

Zahnkaries, Parodontose (Zahnfleischschwund) und Zahnverlust sind in den OECD-Ländern ein weitverbreitetes Problem, von dem in unterschiedlichem Maße nahezu alle Erwachsenen und 60-90% der Schulkinder betroffen sind (vgl. Indikator 3.10 „Zahngesundheit bei Kindern“). Trotz erheblicher Verbesserungen treten in diesem Bereich nach wie vor Schwierigkeiten auf, vor allem in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und unter Geringverdienern. In den Vereinigten Staaten litten 2001-04 z.B. nahezu 50% der Niedrigeinkommensbezieher im Alter von 20-64 Jahren unter nicht behandelter Karies, gegenüber nur 20% der Bezieher hoher Einkommen (NCHS, 2009). In Finnland wurde festgestellt, dass einem Viertel der Erwachsenen mit geringerem Bildungsniveau mindestens sechs Zähne fehlten, wohingegen der Anteil der Personen mit höherem Bildungsabschluss, denen dieselbe Anzahl Zähne fehlte, weniger als 10% betrug (Kaikkonen, 2007).

Strategien zur Verbesserung des Zugangs sozial benachteiligter und unzureichend versorgter Bevölkerungskreise zu zahnärztlichen Leistungen sind u.a. die Reduzierung finanzieller und nichtfinanzieller Hindernisse und die Förderung eines ausreichenden Angebots an zahnärztlichen Kräften in allen Regionen.

In den meisten OECD-Ländern wird von den Gesundheitsbehörden ein Zahnarztbesuch pro Jahr empfohlen. Die durchschnittliche Zahl der Zahnarztkonsultationen je Einwohner variierte 2007 erheblich: Das Spektrum reichte von über drei in Japan und über zwei in Belgien bis 0,2 in der Türkei (2002) und 0,1 in Mexiko, wobei der OECD-Durchschnitt bei 1,3 lag (Abbildung 6.6.1). Ein Teil dieser Varianz lässt sich durch das unterschiedliche Angebot an Zahnärzten erklären. Im Allgemeinen steigt die Zahl der Konsultationen je Einwohner mit der Zahl der Zahnärzte (vgl. Indikator 3.11 „Zahnärzte“).

Van Doorslaer et al. (2004) stellten für alle Länder, für die Daten verfügbar waren, trotz Unterschieden im öffentlichen und privaten Krankenversicherungsschutz und zu der Höhe der Kostenerstattung fest, dass Personen mit hohem Einkommen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Zahnarzt aufgesucht hatten (Abbildung 6.6.2). Zwischen den einzelnen Ländern gab es jedoch erhebliche Unterschiede. Zum Zeitpunkt der Studie waren die Ungleichheiten in solchen Ländern geringer, in denen die Häufigkeit von Zahnarztkonsultationen insgesamt höher war, wie z.B. in Schweden und den Niederlanden, wohingegen sie in Portugal, den Vereinigten Staaten, Finnland und Kanada größer waren.

Am höchsten war die Verteilungsgerechtigkeit in Bezug auf Zahnarztbesuche in Schweden. Die zahnärztliche Versorgung wird dort weitgehend über ein staatliches Versicherungssystem finanziert. Für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren sind zahnärztliche Leistungen kostenlos, und für ältere Menschen werden die Kosten einer Reihe von Leistungen, wie z.B. Zahnersatzbehandlungen, vollständig vom Staat getragen. Im Juli 2008 wurden Reformen vorgenommen, mit denen die Leistungspalette erweitert wurde, indem für Personen ab 20 Jahre Gutscheine eingeführt wurden und ein System zur Absicherung besonders hoher Kosten eingerichtet wurde. 2006 entfielen in Schweden 3,4% der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf zahnärztliche Leistungen, was weit mehr ist als der OECD-Durchschnitt (2,5%).

