

# Gibt es wirklich keine Überversorgung in der Kieferorthopädie?

Eine Ad-hoc-Kritik der DMS 6-Studie – kieferorthopädisches Modul. Von Dr. med. dent. Alexander Spassov und Dr. phil. Hartmut Bettin, Greifswald.

„Keine Überversorgung in der Kieferorthopädie feststellbar“, lautet das Fazit eines Leitartikels (ZM 112; Nr. 30, 16.10.2022) des Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Zusammenhang mit der Vorstellung des kieferorthopädischen Moduls der sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6). Aber ist diese Aussage wirklich gerechtfertigt?

Das Bestreben, die kieferorthopädische Versorgung wissenschaftlich zu untersuchen, ist natürlich zu begrüßen. Allerdings scheint das vorrangige Ziel der DMS 6-Studie eher ein gesundheitspolitisches zu sein. Es drängt sich nämlich der Eindruck auf, dass es primär darum geht, die seit Jahren immer wieder aufflammende Kritik bezüglich einer Überversorgung in der KFO (z. B. Sachverständigenrat [SVR 2001], Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI 2008] und Bundesrechnungshof [BRH 2018]) zu neutralisieren.

Die Überschrift des Leitartikels, dass Überversorgung in der Kieferorthopädie nicht existiere, stellt sich bei kritischer Betrachtung der zugrunde liegenden Untersuchungsergebnisse schnell als eine bloße Behauptung dar.

Mit Blick auf die Studienergebnisse und das Studiendesign ist zunächst kritisch anzumerken, dass die empirische Feststellung der Verteilung der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) oder ein nur gering höherer Anteil an kariösen Zähnen bei Kindern mit kieferorthopädischem Behandlungsbedarf gegenüber Kindern ohne Bedarf nicht ohne Weiteres als Beleg für eine fehlende Überversorgung gelten kann.

Wie Überversorgung zu definieren und wissenschaftlich zu erfassen ist, wurde bereits vielfach in anderen Studien aufgezeigt (z. B. Morgan 2018).

## Schaden vs. Nutzen

Gemeinhin gelten jegliche medizinische Maßnahmen, die keinen erwiesenen oder erkennbaren Nutzen haben oder bei denen der eintretende oder zu erwartende Schaden den Nutzen überwiegt, als Überversorgung. Hierbei gelten z. B. in der KFO als Schäden oder Nachteile gesundheitliche Nebenwirkungen (Schmerzen, Karies etc.), entstehende unnötige Kosten oder Zeitaufwendungen. Als Nutzen ist hingegen die Heilung oder Verbesserung der Ausgangsdiagnose bzw. der Symptome des festgestellten Problems oder Krankheitsbildes zu sehen.

Da jedoch Schäden durch kieferorthopädische Behandlungen in der DMS 6-Studie nicht untersucht wurden, fehlt ein essenzieller Bestandteil, um der Definition nach Überversorgung vollumfänglich erfassen zu können, denn eine empirische Untersuchung des Schaden/Schaden-Nutzen-Verhältnisses ist ohne diese Befunde schlechthin nicht möglich, sodass letztlich auch keine verlässlichen Aussagen zum Überversorgungsgrad getroffen werden können.

Offensichtlich liegt der DMS 6-Studie eine relativ unreflektierte und nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Standard der Überversorgungsforschung entsprechende Grundannahme zugrunde, wie Überversorgung zu definieren und zu bestimmen ist. Unsere Ad-hoc-Rekonstruktion der vermutlichen Grundannahme in der DMS 6-Studie lässt sich etwa so formulieren: Überversorgung besteht, wenn der Behandlungsbedarf niedriger ist als der tatsächliche Versorgungsgrad in der Versorgungswirklichkeit. Mit anderen Worten, wenn der Bedarf mit der Versorgungswirklichkeit identisch ist, besteht weder Unter- noch Überversorgung. Diese Eigendefinition hat insofern eine entscheidende Schwäche, dass sie weder Schäden (Nichtschadensgebot oder Non-Malefizien) noch Aspekte des Nutzens- bzw. Wohltuns (Benefizienz) berücksichtigt. Beides sind jedoch entscheidende berufsethische Prinzipien, auf die Kieferorthopäden gegenüber ihren Patienten zwingend zu verpflichten sind, wenn die Berufsordnung ernst genommen wird.

