

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/23287 –**

Zahngesundheit bei Kindern

Vorbemerkung der Fragesteller

Bei Kindern tritt Karies immer noch häufig auf, im Milchgebiss „in alarmierendem Umfang“, so der Barmer-Zahnreport 2020 (<https://www.barmer.de/blob/241616/3b39a6098e63921a427efe3980932c16/data/dl-zahnreport2020-komplett.pdf>). Im Alter von zwölf Jahren weisen nur 67 Prozent der versicherten Kinder keine Versorgungserfahrung an bleibenden Zähnen auf, im Umkehrschluss mussten bei einem Drittel der Kinder bereits Eingriffe, etwa gegen Karies, durchgeführt werden.

Die Gruppenprophylaxe gemäß § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) habe erhebliche Fortschritte bei der Zahngesundheit gebracht, so der Barmer-Report weiter, allerdings haben zwischen 9 und 15 Prozent aller Kinder keinen Zahnarztkontakt. Gleichzeitig stellt der Report fest, dass immer mehr Leistungen im Bereich der Zahngesundheit auf immer weniger Personen entfallen. 10 Prozent der versicherten Kinder nehmen zwischen 70 und 90 Prozent der Leistungen in Anspruch. Der Barmer-Report identifiziert als Risikogruppe Kinder von Eltern mit geringem Einkommen.

Auch bei der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH), den sogenannten „Kreidezähnen“ sei ein Zusammenhang mit dem Einkommen der Eltern feststellbar. Das häufigere Auftreten betrifft hierbei allerdings nicht soziale Schichten mit niedrigen Einkommen, sondern ebenso Kinder von wohlhabenden Eltern. Über die Ursachen für MIH sowie die Anzahl der schweren Fälle gebe es bisher keine genauen Erkenntnisse.

Nach Auffassung der Fragesteller verdient die Zahngesundheit von Kindern eine besondere Aufmerksamkeit. Viele schmerzhaft und teure Behandlungen im Erwachsenenalter ließen sich durch eine gute Prävention im Kindesalter verhindern. Die Gruppenprophylaxe kann nur ein erster Schritt zu einer besseren Zahngesundheit sein, insgesamt zeigt der Barmer-Report, dass viele Kinder durch Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen nicht erreicht werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Seit mehr als zwei Jahrzehnten ergeben epidemiologische Studien starke Rückgänge der mittleren Karieserfahrung im bleibenden Gebiss von Kindern und Jugendlichen. Die 1999 veröffentlichte Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III) des Instituts der Deutschen Zahnärzteschaft (IDZ) ermittelte bei 41,8 Prozent der 12-jährigen Kinder ein Gebiss ohne Karieserfahrung. Die 2016 veröffentlichte Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V; <https://www.idz.institute/publikationen/buecher/fuenfte-deutsche-mundgesundheitsstudie-dms-v.html>) stellte einen Anstieg dieses Anteils auf 81 Prozent fest. Damit verbunden war auch eine erhebliche Reduktion der durchschnittlichen Karieslast, gemessen am sogenannten DMFT-Wert, der die durchschnittliche Anzahl der kariösen (= decayed), fehlenden (= missing) und gefüllten (= filled) Zähne in einem Gebiss abbildet. Dieser ist für 12-Jährige nach der DMS V deutschlandweit von 1,7 in 1997 auf 0,5 in 2016 gesunken. Zu der Aussage in dem von den Fragestellenden angeführten Barmer-Zahnreport 2020, dass nur 67 Prozent der versicherten 12-Jährigen keine Versorgungserfahrung an bleibenden Zähnen aufweisen würden, ist zu bemerken, dass es sich bei der DMS um eine epidemiologische Studie handelt, bei der die Probanden so ausgewählt werden, dass sie ein möglichst repräsentatives Abbild der Bevölkerung ergeben. Dagegen verwenden die jährlich erscheinenden Zahnreporte die Abrechnungsdaten der Barmer, also der Versicherten nur einer Krankenkasse. Auch weist das IDZ in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2020 (<https://www.idz.institute/publikationen/sonstiges/versorgungsfrei-kariesfrei.html>) darauf hin, dass im Zahnreport die „Therapieerfahrung“ mit der „Karieserfahrung“ gleichgesetzt wird. Zwischen diesen beiden Größen gebe es aber einen Unterschied, weil die Gebisse von 12-Jährigen vielfach Versorgungserfahrungen aufweisen würden, die nicht einer Karieserkrankung geschuldet seien. So würde es in dieser Altersgruppe häufig zu Zahnverletzungen kommen, die ebenfalls mit Füllungen versorgt werden. Eine starke Zunahme kariesfreier Gebisse bei den 12-Jährigen zeigen auch die im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) in den Bundesländern durchgeführten „Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe“ (<https://www.daj.de/Downloads.12.0.html>), für die bundesweit im Schuljahr 2015/2016 mehr als 300.000 Kinder untersucht wurden. Nach diesen haben 79 Prozent der Sechstklässler in Deutschland kariesfreie, bleibende Gebisse. Sowohl die Deutsche Mundgesundheitsstudie als auch die Untersuchungen der DAJ zeigen, dass von dem Kariesrückgang in den beiden letzten Jahrzehnten alle Kinder in Deutschland profitiert haben. Auch in dem Drittel der Kinder mit den schlechtesten Karieswerten ist im Zeitverlauf prozentual ein erheblicher Kariesrückgang zu verzeichnen. Die Studien zeigen aber auch, dass es eine Polarisierung des Kariesrisikos gibt und dass deutliche Unterschiede hinsichtlich der Verbreitung von Karies und der Karieserfahrung zwischen Kindern aus den unterschiedlichen Sozialschichten festzustellen sind.

1. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die Zahngesundheit von Kindern zu verbessern, und welche finanziellen Mittel stellt sie hierzu zur Verfügung?

Die Ausgestaltung und Finanzierung der Prävention von Zahnerkrankungen erfolgt in Deutschland vorrangig durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Allen Versicherten steht unabhängig von ihrem Alter jedes Halbjahr eine eingehende zahnärztliche Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie einmal im Jahr eine Zahnsteinentfernung zu. Kinder und Jugendliche haben darüber hinausgehende Ansprüche auf zahnmedizinische Vorsorgeleistungen:

Kinder zwischen dem 6. Lebensmonat und dem vollendeten 6. Lebensjahr haben Anspruch auf sechs zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Zum Leistungsumfang gehört insbesondere, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt die Mundhöhle untersucht, das Kariesrisiko des Kindes einschätzt, zu Ernährungsrisiken durch zuckerhaltige Speisen und Getränke und zur richtigen Mundhygiene berät und gegebenenfalls fluoridhaltige Zahnpasta empfiehlt. Das Auftragen von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung ist für Kinder zwischen dem 6. und vollendetem 33. Lebensmonat Kassenleistung. Dieser Anspruch besteht zweimal pro Kalenderhalbjahr. Kinder zwischen dem 34. Lebensmonat und dem vollendeten 6. Lebensjahr haben bei hohem Kariesrisiko Anspruch auf Fluoridierung.

Kinder und Jugendliche zwischen dem 7. und vollendeten 18. Lebensjahr haben zweimal jährlich Anspruch auf eine individuelle Kariesprophylaxe in einer Zahnarztpraxis, die der präventiven Betreuung und Diagnostik dient. Zum Leistungsumfang gehören insbesondere die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischs sowie die Feststellung des Kariesrisikos. Über die Ursache von Karies und Gingivitis werden die Kinder und Jugendlichen altersgerecht aufgeklärt, zudem werden Hinweise zur zahngesunden Ernährung gegeben und bei Bedarf praktische Übungen zur Mundhygiene durchgeführt. Als begleitende Maßnahme kann die lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung mit Lack, Gel o. Ä. angezeigt sein. Kariesfreie Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren, das sind die Backenzähne sechs und sieben, können versiegelt werden.

Die Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Mundgesundheit und zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten richtet sich an Kinder und Jugendliche im Alter bis zwölf Jahren. Nach § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben dafür die Krankenkassen in Kooperation mit den Zahnärzten und den zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege in den Ländern Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen sollen flächendeckend angeboten und vorrangig in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, findet die Gruppenprophylaxe bis zum Alter von 16 Jahren statt. Die Maßnahmen erstrecken sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundgesundheitshygiene.

Im Jahr 2019 beliefen sich die Ausgaben der GKV für die Früherkennung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auf rund 26 Mio. Euro, für Leistungen der Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen auf rund 492 Mio. Euro und für die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen auf rund 51 Mio. Euro.

Darüber hinaus informiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Internet zum Thema Zahngesundheit (Infografik zur Zahnentwicklung, Thema Zähne, Vorsorge und Pflege, Alltagstipps usw.): <https://www.kindergesundheitsinfo.de/themen/risiken-vorbeugen/zahngesundheit/>.

