

SWR2 Wissen

Zahnsparren – Luxus oder medizinisch sinnvoll?

Von Ingeborg Hain

Sendung: Montag, 4. Mai 2020, 08.30 Uhr

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Autorenproduktion

Produktion: SWR 2020

Experten bezweifeln, dass Spangen und Brackets immer einen langfristigen Nutzen für die Mundgesundheit haben. Oft geht es nur um ästhetische Korrekturen. Studien fehlen.

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...
Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIPT

ATMO

O-Ton 01 Domi:

Ein grundsätzliches Problem ist natürlich schon, dass wir so Zahn-Ästheten geworden sind, weil man so gewohnt ist, dass alle so Perlen im Mund haben. Und wenn ein Arzt sagt, das ist gut für Ihr Kind, da ist man halt auch sehr verführbar.

O-Ton 02 Alexander Spassov:

Die Richtlinien sagen eindeutig das Behandlung aus kosmetischen Zwecken nicht finanziert werden müssen. Wir wissen aber, dass meist alle Jugendliche genau aus diesem Grund eine Zahnspange bekommen. Wir brauchen eine bessere Trennung, was soll die Krankenkasse finanziell übernehmen und was nicht.

O-Ton 03 Leah:

Ich kann mich noch erinnern, dass ich immer die Hoffnung hatte, dass es eigentlich bald aufhört, aber es kam halt dann immer irgendwie doch nach einer Zahnspange. Und am Ende halt eine feste, das war dann nicht so cool in dem Alter.

O-Ton 04 Henning Madsen:

Die Kieferorthopädie ist fast so etwas wie der Rotlicht-Bezirk der Zahnmedizin. Da herrscht die Anarchie, da gibt es wenig klare, definierte Regeln.

Ansage

Zahnspangen - Luxus oder medizinisch sinnvoll? - Von Ingeborg Hain.

ATMO: TELEFON

O-Ton 05 a Pohlert:

Praxis Doktor Madsen, Pohlert, guten Tag. Geht es um die Kiefergelenks Beschwerden oder geht es um die Zahnstellung.

ATMO - OT wieder hoch:

Autorin:

Der Termin für die erste Untersuchung in einer kieferorthopädischen Praxis steht.

O-Ton 05 b Pohlert:

Dienstag um 13 Uhr, genau nächste Woche.

Autorin:

Danach folgt bei jedem zweiten Kind in Deutschland mehr oder weniger das gleiche: Eine jahrelange Therapie mit loser Zahnspange, fester Zahnspange, Brackets und Gesichtsbogen. Horror-Werkzeuge für viele, aber nötig für ein schönes Gebiss. Aber auch nötig für ein gesundes Gebiss? Sind sie tatsächlich immer medizinisch sinnvoll? Der Bundesrechnungshof hat das im Jahr 2018 infrage gestellt und fehlende Forschungsergebnisse bemängelt. Das Bundesgesundheitsministerium hat daraufhin ein Gutachten beim **IGES Institut** machen lassen.

Das ist eine unabhängige Forschungs-Einrichtung für Gesundheitsfragen. Das Ergebnis ist für Kieferorthopäden niederschmetternd.

Sprecher:

Nach der derzeitigen Studienlage ist unklar, ob diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der Kieferorthopädie einen langfristigen Nutzen für die Mundgesundheit haben. Weitere Studien sind nötig.

Autorin:

Keine klaren Belege für einen Nutzen also. Und trotzdem kosten Zahnspangen und Co die gesetzliche Krankenversicherung pro Jahr rund eine Milliarde Euro. Die Kritik hat hohe Wogen geschlagen. Ein kurzer Ausschnitt aus einer Diskussion im SWR

O-Ton 06 SWR -Diskussion:

- Man muss mit zehn Jahren einen Fachmann drauf gucken lassen, ob Folgeschäden abzusehen sind.
- Wir wissen doch, dass normalerweise gar keine Folgeschäden absehbar sind. Wir haben auch wenig Nachweise von irgendwelchen Schäden bei unterlassenen Behandlungen.
- Das stimmt überhaupt nicht. Wenn wir einen Scherbiss haben, wird ein Zahn immer länger.
- Es gibt sehr große Abweichungen vom Ideal, ohne dass jemals irgendein Schaden entsteht.
- Richtig, Sie wissen nur nicht, bei welchem Patienten es stattfindet. Sie schnallen sich im Auto ja auch an und wissen nicht, ob Sie den Gurt brauchen.
- Das ist argumentativ etwas dünnes Eis.

