



In fast aller Munde. Beinahe die Hälfte aller Kinder trägt irgendwann eine Zahnsperre – oft auf Kosten der Krankenkasse. Wenn der Bundesrechnungshof Gehör findet, könnten diese Behandlungen bald für die meisten auch finanziell Privatsache sein. Foto: BSIP/Mauritius

Das nicht perfekte Lächeln

Der Bundesrechnungshof kritisiert Geldverschwendung bei Zahnsperren. Tatsächlich ist die gängige Praxis intransparent, und vielleicht auch gefährlich

VON RICHARD FRIEBE

Zahnsperren sind in den Mündern von Kindern omnipräsent. Fast jedes zweite Kind trägt irgendwann eine. Der Bundesrechnungshof – zuständig aufgrund der Zuschüsse, die vom Bund in die gesetzliche Krankenversicherung fließen – hat die gängige Praxis solcher Behandlungen jetzt kritisiert. Der Nutzen sei wissenschaftlich nicht ausreichend dokumentiert. Außerdem werde Behandlungsbedarf und -erfolg oft nicht transparent kontrolliert.

Tatsächlich verdienen Kieferorthopäden in Deutschland an Zahnsperren einen Großteil ihres Geldes. Auch die Rechnungen schlagen zu Buche. Und es gibt schon seit längerem Zweifel, ob die Übernahme der Kosten durch die Kassen gerechtfertigt ist. Denn eine Therapie dürfen sie eigentlich nur finanzieren, wenn diese auf Grundlage wissenschaftlicher Studien eine Krankheit wirksam heilen oder lindern kann, oder wenn sonst in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Erkrankung droht. Für Fehlstellungen von Zähnen allerdings gilt das in den meisten Fällen nicht. Ausnahmen sind etwa extrem in die falsche Richtung wachsende Zähne, mit denen man nicht richtig kauen kann. Unschön stehende Zähne, die aber keine gesundheitliche Beeinträchtigung darstellen, sind qua Definition eigentlich ein kosmetisches Problem, und Kosmetik ist Privatsache. Grundlage für die gängige Praxis ist ein mittlerweile sehr umstrittenes Urteil des Bundessozialgerichtes von 1972.

Zu den Kritikern gehört der Greifswalder Kieferorthopäde Alexander Spassov. Bis vor ein paar Jahren behandelte und forschte er an der dortigen Uni-Zahnkli-

nik. Eines seiner Forschungsergebnisse lautete, in einem Fachartikel gemeinsam mit Kollegen publiziert: Das bloße Vorhandensein von Fehlstellungen der Zähne oder des Kiefers sei keine legitime Begründung für eine kieferorthopädische Therapie. Er glaubt, dass er deshalb seinen Uni-Job verloren hat. Nachweisen konnte er das nicht, doch die damalige Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, Ursula Hirschfelder, räumte zumindest ein, sich bei Spassovs Chef Karl-Friedrich Krey über den Artikel beschwert zu haben. Der seinerseits gab daraufhin die Weisung aus, dass jeder Fachartikel von Mitarbeitern ab so-
schreiblichen Genehmigungen
 müsse.

Oft zahlt die Kasse – oft aber Eltern, und das nicht zu knapp

weil sie die Solidargemeinschaft belastet. Die Diagnostik sei ebenfalls fragwürdig, mittelfristige Schäden durch sie nicht auszuschließen: „Es werden im Schnitt vier Röntgenbilder gemacht, obwohl das nirgends formal so gefordert ist“. Er selbst hat sein Gerät abgeschafft und schickt Fälle, bei denen er Aufnahmen für nötig hält, zu Kollegen. „Ich bekomme dann Briefe von der Kasse, in denen steht, dass ohne Röntgenbild der Behandlungsplan nicht genehmigt werden kann.“

Zur Überversorgung gehöre aber auch, dass viele Kinder zunächst eine herausnehmbare und danach eine feste Spange bekämen, obwohl „das doppelte Kosten verursacht und die Wirksamkeit der he-

rausnehmbaren viel geringer ist.“

Christine Göpner vom AOK-Bundesverband sagt, die Kassen könnten die Kritik des Rechnungshofes teilweise nachvollziehen. Das Thema müsse auf jeden Fall weiter verfolgt werden.

Die größte finanzielle Last für kieferorthopädische Behandlungen aber tragen wahrscheinlich nicht die Kassen, sondern Eltern. Denn sehr viel Geld wird mit nicht von der Kasse bezahlten Leistungen verdient. Dazu gehören als besser angepriesene neuere oder ästhetischere Spangen und spezielle „Brackets“ – also die kleinen Schlösschen, die auf die Zähne geklebt werden. Genaue Zahlen dazu gibt es nicht. Denn die privatwirtschaftliche Hälfte prüft kein Bundesrechnungshof. Die Patientenberatung Deutschland (UPD) melden, berichten nicht selten davon, zu solchen teuren Alternativen gedrängt worden zu sein.

Ironischerweise scheint das Folge von Richtlinien zu sein, die 2002 seitens der gesetzlichen Kassen eingeführt wurden. Diese definieren Grenzen, wie stark eine Fehlstellung sein muss, damit eine Therapie bezahlt wird. Dadurch brachen die Kassen als Zahler zum Teil weg und Kieferorthopäden mussten sich nach neuen Einnahmequellen umsehen. Deren Berufsverband bestreitet zwar, Patienten zu teuren Versorgungsmaßnahmen auf Privatrechnung zu drängen. Spassov sieht das aber anders. Bei den meisten dieser Alternativen sei auch kein medizinischer Vorteil gegenüber den Kassenmodellen nachgewiesen. Und objektiv kostspieliger seien sie oft auch nicht. Die Aufschläge seien häufig überzogen: „Für die teuersten Brackets fallen maximal 20 Euro Materialkosten an, aber als Zuzahlung werden trotzdem oft mehr als 1000 Euro berechnet.“