

Ralf Vollmuth¹, Dominik Groß²

Zwischen Gütesiegel und Scheinargument:

Der Diskurs um die Evidenzbasierte Zahnmedizin am Beispiel der Professionellen Zahnreinigung

Between a seal of approval and a spurious argument:

The discourse on evidence-based dentistry as shown by the example of Professional Dental Cleaning



Oberstarzt Prof. Dr. Ralf Vollmuth

(Foto: privat)

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten? / Why should you read this article?

Am Beispiel der PZR wird beleuchtet, welche Rolle der Evidenzbasierten Zahnmedizin bei der Beurteilung zahnärztlicher Leistungen zukommen sollte und welche anderen Einflussgrößen einzubeziehen sind.

Using Professional Dental Cleaning as an example, the article examines the question as to what role evidence-based dentistry should play in the categorisation and evaluation of dental treatments.

Einführung: Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) ist seit Jahren Gegenstand kontroverser Diskussionen. Sie gehört bislang aufgrund ihrer (vermeintlich) fehlenden Evidenz nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen, wird jedoch in nahezu allen Zahnarztpraxen als zuzahlungspflichtige zahnärztliche Leistung angeboten. Der vorliegende Beitrag geht am Beispiel PZR der Frage nach, welche Rolle der (ihrerseits umstrittenen) Evidenzbasierten Medizin bzw. Zahnmedizin (EbM/EbZ) bei der Einordnung und Bewertung zahnärztlicher Leistungen zukommen sollte und welche anderen Einflussgrößen – auch aus ethischer Sicht – in die Entscheidungsprozesse einzubeziehen sind.

Methode: Methodische Grundlagen des vorliegenden Beitrages sind (1) eine Analyse der einschlägigen Fachliteratur sowie (2) eine theoretische Erörterung der Möglichkeiten, Grenzen und Fallstricke der Evidenzbasierten Medizin (EbM) unter besonderer Berücksichtigung normativer Argumentationslinien.

Ergebnis/Schlussfolgerung: Auch wenn der Stellenwert der Evidenzbasierten Medizin bzw. Zahnmedizin für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten im Grundsatz unbestritten ist, ist die Bewertung der externen Evidenz nicht immer frei von Deutungen und interessengestützten Einflüssen. Sie ist überdies abhängig von der jeweiligen Studienlage – und letztere wiederum von den spezifischen Rahmenbedingungen und Besonderheiten des betreffenden Fachgebietes. Insofern bedarf jede Behandlungsmaßnahme immer auch der individuellen klinischen Expertise des behan-

Introduction: Professional dental cleaning has been the subject of controversial discussion for many years. Due to an (alleged) lack of evidence, it is not among the catalogue of benefits covered by public health insurance companies. It is, however, on offer in nearly all dental surgeries as a dental treatment which is available at additional cost. Using professional dental cleaning as an example, the present article examines the question as to what role evidence-based medicine and dentistry (EBM/EBD) – already controversial in themselves – should play in the categorisation and evaluation of dental treatments. It also explores the question as to what other influencing factors should be taken into account in the decision-making process, also considering these from an ethical viewpoint.

Method: The methodological basis for the present article is comprised of (1) an analysis of pertinent specialist literature and (2) a theoretical exploration of the possibilities, limits and pitfalls of evidence-based medicine (EBM) with special reference to normative lines of argument.

Result/Conclusion: While the value of evidence-based medicine and dentistry for the high-quality care of patients is in principle undisputed, this does not mean that the evaluation of external evidence is always free of interpretations and interest-based influences. This evaluation depends, moreover, on the studies which are available, these in turn being dependent on the specific overall conditions and particular nature of the specialist area in question. In view of

¹ Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr, Abteilung Forschung, Potsdam

² Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

Peer-reviewed article: eingereicht: 25.03.2016, revidierte Fassung akzeptiert: 30.05.2016

DOI.org/10.3238/dzz.2017.4832

delnden Arztes oder Zahnarztes. Dieser muss unter Einbeziehung und Abwägung der Indikationen, Kontraindikationen und Kosten-Nutzen-Relationen, seines Erfahrungsschatzes (Empirie) sowie einer individuellen ethischen Bewertung zu einer Einzelfallentscheidung kommen, die dem jeweiligen Patienten und seinen gesundheitlichen Interessen gerecht wird.
(Dtsch Zahnärztl Z 2017; 72: 382–388)

Schlüsselwörter: Evidenzbasierte Zahnmedizin; Ethik der Zahnmedizin; Prinzipienethik; Professionelle Zahnreinigung

this, every treatment also always requires the individual clinical expertise of the attending physician or dentist. He or she must come to a case-based decision which does justice to the patient and their health interests while simultaneously taking into account and weighing up indications, counter-indications and cost-benefit relations as well as drawing on his or her wealth of experience (empiricism) and individual ethical evaluation.