Autorin:

Auf beiden Seiten. Denn wissenschaftlich ist nur für wenige Diagnosen belegt, dass die Korrekturen medizinisch nötig sind. Aber dass die Behandlung einfach Geldverschwendung ist, das können auch die Kritiker nicht durch Studien nachweisen. Zu ihnen gehört der Kieferorthopäde Dr. Henning Madsen. Wie erklärt er sich die seit Jahren steigenden Ausgaben für Zahnspangen?

O-Ton 07 Henning Madsen:

Das geht letzten Endes auf einen Gerichts-Beschluss von 1972 zurück, als der Bundesgerichtshof feststellte, dass Zahn- und Kieferfehlstellungen Krankheiten seien. Und das hat zur Explosion der Kieferorthopäden Zahlen und der Behandlungsquote geführt.

Autorin:

Deshalb wird inzwischen in jedem zweiten Kindermund geschraubt, verdrahtet und korrigiert. So oft wie in keinem anderen europäischen Land. Die Münchner Kieferorthopädin Eva Huff wundert das nicht.

O-Ton 08 Eva Huff:

Ich glaube nicht, dass mehr Kinder eine Zahnspange brauchen als früher, sondern, dass man schöne Zähne, geradezu Zähne einfach anders wahrnimmt. Das ist ein Stück Lebensqualität, das Bewusstsein hat sich einfach verändert.

Autorin:

Dass heutige Kindergebisse besonders behandlungsbedürftig sind, verneint auch Professor Peter Proff von der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, sie ist zuständig für die Forschung in diesem Bereich.

O-Ton 09 Peter Proff:

Ja, kann man sicherlich schon so sagen, aber ich denke, dass das keine Fehlentwicklung ist, sondern eher Ausdruck dessen, dass Deutschland eben ein wirtschaftsstarker Standort ist und man natürlich gewisse Ansprüche an Gesundheit und das Gesundheitswesen hat.

Autorin:

Aber wann sind die Ansprüche berechtigt, weil medizinisch nötig? Wann werden sie vielleicht nur geweckt, um Profit zu erwirtschaften – auf Kosten der Solidargemeinschaft der Versicherten.

Wie lange eine Behandlung dauert, das hängt mit ab von der Art der Zahnspange: Ist es eine lose, die sich herausnehmen lässt, oder eine festsitzende.

Ziel bei beiden ist es, die Zähne in eine gewünschte Stellung zu bringen. Bei einer festsitzenden wirken die Zugkräfte kontinuierlich 24 Stunden am Tag. Entscheidend sind die Brackets. Diese kleinen Metallplättchen auf den Zähnen kann der Zahnarzt verstellen und so den nötigen Zug auslösen. Der ständige mehr oder weniger starke Druck bewegt die Zähne langsam in die richtige Position.

Sanfter wirken die losen, herausnehmbaren Spangen, die oft schon Kinder mit einem Milchgebiss bekommen. Henning Madsen verwendet ausschließlich feste.

O-Ton 10 Madsen Pro feste Spange:

Also Standard ist in meinen Augen schlichtweg, dass man nur eine einzige feste Spange aufbringt. Das ist auch in den meisten Nachbarländern so. Was in Deutschland abläuft mit diesen vielen herausnehmbaren Spangen ist im Grunde veraltet, ist eine deutsche Skurrilität.

Autorin:

Beispiel Österreich, dort ist die feste Zahnspange die Regel. Die Behandlung entsprechend kurz - zwei Jahre. Anders als in Deutschland, wo Kinder meist mit einer losen Spange beginnen und dann eine feste bekommen. So verdoppelt sich die Therapie bis auf vier Jahre. Zudem hat die feste Spange den Vorteil, dass sie keine Mitarbeit der jungen Patienten erfordert. Die herausnehmbare vergessen sie schon mal gerne oder tragen sie nicht so lange, wie sie sollten – 14 bis 16 Stunden am Tag. Die konstante Zugkraft einer festen ist deshalb effizienter.

Manchmal ist zusätzlich noch ein Gesichtsbogen, ein sogenannter Head Gear nötig. Er wird an Kopf oder Nacken befestigt und mit der Zahnspange verbunden. Für Severin ein Marter-Werkzeug.

O-Ton 11 Severin:

Ich hatte ihn ein halbes Jahr lang, ich fand's einfach schrecklich. Man hatte so ein Teil vor der Nase, es hat die Kopfbewegung eingeschränkt und sieht einfach blöd aus.

