

EINBLICKE IN DAS KIEFERORTHOPÄDISCHE MODUL

Die Kinder wurden zufällig ausgewählt, die Teilnahme war freiwillig. Für die Kontaktaufnahme stellten die jeweiligen Einwohnermeldeämter die Adressdaten zur Verfügung. Von Januar bis März 2021 wurden die Kinder gemeinsam mit ihren Eltern zu einem Besuch in einem Untersuchungszentrum in der Nähe ihres Wohnorts eingeladen. Im Vorfeld erhielten diese einen Papierfragebogen zu vergangenen Zahnarztbesuchen und zum Gesundheitszustand ihres Kindes, den sie ausgefüllt zum Termin mitbrachten. Vor Ort wurden zunächst die Eltern zu Zahnschmerzen und zur Behandlung von Zahnfehlstellungen ihrer Kinder befragt. Im Anschluss fand die zahnärztliche Untersuchung statt. Dabei wurden die Zähne des Kindes gezählt und Scans der Zahnreihen gemacht.



Lassen Sie uns über die oftmals medial thematisierte Überversorgung sprechen - diese wurde laut Studie widerlegt. Eine Überraschung?

Mit dieser Studie können wir das Thema Überversorgung nicht vollumfänglich beantworten, da bei den meisten Probanden die KFO-Behandlung noch nicht begonnen hat. Tatsächlich lässt sich der Grad der Versorgung erst bei Wiederbefragung feststellen. Wir können jedoch sagen, dass es bei der Frühbehandlung nicht zu einer Überversorgung gemäß den gesetzlichen Richtlinien kam.

Der Bedarf für eine Frühbehandlung mit entsprechendem Schweregrad der Fehlstellung lag bei den Probanden bei 16,4 Prozent. Wir haben daraufhin die Eltern befragt, ob sie mit ihrem Kind in einer Frühbehandlung sind, und mussten feststellen, dass die tatsächliche Frühbehandlung von den Eltern von einem frühkindlichen Besuch beim Kieferorthopä-

den schwer zu unterscheiden ist. Wir haben bei den angegebenen Praxen jeweils nachgefragt, ob es sich tatsächlich um eine Frühbehandlung im Sinne der GKV handle, und stellten fest, dass, obwohl 16 Prozent der Kinder eine Indikation für eine Frühbehandlung haben, nur 8 Prozent in einer Frühbehandlung sind. Im Bereich Frühbehandlung sind wir also eher bei einer Unterversorgung. Hier werden wir folglich weiteren Fragen nachgehen.

Welche fachlichen Reaktionen gab es mit Blick auf die Ergebnisse?

Von den beruflichen Fachgruppen erreichten uns ausschließlich positive Reaktionen auf die Ergebnisse, viele zeigten sich dankbar über die neue Datengrundlage, die es nun erlaubt, vernünftig zu planen. Die wissenschaftliche Qualität der Daten hat Beruhigung gebracht und das Berufsfeld gestärkt.

ZAHN- UND KIEFERFEHLSTELLUNGEN BEI KINDERN – AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

- 10,0 Prozent der Studienteilnehmenden wiesen ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung erforderlich machen.
- 25,5 Prozent der Studienteilnehmenden wiesen stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung erforderlich machen.
- 5,0 Prozent der Studienteilnehmenden wiesen extrem stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen unbedingt eine Behandlung erforderlich machen.
- Kariesfreie Studienteilnehmende hatten seltener einen kieferorthopädischen Versorgungsbedarf als Kinder mit Karieserfahrung (37,1 Prozent vs. 44,7 Prozent).
- Bei einem kieferorthopädischen Versorgungsbedarf besteht häufig auch eine Einschränkung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrung. Gleichzeitig waren Studienteilnehmende ohne kieferorthopädischen Versorgungsbedarf häufiger kariesfrei. Diese Assoziationen geben Hinweise auf den medizinisch-prophylaktischen Charakter einer kieferorthopädischen Behandlung.

Und seitens der Patienten?

Da mir die praktischen Hintergründe fehlen und ich nicht unmittelbar am Patienten arbeite, kann ich hierzu wenig sagen. Fest steht aber, dass es für den Fachbereich wünschenswert gewesen wäre, ein ähnliches Ausmaß an Berichterstattung über die neuen Ergebnisse in den Medien zu finden, insbesondere der Tagespresse, wie es im Bereich der Negativ-Schlagzeilen der Fall war – als Stichworte fallen mir hier „Abzocke“ und „Überversorgung“ ein. Für die Patientenwahrnehmung wäre das wichtig gewesen.

Warum ist KFO bei Kindern nach wie vor so essenziell?

Neben den medizinischen Indikationen haben wir die Kinder auch zur Lebensqualität befragt. Neben Schmerzen, die mit Fehlstellungen in Zusammenhang stehen, waren auch die psychosozialen Einflüsse für die Probanden relevant. Die Kin-

„Die Kinder [...] gaben ein verringertes Selbstbewusstsein an – es geht folglich um weitaus mehr als nur um Ästhetik.“

der stellten selbst fest, schlechter kauen zu können, gaben ein verringertes Selbstbewusstsein an – es geht folglich um weitaus mehr als nur um Ästhetik.

Wie geht es mit den erhobenen Daten weiter, welche Ableitungen und weiterführenden Untersuchungen wird es zukünftig geben?

In der DMS 6 wurden zunächst die kieferorthopädischen Daten ausgewertet, unsere Datenlage umfasst aber weitaus mehr Bereiche. Wir haben die Kinder auch auf Karies untersucht, auf Zahnfleischbluten, auf Mundhygiene, Kreidezähne u. v. m. All das will noch ausgewertet werden. Es bleibt also spannend und wird noch weitere Erhebungen rund um die 8- bis 9-jährigen Kinder geben.

Was die Zahn- und Kieferfehlstellungen betrifft, haben wir die Probanden gebeten, sich für eine Wiederbefragung im Rahmen der DMS 7 zur Verfügung zu stellen, diese steht in circa 8 Jahren an. Die Probanden sind dann zwischen 16 und 18 Jahre alt – nach den GKV-Richtlinien ist dann die KFO-Behandlung gerade vorbei. Das ist ein spannender Zeitpunkt, weil man dann sehen kann, wer sich tatsächlich behandeln lassen hat, wer nicht, wo es mitunter Schwierigkeiten gab etc. Demografische Faktoren, Behandlungsformen, Behandlungsergebnisse, Behandlungserfolge, die Nachhaltigkeit der Behandlung, eine mögliche Weiterentwicklung der Fehlstellungen – all das interessiert uns bei der Wiederbefragung.

Vielen Dank für diese Einblicke!

CONTACT

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Bonner Straße 484-486
50968 Köln
www.idz.institute