

Zahn- und Kieferfehlstellungen



DMS·6

vom Institut der
Deutschen Zahnärzte

Methodik und zentrale Ergebnisse zu Zahn- und Kieferfehlstellungen aus der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6)

Die letzte systematische Erfassung von Zahn- und Kieferfehlstellungen in Deutschland stammt aus dem Jahr 1989. Weil jedoch Zahn- und Kieferfehlstellungen neben Karies und Parodontalerkrankungen zu den häufigsten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mundhöhle gehören, haben wir diese Erkrankungen wieder in das Untersuchungsprogramm der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie aufgenommen. Wir haben uns dabei auf 8- und 9-jährige Kinder konzentriert, weil danach besonders schwere Erkrankungsformen bereits im Rahmen einer sogenannten Frühbehandlung therapiert werden und dann der ursprüngliche Gebisszustand für epidemiologische Untersuchungen nicht mehr zugänglich ist. Die Studie wurde gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie entwickelt und die Untersuchungen fanden nach internationalen Standards der Oralepidemiologie statt.

Studienziel

Es war das primäre Ziel dieser Studie, die Verbreitung von Zahn- und Kieferfehlstellungen bei 8- und 9-jährigen Kindern in Deutschland zu erfassen - und das sekundäre Ziel, daraus den kieferorthopädischen Versorgungsbedarf abzuleiten. Daneben wurden weitere Fragestellungen beantwortet, wie:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Karies und Zahn- und Kieferfehlstellungen?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Zahn- und Kieferfehlstellungen und der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität?

Methodik

Bevor ich die wichtigsten Ergebnisse vorstelle, möchte ich noch kurz auf die weiteren methodischen Charakteristika der Studie eingehen: Damit die Ergebnisse stellvertretend für diese Altersgruppe gelten können, wurde ein mehrstufiges Zufalls-Auswahlverfahren durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden als Studienzentren je Bundesland eine Stadt-, Großstadt- oder Landregion ausgelost. Über die Einwohnermeldeämter dieser 16 Studienzentren wurden anschließend etwa 2.000 Kinder zur Teilnahme an der Studie angeschrieben. Die Untersuchungen wurden von speziell für diese Studie geschulten Zahnärzten durchgeführt, die insgesamt 705 Kinder untersucht haben. Die Zahlen sind somit repräsentativ für Deutschland. Die Untersuchungen fanden von Januar bis März 2021 statt.

Hauptergebnisse

Der Anteil der Kinder, bei denen nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung eine kieferorthopädische Behandlung angezeigt ist, liegt bei 40,5 %:

10,0 % der Kinder weisen ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung erforderlich machen,

Ein Viertel der Kinder weisen stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung erforderlich machen und

5,0 % der Kinder weisen extrem stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen auf, die aus medizinischen Gründen unbedingt eine Behandlung erforderlich machen.

Die kieferorthopädische Indikationsgruppe 2 bezeichnet per definitionem Zahnfehlstellungen geringerer Ausprägung, die aus medizinischen Gründen zwar eine Indikation für eine kieferorthopädische Korrektur darstellen, deren Kosten jedoch nicht von den Krankenkassen übernommen werden. 57,0 % der Kinder wiesen eine solche Indikationsgruppe auf.

2,5 % der Kinder gehörten zur Indikationsgruppe 1 mit allein ästhetischen Einschränkungen oder wiesen keinen pathologischen Befund auf.

Internationale Indizes

Auch nach weiter gefassten, international etablierten epidemiologischen Indizes lag der Anteil der Indikationen für eine kieferorthopädische Behandlung bei vergleichbaren 41,6 % beim Index of Complexity Outcome and Need (ICON) bzw. 44,2 % beim modifizierten Index of Orthodontic Treatment Needs (mIOTN).

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität

9,4 % der Kinder gaben an, Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln zu haben. Schmerzen im Mundbereich hatten 10,9 % der Kinder. Die Hälfte aller untersuchten Kinder wies keine Einschränkungen der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität auf. Im Gruppenvergleich stellte sich heraus, dass Kinder, die in der Befragung angegeben hatten, Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln zu haben, systematisch häufiger einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf aufwiesen. Bei Kindern mit Schmerzen im Mundbereich war der Behandlungsbedarf ebenfalls erhöht. Insgesamt zeigte sich, dass eine eingeschränkte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem erhöhten kieferorthopädischen Behandlungsbedarf assoziiert war.