O-Ton 12 Eva Huff:

Der Head Gear, der ist nötig, wenn sehr wenig Platz ist und der Backenzahn vorgelaufen ist und der Eckzahn dann keinen Platz hat. Dann kann man damit zum Beispiel den großen Backenzähnen wieder nach hinten schieben, um Platz für einen Eckzahn zu schaffen.

Autorin:

So Eva Huff. Sie verwendet auch lose Spangen. Ihrer Erfahrung nach haben sie bei einer leichten Fehlstellung durchaus einen Sinn, um etwa das Wachstum des Kiefers zu beeinflussen.

Warum aber nutzen die meisten Kieferorthopäden nicht die eine oder andere Art, sondern in den meisten Fällen beide? Studien für die Notwendigkeit fehlen. Und doch empfehlen Ärzte oft beide nacheinander. So wie Leah. Bereits in der Grundschule bekommt sie eine lose Spange. Als sie dann mit 13 eine feste tragen soll, reicht es ihr.

O-Ton 13 Leah:

Weil ich eigentlich mit meinen Zähnen so auch zufrieden war. Es ging ja nur darum, dass es schöner aussieht, sozusagen, und mir hat es aber so gereicht, und ich habe ja auch keine Beeinträchtigung davon. Also ich habe jetzt keine Kopfschmerzen davon, oder ich kann ja auch alles essen und so weiter. Und deswegen habe ich mich dagegen entschieden.

Autorin:

Eine Entscheidung, die sie bis heute - 12 Jahre später – nicht bereut.

Bleibt die grundlegende - und wissenschaftlich unbeantwortete - Frage: Wann ist eine Zahnspange überhaupt notwendig? Henning Madsen, der als Mahner seinen Ruf weg hat, kritisiert, dass sie viel zu häufig verordnet wird.

O-Ton 14 Henning Madsen:

Es gibt eigentlich nur einen Grund, wo kieferorthopädische Behandlung zwingend ist. Das sind die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, eine sehr seltene Fehlbildung, die ohne chirurgische und kieferorthopädische Betreuung letzten Endes zum Tod führt. Was wir normalerweise behandeln, sind Optionen und keine zwingenden Indikationen, die gibt es verschwindend wenige.

Autorin:

Und doch unterhält er zwei Praxen in Mannheim und Ludwigshafen. Denn er behandelt wie seine Kollegenschaft zusätzlich andere Auffälligkeiten.

Am Anfang steht natürlich die Diagnose bei den jungen Patienten. Deshalb zurück in die Praxis – zu Yussuf, 14 Jahre alt. Ihn stören seine schiefen Zähne.

O-Ton 15 Henning Madsen a:

So dann einmal aufmachen, bitte, jetzt beiß mal zusammen, jetzt bitte ein kleines Stück öffnen.

ATMO

O-Ton 15 Henning Madsen b:

Weiter gut und noch einmal zubeißen. So ist gut. Danke. Alle bleibenden Zähne sind da und gesund, ein bisschen schief. Ist es, das gebe ich zu.

ATMO

Autorin:

Dazu kommt, dass seine Zähne zu eng beieinanderstehen.

O-Ton 16 Henning Madsen:

Ich würde dir eine festsitzende Zahnsperre machen, so ein kleines Metall -Bracket auf jedem Zahn, das sind die kleinen Schösser, die man auf die Zähne draufklebt. Das sind einfach Griffe, dass der Draht, der da eingefügt wird, die Zähne bewegen kann. Das würde alle Zähne gerade machen. Die Behandlungsdauer würde ich auf neun Monate schätzen. Und dann ist die Sache fertig.

O-Ton 17 Yussuf:

Wann bekomme ich die Zahnsperre – nach dem nächsten Termin oder dauert das eine Zeitlang?

Autorin:

Ja, es dauert einige Wochen. Jetzt sind Fotos nötig, Röntgenaufnahmen, Abdrücke vom Gebiss und ein Kiefermodell. Es wird ein Behandlungsplan erstellt, den die Krankenkassen genehmigen. Eine reine Formsache. Sie zahlen bis zum 18. Lebensjahr auf Basis des KIG-Systems. KIG steht für Kieferorthopädische Indikationsgruppen. Fünf Schweregrade gibt es, sie sind bis auf den Millimeter genau definiert. Für die beiden ersten mit Abweichungen bis zu drei Millimetern zahlen die Kassen nicht, weil es dabei – so die Definition - um rein ästhetische Behandlungen geht. Sie zahlen erst ab Grad drei, wenn Fehlstellungen zu Kau- oder Sprechstörung führen können.

