

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(103)
vom 04.07.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme zu den Plänen einer Herausnahme von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV („Privatisierung“)

von
ZA Ch. Deppe

1. Von der Privatisierung von Zahnersatz ist

- a. die – weitere - Abkehr vom Prinzip der befundgerechten Versorgung (Fortfall des Wirtschaftlichkeitsgebots, Stärkung der Angebotsdominanz)
- b. die Polarisierung des Versorgungsniveaus (Absenkung des Niveaus („Sozialschlappen“) für die einen, aufwendigerer Zahnersatz („Implantate“) für die Wohlhabenderen unter den GKV-Versicherten),
- c. die Erhöhung der Kosten von Zahnersatz für den einzelnen Versicherten durch Einführung der Privatgebührenordnung (GOZ) mit adaptierbaren Steigerungssätzen,
- d. der Rückgang der Inanspruchnahme von Zahnersatz (Zahnersatz wird teurer und ein mit Konsumgütern konkurrierendes Produkt - bereits die Festzuschuss-Regelung in 1998 führte zu einer Reduktion der Versorgung mit Zahnersatz),
- e. die Zunahme des bereits bestehenden Indikationsmissbrauchs (steigende Zahnarztzahlen bei rückläufiger Nachfrage und konstantem Bedarf begünstigen vermeidbare Extraktionen und nicht erforderliche Überkronungen und unwirtschaftliche, nur kurzzeitig haltbare Versorgung),
- f. der Fortfall des Patientenschutzes, den die GKV bietet bzw. bieten könnte und sollte,

zu erwarten.

Von Privatisierung ist nicht nur explizit bei Absicherung in der PKV zu reden, sondern ebenso bei Anbindung an die GKV in der Form der sog. Festzuschussmodelle.

2. Für die Herausnahme von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV werden folgende Argumente geltend gemacht:

- a. Schonung der GKV-Mittel, die für wichtigere Versorgungen gebraucht werden („Zahnersatz ist nicht lebenswichtig“).
- b. Moderne Zahnmedizin ist innerhalb der GKV nicht möglich und nicht zu finanzieren.
- c. Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten
- d. Erhöhung der Transparenz
- e. Freiheit der Wahl der Therapiemittel

Die vorgebrachten Argumente sind empirisch nicht belegt, widersprüchlich und logisch nicht plausibel.

2 a. „Schonung der GKV-Mittel“

Zahnersatz ist nicht überlebensnotwendig, jedoch lebenswichtig:

Die Bestreitung der Notwendigkeit von Zahnersatz durch die Privatisierungsapologeten ist paradox und ein Reflex der therapeutischen Beliebigkeit. Befund und Indikation werden offenbar nicht ernst genommen nach dem Motto „Darf es ein bisschen mehr sein (für die Solventeren), darf es ein bisschen weniger sein (für die weniger Solventen)?“

Die Privatisierungsapologeten ignorieren die Einschränkungen der Nahrungsaufnahme, der Lebensqualität, der funktionellen Gesundheit und des psychosozialen Verhaltens durch den Verlust einzelner oder aller Zähne. Der breite, durch die GKV erst erreichte niedrighschwellige Zugang zu Zahnersatz ist nicht Ergebnis eines quasi luxuriösen westlichen zivilisatorischen Standards, sondern muss medizinisch gesehen werden: Zahnersatz ist notwendig, weil nach teilweisem oder vollständigem Zahnverlust die Abwesenheit von Zahnersatz zu einer Einschränkung und Störung der Nahrungsaufnahme führt, was chronische schmerzhafte Funktionsstörungen bedingen und im weiteren Verdauungstrakt pathogen wirken kann.

Die Absenkung des Versorgungsniveaus im Bereich Zahnersatz ist daher medizinisch nicht hinnehmbar; die Polarisierung der Versorgungsniveaus ist sozialpolitisch unhaltbar.

2b. „Moderner Zahnersatz ist mit den Zwangsregelungen der GKV nicht machbar und nicht finanzierbar.“

Seit Jahren verhindert die organisierte Zahnärzteschaft die Aufnahme erprobter neuer Verfahren in den Leistungskatalog, um die Mehrkostenregelungen anwenden zu können.

Der herrschende Indikationsmissbrauch (v.a. nicht notwendige Versorgung mit Einzelkronen, nicht notwendige Extraktionen) bereits unter den Bedingungen der GKV, deren Schutz- und Kontrollfunktion nicht annähernd genutzt werden, und eine mengenmäßig relevante Wiederholungszahnmedizin („Redentistry“) aufgrund von Mängeln der Ergebnisqualität bindet unnötig Mittel, die anderswo sinnvoller eingesetzt werden können. Die GKV finanziert z.T. nicht notwendige zahnmedizinische Maßnahmen, zum körperlichen Schaden der Versicherten (z.B. bei den maximal invasiven, substanzzerstörenden Überkronungen) und zum Schaden der finanziellen Ressourcen.

Ob das Budget ausreichend ist oder nicht, muss solange unentschieden bleiben, wie es erhebliche Hinweise auf mengenmäßig relevante nicht indizierte, nicht wirtschaftliche und nicht zweckmäßige Behandlungen gibt.

Bekanntlich werden die ZE-Budgets nicht ausgeschöpft, teilweise auf vertragswidrige Weise zu Lasten der Versicherten: Nach dem sog. Koblenzer Modell der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Koblenz-Trier wird den Versicherten suggeriert, dass innerhalb der GKV eine hochwertige Versorgung nicht möglich sei, um sie dann privatvertraglich umso höher zu belasten. Die Praxis – wie die Theorie – des Modells zeigt, welche Kosten bei Privatisierung des Zahnersatzes auf die Versicherte zukommen werden.

2c. „Stärkung der Eigenverantwortung“

Die Stärkung der Eigenverantwortung ist eine gesundheitspolitische und sozialpolitische Aufgabe. Die Eigenverantwortung setzt nicht mit der plötzlichen Kostenbelastung ein.

Hierzu die Professoren Kerschbaum und Staehle:

„Die Vorstellungen, dass sich finanzieller Druck infolge Selbstzahlerleistungen auf das aktive Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv auswirken würde, sind (nicht) hinreichend belegt. Das Gesundheitsbewußtsein des Einzelnen ist — neben sozioökonomischen Einflussfaktoren wie Bildung und Einkommen — davon abhängig, ob Gesundheitsförderungsprogramme und Prophylaxeangebote vorhanden sind oder nicht. Dabei dürfen kollektive und semi-kollektive Maßnahmen, die sich an breite Bevölkerungsgruppen richten, nicht vernachlässigt werden. Wenn man die gesamte Bevölkerung mit ihren unterschiedlichen sozialen Schichten im Auge hat, führt nach allem, was heute bekannt ist, finanzieller Druck nicht zu einem höheren Mundgesundheitsbewusstsein, sondern in erster Linie zu einer geringeren Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen.“ (Deutsche zahnärztliche Zeitschrift (DZZ) 6/2003, S. 519).

Die Schlussfolgerung der Autoren lautet:

„Verhaltenssteuerungen ‚über den Geldbeutel‘ werden zwar immer wieder postuliert, sind aber hinsichtlich des Mundgesundheitsverhaltens nicht hinreichend nachgewiesen. Würden diese Vorstellungen zutreffen, so müssten sie bei sozial schlechter gestellten Menschen wirksamer sein als bei sozial besser gestellten Personen. In Wirklichkeit ist die Situation aber weltweit — unabhängig vom Sozialsystem — genau umgekehrt. Menschen, die in sozial ungünstigen Verhältnissen leben, haben ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein, ein erhöhtes Krankheitsrisiko und auch ein geringeres Selbsthilfepotential als sozial privilegierte Bevölkerungskreise. Die Vorstellung, dass sich ein sozial schlecht gestellter Bürger besonders gut die Zähne putzt, wenig Süßigkeiten isst oder auf das Rauchen verzichtet, weil er sich im Alter eine prothetische Versorgung eventuell nicht leisten kann, ist hingegen nicht abgesichert.“ (Ebendort, S. 528)

Siehe hierzu in der Anlage den Volltext.