2. Fördert die Bundesregierung Präventionsprogramme zur Zahngesundheit von Kindern, wenn ja, in welchem Umfang, und mit welchem Ergebnis?
 - a) Wurden die Programme evaluiert, wenn ja, wann, und mit welchem Ergebnis?
 - b) Plant die Bundesregierung, weitere Programme zu unterstützen oder aufzusetzen, wenn ja, welche, wann, und in welchem finanziellen Umfang?

Die Fragen 2 bis 2b werden gemeinsam beantwortet.

Wesentliche Aufschlüsse über die Entwicklung der Mundgesundheit und die Auswirkungen ergriffener Maßnahmen gibt die Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) des IDZ. Die seit 1989 im Abstand weniger Jahre im Auftrag der Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung durchgeführten repräsentativen Erhebungen geben wichtige Hinweise auf epidemiologische Trends und mögliche Handlungsbedarfe. So haben die Ergebnisse der DMS IV (2006) und der DMS V (2016) zur erheblichen Verbreitung frühkindlicher Karies („Milchzahnkaries“) wesentlich dazu beigetragen, dass der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auch für Kleinkinder beschlossen und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der näheren Ausgestaltung beauftragt hat. Dieser Auftrag wurde vom G-BA mit Wirkung vom 1. Juli 2017 umgesetzt. Im Bereich der Gruppenprophylaxe finden seit 2004 im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) in Zusammenarbeit mit den 17 Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege in allen Ländern „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe“ statt, die auf Bundesebene zusammengeführt werden. Die Ergebnisse der Begleituntersuchungen fließen in die Empfehlungen ein, die die DAJ regelmäßig zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindergärten abgibt. In den kommenden Jahren wird die Bundesregierung ein besonderes Augenmerk darauf legen, ob es gelingt, durch die Ausweitung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen auf Kinder vor dem 30. Lebensmonat und die verstärkte Durchführung der Gruppenprophylaxe auch bei unter 3-jährigen Kindern die Verbreitung frühkindlicher Karies zu reduzieren.

3. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, damit alle Kinder regelmäßig einen Zahnarztkontakt haben und Schäden damit früher erkannt werden können?

Die deutliche Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern in den letzten Jahrzehnten zeigt, dass die vorhandenen zahnmedizinischen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote geeignet und wirksam sind. Damit auch die Kinder an Präventionserfolgen partizipieren, die selten eine Zahnarztpraxis aufsuchen, ist die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen von besonderer Bedeutung. Im Schuljahr 2017/2018 wurden nach Angaben der DAJ in Kindergärten 2 Millionen Kinder (77,2 Prozent aller Kinder in Kindergärten), in Grundschulen 2,2 Millionen Kinder (77,3 Prozent aller Kinder in Grundschulen) und in Förderschulen 173.000 Kinder (75,8 Prozent aller Kinder in Förderschulen) erreicht. Sie ist damit das reichweitenstärkste Präventionsangebot für Kinder.

4. Wie gut ist die Kinderzahngesundheit in Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung im Vergleich zu anderen Ländern?

Nach der DMS V nimmt Deutschland im Vergleich mit 32 anderen europäischen Ländern sowie Australien und den USA bezüglich der Karieserfahrung (DMFT: 0,5) den Spitzenplatz ein.

5. Plant die Bundesregierung weitere gesetzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderzahngesundheit, wenn ja, welche, und wann?

Derzeit sind keine gesetzlichen Maßnahmen vorgesehen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

6. Welche Zahlen zur Ausbreitung der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation in Deutschland liegen der Bundesregierung vor?
 - a) Welche Forschungsprojekte fördert die Bundesregierung zur MIH?
 - b) Besteht eine Zusammenarbeit mit anderen Ländern, um die MIH zu bekämpfen, wenn ja, mit welchen, und in welchem Umfang?

Die Fragen 6 bis 6b werden gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen der DMS V wurden erstmalig Molaren-Inzisiven-Hypomineralisationen (MIH) erfasst. Dabei fand sich bei 28,7 Prozent der 12-jährigen Kinder wenigstens ein Zahn mit MIH-Befund, wobei es sich in der Mehrzahl der Fälle um ein deutlich abgegrenztes Areal mit einer veränderten Färbung des Zahnschmelzes von weißlicher, gelblicher bis bräunlicher Erscheinung handelte. Bei 5,4 Prozent der Studienteilnehmer waren ausgeprägte behandlungsbedürftige MIH-Formen mit Defekten des Zahnschmelzes feststellbar. Die präzisen Ursachen und Wirkungszusammenhänge für die Entstehung von MIH sind trotz einer Vielzahl internationaler Studien ungeklärt. Vermutet wird eine multifaktorielle Entstehung. Die Bundesregierung fördert derzeit keine Forschungsprojekte zur MIH.

