



Ungarisches Gulasch und deutsche Zähne

Liebe Leserin, lieber Leser, die Sau, die gerade durchs Dorf getrieben wird, ist die Frage nach billigem Zahnersatz aus Ungarn, Polen oder anderen Ländern, die noch günstiger produzieren können. Offenbar gibt es bei der Auswahl von Themen einen Dominoeffekt, denn sobald der erste Artikel zu diesem oder jenem Thema verfasst worden ist, springen andere Redakteure darauf an. Wer mangels Erfahrungen mit ausländischem Zahnersatz nicht als kriminell zu brandmarken ist, muss sich nun wenigstens rechtfertigen, nicht zu teuer zu sein. Einige Kostenträger weisen ihre Versicherten auf die billigeren Preise im Ausland hin oder schließen sogar Verträge mit ausländischen Firmen ab. Übrigens, Krankenversicherungen sind im Ausland auch billiger.

Vielleicht haben Sie auch in einem dieser TV-Magazine, die die Welt nicht braucht, die Antwort eines früher in Düsseldorf und jetzt auf Mallorca praktizierenden Zahnarztes auf die Frage vernommen, warum er Zahnersatz billiger anbieten könne als seine deutschen Kollegen. Sein verblüffender Kommentar lautete etwa wie folgt: Mein Gewinn ist auf Mallorca höher als in Deutschland. Aber hier muss ich nicht auf meine Kosten alle Mitarbeiter regelmäßig zum Betriebsarzt schicken, mein Sterilisator muss nicht auch noch einen Drucker angeschlossen haben, wir nehmen kein staatlich verordnetes Eintrittsgeld, und ich brauche nicht alle Mitarbeiter zur Zwangsbildung über Strahlenschutz zu schicken, d. h., hier fallen die vielen bürokratischen Auflagen weg.

Das Problem existiert nicht nur im Gesundheitswesen. Beispielsweise in der Baubranche kann ein Einfamilienhaus in den Niederlanden mindestens 30 % billiger gebaut werden, da die vielen verteuernenden Auflagen wegfallen und die Treppe ins Obergeschoss schmaler ausfallen kann, als es in Deutschland erlaubt ist. Wenn der Wettbewerb in Europa wirklich ernsthaft betrieben werden soll, müssen auch nahezu einheitliche Rahmenbedingungen gelten. Insbesondere

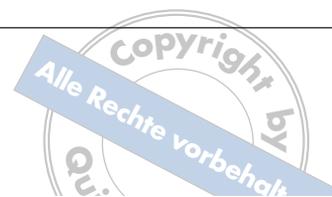
die Gesetze und Richtlinien zum Patienten- und Verbraucherschutz, aber auch die Sozialsysteme bedürfen einer europäischen Harmonisierung. Ansonsten treiben wir nicht nur Opel, Quelle und andere Unternehmen ins Ausland, sondern auch Gesundheitsdienstleister und insbesondere Zahntechniker. In Deutschland besteht eine hohe Fachkompetenz in allen Bereichen des Gesundheitswesens, was auch einen volkswirtschaftlichen Wert besitzt. Wir bräuchten nicht nur Panzer, Autos und Schnellzüge zu exportieren, sondern könnten auch unsere objektiv vorhandenen Kompetenzen in der Krankenversorgung entsprechend nutzen.

Die kostentreibenden Auflagen funktionieren doch alle nach dem Prinzip, dass Fehlern und Qualitätsmängeln bei einer kleinen Minderheit unter den Zahnärzten begegnet wird, indem die Mehrheit zu mehr Bürokratie und anderen Auflagen gezwungen wird. Wer wirklich ein Interesse an der Senkung der Lohnnebenkosten hat, sollte diese uneffektive und unwirtschaftliche Politik der Regulierungen und Auflagen auf ein vernünftiges Maß zurückschrauben und nach anderen Instrumenten der Qualitätssicherung suchen. Man könnte z. B. die belohnen, die es ordentlich machen.

Ihr

Prof. Dr. Michael J. Noack
Chefredakteur





Gegendarstellung zum Editorial „Nicht überall, wo EbM draufsteht, ist auch EbM drin“

In „Die Quintessenz“, Jahrgang 55, Ausgabe 9/2004, behauptet Prof. Dr. *Michael J. Noack* im Editorial auf Seite 933, in meinem Gutachten für den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages „Wenn Putzen nichts nutzt“ (Gesundheit und Gesellschaft 7 [3], 2004) wären relevante Studien nicht identifiziert und die Datengrundlage für die Behauptungen bisher nicht offen gelegt. Diese Behauptungen sind unrichtig.