Zum Beispiel bei der sogenannten Großen Frontzahnstufe, wenn ein zu großer Abstand zwischen der oberen und unteren Zahnreihe besteht. Eva Huff.

O-Ton 18 Eva Huff:

Das wird ein Jugendlicher oder ein Kind erst mal noch tolerieren oder jetzt noch nicht als Problem sehen. Aber das wird später sicherlich Folgen haben, dass er - mal ganz pragmatisch - nicht ordentlich beißen kann.

Autorin:

Eine andere häufige Diagnose ist der Kreuzbiss.

O-Ton 19 Eva Huff:

Zum Beispiel beißt der Unterkiefer zu einer Seite, das Kind ist noch im Wachstum. Letztendlich wird der Unterkiefer dadurch schief werden, die Zähne werden ungleich belastet, der Kiefer wird ungleich belastet, wahrscheinlich wird das später mal zum Problem werden, weil die Belastung einfach ungleich ist.

Autorin:

Sicherlich oder mit Wahrscheinlichkeit - ganz exakt bestimmen lassen sich die Risiken also nicht. Genau das ist die Crux in der Kieferorthopädie: Es fehlt eine wissenschaftlich fundierte Basis, um ein Risiko verlässlich einschätzen zu können. Ebenso gibt es keine Langzeitstudien, die belegen, wie wirksam eine Korrektur auf Dauer ist. Es könnte durchaus sein, dass sich die Zähne später wieder verschieben.

Solche Studien wären aufwändig. Goldstandard der evidenzbasierten Medizin sind sogenannte randomisierte kontrollierte Studien, heißt Forscher vergleichen über Jahre kontinuierlich jeweils eine Gruppe von behandelten und unbehandelten Patienten.

O-Ton 20 Peter Proff:

Wer aber will ernsthaft sein Kind einem solchen medizinischen Rollenspiel aussetzen? Kindern also aus diesem Grund einfach eine kieferorthopädische Behandlung zu verwehren, halte ich für ethisch nicht vertretbar.

Autorin:

Was also theoretisch gut klingt, gestaltet sich in der Praxis schwierig. Deshalb sind alternative Studienkonzepte gefragt, aber die gibt es bis jetzt nicht. Und deshalb gibt es zum Beispiel keinen Beweis dafür, dass unbehandelte Zähne eher für Parodontose oder Karies anfällig sind, wie es oft heißt. Professor Peter Proff von der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie.

O-Ton 21 Peter Proff:

Über einen langen Beobachtungszeitraum, über das gesamte Leben besteht noch Klärungsbedarf. Daher wurde auch von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie diese Fragestellung ganz gezielt angegangen. Ein Patientenkollektiv von jetzt Acht- bis Neunjährigen wird also da in zehn Jahren nachuntersucht, um diesen Sachverhalt wissenschaftlich weiter abzusichern.

Autorin:

In die gleiche Richtung geht der Ruf von Kritikern nach einer Versorgungsforschung. Sie untersucht, wie ein Gesundheitswesen funktioniert, welchen Bedarf es an medizinischen Leistungen gibt und wie diese finanziert werden. Und noch ein Defizit: Für Zahnspangen gibt es keine Leitlinien, die den aktuellen Stand der Wissenschaft enthalten. Daran können und sollen sich Ärzte und Ärztinnen orientieren. Bis jetzt entscheidet ein Kieferorthopäde mehr oder weniger aufgrund seiner Erfahrung. Für Dr. Alexander Spassov ein Unding. Auch er ist ein Mahner seiner Zunft mit einer eigenen Praxis in Greifswald. Er stellt ganz grundsätzliche Fragen.

O-Ton 22 Alexander Spassov:

Wird die Lebensqualität verbessert oder nicht? Die Lebensqualität – ist es das bessere Kauen oder das bessere Aussehen? Haben die Jugendlichen wirklich Kaufunktionsstörungen durch eine Zahnstellung? Denn gerade aus diesem Grund werden ja jährlich in Deutschland über 400.000 Patienten unter 18 mit einer kieferorthopädischen Spange versorgt. Wo sind die Gesundheitsziele für Kieferorthopädie?