Karies

Kariesfreie Kinder hatten seltener einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf. Im Hinblick auf kariöse Zähne haben wir festgestellt, dass Kinder mit kieferorthopädischem Behandlungsbedarf systematisch mehr bleibende Zähne mit einer Karies aufwiesen und tendenziell mehr kariöse Milchzähne. Gleichzeitig hatten Kinder ohne kieferorthopädischen Behandlungsbedarf systematisch mehr gesunde Zähne.

Frühbehandlung

Unsere epidemiologischen Daten zeigen, dass bei 16,4 % der Kinder eine Indikation für eine sogenannte kieferorthopädische Frühbehandlung bestand. Aus den Abrechnungsdaten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung [KZBV] für das Jahr 2020 geht hervor, dass der Anteil

der tatsächlich durchgeführten Frühbehandlungsfälle in dieser Altersgruppe lediglich bei 7,8 % lag. Eine Frühbehandlung bei 8- und 9-jährigen Kindern in Deutschland findet also eher in geringerem Umfang statt als sich epidemiologisch darstellt. Tendenzen einer Überversorgung können in diesem Zusammenhang also nicht erkannt werden.

Soweit mein erster Überblick über die zentralen Ergebnisse zu Zahn- und Kieferfehlstellungen aus der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie.

Vielen Dank für Ihre freundliche Aufmerksamkeit!

ES GILT DAS GESPROCHENE WORT

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie zu den Ergebnissen des kieferorthopädischen Moduls der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie

Erstmals seit dem Jahr 1989 liegt mit der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) eine valide und repräsentative epidemiologische Erhebung für Gesamtdeutschland bezüglich der Prävalenz von Zahn- und Kieferfehlstellungen in der Altersgruppe der 8 bis 9-Jährigen vor. Die **Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)** hat mit Unterstützung ihrer Mitglieder für diese Initiative aus der Wissenschaft im Jahr 2019 den Grundstein gelegt, indem sie die finanziellen Möglichkeiten zur Durchführung des kieferorthopädischen Moduls der DMS 6 zur Verfügung gestellt hat.

Hervorzuheben ist die hohe Qualität der erhobenen epidemiologischen Daten, welche nach definierten wissenschaftlichen Standards unter qualifizierter wissenschaftlicher Beratung von Seiten der DGKFO erhoben werden konnten.

Die Daten zeichnen ein realistisches Bild der kieferorthopädischen Versorgungsnotwendigkeit in Deutschland unter Anwendung der kieferorthopädischen Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sinne eines epidemiologischen Index bei 8-9-Jährigen Kindern.

Zusammen mit der ebenfalls 2021 unter Federführung der DGKFO veröffentlichten S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zum Thema „*Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien*“ belegen die Daten der DMS 6 evidenzbasiert, dass der Kieferorthopädie ein wichtiger Stellenwert in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Bereich Mundgesundheit zukommt.

Frühere Berichte und Analysen zu dem Themenkomplex , welche mitunter eine mangelnde Evidenz für die Notwendigkeit oder Wirksamkeit kieferorthopädischer Maßnahmen postulierten, sind angesichts dieser neuen Datenlage nicht zu halten.

Die DGKFO wird sich auch in den kommenden Jahren durch kontinuierliche Leitlinienarbeit und eine Fortführung der kieferorthopädischen Datenerhebungen – dann in der DMS 7 – dafür einsetzen, die Qualitätsstandards und die Evidenzlage der kieferorthopädischen Versorgung in Deutschland weiter zum Wohle ihrer Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Präsident: Prof. Dr. Dr. P. Proff, Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053 REGENSBURG (Tel. +49 941 944-6095, FAX -6169)
Vizepräsident: Dr. B. Zimmer, Teichstrasse 24, D-34130 KASSEL (Tel. 0561 64474, FAX 0561 317 1238)
Generalsekretärin: Prof. Dr. S. Ruf, Schlängenzahl 14, D-35392 GIESSEN, (Tel. +49 641 99-46121, FAX -46119)
1. Beisitzer: Dr. P. Eigenwillig, Kurstr. 14, D-14776 BRANDENBURG (Tel. +49 3381 223-654, FAX 224-987)
2. Beisitzer: Prof. Dr. Christopher J. Lux, Im Neuenheimer Feld 400, D-69120 HEIDELBERG (Tel. +49 6221 566561), FAX 565753)