Richtig ist vielmehr, dass ich in dem genannten Gutachten in dem 29 Quellen umfassenden Literaturnachweis relevante Studien identifiziert habe, dass vier von Herrn *Noack* mir nachträglich genannte Studien nicht einschlägig sind und teilweise zum Zeitpunkt meines Gutachtens noch nicht veröffentlicht waren, und dass die Datengrundlage für die Behauptungen offen gelegt wurde.

Köln, den 01.10.2004

Professor Dr. med. *Peter T. Sawicki*

Statt eines Kommentars zu der oben stehenden Gegendarstellung drucken wir im Folgenden mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Deutschen Ärzte-Verlages Köln ein Gasteditorial von Prof. Dr. *Ulrich Schiffner* ab, das in der Ausgabe 8/2004 der „DZZ – Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift“ auf den Seiten 413f. veröffentlicht wurde.

(Die Redaktion)

„Schuldlos“ zahnlos?

Wissenschaftliche Erkenntnis zwischen Einzelinteressen, Interessengruppen und Medien

Die meisten von uns dürften das kurze Interview im „Spiegel“ mit Prof. *Sawicki*, Leiter des Kölner Institutes für evidenzbasierte Medizin [2], zunächst gar nicht wahrgenommen haben. Dort wurde plakativ festgestellt: „Zähneputzen wird überbewertet“. Der erste Hinweis auf eine „neue wissenschaftliche Erkenntnislage“ ist sicherlich häufiger von Patienten gekommen, die dem Tenor des Interviews folgend verkündeten, an ihren Zahnproblemen schuldlos zu sein. Das Schicksal habe es mit ihnen halt schlecht gemeint, sie hätten die schlechten Zähne geerbt. Nun, dies mag uns Zahnärzten bekannt vorkommen – durch wissenschaftliche Kompetenz untermauert – hat diese Aussage jedoch eine neue Qualität erhalten.

Das Interview könnte völlig unbeachtet bleiben, wenn sich an ihm nicht fachliche, politische und methodische Probleme offenbaren würden. Zuallererst ist natürlich die fachliche Seite angesprochen. So ist die Aussage, Zahnver-

lust sei ohne persönliches Zutun (oder eher Nicht-Zutun) möglich, in dieser Form fahrlässig, da sie gerade bei den Mitmenschen ohne hinreichendes Präventionsbewusstsein schnell zu einer weiteren Vernachlässigung eigenverantwortlichen Handelns führen wird. Karies und Gingivitis sind plaqueassoziierte, verhaltensabhängige Erkrankungen [3]. Schwieriger ist die Sachlage bei einigen Parodontalerkrankungen. Dennoch sind auch hier starke verhaltensabhängige Einflüsse vorhanden, und der Stellenwert adäquater Verhaltensmaßnahmen wurde vielfach dokumentiert [5]. Immerhin billigt *Sawicki* der Oralhygiene gewisse Effekte zu, welche zur Verbesserung der Verweildauer der Zähne in der Mundhöhle beitragen können. Nur: Mit dem Hinweis auf den geringen Erklärungsbeitrag häuslicher Mundhygienemaßnahmen für die Zahnverlustrate und durch das Heranziehen von Zusammenhängen systemischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder dem Sjögren-Syndrom mit dem



Zahnverlust wird die Ausnahme zur Regel erhoben. Die im Interview unterstellte Aussage, die Versicherten hätten generell Schuld an jeglichem Zahnverlust, ist in ihrer Absolutheit nicht korrekt und nicht zu belegen. Indem *Sawicki* aber hieraus einen Umkehrschluss nahe legt, dem zufolge das Zähneputzen überbewertet werde, dürfte in vielen Praxen eine unnötige Diskussion um oralpräventive Maßnahmen provoziert worden sein.