Unter den Bedingungen der therapeutischen Beliebigkeit ist ein weiterer Aspekt des Themas „Eigenverantwortung“ relevant: Zum Zahnverlust gehören zwei Akteure: außer dem Patienten auch der Behandler. In einem Fachblatt wird das offen einbekannt:

„... sie (die Zahnärzte) bieten den Patienten nur die Leistungen an, die sie selbst gerne erbringen, Arbeiten, an die sie gewöhnt sind und die sie seit Jahren so und nicht anders anfertigen, und sie hinterfragen kaum die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Kunden. ... Also greift man schon mal ganz gerne zur Zange und erzählt dem Patienten einfach ‚der Zahn muss raus‘“, wird da geplaudert und immerhin eingestanden: „Das stimmt bloß meistens nicht.“ (Dentalspiegel 6/2003, S. 44). Es ist daher zu berücksichtigen, dass Zahnersatz auch dadurch erforderlich wird, dass Zähne ohne medizinische Notwendigkeit entfernt werden. Zahnersatz ist iatrogen induziert, seine Ausgestaltung angebotsinduziert.

Die von liberaler Seite im Munde geführte „Souveränität der Bürger“, die die Eigenverantwortung fordere, ist im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung nicht gegeben. Die Mundhöhle ist kein Marktplatz, auf dem der Bürger mit dem Geld in der Tasche die Angebote vergleichen und schließlich die Ware auswählt.

Die Rede von der Eigenverantwortung als individuelle Schuldzuweisung für Zahnverlust ignoriert die Erkenntnisse der Forschung, dass Zahnverlust durch Faktoren bedingt ist, die der individuellen Einflussnahme entzogen sind.

2d. „Transparenz“

Transparenz ist Mittel zum Zweck der Kostenreduktion, der Beurteilung und Steuerung des adäquaten Behandlungsverhaltens; Transparenz ist daher nicht Selbstzweck. Auf der Ebene der individuellen Versorgung ist Transparenz durch das Aufklärungsgespräch vor der Behandlung, durch strukturierte und differenzierte Kostenvoranschläge und Rechnungslegung nach der Behandlung zu gewinnen. Dies ist auch innerhalb der GKV möglich, wobei hier ebenso Defizite bestehen wie in der privatvertraglichen Form.

2e. „Therapiefreiheit“

Die Therapiefreiheit ist ein hohes Gut und darf nicht angetastet werden. Es ist jedoch nicht erkennbar, welche Freiheit die Propagandisten der Privatisierung bei den Zahnersatz-Leistungen in der GKV vermissen. Die geltenden Regelungen zu den Mehrkosten erlauben es, die bestehenden Einschränkungen der GKV im Zahnersatz-Bereich zu kompensieren.

Allerdings bedeutet Therapiefreiheit nicht den Verzicht auf die Begründungsfähigkeit therapeutischer Entscheidungen und Handlungen. Richtlinien und Leitlinien schränken nicht die Therapiefreiheit ein, sondern verengen das Feld der therapeutischen Beliebigkeit auf einen Korridor, außerhalb dessen therapeutische Entscheidungen und Handlungen der Begründung bedürfen, jedoch nicht eo ipso ausgeschlossen sind.

Fazit:

Es gibt keine medizinischen und epidemiologischen Argumente, die die Ausgrenzung von Zahnersatz begründen könnten. Dabei muss bedacht werden, dass die Privatisierung von Zahnersatz von der Mehrheit der Zahnärzte abgelehnt wird. Die Privatisierungsstrategie ist innerhalb der Zahnärzteschaft nicht demokratisch legitimiert, sondern das ideologisch und ökonomisch motivierte Projekt der Standesführung.

Die Festzuschussmodelle oder die Aufspaltung in Grund- und Wahlleistungen sind in gleicher Weise zu beurteilen wie die explizite Privatisierung durch Herausnahme von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV. Die schon praktizierte Privatisierung innerhalb des GKV-Rahmens nach dem sog. Koblenzer Modell basiert bereits heute auf Falschinformation der Versicherten und zielt auf ökonomisch motivierte Über- und Fehlversorgung. Die Praxis dieses mit den Grundsätzen der GKV nicht zu vereinbarenden Modells lässt das Ziel der Privatisierung erkennen.

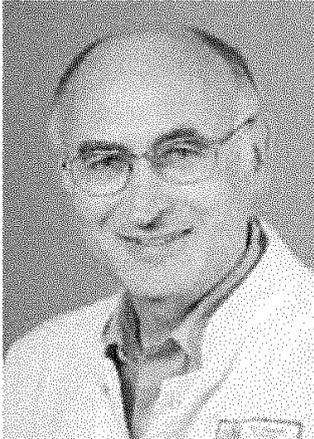
Festzuschussregelungen etc. sind daher keine akzeptable Kompromisslinie. Von ihnen ist kein Beitrag zur Lösung der bestehenden Probleme der zahnmedizinischen Versorgung zu erwarten. Die Fokussierung der Reformdebatte auf den Zahnersatz ist im übrigen Indiz dafür, dass die Umorientierung auf eine präventiv orientierte Zahnmedizin nach wie vor aussteht. Diese Umorientierung sollte endlich Gegenstand der Reformdebatte der Gesetzgebung werden. Die Agenda hierzu reicht von A wie Ausbildung mit Approbationsordnung und Assistentenzeit über z.B. B wie Befundbezug und –erhebung, I wie Indikationsmissbrauch, E wie Ergebnisqualität, P wie Prävention(sorientierung) usw., usw. bis Z wie Zulassung. Die Reformagenda für die zahnmedizinische Versorgung in der BRD wird von der Privatisierungsdebatte nicht nur ignoriert: die Privatisierung von Zahnersatz würde die Agenda konterkarieren. Hierzu ein Zitat aus dem o.g. Text der Professoren Staehle und Kerschbaum: „Die Vorstellung jedoch, man könne die meisten Probleme dadurch lösen, dass man ‚Mundferkel‘ vermehrt zur Kasse bittet, geht an den tatsächlich anstehenden Herausforderungen vorbei.“(DZZ 6/2003, S. 319).

Ein nicht-medizinischer Hinweis zum Schluss: Das herrschende Econobabble, also das selbsttragende, weil unreflektierte wirtschaftsliberale Gerede (von Lohnnebenkosten, Staatsquote, Anspruchsinflation, Überregulierung usw.), aus dem auch die Propagandisten der Ausgrenzung von Zahnersatz aus der GKV ihre Argumente beziehen, sollte nicht auf die medizinische Argumentation übergreifen und diese ersetzen. Die Unhaltbarkeit des wirtschaftsliberalen Geredes selbst weist u.a. Hagen Kühn, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, in seinen jüngeren Veröffentlichungen nach, deren Lektüre den Abgeordneten des Deutschen Bundestags mit Nachdruck zu empfehlen ist (z.B. „Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung“, 2001, ISSN-0948-048X, oder „Leere Kassen – Argumente gegen einen vermeintlichen Sachzwang“, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 6/2003). Ob Arbeitsplätze durch Senkung der Lohnnebenkosten via Privatisierung von Zahnersatz geschaffen werden, darf bezweifelt werden – sicher ist aber, dass die Privatisierung von Zahnersatz zum Abbau von Arbeitsplätzen in den Praxen und den zahntechnischen Laboren führen wird, wie dies bereits 1998 der Fall war. Dies und die medizinischen Argumente gegen eine Privatisierung sollten davor bewahren, eine Errungenschaft der Sozialversicherung in Deutschland, wie die solidarische Finanzierung von Zahnersatz sie darstellt, grundlos aufzugeben.

Die Privatisierung von Zahnersatz, sei es über die PKV, sei es über Festzuschüsse, wäre deshalb Klientelpolitik gegen die Klientel – paradoxes Resultat einer ideologischen Fixierung. Gegen das Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten wäre die Privatisierung ohnehin – das ist von einem zahnmedizinischen Gutachter des MDK täglich zu erleben.