Position

“

Kieferorthopädie gehört in die Hände von Profis –
die Gefahren von Aligner-Behandlungen im DIY-Verfahren

Pressekonferenz zur Studie „Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern“ am 23. September 2022

Konstantin von Laffert,
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

”

Sehr geehrte Damen und Herren,

knapp 60 Prozent der in der vorliegenden Studie „Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern“ untersuchten 8- und 9-Jährigen haben entweder nach den GKV-Richtlinien Zahnfehlstellungen mit einer geringen Ausprägung (KIG-Grad 2, 57 Prozent) – d.h. die Kinder haben zwar aus medizinischen Gründen durchaus eine Indikation für eine kieferorthopädische Korrektur, die Kosten werden jedoch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Oder die Kinder, ein weitaus geringerer Anteil der Studienteilnehmenden (2,5 Prozent), wiesen keine Zahnfehlstellungen bzw. so leichte Zahnfehlstellungen auf, dass deren Behandlung aus ästhetischen Gründen wünschenswert sein kann, jedoch nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (KIG-Grad 1).

Wie die Studie zeigt, gibt es weniger durchgeführte Frühbehandlungen als der eigentliche Versorgungsbedarf in der Bevölkerung beträgt – nämlich 7,8 Prozent gegenüber 16,4 Prozent der 8- und 9-Jährigen. Es liegt also der Verdacht nahe, dass – insbesondere in den Gruppen KIG 1 und KIG 2 – im Alter von 8 bzw. 9 Jahren nicht immer eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wird, auch wenn sie angezeigt ist.

Die Betroffenen wollen dies aber als Erwachsene oft nachholen, da sie dann kieferorthopädischen Behandlungsbedarf sehen – sei es aus medizinischer Indikation oder aus eigenem ästhetischem Empfinden heraus. Das Behandlungsmittel, das sich dafür besonders bei Erwachsenen steigender Beliebtheit erfreut, sind „unsichtbare“ Zahnschienen, so genannte Aligner. Aligner-Behandlungen gibt es schon seit etlichen Jahren in den Praxen, und sie sind in einigen, aber bei Weitem nicht in allen Fällen, eine gute und nahezu unsichtbare Alternative.

Dieses Feld der Zahnbehandlung haben seit dem Auslaufen eines Patentes darauf zunehmend neue Start-Ups für sich entdeckt, die auch als „Aligner-Shops“ bezeichnet werden. Diese bieten oft mit aggressivem Marketing; in den sozialen Medien, ihre Dienste den Patientinnen und Patienten an, häufig mit dem Versprechen, eine Behandlung billiger anzubieten als der Zahnarzt. Dafür müssen Patienten teilweise sogar im „Do it yourself“-Verfahren (DIY) Abdrücke von ihrem Kiefer machen, auf deren Basis dann die Schienen erstellt werden. Der Computer berechnet dann, wie sich das Gebiss unter der Therapie weiter verschieben wird und stellt für diese Hochrechnung die Folgespangen her. Ob das Gebiss der Simulation auch immer so problemlos folgt wie berechnet, bleibt offen.

Die Kontrolle der Bisslage und des Behandlungsverlaufes erfolgt oft über von den Patienten selbst erstellte Handyfotos.

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ergeben sich daraus gleich mehrere Probleme: Erstens: Das Zahnheilkundengesetz gibt vor, dass Zahnmedizin von approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzten zu erbringen ist. Teilweise sehen aber Patienten bei den gewerblichen Anbietern im Verlauf ihrer Behandlung nie einen Zahnarzt. Manche Start-Ups berufen sich sogar fälschlicherweise darauf, dass sie gar keine Zahnheilkunde anbieten, sondern nur „Schienen verkaufen“. Das ist natürlich nicht der Fall, selbstverständlich handelt es sich hier um Ausübung der Zahnheilkunde, wenn man Zähne kieferorthopädisch bewegt. Wer aber Zahnheilkunde anbietet, muss den Anforderungen des Gesetzes entsprechen und nach dem aktuellen Stand der Zahnheilkunde behandeln.