Autorin:

Mit anderen Worten es fehlt an Standards, an denen sich Bedarf und Qualität einer Behandlung messen lassen. Und so wird oft auf Verdacht behandelt, wenn etwa der Kieferorthopäde vermutet, die Zahnstellung könnte später einmal Probleme beim Kauen machen. Spassov vergleicht das mit einem Leberfleck, aus dem ja rein theoretisch ein Melanom entstehen könnte.

O-Ton 23 Alexander Spassov:

Aber keiner sagt, jetzt werden alle Leberflecke bei allen Menschen entfernt. Aber in der Kieferorthopädie ist es so, als müssten alle Zahnstellung begradigt werden, nur damit später das Kauen nicht beeinträchtigt wird. Und wie hoch ist diese Beeinträchtigen: Kann er dann sein Steak und so weiter.

Autorin:

Also eine Art Norm. Diese Fehlstellung kann man tolerieren, jene aber nicht. Zumindest einen Nachholbedarf sieht hier Peter Proff von der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie.

O-Ton 24 Peter Proff:

Auch hier sehe ich in der Zukunft die weitere Notwendigkeit, Leitlinien zu erstellen, beispielsweise für die feststehende Behandlung, für bestimmte Formen der herausnehmbaren Behandlung, da kann man Leitvorgaben entwickeln, die dann eine gewisse Richtschnur darstellen.

Autorin:

Was aber schon jetzt selbstverständlich sein sollte, ist eine umfassende Aufklärung. Denn es kann auch ganz anders sein.

Sprecher:

Sinja ist 11 Jahre alt, als sie eine Zahnspange bekommen soll. Diagnose: Ein leichter Überbiss. Der Kieferorthopäde misst fünf Millimeter. Pech, denn die gesetzlichen Kassen zahlen erst ab sechs Millimetern. Die Familie sollte die Kosten selbst zahlen, erinnert sich die Mutter Manuela Schack.

O-Ton 25 Manuela Schack:

Ja, das würde um die 2000 Euro kosten. Da habe ich gesagt, na ja, warum wollen wir das dann machen, wenn die Krankenkasse von sich aussagt, das ist nicht regulierungsbedürftig. Warum müssen wir es dann tun? Ja, das könnte schlimmer werden. Und dann könnte sie sich mit dem Unterkiefer ins Zahnfleisch des Oberkiefers beißen. Da habe ich gesagt, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass das passiert. Ja, da konnte man mir dann keine Antwort geben. Ich habe mich unter Druck gesetzt gefühlt, und gesagt, ich lass das nicht machen.

Sprecher:

Heute ist Sinja 14 und hat kein Problem durch ihren leichten Überbiss. Ihr Bruder Philipp dagegen wollte eine Zahnspange. Er hatte erst mit 14 komplett seine zweiten Zähne, die aber ziemlich schief gewachsen waren. Das lässt sich ändern, verspricht die Kieferorthopädin. Als seine Mutter die Details hört, ist sie geschockt.

O-Ton 26 Manuela Schack:

Bei meinem Sohn müssten Zähne abgeschliffen und gezogen werden, und es würde ungefähr zwei Jahre dauern. Dann habe ich den Kostenvoranschlag für die Krankenkasse verlangt. Und der nächste Hammer kam, als ich gebeten wurde, mir auszusuchen, was für eine Behandlung ich will. Da gab's drei, vier Kostenvoranschläge, alle im Bereich zwischen 2000 bis 2500 Euro. Ich habe mir eigentlich gedacht, dass müsste doch die Kasse zahlen. Nein, das machen sie nicht und da müsste ich woanders hingehen. Ich würde aber keinen Kieferorthopäden finden, der das macht auf Kasse und ich müsste mich hier entscheiden.

Sprecher:

Und sie hat sich entschieden – für einen anderen Kieferorthopäden. Philipp bekam für ein halbes Jahr eine feste Zahnspange – fertig.

Autorin:

So selbstbewusst und kritisch wie Manuela Schack sind die wenigsten. Der Greifswalder Kieferorthopäde Alexander Spassov sieht in der Beratung seiner Kollegen ein klares Fehlverhalten.

O-Ton 27 Alexander Spassov:

Der Kieferorthopäde hätte auf jeden Fall mehrere Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen sollen mit Zahntfernung, ohne Zahntfernung oder auch Belassen und für jede diese Behandlungsmöglichkeiten dann die Vor- und Nachteile erklären. Dann kann man auf jeden Fall immer eine gute Entscheidung für sich treffen und auch häufig auch die Nichtbehandlung.