Münster, 2.7.2003

Mythos Schweiz



Die Schweiz gilt bei uns seit etlichen Jahren als eine Art zahnmedizinisches Paradies. Auch in den Massenmedien wird das Schweizer Vorbild gerne bemöhrt. Dabei wird folgende übergeordnete Argumentationsschiene in die Öffentlichkeit lanciert: *Finanzieller Druck hat die Schweizer zu Weltmeistern im Zähneputzen gemacht. Deshalb haben sie bessere Zähne als Deutsche.*

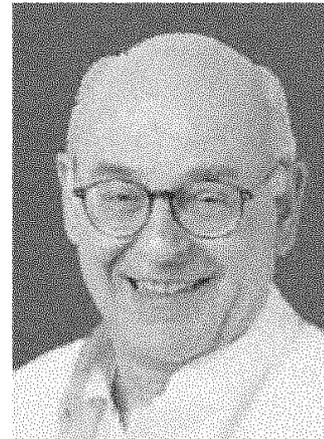
Im einzelnen wird der in Deutschland lebenden Bevölkerung folgender Eindruck vermittelt:

- Die Mundgesundheit ist in der Schweiz (und anderen Ländern mit Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus öffentlichen Krankenversicherungen) wesentlich höher als in Deutschland.
- Wenn die Zahnmedizin dem freien Kräftespiel des Marktes überlassen wird und zahnmedizinische Leistungen – so wie dies in der Schweiz der Fall ist – privat zu bezahlen sind, fördert dies nachhaltig die medizinische Eigenverantwortung der Bevölkerung (medizinische Verhaltenssteuerung „über den Geldbeutel“).
- Orale Erkrankungen sind weitgehend selbstverschuldet. Ihre Vorbeugung besteht im Wesentlichen im Zähneputzen.

Vor dem Hintergrund, dass solche Behauptungen – von wenigen Ausnahmen abgesehen - bislang unwidersprochen geblieben sind und von großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Vertretern universitärer Einrichtungen sogar durchaus wohlwollend begleitet werden, müssen die sogenannten „mündigen“ Bürgerinnen und Bürger unseres Landes davon ausgehen, dass sie zutreffen. Tatsächlich dürfte sie aber ein kritischer Blick in die Fachliteratur eines Besseren belehren. Alle oben aufgeführten Thesen sind nämlich in dieser vereinfachten Form falsch oder zumindest nicht hinreichend belegt.

- Die Mundgesundheit der in Deutschland und in der Schweiz lebenden Bevölkerung zeigt nach der aktuell zur Verfügung stehenden Datenlage keine gravierenden Unterschiede. Auch die mittleren jährlichen pro-Kopf-Ausgaben für zahnärztliche Leistungen sind in Deutschland und in der Schweiz trotz unterschiedlicher Finanzierungssysteme weitgehend identisch.
- Die Vorstellungen, dass sich finanzieller Druck infolge Selbstzahlerleistungen auf das aktive Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv auswirken würde, sind weder für die Schweiz noch für Deutschland hinreichend belegt. Das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen ist – neben sozioökonomischen Einflussfaktoren wie

Bildung und Einkommen – auch in der Schweiz unter anderem davon abhängig, ob Gesundheitsförderungsprogramme und Prophylaxeangebote vorhanden sind oder nicht. Dabei dürfen kollektive und semi-kollektive Maßnahmen, die sich an breite Bevölkerungsgruppen richten, nicht vernachlässigt werden. Wenn man die gesamte Bevölkerung mit



ihren unterschiedlichen sozialen Schichten im Auge hat, führt nach allem, was heute bekannt ist, finanzieller Druck nicht zu einem höheren Mundgesundheitsbewusstsein sondern in erster Linie zu einer geringeren Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen.

- Der Zustand der Gebisses ist bekanntlich von diversen endogenen, genetisch determinierten Faktoren und Allgemeinerkrankungen sowie von zahlreichen exogenen Einflüssen abhängig. Eine Reduktion auf Einzelfaktoren (z. B. Zähneputzen) mit dem daraus abgeleiteten Selbstverschuldungsprinzip beim Auftreten dentaler Läsionen trägt den verschiedenen Dimensionen von oraler Gesundheit und Krankheit in ihren vielfältigen (zahn)medizinischen und sozio-ökonomischen Bezügen zu wenig Rechnung.

Es gibt viele berechtigte Gründe, das System der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland zu reformieren. Die Vorstellung jedoch, man könne die meisten Probleme dadurch lösen, dass man „Mundferkel“ vermehrt zur Kasse bitet, geht an den tatsächlich anstehenden Herausforderungen vorbei. Ein nüchterner Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz – zwei Ländern mit völlig unterschiedlichen Finanzierungssystemen zahnärztlicher Leistungen – sollte zu einer realistischen Betrachtung Anlass geben. Der in Deutschland für politische Propagandazwecke gepflegte „Mythos Schweiz“ muss aus wissenschaftlicher Sicht kritisch hinterfragt werden.

Hans Jörg Staehle,
Heidelberg

Thomas Kerschbaum,
Köln

Literatur

1. Staehle, H. J., Kerschbaum, T.: Mythos Schweiz – Meinungen und Fakten zur Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland. Dtsch Zahnärztl Z 58, 325 (2003)

H. J. Staehle¹, Th. Kerschbaum²

Mythos Schweiz – Meinungen und Fakten zur Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland

Die Mundgesundheit der in Deutschland und in der Schweiz lebenden Bevölkerung zeigt – entgegen anderslautender Behauptungen – keine gravierenden Unterschiede. Sie ist von diversen endogenen, genetisch determinierten Faktoren und Allgemeinerkrankungen sowie von zahlreichen exogenen Einflüssen abhängig. Eine Reduktion auf Einzelfaktoren (z. B. mechanisches Zähneputzen) mit dem daraus abgeleiteten Selbstverschuldungsprinzip beim Auftreten dentaler Läsionen trägt den verschiedenen Dimensionen von oraler Gesundheit und Krankheit in ihren vielfältigen (zahn)medizinischen und sozio-ökonomischen Bezügen zu wenig Rechnung. Auch die mittleren jährlichen pro-Kopf-Ausgaben für zahnärztliche Leistungen sind in Deutschland und in der Schweiz trotz unterschiedlicher Finanzierungssysteme weitgehend identisch. Die Vorstellungen, dass sich finanzieller Druck infolge Selbstzahlerleistungen auf das aktive Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv auswirken würde, sind weder für die Schweiz noch für Deutschland hinreichend belegt.

Schlüsselworte: Orale Hygiene, Kosten

Swiss Myth – Opinions and facts about oral health in Switzerland compared to Germany. The oral health of the German and the Swiss population is – despite of controversial allegations – not significantly different. Oral health is dependent on several endogenous genetically determined factors and systemic diseases as well as on numerous exogenous influences. A simple reduction of this complex connection to individual factors (such as tooth brushing) and a subsequent deduction of the principle that dental lesions are of one's own making does not meet the various dimensions of oral health and disease. Oral health and disease are rather associated with numerous dental or medical and socio-economic factors. The annual per capita expenses for dentistry in Germany and Switzerland are nearly equal in spite of different reimbursement systems. There is not convincing evidence for the idea that financial pressure due to patients' out-of-pocket payments will improve oral health, neither in Germany nor in Switzerland.