Zweitens: Kieferorthopädie ist höchst komplexe Medizin und nicht „ein bisschen Kosmetik“, wie einige meinen und manchmal in der Werbung fälschlicherweise vermittelt wird. Es wirken große Kräfte im Mundraum. Eine entscheidende Aufgabe, wie die Abdrucknahme des Gebisses, kann man nicht einem Laien bzw. dem Patienten selbst überlassen. Aber selbst wenn nicht der Patient den Abdruck nimmt, ist die Kontrolle von Behandlungen über vom Patienten erstellte Fotos absolut nicht ausreichend. Kontrollen haben in Präsenz durch einen Zahnarzt oder eine Kieferorthopädin in einer Praxis mit ausreichenden Standards, z.B. beim Licht und der Lagerung des Patienten, zu erfolgen. Wer die Folgen von kieferorthopädischen Fehlbehandlungen auf dem Behandlungsstuhl einmal gesehen hat, der sorgt sich zunächst einmal um die Qualität der

Behandlungen einiger Aligner-Shops, weniger um den billigsten Preis. Eine Fehlbehandlung zu korrigieren, kann für die Patientinnen und Patienten aufwändig, langwierig und viel teurer werden.

Drittens: Eine Unterscheidung in medizinische, notwendige Kieferkorrekturen einerseits und rein ästhetische Korrekturen andererseits, die man mal eben im DIY-Verfahren erledigen kann, ist nicht nur unsinnig, sondern auch medizinisch gefährlich. Es gibt nicht „ein bisschen Zahnmedizin“. Wer eine winzige Lücke in der Front schließen möchte, aber leider mangels Röntgenbild und Parodontalbefund übersehen hat, dass die zu bewegenden Zähne schon gelockert sind, riskiert schwere Schäden bis hin zum Zahnverlust. Weitere große Risiken bestehen bei den teilweise dramatischen Auswirkungen einer Fehlbehandlung auf das Kiefergelenk und den Umgang mit Implantaten. Die kann man nämlich bekanntlich nicht bewegen, was in der vorhergehenden eingehenden Befundaufnahme in einer üblichen Praxis natürlich untersucht und in den Behandlungsplan einbezogen wird. Offenbar verfügen auch einige Start-Ups über keine Röntgengeräte, daher ist eine verlässliche Befunderhebung kaum möglich.

Zusammengefasst kann man sagen: Nur eine gut geplante kieferorthopädische Behandlung kann erfolgreich sein. Und dazu braucht man ein vernünftiges Röntgenbild und einen gründlichen Parodontalbefund, um nicht „aus Versehen“ lockere Zähne zu bewegen. Darüber hinaus muss man Implantate sicher identifizieren, was manchmal selbst für Zahnmediziner auf den ersten Blick gar nicht so leicht ist. Ein sehr wichtiger Punkt ist auch die intensive Kiefergelenkdiagnostik. Wenn diese nicht fachkundig durchgeführt wird, ist das Risiko für Schäden am Gelenk oder funktionelle Störungen groß.

Wenn man sich aber nun die Realität anschaut und die meist sehr jungen Patientinnen und Patienten mit Problemen nach einer solchen Behandlung beim Aligner-Shop interviewt, kommen häufig all diese Voraussetzungen viel zu kurz, denn sie machen Aufwand und stören das Konzept der kostenoptimierten digitalen Fernbehandlung, die wir ablehnen. Nun könnte es sich ja um Einzelfälle handeln, schaut man aber auf die Berichterstattung in den Medien, so passiert offenbar genau das, was wir immer befürchtet haben. So zeigte die Sendung „Markt im 3.“ kürzlich in einem eindrucksvollen Selbstversuch, dass Patientinnen trotz Nachfrage in sog. Partnerpraxen der Start-Ups keinen Zahnmediziner zu Gesicht bekamen. Dort wurde ausschließlich vom Hilfspersonal ein Abdruck oder Scan durchgeführt und die angesprochenen wichtigen Röntgen- Parodontal-, Implantologie- und Kiefergelenkbefunde nicht erhoben. Wer dann tatsächlich die Diagnose und Therapieplanung macht, bleibt im Dunkeln. Bei einem Aligner Start-Up ist stets von einem Kollegen in Costa Rica die Rede, der die Scans auswertet und die Behandlung plant.

Die Bundeszahnärztekammer plädiert deshalb bei der Behandlung mit Alignern für klare Regeln. Anamnese, Befund, Diagnose und Therapie gehören ganz klar in zahnärztliche Hand, der Patient selbst als Laie kann naturgemäß nicht entscheiden, ob es sich um ein parodontal gefährdetes Gebiss, ein Implantat oder nicht, ein pathologisch verändertes Kiefergelenk oder um eine schwierige Bisslage handelt.