Autorin:

Sicher - was Sinja und Philipp erlebt haben, sind Einzel-Beispiele. Aber Beispiele, aus denen andere lernen können. Der Tipp von ihrer Mutter ist.

O-Ton 28 Manuela Schack:

Auf den Weg geben würde ich, dass man sich nicht in diese Schiene drängen lassen muss, allen Schnickschnack, bunte Brackets, dass man die in bestimmten Modifarben haben muss oder durchsichtig. Oder irgendwelche Sachen, die man vielleicht gar nicht haben will, aufgedrängt bekommt.

Autorin:

Dazu zählen außer modischem Schnickschnack Extras wie zusätzliche Röntgenuntersuchungen und Gebissabdrücke, die die Kassen nicht bezahlen. Das sind dann außertarifliche Leistungen, die privat abgerechnet werden. Auch sie sind dem Bundesrechnungshof ein Dorn im Auge. Er stellte in seinem Bericht fest:

Sprecher:

Selbstzahler Vereinbarungen waren immer wieder Gegenstand von Kritik: Versicherte würden von behandelnden Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden zum Abschluss gedrängt.

Autorin:

Das gilt ausdrücklich nur für die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen. Aber natürlich haben auch Erwachsene kieferorthopädische Probleme. Zum Beispiel, wenn jemand durch einen Unfall einen Zahn verliert. Dadurch können die Nachbarzähne kippen und so das Kauen behindern. Hier zahlen die Kassen nichts, sondern nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei schweren Wachstumsstörungen. Dann sind ein Kieferorthopäde und zusätzlich ein Kieferchirurg nötig, so Peter Proff.

O-Ton 29 Proff Erwachsene OP:

Dass zum Beispiel der Oberkiefer im Wachstum zurückbleibt oder der Unterkiefer überdimensional wächst. Da passt einfach das Skelett von Ober- und Unterkiefer nicht zusammen. Das heißt, man muss das Skelett trennen und muss das Skelett in eine Position bringen, dass eben bei Mundschluss wieder die Zähne so aufeinander kommen können, dass er beißen und kauen kann.

Autorin:

Ein schiefer Zahn oder ein Überbiss bei Erwachsenen – nichts davon enthält der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Aber beides kann am Selbstbewusstsein nagen. Und wenn schon Sohn oder Tochter ihr Gebiss korrigieren lassen, warum nicht gleich auch die Eltern?

O-Ton 30 Eva Huff:

Da sind die Möglichkeiten natürlich etwas eingeschränkter, weil wir kein Wachstum mehr haben und wir insofern auch kein Wachstum mehr positiv beeinflussen können. Da spielt oft die Ästhetik eine Rolle, dass einfach der Wunsch ist, die Zähne schön nochmal geradezu haben, dass man sich das jetzt auch so ein bisschen gönnt.

Autorin:

Nach der Erfahrung von Eva Huff entstehen dabei teils übertriebene Vorstellungen.

O-Ton 31 Eva Huff:

Es ist so ein bisschen wie beim Friseur. Wenn man mit einem Foto kommt und sagt ich möchte, dass meine Zähne so aussehen, danach bitte. Oder natürlich auch das, dass das Gesicht komplett verändert wird. Die mit bestimmten Wünschen kommen, die nicht immer realistisch sind, da muss man darüber sprechen, was geht oder was geht nicht.

Autorin:

Eine andere falsche Hoffnung ist, durch eine kieferorthopädische Korrektur seine Rückenschmerzen loszuwerden. Begradigte Zähne können aber keine Blockaden in der Wirbelsäule lösen. Henning Madsen:

O-Ton 32 Henning Madsen:

Da gibt es viele Forschungsarbeiten darüber. Dann stellt man fest, dass da kein belastbarer Zusammenhang zwischen Zahnstellung und orthopädischen Problemen ist. Das ist leider eine immer wieder aufgewärmte Legende. Ich würde wirklich jeden Rückenschmerzleidenden davor warnen, Geld in kieferorthopädische Behandlung zu stecken. Das sollte er lieber für Physiotherapie oder ein Entspannungsverfahren tun.

Autorin:

Fakt ist: Alternativen zur Kassenleistung sind keine Besonderheit der Kieferorthopädie, die gibt es beim Augenarzt genauso wie beim Zahnarzt. Entscheidend ist die Art, wie sie angeboten oder mitunter aufgedrängt werden. Kieferorthopädin Eva Huff umschreibt es so:

O-Ton 33 Eva Huff:

Da gibt es tatsächlich Kollegen, die das ein bisschen anders handhaben, die versuchen schon diese Zusatzleistungen, die wirklich anzubringen. Klar, habe ich da auch Interesse daran, aber machen mir halt nicht.