Keywords: oral hygiene, costs

1 Einleitung

Die Schweiz gilt seit vielen Jahren als eine Art zahnmedizinisches „Musterland“. Als Begründung für den angeblich

durchweg hohen Mundgesundheitsstandard in der Schweizer Bevölkerung dient dabei der Hinweis, dass dort der weitest- aus größte Teil von Zahnbehandlungen von den einzelnen Patienten selbst zu bezahlen ist. Es wird behauptet, dass in jenen Ländern, in denen zahnmedizinische Leistungen „privatisiert“ wurden, die Eigenverantwortung und nachfolgend auch die orale Gesundheit eine erhebliche Förderung erfahren habe.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden diese Thesen vermehrt verbreitet. So war zum Beispiel jüngst in dem deutschen Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* folgendes zu lesen: „Beispiel Zahnersatz: Während in Deutschland die Krankenkasse noch etwa die Hälfte der Kosten erstattet, gibt sie in Italien einen Zuschuss von weniger als 20 Prozent. In den Niederlanden beteiligt sie sich nur noch an den Kosten von Vollprothesen. In Spanien, Portugal und in der Schweiz ist Zahnersatz ganz Privatsache. Die harte Tour zeigt erstaunliche Wirkung: Die Zahngesundheit der Schweizer etwa hat sich merklich verbessert“ [6]. Die deutsche Illustrierte *Stern* sekundierte kurze Zeit später, dass in der Schweiz wesentlich bessere Mundgesundheitsverhältnisse als in Deutschland vorliegen würden und begründete dies folgendermaßen: „Der finanzielle Druck hat die Schweizer zu Weltmeistern im Zähneputzen gemacht“ [41]. In der *Rheinischen Post* wurden Überlegungen zur Streichung von Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen mit folgender Begründung begrüßt: „Schweiz und Norwegen haben damit gute Erfahrungen gemacht. Hier gibt es kariesfreie Jahrgänge“ [15]. In der *Zahn-technik Zeitung* (ZT) wurde der Vorsitzende einer Reform-Kommission der deutschen Bundesregierung, der Wirtschaftswissenschaftler B. Rürup, zur Streichung von Zahnersatz aus der Gesetzlichen Krankenversicherung wie folgt zitiert: „Das würde zwar nur 0,4 Beitragspunkte bringen. Die Schweizer haben das gemacht, seither haben sie gute Zähne. Warum? Weil Zahnersatz in hohem Maße prophylaxeabhängig ist“ [34].

Solche Vorstellungen werden von einem Großteil der deutschen Zahnärzteschaft, insbesondere vom hierzulande größten Zahnärztesverband, dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte, nachhaltig unterstützt. Die Abkoppelung der Zahnmedizin von der Medizin und die damit verbundene Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus dem allgemeinmedizinischen System der Gesetzlichen Krankenversicherung sei in erster Linie als „Chance zu begreifen“, so W. Beckmann, der Vorsitzende des Verbandes in einer Presseinformation [4]. K.-H. Sundmacher, sein Stellvertreter, bekräftigte dies in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* mit dem Argument, dass es in der Zahnmedizin ohnehin nur um die Behandlung vermeidbarer, nicht vital bedrohlicher Schäden gehe. Die Prävention oraler Erkrankungen reduzierte er dabei ausdrücklich auf Mundhygienemaßnahmen: „Prophylaxe – auf deutsch: Zähneputzen“ [37].

¹ Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Mund-, Zahn- und Kieferklinik des Universitätsklinikums Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. H. J. Staehle)

² Zentrum für Zahnmedizin der Universität zu Köln, Vorklinische Zahnheilkunde (Direktor: Prof. Dr. Th. Kerschbaum)

Diesen und zahlreichen weiteren ähnlichen Verlautbarungen in den Massenmedien zufolge wird der in Deutschland lebenden Bevölkerung zum Teil mit Unterstützung der Zahnärzteschaft zur Zeit folgendes Bild vermittelt:

- Die Mundgesundheit ist in der Schweiz (und anderen Ländern mit Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus öffentlichen Krankenversicherungen) wesentlich besser als in Deutschland.
- Wenn die Zahnmedizin dem freien Kräftespiel des Marktes überlassen wird und zahnmedizinische Leistungen – so wie dies in der Schweiz der Fall ist – privat zu bezahlen sind, fördert dies nachhaltig die medizinische Eigenverantwortung der Bevölkerung (medizinische Verhaltenssteuerung „über den Geldbeutel“).
- Die Prävention oraler Erkrankungen lässt sich nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand auf „Zähneputzen“ reduzieren.

Vor dem Hintergrund, dass solche Behauptungen – von wenigen Ausnahmen abgesehen [12] – bislang weitgehend unwidersprochen geblieben sind, muss die Bevölkerung davon ausgehen, dass sie zutreffen. Wie die folgenden Ausführungen jedoch belegen, sind alle drei oben aufgeführten Thesen in dieser vereinfachten Form falsch oder zumindest nicht hinreichend belegt.

2 Ähnlicher Mundgesundheitszustand in der Schweiz und in Deutschland

In Deutschland und der Schweiz ist es, so wie in zahlreichen anderen Ländern auch, in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang der Prävalenz von Karies und teilweise auch von parodontalen Erkrankungen gekommen. Während sich der Mundgesundheitszustand von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen spürbar verbesserte, haben sich die Verhältnisse im mittleren und höheren Lebensalter bislang nicht wesentlich verändert.

Die Ursachen für die Verbesserung der Mundgesundheit in jüngeren Altersgruppen sind nicht genau bekannt. Da der Kariesrückgang umso früher eintrat, je konsequenter kollektiv wirksame Fluoridierungsmaßnahmen realisiert wurden, nimmt man an, dass dabei ein adäquates Fluoridangebot eine wichtige Rolle spielte [20, 21, 23, 38]. Die schon vor Jahrzehnten eingeführte Trinkwasserfluoridierung (in Basel) sowie der hohe Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz in den übrigen Regionen (weit über 80%) gelten in der Schweiz neben den frühzeitigen Aktivitäten von Jugendzahnkliniken mit einer aufsuchenden Betreuung von Kindergärten und Schulen als Meilensteine der Prävention oraler Erkrankungen [23]. Sie haben dazu geführt, dass in der Schweiz zu einem früheren Zeitpunkt als in Deutschland ein Kariesrückgang zu verzeichnen war. Neuere epidemiologische Untersuchungen haben aber ergeben, dass es in der Zwischenzeit hinsichtlich der Mundgesundheit in verschiedenen Altersstufen keine gravierenden Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz mehr gibt (Tab. 1).

Der Mundgesundheitszustand eines Menschen kann in unterschiedlichem Umfang evaluiert werden. Das Spektrum reicht vom Feststellen von Zahnschmerzen über kau- und sprachfunktionelle Aspekte, Erfassung

von Entzündungszuständen oder sonstigen Gewebsveränderungen bis hin zu Fragen über das Aussehen des Gebisses. Die Dokumentation von Karies, Zahnverlust und zahnärztlichen Restaurationen (DMF-Index für bleibende Zähne, dmft-Index für Milchzähne) kann aus diesem umfangreichen Spektrum nur einen Teilaspekt der Mundgesundheit erfassen. Hinzu kommt, dass methodische Unterschiede bei der Datenerhebung (z. B. mit oder ohne Berücksichtigung von Röntgenbefunden) die Interpretation erschweren können. Dennoch wird der DMFT- bzw. dmft-Index (bezogen auf die Zahnzahl) wegen seiner einfachen Handhabbarkeit in vergleichenden Erhebungen weltweit eingesetzt.

Unter dem Vorbehalt der oben genannten Einschränkungen stellt sich die Gebissgesundheit in Deutschland und der Schweiz wie folgt dar:

Der dmft-Wert (bezogen auf Milchzähne) betrug im Jahr 2000 bei 7-jährigen Kindern im Kanton Zürich 2,5 [27]. Dieser ausschließlich auf den Kanton Zürich bezogene Wert kann nicht ohne weiteres auf die Gesamtschweiz mit ihren italienischen, französischen und deutschen Regionen extrapoliert werden. Bemerkenswert erscheint, dass er im Jahr 2000 höher als in den Vorjahren lag, vermutlich aufgrund von Wanderungsbewegungen in der Bevölkerung [27]. Obwohl auch in der wiedervereinigten Bundesrepublik Deutschland starke Wanderungsbewegungen mit großen sozio-ökonomischen Unterschieden in der Bevölkerung zu verzeichnen sind, besteht hier noch ein Trend der Kariesreduktion in dieser Altersgruppe. Im Jahr 2000 wurde bei 6–7-jährigen Kindern ein dmft-Wert von nur noch 2,2 ermittelt [33].

Der DMFT-Wert (bezogen auf bleibende Zähne von 12-jährigen Jugendlichen) lag in Deutschland im Jahr 2000 bei 1,2 [33, 43], in einigen Regionen wurde 2001 sogar ein Wert von nur ca. 0,5 ermittelt [38].

Für die Schweiz liegen gemäß WHO-Angaben bezogen auf die Zeit nach 1988 keine überregionalen Daten vor. 1988 betrug der DMFT-Wert für die Gesamtschweiz noch 2,0 [43]. Im Jahr 2000 wurde für den Kanton Zürich ein DMFT-Wert von 0,9 ermittelt [27].