Die BZÄK fordert daher seit langem, dass GmbHs, die Zahnheilkunde anbieten, immer zahnärztlich geführt werden müssen und die Mehrheit der Anteile in zahnärztlicher Hand liegt. Entstehen Schäden bei Patientinnen und Patienten, können ansonsten die Zahnärztekammern nicht weiterhelfen. Die Start-Ups müssen den Kammern nicht einmal antworten, wenn sie angeschrieben werden, da sie nicht Mitglied einer Kammer sein müssen. Dieser Zustand ist unhaltbar und muss unserer Meinung nach geändert werden.

Die Kieferorthopädie hat ein großes präventives Potenzial, so dass bei einer rechtzeitigen Behandlung im Kinder- bzw. Jugendalter spätere Aligner-Behandlungen gar nicht mehr nötig sind. In der Studie zeigt sich das daran, dass Kinder mit Zahn- und Kieferfehlstellungen signifikant mehr funktionelle Einschränkungen bei der Lebensqualität aufweisen, weil sie mehr Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln haben, sie haben auch tendenziell mehr

Schmerzen im Mund. Durch eine rechtzeitige kieferorthopädische Behandlung kann diesen Problemen vorgebeugt werden.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist der Zusammenhang von Karies und Kieferorthopädie: Kariesfreie Kinder haben seltener einen kieferorthopädischen Versorgungsbedarf. Auch hier zeigt sich der präventive Charakter, der mit einer kieferorthopädischen Behandlung einhergehen kann.

Für Rückfragen: Jette Krämer-Götte, Telefon: +49 30 40005-150, E-Mail: presse@bzaek.de



Ergebnisse der IDZ-Studie
„Zahn- und
Kieferfehlstellungen bei
Kindern“

Berlin, 23. September 2022

Dr. Wolfgang Eßer

Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

ES GILT DAS GESPROCHENE WORT!

Sehr geehrte Damen und Herren,

neben einem rein wissenschaftlichen Interesse haben verschiedene Gutachten in den vergangenen Jahren immer wieder die **Frage nach der Evidenzbasierung der Kieferorthopädie** aufgeworfen. Insbesondere der **Bundesrechnungshof** hat im Jahr 2018 nach einer entsprechenden Prüfung eine angeblich intransparente Datenlage zur kieferorthopädischen Versorgung angemahnt, die dann in der Folge in Medien und Öffentlichkeit breit diskutiert wurde. Auch ein weiteres, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstelltes Gutachten des **IGES-Instituts** zum Nutzen kieferorthopädischer Behandlungsmaßnahmen, kam zu dem Schluss, dass mit weiteren Untersuchungen die Evidenz kieferorthopädischer Behandlungen und auch der tatsächliche Versorgungsbedarf in Deutschland ermittelt werden müsse.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat vor diesem Hintergrund vielfältige ordnungspolitische Maßnahmen umgesetzt und damit die in regelmäßigen Abständen immer wieder aufkommende Kritik an der Wissenschaftlichkeit der Kieferorthopädie als zahnmedizinische Fachdisziplin konstruktiv aufgegriffen. Im Zentrum der wissenschaftlichen Absicherung entsprechender Behandlungen stand dabei die Integration eines neuen **KFO-Moduls** in die zu diesem Zeitpunkt bereits weit fortgeschrittenen Vorbereitungen der **Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie**. Damit ist die KZBV der politischen Forderung nach einer nationalen epidemiologischen Untersuchung nachgekommen und hat mit einem äußerst ambitionierten Studiendesign den medizinisch-kieferorthopädischen Versorgungsbedarf wissenschaftlich neutral bestimmen lassen. Wichtigster Partner war dabei die **Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie**. Die DGKFO hat einerseits einen

maßgeblichen Anteil an der Finanzierung der Studie geleistet und andererseits die Leitlinie zum idealen Behandlungszeitpunkt kieferorthopädischer Anomalien und die damit verbundene Darstellung der Evidenzbasierung kieferorthopädischer Therapien auf höchstem Evidenzlevel erarbeitet. Durch die hohe Qualität und große Aussagekraft der erhobenen Daten stoßen diese nicht nur in Deutschland auf großes Interesse, sondern sind weltweit auch jenseits wissenschaftlicher Fachkreise anerkannt und geschätzt.