Keywords: evidence-based dentistry; dental ethics; principlism; Professional Dental Cleaning

Einleitung

Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) wird in nahezu allen Zahnarztpraxen als zahnärztliche Leistung angeboten. Dabei besteht *keine* Leistungspflicht der Krankenkassen; dies bedeutet de facto, dass die Kosten zumeist von den Patienten selbst zu tragen sind. Strittig ist dabei, inwieweit die Professionelle Zahnreinigung – wie seitens der Zahnärzteschaft fast ausnahmslos propagiert – tatsächlich für die Mundgesundheit einen Nutzen bringt oder ob es sich vielmehr um eine Leistung handelt, die vor allem aus betriebswirtschaftlichen Gründen angeboten und erbracht wird – eine Sichtweise, die insbesondere von Kritikern der Zahnärzteschaft bzw. von Seiten der Kostenträger vertreten wird.

Kaum weniger kontrovers diskutiert werden in der Ärzteschaft wie auch der Zahnärzteschaft die Bedeutung und der Nutzen der Evidenzbasierten Medizin bzw. Evidenzbasierten Zahnmedizin (EbM/EbZ); hartnäckig halten sich dabei zahlreiche Ressentiments, Vorurteile und fehlerhafte Einschätzungen zur

EbM [vgl. etwa 18, 22, 23]. Die Bandbreite der vertretenen Meinungen ist groß: Während die Befürworter konsequent einen Evidenznachweis (zahn-)medizinischer Verfahren einfordern und geradezu als Gütesiegel einer wissenschaftlich orientierten Zahnheilkunde betrachten, sehen sich die Gegner in ihrer diagnostischen und therapeutischen Urteilskraft und Freiheit eingeschränkt und somit gleichsam „entmündigt“; sie betrachten die Evidenz als Schein- oder Totschlagargument insbesondere in den Diskussionen zur Übernahme einer Leistungspflicht durch die jeweiligen Kostenträger.

Im folgenden Beitrag gilt es am Beispiel der Professionellen Zahnreinigung zu beleuchten, ob die Verpflichtung auf die Evidenzbasierte Zahnmedizin unverzichtbar ist oder ob sie nicht in bestimmten Fällen Gefahr läuft, zum Selbstzweck zu werden bzw. einer Instrumentalisierung durch Interessengruppen (wie beispielsweise Kostenträger) anheimzufallen. Methodische Grundlagen des Beitrages sind eine Analyse der einschlägigen Fachliteratur sowie eine diskursive Erörterung der

Möglichkeiten, Grenzen und Fallstricke der Evidenzbasierten Medizin (EbM) unter besonderer Berücksichtigung normativer Argumentationen.

Was ist Evidenzbasierte Medizin?

Aufschluss über die Bedeutung des Begriffes Evidenzbasierte Medizin geben die Definitionen des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V., das im deutschsprachigen Raum als das wohl wichtigste Forum der Meinungsbildung und Wissensvermittlung im Bereich EbM gelten darf:

„Evidenzbasierte Medizin (EbM = beweisgestützte Medizin) ist [...] der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

Unter Evidenz-basierter Medizin [...] im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patienten auf der Ba-

| Klasse | | Anforderungen an die Studien |
|--------|-----|--|
| I | Ia | Evidenz aufgrund einer systematischen Übersichtsarbeit randomisierter, kontrollierter Studien (ev. mit Metaanalyse) |
| | Ib | Evidenz aufgrund mindestens einer hoch qualitativen randomisierten, kontrollierten Studie |
| II | Ila | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung |
| | Ilb | Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie |
| III | | Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht eperimenteller deskriptiver Studien |
| IV | | Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten |

Abbildung 1 Die Anforderungen an die verschiedenen Klassen externer Evidenz [aus: 8]

Figure 1 The requirements for the different classes of external evidence [from: 8]

sis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen. [...]“ [7].

Diese „externe Evidenz“ lässt sich in 4 (bzw. mit den Untergruppen 6) Evidenzklassen unterschiedlicher Validität differenzieren (siehe Abb. 1).

Doch die „externe Evidenz“ als Summe der Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung steht nicht allein; vielmehr wird die Ausübung einer „guten fachlichen Praxis“ erst durch das Hinzutreten der „individuellen klinischen Expertise“ des Arztes oder Zahnarztes ermöglicht [10, 17, 19]. Zu den beiden Faktoren „externe Evidenz“ und „individuelle klinische Expertise“ tritt zum dritten noch die „interne Evidenz“ hinzu, worunter „die in der Begegnung zwischen Patienten und Therapeuten geklärten Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Ziele der Patienten“ verstanden werden [3].

Problematisch ist indessen eine oftmals zu beobachtende Einseitigkeit zugunsten der externen Evidenz, während, wie Johannes Hauswaldt 2010 schreibt, das „gleichwertige Pendant, nämlich die individuelle klinische Erfahrung [...] gar nicht betrachtet, sondern ausgeblendet, oder als ‚unwissenschaftlich‘ diskreditiert“ werde [10]. Ein Beispiel für ebendiese Diskreditierung ist die (im pejorativen Sinne gebrauchte) Bezeichnung „Eminenzbasierte (Zahn)medizin“ für Entscheidungen, die (zuvorderst) auf persönlichen Erfahrungswerten des betreffenden (Zahn-)Arztes basieren.