Nach der aktuellen Datenlage dürfte sich die Zahngesundheit von Jugendlichen, die in Deutschland und in der Schweiz leben, inzwischen deutlich angenähert haben (DMFT-Werte in beiden Ländern < 1,2).

Bei jüngeren Erwachsenen profitiert die Schweiz zur Zeit noch von den früher eingetretenen Prophylaxeerfolgen, wie aus einer Gegenüberstellung von Erhebungen zur Mundgesundheit an Rekruten hervorgeht [18, 25]. Aber auch hier zeigen neuere Daten, dass Deutschland erheblich aufgeholt und sich dem Trend der Kariesreduktion in dieser Altersgruppe angeschlossen hat [18, 25].

In den mittleren Erwachsenen-Jahrgängen stellt sich die Zahngesundheit der in der Schweiz lebenden Bevölkerung

	Schweiz	Bundesrepublik Deutschland (BRD)
Kinder	2,5 dmft Milchzähne, nur Kanton Zürich, Jahr 2000, 7-Jährige, Quelle: [27].	2,2 dmft Milchzähne, gesamte BRD, Jahr 2000, 6–7-Jährige, Quelle: [33].
Jugendliche	0,9 DMFT bleibende Zähne, nur Kanton Zürich, Jahr 2000, 12-Jährige, Quelle: [27].	1,2 DMFT bleibende Zähne, gesamte BRD, Jahr 2000, 12-Jährige, Quelle: [33].
Erwachsene	16,3 DMFT bleibende Zähne, nur Kanton Zürich, Jahr 1999, 35–44-Jährige, Quelle: [26].	16,1 DMFT bleibende Zähne, gesamte BRD, Jahr 1997, 35–44-Jährige, Quelle: [29].
Senioren	10–30 % Zahnlosigkeit Gesamt-Schweiz/Kanton-Zürich, 1990er Jahre 60–79-Jährige, Quellen: [13, 26, 44].	24,8 % Zahnlosigkeit, Gesamte BRD, Jahr 1997, 65–74-Jährige, Quelle: [29].

Tab. 1 Daten (Mittelwerte) zu Karies, Zahnverlust und Restaurationen in der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland. Erläuterungen zur eingeschränkten Aussagekraft von Einzeldaten siehe Text.

nicht besser dar als in Deutschland. So wurde bei der Altersgruppe der 35–44-Jährigen in Deutschland 1997 ein DMFT-Wert von 16,1 ermittelt [29]. In der Schweiz lag er 1988 bei 18,8 [42], einer Erhebung an Patienten zufolge sogar bei 22,3 [13]. Selbst wenn man neuere Daten, die sich allerdings wiederum nur auf den Kanton Zürich beziehen, berücksichtigt, finden sich mit einem Züricher DMFT-Wert von 16,3 (bezogen auf 1999) keine gravierenden Unterschiede zu Gesamt-Deutschland mit 16,1 (bezogen auf 1997) [26].

Auch die orale Gesundheit von Senioren bedarf einer differenzierten Betrachtung. Einer repräsentativen Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zufolge lag 1997 bei den 65–74-jährigen Senioren der Anteil von vollständiger Zahnlosigkeit bei knapp 25% [29]. Für die Gesamtschweiz gibt es unterschiedliche, teils widersprüchliche Aussagen, je nachdem, ob repräsentative Bevölkerungsstichproben oder Patienten in Zahnarztpraxen zugrundegelegt werden. Einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zufolge waren 30% der Frauen und 22% der Männer dieser Altersgruppe zahnlos [44]. Bei einer Erhebung an Patienten, die regelmäßig Zahnarztpraxen aufsuchten, wurde 1988 hingegen bei nur 15,3 der untersuchten 65–74-Jährigen eine vollständige Zahnlosigkeit registriert [13]. In einer Untersuchung, die sich nur auf den Kanton Zürich bezieht, wurde für die Altersgruppe der 60–79-Jährigen sogar ein Anteil vollständiger Zahnlosigkeit von nur rund 10% ermittelt. Die Autoren bezeichneten diesen Wert allerdings aufgrund methodisch-epidemiologischer Unzulänglichkeiten und Verzerrungen bei einer selektierten Bevölkerungsgruppe als „Unterschätzung“ und verwiesen darauf, dass bei einer Befragung mit einem größeren Bevölkerungsanteil selbst 1999 noch 27% der 60–79-jährigen Züricher angegeben habe, zahnlos zu sein [26]. Somit gibt es auch bei älteren Bevölkerungsgruppen keine Daten, die eine wesentlich bessere Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland nahe legen würden.

Fazit:

Die oben zitierten Behauptungen über die in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland angeblich bessere Mundgesundheit müssen in dem jeweils aufgeführten Kontext als unzutreffend bzw. nicht hinreichend belegt bezeichnet werden.

3 Kaum Einfluss ökonomischer Selbstverantwortung auf medizinische Eigenverantwortung

Die Klage über mangelndes Verantwortungsbewusstsein der Bevölkerung hat in Deutschland eine lange Tradition, die schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Kritik auf die *Bismarcksche* Sozialgesetzgebung formuliert wurde. So wurde zum Beispiel in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts von dem damals weithin bekannten Kritiker der Sozialversicherung *Erwin Liek* (zit. nach [5]) behauptet, die Sozialgesetzgebung lähme die Eigenverantwortung des Einzelnen und trage so zu einer „Krise der Medizin“ bei. Trotz des damals noch recht geringen Leistungsumfangs gesetzlicher Krankenkassen und der großen wirtschaftlichen Not weiter Bevölkerungskreise wurde der Gedanke einer solidarischen Finanzierung von gesundheitlichen Basisleistungen als schwerwiegende Fehlentwicklung, die letztlich den „natürlichen Gesundheitswillen“ erkrankter Versicherter verhindere und das Sozialschmarotertum fördere, gebrandmarkt. In den 30er Jahren wurden diese Vorstellungen weitergeführt. Eigenverantwortung wurde zum Teil zur Gesundheitspflicht erhoben, wobei „Verantwortungslosen“ und „Charakter-

schwächlingen“ beim Auftreten „selbstverschuldeter“ Erkrankungen mit entsprechenden Sanktionen gedroht wurde [5]. Die Nichterfüllung von Forderungen nach naturgemäßer, den völkischen Ur-Instinkten Rechnung tragender Lebensführung wurde sogar als eine Art Landesverrat, der die Wehrfähigkeit des Staates reduziere, betrachtet.

Nach dem Ende des 2. Weltkriegs trat diese Argumentation zunächst in den Hintergrund. Aufgrund der zumindest im Westen guten wirtschaftlichen Entwicklung durch den Wiederaufbau des durch den Krieg zerstörten Landes wurde vorübergehend ein Ausbau von Sozialleistungen betrieben. Es wurde nun vermehrt die Auffassung zugelassen, dass es für die Gesundheit der Bevölkerung günstig wäre, zunächst die allgemeinen Rahmenbedingungen (Bildung, gesundheitliche Aufklärung, breitenwirksame Prophylaxe, soziale Mindestsicherung, niedrigschwelliger Zugang zu medizinischen Leistungen) zu verbessern, damit der Einzelne überhaupt erst die Chance erhalte, für seine Gesundheit kompetent vorzusorgen. Diesbezügliche Aktivitäten wurden somit nicht als Hindernis, sondern geradezu als Voraussetzung zur Förderung von Selbstbestimmung und -verantwortung betrachtet.

Bis vor kurzem existierte für diese Sichtweise, die in der Literatur gut belegt ist [7], ein breiter Konsens – auch im Hinblick auf die Mundgesundheitsverhältnisse in Deutschland und der Schweiz. Neuerdings wird allerdings wieder vermehrt das Selbstverschuldungsprinzip ins Spiel gebracht [30, 39, 40].

In der Schweiz gibt es – ähnlich wie in Deutschland und vielen anderen Ländern – eine Polarisierung im Auftreten oraler Erkrankungen. Sozioökonomisch schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen haben auch in der Schweiz eine geringere Zahngesundheit als Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen [26, 44]. Auch für die Schweiz ist belegt, dass sozial schlechter Gestellte seltener den Zahnarzt aufsuchen [22] und einen wesentlich niedrigeren zahnärztlichen Versorgungsgrad haben als Gutsituierte. Dies betrifft insbesondere die prothetische Versorgung von Menschen im mittleren und höheren Lebensabschnitt [44].