Autorin:

Zumindest setzt sie ihre Patienten nicht unter Druck. Und warum sollte sie raffinierte Weiterentwicklungen nicht anbieten? Sie sind keine Kassenleistung, Eltern zahlen sie privat. Zum Beispiel gibt es den unbeliebten Gesichtsbogen inzwischen aus Nickel-Titan-Legierungen.

O-Ton 34 Peter Proff:

Die von der Kraftübertragung günstiger sind, das heißt, sie übertragen geringere Kräfte über einen längeren Zeitraum und dadurch angenehmer, weil Sie keine solchen Kraftspitzen erzeugen wie mit Edelstahl und damit natürlich auch dieses Druckgefühl weniger auftritt.

Autorin:

So Peter Proff. Ein anderes Angebot für Selbstzahler: Brackets, die innen an den Zähnen befestigt werden. Der Komfort hat seinen Preis.

O-Ton 35 Domi:

Da gibt es sozusagen den Porsche unter den Brackets, wie das unser Kieferorthopäde genannt hat. Das sind eben viel kleinere Brackets die da auf die Zähne geklebt werden. Die sieht man einfach nicht so. Das waren schon so gut 1000 Euro Die Frage ist, ob man dieses teurere Modell unbedingt braucht, weil so groß war der Unterschied optisch dann auch wieder nicht.

Autorin:

Es kann schon sein, dass mitunter die Kasse klingelt, sobald ein Kind die Praxis betritt. Aber zu einem Geschäft gehören eben bekanntlich zwei.

Zumindest fragwürdig ist ein anderer Punkt. Wie leicht sich Eltern verführen lassen, damit ihr Kind ein optisch perfektes Gebiss bekommt. Alles andere gilt als Makel. Eine Werbung wie: „Gesunde Zähne sind immer auch schöne Zähne“ kommt an, obwohl sie sachlich falsch ist. Manchmal wäre nur ein wenig Geduld nötig. So ist etwa nicht jeder schiefe Zahn behandlungsbedürftig meint Peter Proff.

O-Ton 36 Peter Proff:

Wenn beispielsweise die oberen bleibenden Schneidezähne durchbrechen, dann zeigt sich in dieser Situation oft eine Lückenbildung und Abweichung der Achsenstellung dieser Frontzähne. Und das ist für viele Eltern häufig also ein Grund zur Sorge und bringt sie dann zu einer Konsultation beim Kieferorthopäden. Dabei handelt es sich aber um ein harmloses Phänomen, das sich von selbst korrigiert.

Autorin:

Jede kleine Abweichung von einer willkürlich gesetzten Norm soll korrigiert werden. Und es stimmt ja, die Optik verbessert sich.

O-Ton 37 Paula:

Ja, definitiv, ich finde, dass viel auf Zähnen geschaut wird, beim Arbeitgeber, in der Gesellschaft.

O-Ton 38 Matilda:

Ich merke jetzt schon, wenn ich Fotos von früher sehe, dass meine Zähne deutlich schöner sind als damals, weil es eben viel grader ist.

O-Ton 39 Domi:

Da hat sich die Wahrnehmung ja auch geändert, weil wer weiß, wenn sie einmal 20 ist und Zähne hat, die ihr nicht gefallen, dann muss man sich vielleicht ja auch was anhören als Mutter, wieso habe ich keine Spange gehabt, weil man ja immer das Beste will.

Autorin:

Verständlich. Aber ist jede Korrektur immer ein Fall für die gesetzliche Krankenversicherung? Wenn eine Zahnreihe ein Gesicht entstellt, hält Kritiker Henning Madsen sogar ästhetische Gründe ausnahmsweise für gerechtfertigt. Stichwort Hasenzähne. Gemeint ist ein starker Überbiss der Schneidezähne.

O-Ton 40 Henning Madsen:

Ich möchte mal sagen bei den zehn Prozent hässlichsten Zahnstellungen im Jahrgang, da kann man von einer psychosozialen Indikation sprechen. Das sind ja Kinder, die sind auch irgendwo stigmatisiert - beim Sprechen sieht man das, das Auge fixiert einfach diese Fehlstellung. Und das ist schon auch im Rahmen eines rational geführten Gesundheitswesens gerechtfertigt, solche Zahnstellung zu korrigieren.