Griffig und gut nachvollziehbar ist ein Drei-Säulen-Modell, das Gerd Antes und Jens Türp formuliert haben. Demnach baut die Evidenzbasierte Zahnmedizin bzw. Medizin „als integratives Konzept für die individuelle[n] patientenbezogene[n] Entscheidungen [...] auf drei Säulen“ auf:

- „der individuellen klinischen Erfahrung des Zahnarztes;
- dem aktuellen Stand der klinischen Forschung in Form von publizierten Studienergebnissen;
- den Werten und Wünschen des Patienten.“ [1].

Ein Ausflug in die Linguistik

Die Begrifflichkeit „Evidenzbasierte Medizin“ stellt eine Übersetzung des englischsprachigen Terminus „Evidence-

based medicine“ dar; sie ist damit von der Bedeutung des englischen Wortes „evidence“ abgeleitet, das mit ‚Zeugnis‘, ‚Beweis‘, ‚Nachweis‘ oder ‚Beleg‘ zu übersetzen ist und damit von der deutschen Bedeutung des Wortes Evidenz deutlich abweicht [7, 21]. Denn im deutschen Sprachgebrauch versteht man unter Evidenz vielmehr die „unmittelbare und vollständige Einsichtigkeit, Deutlichkeit, Gewissheit“ bzw. eine „unumstößliche Tatsache, faktische Gegebenheit“ [6]. Die Bedeutung des Adjektivs „evident“ wird mit „unmittelbar, einleuchtend, keines Beweises bedürftig“ bzw. „augenfällig, offenkundig“ wiedergegeben [5].

Auch wenn also, wie Jens Türp und Gerd Antes formulieren, die „fachsprachliche Lehnübersetzung des Begriffs ‚evidence-based‘ mit ‚evidenzbasiert‘ [...] aus linguistischer Sicht eine Fehlübersetzung“ darstellt [21], ist die Einbeziehung dieser sprachlichen Doppeldeutigkeit in die Diskussion um die Evidenzbasierte (Zahn-)Medizin nicht ohne argumentativen Reiz: So lässt sich aus der deutschen Konnotation ableiten, dass (zahn-)medizinische Verfahren auch dann evident sind bzw. Evidenz aufweisen, wenn sie wissenschaftlich bisher nicht ausreichend erforscht sind, ihre Unschädlichkeit einerseits und Wirksamkeit andererseits hingegen einleuchtend, augenfällig und offenkundig sind und somit keines Beweises bedürfen.

Instrumentalisierung fehlender Evidenz durch Interessen Dritter?

Ein vielschichtiges Problem besteht in der Tendenz, eine fehlende oder nicht ausreichend abgesicherte Evidenz argumentativ zu instrumentalisieren – etwa um bestimmte Methoden zu diskreditieren oder ihre Kostenübernahme in Abrede zu stellen. Die Evidenzbasierte Medizin wurde bereits vor geraumer Zeit – etwa durch einen der Nestoren der EbM in Deutschland, Heiner Raspe – als wichtiges Mittel für die „kritische Durchleuchtung des ‚zweiten Gesundheitsmarktes‘ und der auf ihm angebotenen IGeL-Leistungen“ identifiziert und der Ärzteschaft anempfohlen, um „die Grenze zwischen den aus ihrer Sicht notwendigen und nützlichen medizinischen Leistungen und den nur ‚sinnvollen‘ (?)

individuellen Gesundheitsleistungen möglichst scharf zu markieren“ [18]. Problematisch kann dieser positive Ansatz dann werden, wenn zur eigentlichen fachlichen Frage nach der Wirksamkeit, Schädlichkeit und medizinischen Bedeutung von diagnostischen, prophylaktischen oder therapeutischen Verfahren vielfältige (Eigen-)Interessen unterschiedlicher Akteure und Gruppierungen hinzutreten. Auf diese Gefahr hat David Sackett bereits Mitte der 1990er Jahre hingewiesen: Er bezeichnete die von manchen geäußerte Befürchtung, „daß die EBM von Einkäufern von Gesundheitsleistungen und von Managern ‚gekidnappt‘ wird, um die Kosten der Krankenversorgung zu reduzieren“, als „Mißbrauch des Konzeptes“ – allerdings auch als „ein fundamentales Mißverständnis der finanziellen Konsequenzen“, da die Anwendung der besten Verfahren auch zu einer Kostenerhöhung führen könne [19].

Das Beispiel Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Für die Professionelle Zahnreinigung liegt gemäß „IGeL-Monitor“ (vgl. unten) gemäß den Kriterien der EbM keine ausreichende Evidenz vor (siehe hierzu auch die folgende Literaturliste mit einer Auswahl grundlegender Studien/Reviews zur Evidenz der Professionellen Zahnreinigung).