Obwohl sich die Versicherungssysteme zwischen Deutschland (gesetzliche Krankenversicherung) und der Schweiz (private Finanzierung) stark unterscheiden, liegen in beiden Ländern die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben (in Kaufkraftparitäten) für zahnärztliche Leistungen nicht weit auseinander (Tab. 2). Je nach Erhebungsquelle und Berechnungsgrundlage liegt entweder Deutschland [32] oder die Schweiz [2, 17] tendenziell etwas höher. Sowohl die Zahlenangaben des BASYS-Instituts wie auch aktuelle Health Data der OECD zeigen jedoch einhellig, dass sich Deutschland und die Schweiz (zusammen mit den USA) die weltweit kostspieligsten zahnärztlichen Versorgungen leisten [2, 17, 32].

Auch auf die medizinische Eigenverantwortung scheint das Versicherungssystem keinen großen Einfluss auszuüben, was im übrigen auch Studien aus anderen Ländern ergeben haben [11, 16].

Es gibt keine Daten, die nahe legen, dass in der Schweiz aufgrund einer privaten Honorierung zahnärztlicher Leistungen z. B. der Süßigkeiten- oder Nikotinkonsum niedriger wäre als in Deutschland. Das Gesundheitsbewusstsein des

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Mittelwert 1991 – 1997
Bundesrepublik Deutschland	325	401	362	390	386	416	434	388
Schweiz	331	360	375	386	408	434	461	393

Tabelle 2 Zahnärztliche Leistungen pro Kopf und Jahr in DM (Kaufkraftparitäten – KKP) in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz. Quellen: [2, 17].

Einzelnen ist – neben sozioökonomischen Einflussfaktoren – auch in der Schweiz unter anderem davon abhängig, ob breitenwirksame Gesundheitsförderungen bzw. Prophylaxeprogramme in Kindergärten und Schulen vorhanden sind oder nicht. So zeigten z. B. Schweizer Rekruten, die in ihrer Schulzeit in den Genuss einer organisierten kollektiven und semi-kollektiven Prophylaxe gekommen waren, einen niedrigeren DMFT-Wert und bessere parodontale Verhältnisse als solche mit fehlender oder nur sehr geringer Gesundheitsförderung und Prävention [24].

Insofern erscheint der inzwischen stark politisierte Begriff der individuellen „Eigenverantwortung“ nicht immer plausibel begründet. Auch die Entscheidung von Zahnpastenherstellern, ihren Produkten Fluorid zuzuführen, dürfte kaum in den Verantwortungsbereich des einzelnen Bürgers fallen. Ähnliches gilt für fluoridiertes Speisesalz, das unter anderem durch die Initiative einer großen Lebensmittelkette, nur noch solches Salz in ihr Sortiment aufzunehmen, in Deutschland einen Marktanteil von inzwischen über 50% erreicht hat. Schließlich sind auch die Mundhygienegewohnheiten einer Population von sehr vielen äußeren Faktoren abhängig, wobei in westlichen Nationen Industrie und Medien eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Belege dafür sind allgegenwärtige Werbeslogans (z. B. von Zahnpastenherstellern) wie „damit Sie auch morgen noch kraftvoll zubeißen können“ bis hin zu der berühmten Szene in dem amerikanischen Film „Pretty Woman“, in der die Schauspielerin *Julia Roberts* bei der Anwendung von Zahnseide gezeigt wurde. Dies soll in den USA das Fädeln regelrecht zum Kult gemacht haben [31].

Die Frage, ob präventionsorientierte Beratungen und Interventionen in den Zahnarztpraxen angeboten werden oder nicht, liegt ebenfalls nicht allein in der Selbstverantwortung einzelner Patienten. Hier muss in der Tat konstatiert werden, dass in der Schweiz frühzeitiger und konsequenter qualifizierte Fachkräfte (z. B. Dental Hygienists) ausgebildet wurden als in Deutschland. Daraus lassen sich die eingangs genannten Behauptungen einer Steuerung des aktiven Mundgesundheitsverhaltens durch ökonomischen Druck jedoch ebenfalls nicht belegen. Vielmehr folgt daraus, dass bei der Umsetzung von gesundheitsförderndem Verhalten auch die Verantwortlichkeit und Qualifikation der Zahnärzteschaft und der sie unterstützenden Gesundheitsberufe in die Betrachtungen mit einbezogen werden müssen.

Verhaltenssteuerungen „über den Geldbeutel“ werden zwar immer wieder postuliert, sind aber hinsichtlich des Mundgesundheitsverhaltens nicht hinreichend nachgewiesen. Würden diese Vorstellungen zutreffen, so müssten sie bei sozial schlechter gestellten Menschen wirksamer sein als bei sozial besser gestellten Personen. In Wirklichkeit ist die Situation aber weltweit – unabhängig vom Sozialsystem – genau umgekehrt. Menschen, die in sozial ungünstigen Verhältnissen leben, haben ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein, ein erhöhtes Krankheitsrisiko und auch ein geringeres Selbsthilfepotential als sozial privilegierte Bevölkerungskreise [7,28]. Die Vorstellung, dass sich ein sozial schlecht gestellter Bürger besonders gut die Zähne putzt, wenig Süßigkeiten isst oder auf das Rauchen verzichtet, weil er sich im Alter eine prothetische Versorgung eventuell nicht leisten kann, ist hingegen nicht abgesichert.

Fazit:

Nach allem, was heute bekannt ist, führt finanzieller Druck entgegen anderslautenden Behauptungen nicht zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten, sondern in erster Linie zu einer geringeren Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen. Diese Aussage gilt auch für die Schweiz.

4 Reduktion der Prävention oraler Erkrankungen auf „Zähneputzen“ nicht sinnvoll

Es ist bei zahnärztlichen Standesvertretern sehr verbreitet, die Prävention oraler Erkrankungen auf „Zähneputzen“ zu reduzieren [37]. Obwohl die mechanische Plaquekontrolle – insbesondere in Verbindung mit fluoridhaltigen Zahnpasten – zweifellos als eine wichtige individuelle Maßnahme gegen orale Erkrankungen anzusehen ist, ist es unzureichend, den Mundgesundheitszustand allein mit der Häufigkeit des Zähneputzens zu korrelieren. Endogene, genetisch determinierte und infektiologische Faktoren sowie Allgemeinerkrankungen spielen ebenso eine Rolle wie exogene Einflüsse, wobei hier dem Gesamt-Fluoridangebot und der Exposition von Nahrungs- und Genussmitteln (einschließlich Rauchen) eine besondere Rolle zuerkannt wird [38]. *Marthaler*, ein international anerkannter Experte auf dem Gebiet der Prävention, durch dessen Aktivitäten in der Schweiz kollektiv- und semi-kollektiv-präventive Maßnahmen frühzeitig realisiert wurden, wies 2002 ausdrücklich darauf hin, dass eine Reduktion der Betrachtung auf die Verwendung von Zahnbürsten und Zahnpasten einer breitenwirksamen Vorbeugung nicht gerecht werde [23].

Während es keine Hinweise über Unterschiede im Süßigkeiten- und Nikotinkonsum gibt, scheint die Mundhygiene in der Schweizer Bevölkerung in den letzten Jahren größere Akzeptanz als in Deutschland zu finden [14,22]. Bei näherer Betrachtung des vorhandenen Datenmaterials muss allerdings auch dies relativiert werden.

Zahnreinigungen sollen nach aktuellem Wissensstand hinsichtlich ihrer Frequenz und der eingesetzten Hilfsmittel risikoorientiert erfolgen. Für einen großen Teil der Bevölkerung gilt eine zweimal tägliche vorgenommene effektive Reinigung unter Verwendung fluoridhaltiger Zahnpaste als ausreichend [35]. Ein zu häufiges, aggressives Zähneputzen kann das Auftreten von nicht-kariesbedingten Zahnschäden, z. B. in Form von Abrasionen, begünstigen. Auch die American Dental Association (ADA) empfiehlt lediglich eine zweimalige tägliche Zahnpflege mit einer weichen Zahnbürste [1]. Veraltete Ratschläge und Behauptungen, die in unseren Regionen noch weit verbreitet sind (z. B. „nach jedem Essen Zähneputzen nicht vergessen“ oder „ein sauberer Zahn wird nicht krank“) sind in diesen Empfehlungen nicht zu finden.

