

Präventionsstrategie: Versorgungslücken werden nicht geschlossen



Nr. 2

Statement

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Am 11. Januar 2013 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention im Gesundheitswesen“ vorgelegt. Das Gesetz soll die Leistungen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten im SGB V (§§20, 25, 26) fixieren und voraussichtlich am 1. Januar 2014 in Kraft treten. Das BMG will damit Wissen, Befähigung und Motivation in der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten stärken und die Rahmenbedingungen für eine gezielte Gesundheitsförderung und Prävention schaffen. Speziell Jugendliche mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Bildungsstand sollen erreicht werden.

meinsam 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 initiieren. Fast die Hälfte aller bei der Einschulung festgestellten kariösen Defekte ist bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden. Der Sanierungsgrad der Milchzähne ist ebenfalls unbefriedigend. Kinder unter drei Jahren fallen in Deutschland relativ häufig durch das ansonsten erfolgreiche Präventionsraster. Für Kinder ab dem Durchbruch des ersten Milchzahns sind also systematische Vorsorge- und Früherkennungsprogramme zu entwickeln.

Kinder unter drei Jahren fallen in Deutschland relativ häufig durch das ansonsten erfolgreiche Präventionsraster. Für Kinder ab dem Durchbruch des ersten Milchzahns sind also systematische Vorsorge- und Früherkennungsprogramme zu entwickeln.

Der insgesamt lobenswerte Vorsatz zeigt jedoch, dass Herausforderungen aus Sicht der Zahnmedizin nicht angegangen werden. Obwohl Deutschland über ein gutes System der Individual- und Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche verfügt, gibt es dennoch Bevölkerungsgruppen, die am Fortschritt der Zahnmedizin und der umfassenden Präventionsarbeit zu wenig partizipieren.

Zum einen sind dies die Kleinkinder, bei denen die Zunahme der frühkindlichen Karies ein herausragendes zahnmedizinisches Versorgungsproblem darstellt. Derzeit gibt es keine systematischen zahnmedizinischen Präventionsansätze für dieses Lebensalter. Die gegenwärtigen Präventionsbemühungen liegen ausschließlich in der Verantwortung der Pädiater und reichen bei den steigenden Prävalenzzahlen offensichtlich nicht aus. Deswegen wäre eine Vorverlegung der Leistungsposition der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen von derzeit drei bis sechs Jahren auf die 0- bis 3-Jährigen zur Prävention der frühkindlichen Karies (ECC) sinnvoll. Der Gesetzgeber steht also vor der Aufgabe, die Rahmenbedingung für die stärkere Vernetzung als auch den stärkeren Einbezug der Zahnmedizin in dieser Lebensphase zu schaffen. Fachübergreifend arbeiten BZÄK, KZBV, die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) und der Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ) ge-

Zum anderen bestehen noch immer erhebliche Defizite bei der Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. BZÄK und KZBV hatten im Verbund mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits 2010 das „Konzept zur Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung (AuB)“ vorgelegt. Zwar wurde im GKV-Versorgungsstrukturgesetz und im Rahmen der Pflege-reform begonnen, erste Defizite für Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen zu beheben. Doch hierdurch sind weder die Versorgungsprobleme in der ambulanten Pflege noch die für Menschen mit Behinderungen in der zahnärztlichen Praxis gelöst. Das von der Zahnärzteschaft ausgearbeitete systematische Präventionsmanagement für diese Patientengruppe über die Formulierung eines §22a SGB V wurde im aktuellen Gesetzentwurf nicht aufgenommen.

Die Zahnärzteschaft hat sich in einer gemeinsamen Stellungnahme von BZÄK und KZBV zum Präventionsgesetz entsprechend offensiv positioniert. Der Auftrag an den Gesetzgeber aus zahnärztlicher Sicht lautet nun „Lücken schließen!“

Professor Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer



Bessere Ergebnisse mit oder ohne Faden

Bessere Fadentechnik mit
GingiTrac™ oder Access® Edge



Wählen Sie die für Ihren Behandlungsprozess geeignete Retraktionspaste.

GingiTrac ist ein Material auf Silikonbasis in Automix-Einweg-Karpulen. Sanft und schonend für das Zahnfleisch – GingiTrac lässt sich als Ganzes aus dem retrahierten Sulkus entfernen und ist ideal für die Anwendung mit oder ohne Faden. Kontrolliert Blutung und Sekretfluss durch die adstringierende Wirkung von Aluminiumsulfat.

Access Edge ist eine pastöse Retraktionspaste, die die natürlichen trocknenden und blutstillenden Eigenschaften von Kaolin-Tonerde mit der adstringierenden Wirkung von Aluminiumchlorid kombiniert. Einweg-Karpulen für maximale Keimfreiheit – einmal verwenden und dann wegwerfen. Ideal zum Einsatz mit oder ohne Fadenlegen.



KOSTENLOSER Centrix Snap-Fit™-Karpuehalter* bei Bestellung von Access Edge oder GingiTrac. Bestellen Sie telefonisch unter **0800 236 8749**
Stichwort: **ZWP-Retraktionsaktion**
Weitere Informationen unter www.centrixdental.de



Optimierte Fadenlegungstechnik: (Schneller, weniger Aufwand)

1. Einen einzelnen Retraktionsfaden in den Sulkus einlegen.
2. Access Edge oder GingiTrac um den Präparationsbereich herum injizieren. (Wirkt wie ein zweiter Faden.)
3. 2 Minuten warten. (Um den Faden in den Sulkus zu pressen, kann ein GingiTrac-Kompressionsaufsatz verwendet werden.)
4. Faden entfernen. Bei Bedarf spülen.



QR-Code für weitere Informationen zu GingiTrac



QR-Code für weitere Informationen zu Access Edge



Folgen Sie uns unter @CentrixInc

*Wert: 68,95 Euro. Angebot gültig bis 31. März 2013.



centrix®

Macht Zahnheilkunde einfacher.™