Andererseits besitzt die PZR jedoch nach den Erfahrungen und Einschätzungen der im niedergelassenen Bereich tätigen Zahnärzte wie auch der Vertreter der wissenschaftlichen Zahnmedizin eine große Bedeutung für die Zahngesundheit (was im Übrigen der Evidenzklasse IV entspricht). Zu diskutieren sind dabei nicht nur der objektivierbare medizinische Nutzen, sondern auch (positive) subjektive Faktoren und Wirkungen auf die Motivationslage und Eigeninitiative der Patienten. Dies korrespondiert mit der Bewertung der Professionellen Zahnreinigung durch die Patienten: Folgt man einer fragebogen-gestützten Erhebung zur „Akzeptanz privater Zuzahlung bei Wahlleistungen“ bei 218 teilnehmenden Patienten in 10 Zahnarztpraxen im Februar/März 2012 (also vor Erscheinen der Bewertung der Professionellen Zahnreinigung im IGeL-Monitor), so liegt für prophyl-

Literaturaufzählung

- Needleman I, Suvan J, Moles DR, Pimlott J: A systematic review of professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2005; 32 (Suppl. 6): 229–282
- Clarkson JE et al.: IQuaD dental trial; improving the quality of dentistry: a multicentre randomised controlled trial comparing oral hygiene advice and periodontal instrumentation for the prevention and management of periodontal disease in dentate adults attending dental primary care. *BMC Oral Health* 2013; 13: 58
- Geurtsen W, Hellwig E, Klimek J: Grundlegende Empfehlungen zur Kariesprophylaxe im bleibenden Gebiss. *Dtsch Zahnärztl Z* 2013; 68: 639–646
- Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Beirne PV: Routine scale and polish for periodontal health in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 11: Art. No.: CD004625. DOI: 10.1002/14651858.CD004625.pub4
- IGel-Monitor. Professionelle Zahnreinigung. Ergebnisbericht. www.igel-monitor.de/pdf_bewertungen/Professionelle%20Zahnreinigung_Ergebnisbericht.pdf (letzter Zugriff am 03.03.2016)

Literaturaufzählung Einige grundlegende Studien/Reviews zur Evidenz der Professionellen Zahnreinigung

Literature list Some basic studies/reviews to the evidence of the professional dental cleaning

Wir ermitteln Nutzen und Schaden, wägen sie gegeneinander ab und gelangen zu einem Gesamtergebnis, das wir Ihnen als Vorschlag für Ihre eigene Abwägung anbieten. Die Aussagen bedeuten im Einzelnen:

- **positiv:** Unserer Ansicht nach wiegt der Nutzen der IGel deutlich schwerer als ihr Schaden
- **tendenziell positiv:** Unserer Ansicht nach wiegt der Nutzen der IGel geringfügig schwerer als ihr Schaden
- **unklar:** Unserer Ansicht nach sind Nutzen und Schaden der IGel ausgewogen, oder wir finden keine ausreichenden Daten, um Nutzen und Schaden zu beurteilen
- **tendenziell negativ:** Unserer Ansicht nach wiegt der Schaden der IGel geringfügig schwerer als ihr Nutzen
- **negativ:** Unserer Ansicht nach wiegt der Schaden der IGel deutlich schwerer als ihr Nutzen

Textkasten 1 Die Erklärung der Bewertungsaussagen des IGel-Monitors [11]

Box 1 The declaration of the review statements of IGel monitor [11]

laktische bzw. präventive Behandlungsmaßnahmen die höchste Akzeptanz beim Patienten vor. Demnach rangiert die Professionelle Zahnreinigung bei einer Bewertungsskala von 1 (unbedingt) bis 6 (auf keinen Fall) mit dem Durchschnittswert 1,6 vor der „Fissurenversiegelung der Milch- und kleinen Backenzähne“ (1,8) [25].

Aufgrund der nicht nachgewiesenen Evidenz wurde die Professionelle Zahnreinigung von den Kostenträgern nicht in den Leistungskatalog aufgenommen und muss so von den Patienten entweder ganz oder zumindest zum größten Teil selbst finanziert werden.

Eine wesentliche Rolle in der Diskussion spielte dabei die vom 12. Oktober 2012 stammende Bewertung der Professionellen Zahnreinigung im sogenannten, von den Gesetzlichen Krankenversicherungen getragenen „IGel-Monitor“ mit dem Untertitel „individuelle Gesundheitsleistung auf dem Prüfstand“. In der an die Versicherten gerichteten Rubrik „IGel-Info kompakt“

heißt es zusammenfassend: „Wir bewerten die IGel ‚professionelle Zahnreinigung‘ bei Erwachsenen ohne Parodontitis als ‚unklar‘.“ Begründet wird dies in dieser Kurzfassung folgendermaßen:

„Unter professioneller Zahnreinigung wird ein ganzes Bündel an Maßnahmen verstanden, das Karies und Parodontose verhüten und so die Zähne länger gesund halten soll. Verschiedene Anbieter empfehlen, sich vierteljährlich bis jährlich die Zähne und Zahnzwischenräume säubern, von Belägen befreien, polieren und fluoridieren zu lassen. Dieses privat zu bezahlende Angebot geht über das Angebot der gesetzlichen Krankenkassen hinaus, das diverse Untersuchungen sowie ein jährliches Entfernen von Zahnstein umfasst.