Nur zur Klarstellung: Auch nach dem „Spiegel“-Interview hat das Zähneputzen seinen Stellenwert nicht verloren. In einer aktuellen Übersichtsarbeit wird vielmehr aufgezeigt, dass oralpräventives Verhalten mit deutlich geringerem Zahnverlust einhergeht [1]. Zwar scheint es geboten, die Bedeutung der mechanischen Oralhygiene vor dem Hintergrund der Zielvariable „Zahnverlust“ wissenschaftlich zu diskutieren. Wenn jedoch in diesem Zusammenhang gar von einem „Schlechte-Zähne-Gen“ geschrieben wird [2], hat die journalistische Darstellung hierfür den realistischen Bezug verloren.

Eine völlig neue Dimension erfährt die Aussage „Zähneputzen wird überbewertet“ durch ihre Verknüpfung mit der Schuldfrage. Aus gutem Grund hat die Wissenschaft sich derartiger Kategorien bislang nicht bedient. Mit dieser Verknüpfung wird die Aussage *Sawickis* gewollt zu einer politischen Aussage. Wenn Zahnverlust denn „schuldlos“ möglich ist, muss dann nicht die Solidargemeinschaft für die Therapiekosten dieses Schicksals aufkommen? Und genau dies ist die eigentliche Intention des Textes, der dem Interview zugrunde liegt. Es handelt sich um ein im Auftrag des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages innerhalb von zehn Tagen (!) erstelltes Gutachten.

Werden durch das Interview die oralpräventiven Bemühungen vieler Patienten berührt, so setzt das „Gutachten“ nicht minder sorglos wissenschaftliche Standards aufs Spiel. Es offenbart eine fahrlässige oder vorsätzliche Unbekümmertheit im Umgang mit dem Begriff „Evidenz“. Dank elektronischer Suchhilfen ist es heute möglich, für beinahe jede Aussage mehr oder weniger treffende Quellen zu finden. Ein Zitat an sich ist jedoch kein Beleg für Qualität. In den zurückliegenden Jahren wurden Methoden entwickelt, um die Aussagekraft wissenschaftlicher Ergebnisse einschätzen zu können. Evidenzbasierte Medizin (EbM) und Zahnmedizin sind Folgen dieser Entwicklung. Die Methoden zur Annahme oder zum Verwerfen einer Hypothese verlangen eine konkret formulierte Fragestellung und ein formuliertes Rechercheverfahren, um anhand der verfügbaren Literatur die Frage zu beantworten. Zur Beantwortung der Frage wer-

den dann nur solche Literaturstellen herangezogen, welche den zuvor definierten Kriterien genügen [4]. Keinesfalls hingegen darf die Hypothese aufgrund zufälliger Literaturo Auswahl oder nicht beschriebener Recherchekriterien erfolgen. Genau dies sind jedoch Probleme bei dem von *Sawicki* verfassten Gutachten. 29 Zitate aus den vergangenen zwei Jahrzehnten werden herangezogen, um die Aussage, Zahnverlust könne schuldlos erfolgen, abzusichern. Zitate mit gegenteiligen Aussagen wurden hingegen nicht berücksichtigt. Das Ganze wird mit dem Attribut medizinischer Evidenz garniert und erweckt somit den Anschein einer seriösen Recherche.

Hiermit wird der evidenzbasierten Zahnheilkunde (durch einen Nicht-Zahnmediziner) ein schlechter Dienst erwiesen, und dies ist der eigentliche Skandal an dem Vorgang. Wenn *Sawicki* seine Aussage mit medizinischer Evidenz schmückt, ist dies ein Etikettenschwindel, der den Protest aller EbM-Protagonisten und aller gemäß wissenschaftlichen Maßstäben Forschender herausfordern muss.

Ulrich Schiffner, Hamburg

Literatur

1. Kressin, N.R., Boehmer, U., Nunn, M.E., Spiro, A.: Increased preventive practices lead to greater tooth retention. *J Dent Res* 82, 223-227 (2003)
2. Sawicki, P.T.: „Zähneputzen wird überbewertet“. *Der Spiegel* 17/2004, S. 183
3. Socranski, S.S., Haffajee, A.D.: Dental biofilms: difficult therapeutic targets. *Periodontol* 2000, 12-55 (2002)
4. Türp, J.C., Antes, G.: Evidenzbasierte Zahnmedizin. *Dtsch Zahnärztl Z* 55, 394-400 (2000)
5. van der Weijden, G.A., Timmerman, M.F.: A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 29, Suppl 3, 55-71 (2002)

Ulrich Schiffner, Hamburg