Die **Zielsetzungen und Hauptergebnisse unserer KFO-Studie** hat Ihnen Herr Prof. Dr. Jordan als Wissenschaftlicher Direktor des IDZ eben bereits erläutert. Eine Zahl möchte ich aber hier noch einmal ausdrücklich hervorheben, die versorgungspolitisch eine besondere Bedeutung hat: **Der Anteil der Studienteilnehmenden, bei denen nach den Richtlinien der Gesetzlichen Krankenversicherung eine kieferorthopädische Behandlung angezeigt ist, lag nach unseren Daten bei 40,4 Prozent.** Dies ist vergleichbar mit dem Anteil von **41,6 Prozent** der Indikationen für eine kieferorthopädische Behandlung nach weiter gefassten, international etablierten epidemiologischen Indizes. Auch decken sich unsere Ergebnisse weitgehend mit einer Studie aus dem Jahr 2006, bei der die Autoren den Versorgungsbedarf bei KFO mit **41,4 Prozent** beziffert haben. **Die Übereinstimmung der Ergebnisse unterschiedlicher Studien legt den gesicherten Schluss nahe, dass der kieferorthopädische Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen in Deutschland über viele Jahre konstant geblieben ist. Zudem sehen wir eine gleichbleibende Verteilung in den kieferorthopädischen Indikationsgruppen.**

Unsere Analysen haben zudem gezeigt, dass bei einem kieferorthopädischen Versorgungsbedarf häufig auch eine **Einschränkung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrung** einhergeht. Auch weisen Kinder mit einem

kieferorthopädischen Behandlungsbedarf einen deutlich höheren Anteil an kariösen Zähnen auf, als Kinder ohne kieferorthopädischen Behandlungsbedarf. **Die Kieferorthopädie ist und bleibt daher essentieller Bestandteil einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die seit vielen Jahrzehnten ebenso konsequent wie erfolgreich von der Zahnärzteschaft umgesetzt wird. Dieser vorbildliche Versorgungsansatz führt zu nachhaltig rückläufigen Morbiditäten bei der Mund- und Allgemeingesundheit der Bevölkerung, zu weniger Folgeerkrankungen und letztendlich auch zu Kostenersparnis im Gesundheitswesen.**

Vergleicht man im Bereich der Kieferorthopädie die **epidemiologischen Daten** mit den **Abrechnungsdaten** in Deutschland, so zeigt sich, dass bei **16,4 Prozent der 8- und 9-Jährigen eine Indikation für eine Frühbehandlung zu Lasten der GKV** bestand. Aus den Abrechnungsdaten der KZBV geht ferner hervor, dass der **Anteil der tatsächlich abgerechneten Fälle in dieser Altersgruppe bei 7,8 Prozent** lag. Eine kieferorthopädische Frühbehandlung findet zu Lasten der gesetzlichen Kassen also eher in geringerem Umfang statt, als in unserer Studie ermittelt und nach den Richtlinien möglich wäre. **Das heißt, dass die tatsächlich abgerechnete Morbidität deutlich geringer ist, als die Gesamtmorbidität auf Bevölkerungsebene. Die Ergebnisse zur Frühbehandlung und der Vergleich mit weiteren Abrechnungsdaten belegen also, dass es in der kieferorthopädischen Versorgung - anders als behauptet - keine Überversorgung gibt.**

Ich möchte die **zentralen Schlussfolgerungen**, die sich aus der Studie ableiten lassen, noch einmal kurz zusammenfassen:

- Die Kieferorthopädie ist und bleibt essentieller Bestandteil einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,

- Dieser präventive Versorgungsansatz führt zu nachhaltig rückläufigen Morbiditäten bei der Mund- und Allgemeingesundheit der Bevölkerung, zu weniger Folgeerkrankungen und letztendlich auch zu Kostenersparnis im Gesundheitswesen.
- Der kieferorthopädische Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen ist über viele Jahre konstant geblieben und liegt bei etwa 40 Prozent.
- Die Ergebnisse zur Frühbehandlung und der Vergleich mit weiteren Abrechnungsdaten belegen, dass es in der kieferorthopädischen Versorgung keine Überversorgung gibt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Ansprechpartner:

Kai Fortelka
Pressesprecher
Leiter Abteilung Presse-
und Öffentlichkeitsarbeit

Behrenstraße 42
10117 Berlin

Tel.: 030/28 01 79-27

Fax: 030/28 01 79-21

www.kzbv.de
presse@kzbv.de