Obwohl die professionelle Zahnreinigung sehr verbreitet ist und von vielen Anbietern und Experten sogar als unverzichtbar eingestuft wird, ist der tatsächliche Nutzen kaum untersucht. Wir fanden nur eine Studie, die uns einigermaßen

verlässlich Auskunft darüber geben konnte, was die Maßnahmen am Ende für die Zahngesundheit bringen. Diese Studie zeigte, dass offenbar sogar allein eine jährliche Anleitung zur richtigen Zahnpflege ohne professionelle Zahnreinigung dazu führt, dass das Gebiss besser gepflegt wird und weniger Zahnfleischentzündungen auftreten. Der Effekt einer alleinigen PZR wurde nicht untersucht und lässt sich daher nicht abschließend beurteilen. Ob durch eine alleinige PZR die Zähne länger erhalten bleiben[,] ist daher ebenso wenig belegt wie die Behauptung, dass die professionelle Zahnreinigung einen zusätzlichen Nutzen hat oder gar ‚unverzichtbar‘ ist. Da auf der anderen Seite auch kaum Schäden zu erwarten sind, bewerten wir die professionelle Zahnreinigung als unklar.“ [15; vgl. 13, 12]

Ebenfalls an die Versicherten gerichtet ist eine detailliertere Version in der Rubrik „IGel-Info ausführlich“, und erst hier wird in einer Vorbemerkung eingeräumt, dass es sich bei der Professionel-

len Zahnreinigung nicht um eine Individuelle Gesundheitsleistung im eigentlichen Sinne handelt:

„Im Bereich der Zahnmedizin werden Leistungen, die die gesetzliche Krankenkasse nicht bezahlen muss, üblicherweise nicht als ‚Individuelle Gesundheitsleistungen‘ bezeichnet. Sie werden also in der Zahnarztpraxis keiner ‚IGeL‘ genannten Leistung begegnen, obwohl gerade auch Zahnärzte solche Leistungen anbieten. Da wir Informationsbedarf für die Versicherten sehen, wollen wir auch zahnärztliche Selbstzahlerleistungen im IGeL-Monitor beschreiben und bewerten – und der Einfachheit halber auch IGeL nennen.“ [14]

Die Bewertungen des IGeL-Monitors sind von „positiv“, „tendenziell positiv“, über die neutrale Bewertung „unklar“, bis hin zu „tendenziell negativ“ und „negativ“ abgestuft (vgl. Textkasten 1).

Obwohl also die Zahnmedizin und damit auch die Professionelle Zahnreinigung nicht zum eigentlichen Gegenstand des IGeL-Monitors gehören und die Bewertung indifferent ausfiel, wurde die PZR zum Gegenstand kontroverser Diskussionen. Besagte Kategorisierung, die zwar eindeutig die Unschädlichkeit der Professionellen Zahnreinigung attestiert, gleichzeitig aufgrund der Studienlage aber den Nutzen in Frage stellt, fand auch ihren Niederschlag in der Publikumspresse [26, 27].

Während die Professionelle Zahnreinigung in zahnärztlichen Fachkreisen nahezu einhellig als wichtiger, wenngleich nicht einziger Bestandteil der zahnärztlichen Prophylaxe angesehen wird, wurde ihr Wert von den Kostenträgern vor dem Hintergrund möglicher finanzieller Verpflichtungen negiert; damit wurden zugleich jahrzehntelange Bemühungen der Zahnärzteschaft im Bereich Vorsorge, Prophylaxe und Mitwirkung des Patienten konterkariert.

Zwar änderte sich an diesem Status der Evidenz in den vergangenen Jahren kaum etwas, dennoch war und ist in der rezenten Vergangenheit eine Aufweichung der Position vieler Krankenkassen zu konstatieren: Immer mehr Kostenträger gehen angesichts des Konkurrenzdrucks auf dem Gesundheitsmarkt dazu über, die Kosten für die Professionelle Zahnreinigung – zum Teil gebunden an Bedingungen wie beispielsweise an die Leistungserbringung in bestimmten, vertraglich gebundenen Zahnarztpraxen

oder an Bonussysteme der jeweiligen Krankenkasse – zumindest anteilig als freiwillige Zusatzleistung außerhalb des Leistungskatalogs zu übernehmen [16, 24].

So begrüßenswert diese Entwicklung sowohl für die Zahnärzteschaft als auch vor allem für die Patienten als Leistungsempfänger sein mag, zeigt sie doch sehr deutlich, dass der Begriff der Evidenz und die hieran geknüpften Argumentationen nicht im primär wissenschaftlichen Kontext, sondern ebenso auch in einem gesundheits- und kostenpolitischen Koordinatensystem verortet sind. Das Argument der fehlenden Evidenz wird insbesondere dann herangezogen, wenn eine Leistungspflicht ausgeschlossen werden soll, während diese eigene Argumentationskette konterkariert wird, sobald wirtschaftliche Gründe oder Marketingstrategien dies opportun erscheinen lassen.