Einer repräsentativen Befragung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahr 1997 zufolge putzen sich 74,3% der 12-jährigen Jugendlichen, 70,8% der 35–44-jährigen Erwachsenen und 61,1% der 65–74-jährigen Senioren täglich zweimal die Zähne [29]. Die Gesellschaft für Konsumforschung ermittelte 2001 in einer repräsentativen Umfrage einen Wert von 68,4% für zweimaliges und 12,4% für dreimaliges Zähneputzen. Danach reinigen sich 80,8% der Deutschen mindestens zweimal oder häufiger täglich ihre Zähne [14]. Eine Patientenumfrage in der Schweiz aus dem Jahr 2000 – die sich allerdings in der Stichprobenauswahl und im methodischen Vorgehen von der deutschen Repräsentativbefragung erheblich unterscheidet – ergab folgendes Bild: 49% reinigen zweimal täglich und 38% häufiger ihre Zähne. Zusammen ergibt dies einen Wert von 87% [22]. Die Autoren wiesen allerdings darauf hin, dass bei Umfragen unter Patienten mit einem gewissen Anteil von beschönigenden Prestigeantworten gerechnet werden müsse.

Ob durch ein mehr als zweimal täglich vorgenommene Zähneputzen unter einer Nutzen-/Risiko-Abwägung langfristig ein relevanter Gesundheitsgewinn resultiert, ist nicht genau belegt. Geht man davon aus, dass ein zweimaliges Zähneputzen ausreicht, unterscheiden sich Deutschland und die Schweiz trotz der methodisch unterschiedlich vorge-

nommenen Befragungen (repräsentative Bevölkerungsstichproben im Vergleich zu Patienten) nicht gravierend.

Bemerkenswert erscheinen Erhebungen zur Zahnzwischenraumreinigung, die besonders unter parodontologischem Aspekt von Bedeutung ist. Als Hilfsmittel stehen neben Zahnseide unter anderem medizinische Zahnholzchen und Interdentalraumbürsten zur Verfügung. Interdentalraumbürsten gelten als besonders effektiv, da sie auch schwer zugängliche Oberflächenkonkavitäten (z. B. bei Wurzeinziehungen) reinigen, die von Zahnseide nicht erreicht werden können [8, 9, 10]. Einfache Zahnstocher sind hingegen als weniger effektive Hilfsmittel mit erhöhtem Verletzungspotential anzusehen.

Nach IDZ-Erhebungen aus dem Jahr 1997 gaben 8,4 % der Jugendlichen, 25,1 % der Erwachsenen und 5,5 % der Senioren an, Zahnseide zu verwenden [29]. Die Gesellschaft für Konsumforschung ermittelte 2001 für Deutschland einen Wert von 14,3 %, bezogen auf alle repräsentativ befragten Personen. Darüber hinaus verwendeten 6,1 % Zahnholzchen und 2,2 % Interdentalraumbürsten. Zahnstocher wurden – unzulässigerweise – unter Zahnholzchen subsummiert [14].

In der Schweiz behaupteten 44 % der befragten Patienten, Zahnseide zu verwenden. Zu medizinischen Zahnholzchen und Interdentalraumbürsten gibt es in der Schweizer Erhebung keine Angaben. Zahnstocher wiederum, die für eine Interdentalraumreinigung als weniger geeignet oder sogar schädigend angesehen werden, verwendeten im Jahr 2000 immerhin 19 % der Schweizer Patienten [22].

Die Optionen einer effektiven Zahnzwischenraumreinigung, z. B. mittels individuell ausgesuchter Interdentalraumbürsten, scheinen somit weder in Deutschland noch in der Schweiz einer größeren Bevölkerungsgruppe bekannt zu sein.

Während in der deutschen Repräsentativbefragung sozioökonomische Faktoren nicht berücksichtigt wurden, wurden sie in der Schweizer Patientenbefragung einbezogen. Danach gaben Patienten mit höherem Bildungsniveau eine häufigere und differenziertere Zahnpflege an als Patienten mit niedriger Schulbildung. Auch der positive Einfluss von Dentalhygienikerinnen (DHs) auf eine bessere Mundhygiene wurde herausgearbeitet [22].

Alle Daten beziehen sich auf Selbsteinschätzungen von Befragten mit einem mehr oder weniger subjektiven Charakter. Objektive Daten, die einen Vergleich zum tatsächlichen Hygienestatus erlauben würden, liegen nicht vor.

Solange kein vergleichbares Datenmaterial existiert, muss die pauschale Behauptung, Schweizer putzten sich besser die Zähne als Deutsche, als nicht hinreichend belegt angesehen werden.

Betrachtet man Mundhygiene (nach den Empfehlungen der American Dental Association) und präventive Betreuung isoliert, so können nach einer Studie von Kressin et al. [19] diese beiden Faktoren zu einer Vermeidung von Zahnverlust beitragen. Werden hingegen multivariate Modelle (z. B. die zusätzliche Berücksichtigung von Faktoren wie Bildung bzw. berufliche Qualifikation oder Rauchen) zugrundegelegt, ergeben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mehr. Die Autoren betonen, dass bei einer Einbeziehung weiterer Kriterien wie z. B. Einkommen oder Fluoridexposition die Assoziationen noch geringer ausfallen dürften [19]. Geht man davon aus, dass Mundhygiene somit nur einen Einzelbaustein in einem großen Spektrum endogener und exogener Variabler umfasst, so dürfte sich ihr Gesamteinfluss auf die Notwendigkeit zahnärztlicher Leistungen relativieren.

Dennoch wird gerade dieser Aspekt in Deutschland tendenziös hervorgehoben. Man schreckt dabei auch nicht vor

verunglimpfenden Äußerungen zurück und behauptet, das Auftreten von Karies und Parodontitis würde von „Oralschweinen“ schuldhaft provoziert. Der höchste Repräsentant der deutschen Vertragszahnärzte forderte deshalb im Jahr 2000, dass „Mundferkel“ die Solidargemeinschaft künftig nicht mehr länger mit ihrer Unvernunft belasten dürften [36]. Der Vorsitzende des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte verkleidete diese Forderung in einem im Jahr 2003 geführten Interview mit dem Bayerischen Rundfunk in folgende Worte, die „kluge Leute“ geäußert hätten: „Ich möchte nie in einem Solidarsystem mit denen sein, die sich nicht die Zähne putzen“ [3]. Unter Berücksichtigung der bekannten sozio-ökonomischen Korrelationen, die weltweit – auch für Deutschland und die Schweiz – gelten, heißt dies übersetzt: „Ich möchte nie in einem Solidarsystem mit denen sein, die weniger gebildet und weniger begütert sind“.

Fazit:

Es ist inzwischen weithin akzeptiert, dass der Mundgesundheitszustand eines Menschen von zahlreichen endogenen und exogenen Faktoren abhängig ist. Nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand ist es nicht gerechtfertigt, die Prävention oraler Erkrankungen allein auf mechanisches Zähneputzen zu reduzieren. Selbst wenn man eine bessere Mundhygiene in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland unterstellt, schlägt sich dieser isolierte Faktor nicht in einer verbesserten oralen Gesundheit der Gesamtbevölkerung oder geringeren zahnärztlichen Pro-Kopf-Leistungen nieder.

5 Schlussfolgerungen

Der in Deutschland lebenden Bevölkerung wird in den Massenmedien mit tendenziellen Meldungen suggeriert, durch eine Privatisierung der Zahnmedizin ließe sich die Mundgesundheit spürbar verbessern. Die Schweiz wird dabei als Paradebeispiel aufgeführt. Die von hohen Repräsentanten der Zahnärzteschaft in die Öffentlichkeit lancierten Behauptungen werden inzwischen weitgehend widerspruchlos akzeptiert. Tatsächlich bestehen jedoch zwischen der Schweiz und Deutschland hinsichtlich der Mundgesundheit der Bevölkerung keine so gravierenden Unterschiede, wie dies immer wieder behauptet wird. Es ist an der Zeit, den in Deutschland gepflegten „Mythos Schweiz“ als das zu entlarven, was er wirklich ist: Politische Propaganda auf der Grundlage einseitig interpretierter wissenschaftlicher Daten.