In den Vereinigten Staaten bestätigen aktuellere Daten die großen Unterschiede zwischen den Einkommens-

gruppen im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit eines einmal jährlichen Zahnarztbesuchs. Weniger als die Hälfte der armen und nahe der Armutsgrenze lebenden Personen suchte 2006 einen Zahnarzt auf, gegenüber 70% der Personen mit mittlerem oder höherem Einkommen. Dieser Abstand hat sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert (Abbildung 6.6.3). Wie in vielen anderen Ländern ist in den Vereinigten Staaten der Zugang zu zahnärztlichen Leistungen in finanzieller Hinsicht in der Regel schwieriger als zu ärztlichen Leistungen, weil der Anteil der Personen, die eine Versicherung für zahnärztliche Leistungen haben, geringer ist. 2001 verfügten in den Vereinigten Staaten nur 61% der Erwachsenen über eine Versicherung dieser Art, gegenüber einem Anteil von 86%, was den Versicherungsschutz für ärztliche Leistungen betrifft. 2003 wurde durchschnittlich die Hälfte der Kosten zahnärztlicher Behandlungen von den Patienten selbst getragen (NCHS, 2007), und die Zahl der Erwachsenen, die laut eigenen Angaben auf notwendige Leistungen aus Kostengründen verzichtet haben, war bei zahnärztlichen Leistungen höher als bei ärztlichen Leistungen (vgl. Indikator 6.1 „Versorgungsdefizite“).

Leistungen der oralen Gesundheitsversorgung werden überwiegend von Zahnärzten erbracht. Die Behandlung ist teuer: Durchschnittlich 6% der gesamten Gesundheitsausgaben (und 16% der privaten Gesundheitsausgaben) entfielen 2006 in den OECD-Ländern auf zahnärztliche Leistungen. In Ländern wie Australien, Kanada und Neuseeland gehört die zahnärztliche Behandlung von Erwachsenen nicht zum Grundleistungspaket, das durch die öffentliche Krankenversicherung abgedeckt ist. In anderen Ländern erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Vorbeugung und Behandlung, ein variabler Anteil der Kosten muss aber von den Patienten selbst getragen werden, was in Niedrigeinkommensgruppen zu Zugangsproblemen führen kann (Abbildung 6.6.4). In einigen Ländern, z.B. in den nordischen Ländern und im Vereinigten Königreich, werden zahnärztliche Leistungen öffentlich erbracht, insbesondere für Kinder und sozial benachteiligte Gruppen.

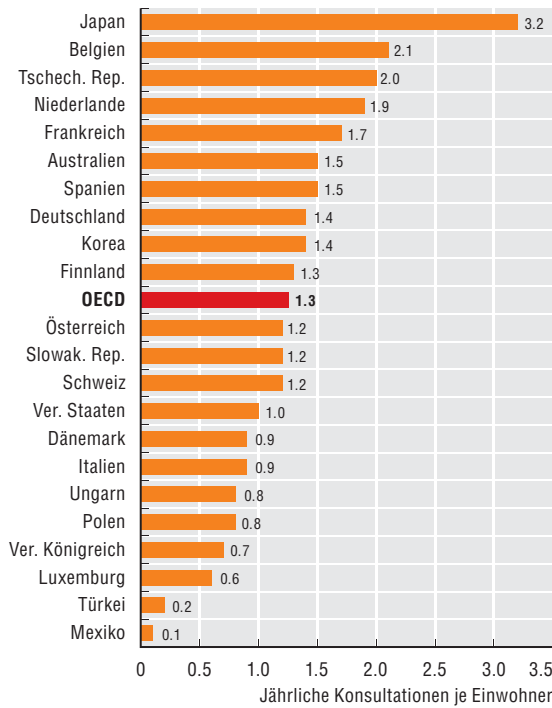
#### Definition und Abweichungen

Der Indikator der Zahnarztkonsultationen bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit und die Zahl der Zahnarztbesuche. Die Schätzungen basieren in der Regel auf Gesundheitsbefragungen oder Haushaltserhebungen und stützen sich auf Eigenangaben, wobei aber einige Länder Daten aus administrativen Quellen übermitteln. Ungleichheiten in Bezug auf die Zahnarztkonsultationen werden hier im Verhältnis zum Einkommen der Betroffenen untersucht.

Unterschiedliche Fragestellungen und Antwortkategorien können die Durchführbarkeit valider Ländervergleiche beeinträchtigen. Die Befragten können unterschiedlichen Altersgruppen angehören, und auch die Messgrößen zur Beurteilung des Einkommensniveaus können voneinander abweichen. Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist daher Vorsicht geboten.