Evidenz kein Freibrief oder Indikationsersatz

Im Umkehrschluss muss darauf hingewiesen werden, dass weder die ausreichende Evidenz, noch eine anderweitige Anerkennung eines Verfahrens dazu legitimieren, die betreffende medizinische Maßnahme kritiklos oder aus anderen als medizinischen Gründen zur Anwendung zu bringen. Auch dies lässt sich am Beispiel PZR veranschaulichen: Eine *routinemäßige* Durchführung der Professionellen Zahnreinigung, gegebenenfalls sogar im Vorfeld der Untersuchung durch den jeweiligen Zahnarzt als standardisierte vorbereitende Maßnahme im Behandlungsablauf einer Praxis, ist aus mehreren Gründen nicht vertretbar:

Zum einen ist bei jedweder medizinischen Maßnahme sowohl prophylaktischer, diagnostischer als auch therapeutischer Art die medizinische Indikation im konkreten Einzelfall zu prüfen und gegen mögliche Kontraindikationen oder andere Verfahren abzuwägen.

Nicht zuletzt aus diesem Grund ist es zweitens berufsrechtlich nicht statthaft, die Professionelle Zahnreinigung als delegationsfähige Leistung pauschal für alle Patienten anzuweisen, da hierbei gegen den Grundsatz verstoßen wird, wonach delegationsfähige zahnärztliche Leistungen, die „nicht das höchstpersönliche Handeln des Zahnarztes“ erfor-

dern, neben der entsprechenden Qualifikation der Mitarbeiterin und anderen grundsätzlichen Forderungen die Anordnung der „konkrete[n] Leistung“ durch den Zahnarzt zwingend gebieten [4].

Diese beiden Begründungen greifen im Übrigen ineinander: Zum Ersten ist durch eine im Einzelfall erhobene Anamnese und vorherige Untersuchung des Patienten eine Absicherung vor der Anwendung von Verfahren gegeben, für die beim jeweiligen Patienten eine eingeschränkte Indikation oder eine Kontraindikation vorliegt (etwa bei Patienten mit einem Endokarditis-Risiko); zum Zweiten kann die durchführende Zahnmedizinische Fachangestellte so vor möglichen Gefahren für die eigene Gesundheit (wie beispielsweise Infektionskrankheiten oder ähnlichem) geschützt werden.

Zu diesen medizinischen und berufs- bzw. arbeitsschutzrechtlichen Gründen kommt drittens ein explizit normatives Argument hinzu, oder – treffender formuliert – die Frage nach der ethischen Dimension und Vertretbarkeit: Gut geeignet für die Betrachtung dieser Fragestellung ist die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress, die auf den 4 Prinzipien Non-Malefizienz (Nichtschadensprinzip), Benefizienz (Wohltunsprinzip), Patientenautonomie und Gerechtigkeit beruht [2, 9, vgl. 20]. Die ersten 3 Prinzipien beziehen sich immer auf den Patienten, das vierte Prinzip Gerechtigkeit berücksichtigt hingegen die Interessen Dritter. Bei vorheriger Anamnese bzw. Untersuchung des Patienten und einer darauf aufbauenden medizinischen Indikationsstellung sowie der sachgerechten Durchführung wird die Professionelle Zahnreinigung mit dem *Nichtschadensprinzip* nicht in Konflikt kommen. Nicht ganz so eindeutig ist die Bewertung der PZR nach dem *Wohltunsprinzip*, da diese wesentlich von der Wirksamkeit einer Maßnahme, aber auch von der Einstellung des Patienten zu ebendieser Maßnahme abhängt. Sehen manche Patienten die Durchführung der Professionellen Zahnreinigung als wichtigen Beitrag zur eigenen Gesunderhaltung und verbinden sie mit einem positiven oder verbesserten Lebensgefühl, so überwiegt bei anderen die negative Assoziation einer zahnärztlichen Behandlung; sie stehen der PZR dem-

