

01

Von Januar bis März 2021 waren Zahnärzte bundesweit unterwegs, um Zahn- und Kieferfehlstellungen bei acht- und neunjährigen Kindern zu untersuchen. Insgesamt 705 Probanden nahmen in ihrem jeweiligen Bundesland an der Untersuchung teil. Dabei stand im Rahmen der DMS 6 besonders das Thema Zahn- und Kieferfehlstellungen im Fokus. Über die im Herbst 2022 vorgestellten Ergebnisse spricht Prof. Dr. A. Rainer Jordan im Interview. Er ist wissenschaftlicher Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und verantwortet den Forschungsschwerpunkt Gesundheitsversorgungsforschung und -epidemiologie.

„IM BEREICH FRÜHBEHANDLUNG

KONNTEN WIR EINE UNTER- VERSORGUNG FESTSTELLEN“

Ein Beitrag der Redaktion

Herr Prof. Jordan, im Rahmen der DMS 6 wurde eine neue Studie zu Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern durchgeführt, die ersten Ergebnisse im Herbst 2022 vorgestellt. Bitte erklären Sie uns die Hintergründe und Vorbereitungen dieser Studie.

Gern. Zunächst gab es da den epidemiologischen Hintergrund. Als Institut der Deutschen Zahnärzte und im Auftrag der Bundeszahnärztekammer sowie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung führen wir regelmäßig Studien zur Feststellung von Mund- und Kieferkrankheiten in Deutschland durch. Kieferfehlstellungen sind jedoch lange Zeit nicht untersucht worden, es galt also, die Daten zu aktualisieren.

Auch der gesundheitspolitische Hintergrund war äußerst relevant: Im Jahr 2008 hat das DIMDI in Köln den ersten HTA-Bericht zum Thema Kieferorthopädie abgegeben und kritisch geäußert, dass die Evidenzbasis des Fachbereichs inakzeptabel sei und Forschung fehle. Und zehn Jahre später, 2018, kam dann der große Bericht vom Bundesrechnungshof,

der u. a. die KFO beleuchtete. Der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn hat in Folge ein weiteres Institut mit der Datenerhebung mit dem Fokus auf wissenschaftliche Evidenzbasierung zum Nachweis der Wirksamkeit der kieferorthopädischen Therapie beauftragt. Das war letztlich unser Startschuss und wir haben uns darum gekümmert. Wir waren damals schon in der Vorbereitung der DMS 6 und haben kurzfristig ein kieferorthopädisches Modul hinzugenommen.

Warum wurden Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien bei Kindern mehr als drei Jahrzehnte nicht konsequent untersucht?

1989 wurden Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern im Rahmen der DMS 1 das letzte Mal untersucht – dies betraf allerdings nur die alten Bundesländer. Mundgesundheitsstudien führen wir durchschnittlich alle acht Jahre durch. Zahnmedizinische Erkrankungen sind ein weites Feld, bei den letzten Untersuchungen waren vor allem Themen wie Karies, Parodontitis und neue Erkrankungen wie MIH relevant und

Prof. Dr. A. Rainer Jordan ist wissenschaftlicher Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ).



„Wir haben herausgefunden, dass 40 Prozent der Kinder kieferorthopädische Behandlungen nach Kassenrichtlinien benötigen.“

hatten Vorrang. Grundsätzlich erwartet man im Bereich Zahn- und Kieferfehlstellungen keine so großen Veränderungen in den Krankheitsbildern wie beispielsweise beim Mundgesundheitsstatus. Hier schnitt Deutschland in den 1990er-Jahren im Europavergleich sehr schlecht ab, in Folge wurden die Themen Prävention und Prophylaxe neu strukturiert und vorangetrieben.

Wie gestaltete sich die Umsetzung? Warum wurde der Fokus auf 8- bis 9-jährige Kinder gelegt?

Die gesundheitspolitische Forderung nach Daten rund um Zahn- und Kieferfehlstellungen kam wie eingangs erwähnt kurzfristig, wir waren bereits in der Vorbereitung der DMS 6. Das kieferorthopädische Modul haben wir dann allen anderen Erhebungen vorgezogen und im Corona-Lockdown umgesetzt. Die Umsetzung war relativ schwierig, einerseits aufgrund der Kurzfristigkeit, andererseits aufgrund der Pandemie und erhöhten Sicherheitsvorkehrungen, wir hatten u. a. auch mit abendlichen Ausgangssperren zu kämpfen. Man muss sagen, dass in dieser besonderen Zeit nur sehr wenige epidemiologische Studien durchgeführt wurden. Wir haben uns das getraut und es hat auch sehr gut geklappt. Um eine repräsentative Aussage für Deutschland zu treffen, hätten wir 670 Probanden benötigt, wir konnten aber viel mehr Kinder untersuchen (705).

Der Fokus lag auf 8- bis 9-jährigen Kindern, obwohl kieferorthopädische Indikationsgruppen regulär auf die zweite Wechselgebissphase zielen. Das Erfordernis einer Frühbehandlung zeichnet sich aber schon früher ab. Daher der Fokus auf Kinder im Alter von 8 bis 9 Jahren – wir wollten diese in einem ursprünglichen Erkrankungsstadium untersuchen, nicht schon „anbehandelt“.

Wie bewerten Sie die Ergebnisse? Bitte geben Sie uns einen Auszug relevanter Fakten.

Für das deutsche Gesundheitswesen war es wichtig, dass wir herausgefunden haben, dass 40 Prozent der Kinder kieferorthopädische Behandlungen nach Kassenrichtlinien benötigen. 4 von 10 Kindern benötigen KFO – das ist für die Versorgungslage in Deutschland äußerst spannend. Rechnet man dies hoch, lässt sich erkennen, wie viele Kieferorthopäden benötigt werden, um diesen Behandlungsbedarf abzudecken. Geht man davon aus, dass die Wartezeiten auf einen KFO-Termin heute schon relativ lang sind, lässt sich erahnen, welches Arbeitspensum diesen Fachbereich in den nächsten Jahren treffen wird.

Welchen Stellenwert haben diese Ergebnisse für kieferorthopädische Praxen?

Der praktische Nutzen für den Kieferorthopäden ist sicherlich sekundär, da es sich primär um eine epidemiologische Studie handelt. Durch die ganzen gesundheitspolitischen Berichte vom Bundesrechnungshof sind die Vorwürfe gegenüber der Kieferorthopädie aber widerlegt. Und wenn 40 Prozent der Kinder einen (evidenzbasierten) Versorgungsbedarf haben, gilt es, zu überlegen, wie Entscheidungs- und Planungshorizonte mit Blick auf die nächsten Jahrzehnte aussehen.

Und für das Gesundheitswesen in Deutschland?

Die gesundheitspolitischen Fragen rund um Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern, die es politisch im Vorfeld gab, konnten durch die DMS 6 mit konkreten Zahlen beantwortet werden und eröffnen einen Blick auf die Versorgungslage in den nächsten Jahren sowie Jahrzehnten.