Autorin:

Aber die Realität ist anders, die Grenze zwischen medizinischer Notwendigkeit und ästhetischen Motiven ist oft fließend.

Deshalb ist es höchste Zeit der Verordnungspraxis auf den Zahn zu fühlen. Schon deshalb, weil eine kieferorthopädische Behandlung immer teurer wird. Vielleicht sogar zu teuer für unser Gesundheitssystem? Darüber macht sich Prof. Urban Wiesing seine Gedanken. Er forscht am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Uni Tübingen. Er fordert: Medizinische Leistungen müssen priorisiert werden, es fehlt eine klare Trennung, was ist nötig, was nicht.

O-Ton 41 Urban Wiesing:

Geht es um Ästhetik? Oder geht es um Funktionalität? Und ist uns das so viel Geld wert, wie wir dafür im Augenblick ausgeben?

Wenn es darum geht, in Bereichen an den hinteren Zähnen noch gerade Stellungen hinzubekommen, von denen man gar nicht weiß, ob sie medizinisch notwendig, da muss man sich tatsächlich die Frage stellen, soll so etwas noch von den Krankenkassen finanziert werden?

Autorin:

Das lässt das Bundesgesundheitsministerium aktuell klären. Mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der gesetzlichen Kassen wurde zum Beispiel vereinbart, dass nachträglich die Abrechnungsdaten von kieferorthopädischen Behandlungen analysiert werden, konkret: Was wurde mit welchem Erfolg behandelt. Und auch eine Leitlinie ist beschlossen. 2022 wird es dazu einen Zwischenbericht geben. Im Klartext: Bis sich etwas ändert, vergehen noch Jahre.

Sollen deshalb jetzt alle Kinder und Jugendlichen ihre Behandlung abbrechen? Natürlich nicht. Selbst das kritische IGES-Gutachten hält fest.

Sprecher:

Auch wenn wir keine Belege für einen Nutzen der Kieferorthopädie bei Zahnfehlstellungen gefunden haben, mag es ihn doch geben.

Autorin:

Aber er ist nicht dokumentiert. Mehr Forschung zur kieferorthopädischen Praxis ist deshalb überfällig. Vielleicht würde sie gleichzeitig bewirken, dass der Leistungskatalog der Krankenkassen aktualisiert wird. Er hängt rund zehn Jahre dem Forschungsstand hinterher.

Warum enthält er zum Beispiel nicht die Kosten für sogenannte Retainer. Sie verhindern, dass die korrigierten Zähne wieder in die alte Position zurückwandern. Eva Huff:

O-Ton 42 Eva Huff:

Da gibt es die Möglichkeit, ein kleines Drähtchen hinter die Frontzähne einzusetzen. Der einfach 24 Stunden drin ist, das sicher sinnvoll ist, weil man damit sicher das Ergebnis stabilisieren kann.

Autorin:

Das Drähtchen kann Jahre bis Jahrzehnte verbleiben – das relativiert den Preis von 200 bis 300 Euro. Auch nicht schlüssig ist, warum nur Jugendliche eine Zahnspange bekommen und Erwachsene nur in Ausnahmefällen. Und wer weiß, was künftige Forschungen aufzeigen. Ein Ergebnis könnte sein, dass vielleicht viel zu viel Geld in die Kieferorthopädie fließt. Geld, das woanders sinnvoller wäre. Zum Beispiel für Brillen, die die Kassen jetzt nur bis zum 18. Lebensjahr erstatten.

Das sind gesellschaftspolitische Fragen, die dem Einzelnen nicht helfen. Deshalb der praktischere Rat einer Mutter für alle, die unsicher sind, ob ihr Kind eine jahrelange Therapie braucht:

O-Ton 43 Manuela Schack:

Dass man sich genau bescheinigen lassen soll, was gemacht wird, sich vielleicht eine zweite Meinung einholt, wenn man das Gefühl hat, dass da irgendwas aus dem Ruder läuft.

Autorin:

Und wenn doch eine Zahnspange nötig ist, gilt was die Kieferorthopädin Eva Huff sagt.

O-Ton 44 Eva Huff:

Ich kann mit den Möglichkeiten, die mir die Krankenkasse gibt, ein genauso schönes Ergebnis erzielen. Ich bin fachlich nicht unbedingt eingeschränkt. Die anderen Sachen machen die Behandlung vielleicht ein bisschen angenehmer, aber ich kann mit einer Behandlung, die über die Krankenkasse gezahlt wird, definitiv dasselbe Ergebnis erreichen.

* * * * *