Literatur

1. American Dental Association: Cleaning your teeth and gums (oral hygiene). <http://www.ada.org/public/faq/cleaning.html> Stand: April 03, 2002.
2. BASYS-Institut: Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP). BASYS-Institut, Augsburg 1998.
3. Beckmann, W.: Interview mit dem alpha-Forum des Bayerischen Rundfunks am 13.02.2003.
4. Beckmann, W.: Zitiert in Straßmeir, W.: Ausgliederung der Zahnmedizin als Chance begreifen. Hintergründe. Informationen aus dem Berliner Büro des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Berlin, 26.2.2003.
5. Bathe, D.: Neue Deutsche Heilkunde 1933-1945. Matthiesen Verlag, Husum 1991.
6. Bött, H., Jung, A.: Gesundheit – Der Kassen-Schlager. Der Spiegel 2/2003, 70.
7. Cohen, L. K., Gift, H. C. (Eds): Disease prevention and oral health promotion – Socio-dental science in action. Munksgaard, Copenhagen 1995.
8. Dörfer, C.: Der Approximalraum. Präventive, kariologische und restaurative Aspekte. Dtsch Zahnärztl Z 52, 151 (1997).
9. Dörfer, C., Staehle, H. J.: Aktuelle Aspekte der Interdentalraumreinigung. Oralprophyl 20, 1 (1998).
10. Dörfer, C. E., Stückgen, D., Cheung, F., Staehle, H. J.: Häufigkeit und Morphologie von Wurzeinziehungen. Dtsch Zahnärztl Z 55, 257 (2000).
11. Edelstein, B. L.: Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. Ambul Pediatr 2 (2 Suppl), 141 (2002).

12. *Ernst, R.*: Privatisierung der Zahnmedizin beseitigt nicht die Finanzierungsprobleme der Krankenversicherung. Pressemitteilung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ). Köln, 13.2.2003.
13. *Feldmann, D., Hefti, A. F., de Cousaz, P., Marthaler, M., Hotz, P., Menghini, G. D., Vock, P.*: Zahnkaries (DMFT) bei Erwachsenen in der Schweiz 1988. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 103 (7), 835 (1993).
14. *Handrick, M.*: Repräsentativbefragung der GfK: Zahnputzverhalten der Deutschen. *Zahnärztleblatt Baden-Württemberg* 28 (10), 45 (2001).
15. *Höning, A.*: Den Kosten die Zähne zeigen. *Rheinische Post*, 6.2.2003.
16. *Ismail, A. I., Sohn, W.*: The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc* 132, 295 (2001).
17. *Kaufhold, R., Schneider, M.*: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im Europäischen Kontext. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): IDZ-Information 1/2000. Köln 2000.
18. *Klimek, J., Ganß, C., Alffen, T.*: Kariesbefall, Restaurationsarten und Fissurenversiegelungen bei deutschen Rekruten in den Jahren 1992 und 1996. *Dtsch Zahnärztl Z* 54, 317 (1999).
19. *Kressin, N. R., Boehmer, U., Nunn, M. E., Spiro III, A.*: Increased preventive practices lead to greater tooth retention. *J Dent Res* 82, 223 (2003).
20. *Künzel, W.*: Caries-Decline in Deutschland. Hüthig, Heidelberg 1997.
21. *Künzel, W.*: Trinkwasserfluoridierung und Kariestrends in Chemnitz – eine kariesstatistische Bilanz nach 40 Jahren. *Stomatol* 99, 57 (2002).
22. *Kuster, M., Müller, R., Tackenberg, M., Jäger, P.*: SSO-Publikumsumfrage. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 110, 1305 (2000).
23. *Marthaler, T.*: Dentistry between pathology and cosmetics. *Community Dent Oral Epidemiol* 30, 3 (2002).
24. *Menghini, G., Marthaler, T., Steiner, M., Bandi, A.*: Kariesprävalenz und gingivale Entzündung bei Rekruten im Jahre 1985. Einfluss der Vorbeugung. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 101, 1119 (1991).
25. *Menghini, G., Steiner, M., Marthaler, T., Weber, R.*: Rückgang der Kariesprävalenz bei Schweizer Rekruten von 1970 bis 1996. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 111, 410 (2001).
26. *Menghini, G., Steiner, M., Helfenstein, U., Imfeld, C., Brodowski, D., Hoyer, C., Hofmann, B., Furrer, R., Imfeld, T.*: Zahngesundheit von Erwachsenen im Kanton Zürich. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 112, 708 (2002).
27. *Menghini, G., Steiner, M., Marthaler, T., Helfenstein, U., Brodowski, D., Imfeld, C., Weber, R., Imfeld, T.*: Kariesprävalenz von Schülern in 16 Zürcher Landgemeinden in den Jahren 1992 bis 2000. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 113, 267 (2003).
28. *Micheels, W.*: Soziale Einflüsse auf das Mundgesundheitsverhalten. In: *Micheels, W.*: Grundlagen der Dental-Soziologie. Köln, 1998.
29. *Micheels, W., Reich, E.* (Gesamtbearbeitung): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999.
30. *N.N.*: Selbstverschuldete Krankheiten. In: *Anbiss, Die Zeitung vom Zahnarzt*. Herausgeber: *R. Hinz*, Herne Heft 5/1995.
31. *N.N.*: Zähne wie Julia Roberts. *Neue Gesundheit*. Speyer, Nr. 3/03 (2003).
32. *OECD Health Data: Ausgaben Zahnmedizin OECD 1989-2001 pro Kopf, USD in Kaufkraftparitäten*. Health Data 2002.
33. *Pieper, K.*: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). Bonn, 2001.
34. *Rürup, B.*: Zitiert in N.N.: Rürup will grundlegenden Umbau: Zahnersatz soll aus der GKV raus. *Zahntechnik Zeitung* 1 (Sonderausgabe), 1 (2002).
35. *Schiffner, U.*: Plaquereduktion mechanisch oder chemisch? Stellungnahme der DGZMK. *Dtsch Zahnärztl Z* 50, 860 (1995).
36. *Schirborth, K. H.*: Mundförmel dürfen andere nicht belasten. In: *Munchow, R.-G.*: Gespräch mit dem Vordenker der deutschen Zahnärzte. *Peiner Allgemeine Zeitung*, 08.12.2000.
37. *Sundmacher, K. H.*: Keramikronen oder Nierentransplantationen? *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 22.1.2003.
38. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*: Gutachten 2000/2001, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2002.
39. *Staehle, H. J.*: Sind Karies und parodontale Erkrankungen selbstverschuldet? *Quintessenz* 47, 1389 (1996).
40. *Staehle, H. J.*: Unterschiedliche Zielrichtungen: Medizinische und ökonomische Eigenverantwortung. *Zahnärztl Mitt* 90, 1692 (2000).
41. *Wedemeyer, G.*: Putzen statt plombieren. *Stern* 3/2003, 104 (2003).
42. *WHO, World Health Organisation*. Internet – Information. Stand Februar 2000. Zit. nach: Kaufhold, R., Schneider, M.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im Europäischen Kontext. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): IDZ-Information 1/2000. Köln 2000.
43. *WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. Chosen Region: Europe – "Euro"*. <http://www.whocollab.od.mah.se/euro.html> (Stand : 02.02.2003).
44. *Zitzmann, N., Marinello, C. P., Zemp, E., Kessler, P., Ackermann-Liebrich, U.*: Zahnerverlust, prothetische Versorgung und zahnärztliche Inanspruchnahme in der Schweiz. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 111, 1288 (2001).

✉ **Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
 Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Mund-, Zahn- und Kieferklinik des
 Universitätsklinikums Heidelberg.
 Im Neuenheimer Feld 400,
 D-69120 Heidelberg
 e-mail: hans-joerg_staehle@med.uni-heidelberg.de