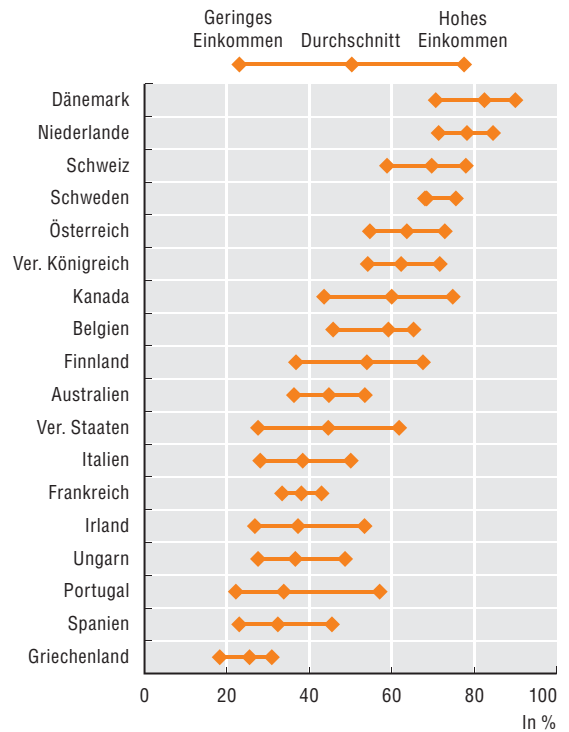
## 6.6. Ungleichheiten in Bezug auf Zahnarztkonsultationen

**6.6.1 Durchschnittliche Zahl der Zahnarztkonsultationen je Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)**



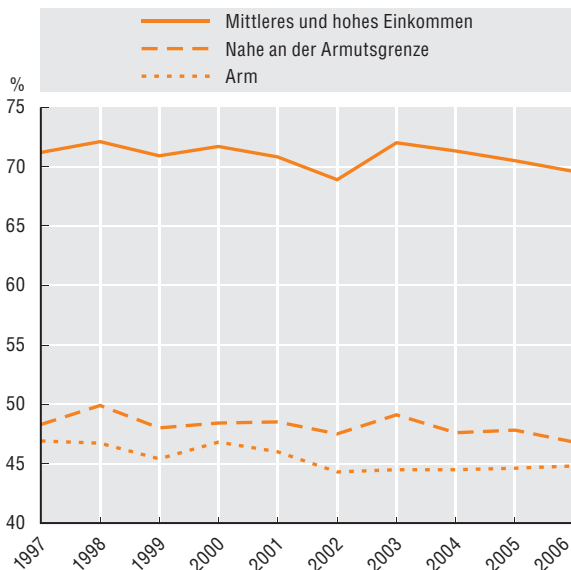
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

**6.6.2 Wahrscheinlichkeit eines Zahnarztbesuchs in den letzten 12 Monaten, nach Einkommensgruppen, 18 OECD-Länder, 2000 (oder letztes verfügbares Jahr)**



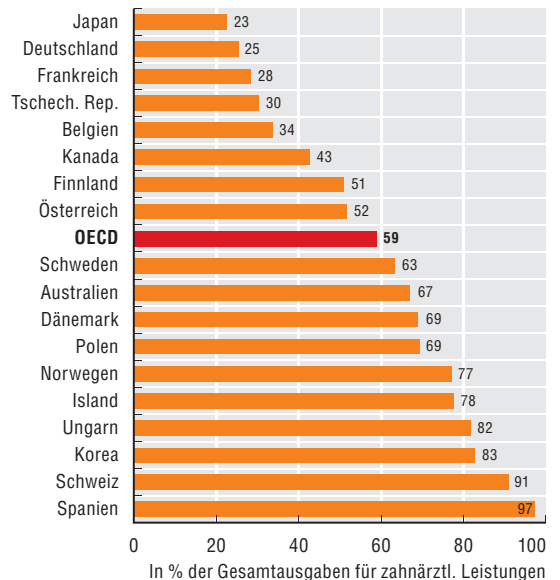
Quelle: Van Doorslaer et al. (2004).

**6.6.3 Anteil der Erwachsenen, die im Vorjahr einen Zahnarzt besuchten, nach Einkommensgruppen, Vereinigte Staaten, 1997-2006**



Quelle: NCHS (2009).

**6.6.4 Selbstzahlungen für zahnärztliche Leistungen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)**



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.



**From:**  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

**Access the complete publication at:**  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

**Please cite this chapter as:**

OECD (2010), "Ungleichheiten in Bezug auf Zahnarztkonsultationen", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/soc\\_glance-2009-65-de](https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-65-de)

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).