entsprechend eher ablehnend gegenüber. Diese Bewertung und Einordnung durch den Patienten ist oftmals unabhängig von der medizinischen Indikation – vielfach bejahen die Patienten mit einem ausgeprägten Sinn für ihre Zahngesundheit und einer ausgezeichneten Mundhygiene die Professionelle Zahnreinigung und deren Wert für das eigene Wohlbefinden auch ohne Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, während diese Form der Prophylaxe von Patienten mit mäßiger Mundhygiene trotz einer eindeutigen zahnmedizinischen Indikation zum Teil eher als unangenehm empfunden wird. Gleiches gilt – wenngleich aus anderen Gründen – für viele Angstpatienten. Hier zeigt sich, dass das Wohltunsprinzip in diesem Fall in enger Beziehung mit der *Patientenautonomie* steht, weshalb sich eine routinemäßige Professionelle Zahnreinigung ohne vorherige zahnärztliche Befundung, Feststellung der Indikation und Beratung des Patienten nicht nur aus medizinischen und berufsrechtlichen, sondern auch aus ethischen Gründen verbietet. Auch die Erörterung des Prinzips *Gerechtigkeit* beruht im Wesentlichen auf dem Vorliegen einer medizinischen Indikation und betrifft vor allem den Zahnarzt auf der einen und den jeweiligen Kostenträger auf der anderen Seite. Eine Durchführung der Professionellen Zahnreinigung als Behandlungsroutine, aber ohne Indikation im jeweiligen Einzelfall mag zwar aus betriebswirtschaftlichen Gründen für einen Praxisinhaber wünschenswert und dem Patienten mit einem geschickten Marketing vielleicht auch vermittelbar sein. Allerdings wäre dies nach den Kriterien der Prinzipienethik ungerecht, da der Zahnarzt sich einen finanziellen Vorteil verschaffen würde, ohne dass der Patient im Gegenzug einen gesundheitlichen Mehrwert davon hat. Zudem erwächst dem Kostenträger ein wirtschaftlicher Nachteil, und dies unabhängig davon, ob der Patient die Kosten

für die Leistung selbst bestreitet oder ob die Solidargemeinschaft in Form der Gesetzlichen oder Privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe hierfür eintritt.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Ohne jeden Zweifel besitzt die Evidenzbasierte Medizin bzw. Zahnmedizin einen hohen Stellenwert für die Gewährleistung einer guten medizinischen Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Wie am Beispiel der Professionellen Zahnreinigung dargestellt werden konnte, ist die EbM/EbZ jedoch nicht frei von Instrumentalisierungsversuchen und äußeren Einflussnahmen, denen zum Teil handfeste Interessen bestimmter Gruppierungen bzw. Akteure des Gesundheitssystems zugrunde liegen. Probleme können vor allem dann entstehen, wenn wissenschaftliche Studien, die entsprechend hohe Evidenzklassen begründen, nicht oder in nicht ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Wie am Beispiel PZR zu sehen, kann dies zu einer massiven Polarisierung zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern führen.

Im betreffenden Diskurs wurde die externe Evidenz – insbesondere seitens der Kostenträger und damit einer Interessengruppe – über das gebotene Maß hinaus akzentuiert und auf die starken Evidenzklassen reduziert, ohne einzuräumen, dass unter der Evidenzbasierten Medizin per definitionem „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz“ [7, Hervorhebung durch RV und DG] zu verstehen ist und somit auch einer einhelligen Expertenmeinung ein entsprechendes Gewicht beizumessen wäre. So kritisieren auch Gerd Antes und Jens Türp in einem Beitrag zum aktuellen Stand der Evidenzbasierten Zahnmedizin aus dem

Jahre 2013 zwar den Stand und die Qualität der zahnmedizinischen Forschung, kommen aber gleichwohl zu dem Schluss:

„Die praktizierte EbZ/EbM bezieht sich daher ausdrücklich auf die zu einem bestimmten Thema ‚bestverfügbare Evidenz‘. Bei dieser kann es sich in Einzelfällen auch einmal um einen Expertenkonsens oder ein Ergebnis aus der Grundlagenforschung handeln, selbst wenn diese Form des Nachweises auf der untersten Stufe der wissenschaftlichen (externen) Evidenz steht [...]“ [1].

Doch nicht nur die Qualität der externen Evidenz ist diskussionswürdig, sondern auch das Maß der Beachtung der individuellen klinischen Expertise des behandelnden Arztes/Zahnarztes. Sie ist eine gleichberechtigte Säule und kommt dann zum Tragen, wenn es darum geht, die externe Evidenz im Sinne der oben genannten Definition gewissenhaft und vernünftig anzuwenden. Das bedeutet aber nicht nur, in jedem Einzelfall für ein Verfahren die Indikationen und Kontraindikationen wie auch die Kosten-Nutzen-Relation abzuwägen, sondern auch als dritte Säule des Modells von Antes und Türp [1] den Patienten mit seinen „Werten und Wünschen“ einzubeziehen und die Behandlung in oben genanntem Sinne einer individuellen ethischen Bewertung zu unterziehen.

