbrauch) für die Mundgesundheit sowie eine Anti-Raucherberatung sollen in die Routine der täglichen zahnärztlichen Praxis integriert werden.

Baseline (StaBu 2001): Raucheranteil an der Bevölkerung in der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen im Jahr 1999: 37 Prozent

Raucheranteil an der Bevölkerung in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen im Jahr 1999: 28,9 Prozent

5. Kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

Schnellere und bessere Früherkennung sowie rechtzeitige adäquate Beratung und Therapie der CMD-Patienten mit dem Leitsymptom Schmerz in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen.

Baseline (IDZ 1999): Anteil des Symptoms Schmerz in Zusammenhang mit CMD in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen im Jahr 1997: 4,6 Prozent

6. Ernährung

Verstärkte Ernährungsberatung durch den Zahnarzt zur deutlichen Reduzierung des (versteckten) Zuckerverzehrs bei Säuglingen und Kindern und somit Verringerung der Prävalenz früh auftretender Karies sowie späterer erosiver Zahnhartsubstanzdefekte in verstärkter interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Pädiatern, Gynäkologen und Hebammen (Schwangerenberatung).

Baseline (Wetzel 2002): Prävalenzrate des Nursing-Bottle-Syndroms bei Ein- bis Sechsjährigen im Jahr 2001: fünf bis zehn Prozent

7. Kollektivprophylaktische Maßnahmen

- Erhöhung der Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz als eine semikollektive kariesprophylaktische Maßnahme, die breitenwirksam soziale und medizinische Risikogruppen erreicht, auf 70 Prozent.

Es sollte immer nur eine Form von systemischer Fluoridsupplementierung erfolgen (Fluoridanamnese).

Baseline (Informationsstelle für Kariesprophylaxe 2002): Marktanteil fluoridierten Speisesalzes, das als Jodsalz mit Fluorid im Handel erhältlich ist, am gesamten Speisesalzabsatz im Jahre 2001: 50,7 Prozent

- Erhöhung des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades für Kinder und Jugendliche zwischen dem dritten und 16. Lebensjahr auf 80 Prozent.

Baseline (DAJ 2002): Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad Kindergarten im Berichtsjahr 2000/2001: 62,3 Prozent

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad Grundschule im Berichtsjahr 2000/2001: 67,3 Prozent

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad fünfte und sechste Klasse im Berichtsjahr 2000/2001: 21,8 Prozent

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad Sonderschulen im Berichtsjahr 2000/2001: 43,2 Prozent

8. Gesundheitserziehung und -aufklärung

Die deutsche Zahnärzteschaft unterstützt in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine kontinuierliche Mundgesundheitsaufklärung der Bevölkerung, für eine umfassende Verbesserung der Mundgesundheit.

Bundeszahnärztekammer, 2004