Interessenkonflikte: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht. DZZ

Korrespondenzadresse

Oberarzt Prof. Dr. Ralf Vollmuth
Zentrum für Militärgeschichte und
Sozialwissenschaften der Bundeswehr
Abteilung Forschung
Zeppelinstraße 127/128, 14471 Potsdam
Ralf1Vollmuth@bundeswehr.org

Literatur

1. Antes G, Türp JC: Evidenzbasierte Zahnmedizin – aktueller Stand. Dtsch Zahnärztl Z 2013; 68: 72–75
2. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. 6. Aufl., Oxford University Press, New York 2009
3. Behrens J: EbM ist die aktuelle Selbstreflexion der individualisierten Medizin als Handlungswissenschaft. (Zum wissenschaftstheoretischen Verständnis von EbM). Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ) 2010; 104: 617–624
4. Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer für Zahnmedizinische Fachangestellte. Novelliert und beschlossen vom Vorstand der Bundeszahnärztekammer am 16. September 2009. www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf (letzter Zugriff am 29.02.2016)
5. Duden. evident. www.duden.de/recht_schreibung/evident (letzter Zugriff am 03.03.2016)
6. Duden. Evidenz. www.duden.de/recht_schreibung/Evidenz (letzter Zugriff am 03.03.2016)
7. EbM-Netzwerk. Definitionen. www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grund_begriffe/definitionen/ (letzter Zugriff am 03.03.2016)
8. EbM-Netzwerk. Evidenzklassen. www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view (letzter Zugriff am 03.03.2016)
9. Groß D: Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen. Quintessenz Verlag, Berlin u.a. 2012
10. Hauswaldt J: Was ist Evidenzbasierte Medizin auch noch? Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ) 2010; 104: 625–629
11. IGel-Monitor. Gebrauchsanweisung. www.igel-monitor.de/Methodik_Gebrauchsanweisung.htm#134 (letzter Zugriff am 03.03.2016)
12. IGel-Monitor. Professionelle Zahnreinigung. Ergebnisbericht. www.igel-monitor.de/pdf_bewertungen/Professionelle%20Zahnreinigung_Ergebnisbericht.pdf (letzter Zugriff am 03.03.2016)
13. IGel-Monitor. Professionelle Zahnreinigung. Evidenzsynthese. www.igel-monitor.de/pdf_bewertungen/Professionelle%20Zahnreinigung_Evidenzsynthese.pdf (letzter Zugriff am 03.03.2016)
14. IGel-Monitor. Professionelle Zahnreinigung. IGel-Info ausführlich. www.igel-monitor.de/igel_a_z.php?action=view&id=74 (letzter Zugriff am 03.03.2016)
15. IGel-Monitor. Professionelle Zahnreinigung. IGel-Info kompakt. www.igel-monitor.de/igel_a_z.php?action=abstract&id=74 (letzter Zugriff am 03.03.2016)
16. Lang A: Professionelle Zahnreinigung auf Kassenkosten. www.geldsparen.de/krankenkasse/zahnreinigung.php (letzter Zugriff am 29.02.2016)
17. Ollenschläger G: Gute fachliche Praxis in der Medizin – Oder: „Die Kunst, heute ein guter Arzt zu sein“. In: Brandt E, Smeddinck U (Hrsg): Gute fachliche Praxis – Zur Standardisierung von Verhalten. Berliner Wissenschaftsverlag, Berlin 2005, 137–145
18. Raspe H: Zur aktuellen deutschen Diskussion um die Evidenz-basierte Medizin: Brennpunkte, Skotome, divergierende Wertsetzungen. Z ärztl Fortb Qual 2003; 97: 689–694
19. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Munch Med Wochenschr 1997; 139: 644–645. www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/leitartikel-sackett#5 (letzter Zugriff am 23.03.2016)
20. Strech D: Vier Ebenen von Werturteilen in der medizinischen Nutzenevaluati-on. Eine Systematik zur impliziten Nor-mativität in der Evidenz-basierten Me-dizin. Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wesen (ZaeFQ) 2007; 101: 473–480
21. Türp JC, Antes G: Was versteht man unter „Evidenzbasierter Medizin“? Dtsch Zahnärztl Z 2001; 56: 74
22. Türp JC, Antes G: Missverständnisse zur EbM (Teil 1). Dtsch Zahnärztl Z 2003; 58: 441–443
23. Türp JC, Antes G: Missverständnisse zur EbM (Teil 2). Dtsch Zahnärztl Z 2009; 64: 278–281
24. Übersicht der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bei professioneller Zahnreinigung (PZR). (Stand April 2015). www.zm-online.de/dl/2/4/8/9/9/0/KZBV_Uebersicht_PZR_Krankenkassen_2015-07-08.pdf (letzter Zugriff am 29.02.2016)
25. Weigand A: Die Akzeptanz privater Zu-zahlung bei Wahlleistungen. Eine Befragung der Patienten in verschiedenen Zahnarztpraxen. Masterarbeit Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg/Akademie für Zahnärztliche Fortbil-dung Karlsruhe 2012
26. Werner C: Was bringt eigentlich die professionelle Zahnreinigung? Ham-burger Abendblatt, 24.05.2014. www.abendblatt.de/ratgeber/wissen/article_128368393/Was-bringt-eigentlich-die-professionelle-Zahnreinigung.html (letzter Zugriff am 23.02.2016)
27. Wolf T: Mundhygiene: Ärzte streiten über Nutzen professioneller Zahnreinigung. Spiegel online, 05.12.2012. www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/professionelle-zahnreinigung-pzr-wie-aerzte-ueber-denutzen-streiten-a-868706.html (letzter Zugriff am 23.02.2016)