Mithin wurde in der DMS 6-Studie als einziger Schaden die Karies bei Unbehandelten untersucht, wobei herauskam, dass zwischen Kindern (permanente Zähne) mit KFO-Versorgungsbedarf und solchen ohne KFO-Versorgungsbedarf ein Unterschied von lediglich 1,8 Prozent besteht (50,9 Prozent bzw. 49,1 Prozent; Seite 81, DMS 6-KFO-Modul, IDZ 2022). Aus diesem geringen Unterschied einen Zusammenhang zwischen Kariesprävalenz und dem Bedarf einer KFO-Behandlung abzuleiten, wie im o. g. Leitartikel, wäre doch eher als eine deutliche Überinterpretation der eignen Ergebnisse zu werten.

## Natürlicher Verlauf der „Diagnose“ ist kein Gesundheitsrisiko

Eine Überversorgung ist laut allgemein gültiger Definition auch dann vorhanden, wenn eine (kieferorthopädische) Maßnahme durchgeführt wird, deren Ausbleiben (natürlicher Verlauf der KIG) zu kei-



nen gesundheitlichen Risiken in der Zukunft (z. B. Karies, Beeinträchtigungen der Nahrungsaufnahme) führen würde.

In der DMS 6-Studie wird nun behauptet, dass sich mit zunehmendem Alter die KIG-Ausprägungen eher verstärken und der KFO-Versorgungsbedarf somit steigen bzw. dass die KIG-Prävalenzrate unterschätzt würde (DMS 6, Seite 96). Diese Aussage widerspricht allerdings Erkenntnissen (Dimberg et al. 2015), wonach sich nur eine von fünf KIG-Einstufungen ab Grad 3, nämlich D4/5, mit steigendem Alter in sehr geringem Ausmaß verstärkt. Alle anderen KIG-Einstufungen wie Einseitiger Kreuzbiss (K4) und Offener Biss (KIG O2-5) sinken bis zum 11,5 Lebensjahr deutlich ab. Der Beidseitige Kreuzbiss K4 sinkt sogar von 2,9 Prozent bei den Siebenjährigen auf 0,5 Prozent bei den 11,5-Jährigen. Es kann eher von einer Überschätzung der Prävalenzen der KIG-Einstufungen ausgegangen werden. Bestimmte (Früh-)Behandlungen der KIG-Einstufungen K, O oder M im Alter von sieben bis zehn Jahren könnten sich als unnötig erweisen (Überversorgung).

Eine Überversorgung wäre aber auch möglich, wenn KFO-Behandlungen allein aus kariespräventiven Gründen durchgeführt werden, da ein kausaler Zusammenhang Karies–KIG bis dato nicht erbracht ist.

Nach diesem Muster müssten letztlich auch andere Indikationen von KFO-Behandlungen überprüft und hinterfragt werden. Zum Beispiel wäre zu klären, inwieweit KIG-Einstufungen zu einer Beeinträchtigung des Kauvermögens führen oder diese Fähigkeit in der Zukunft bedrohen. Aus der DMS 6-Studie geht lediglich hervor, dass nur zwei von 100 Studienteilnehmern (2,4 Prozent) oft bis sehr oft Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln hatten. Daraus eine Assoziation zwischen Versorgungsbedarf und verminderter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität abzuleiten (DMS 6, Seite 82), erscheint schon recht abenteuerlich, zumal auch viele andere Faktoren in Betracht kommen, die das Kauen beeinträchtigen können (z. B. Gewohnheiten, bestimmte Nahrungsmittel).

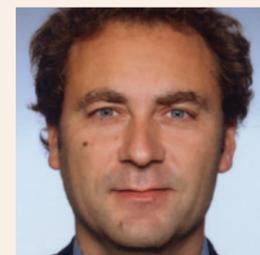
## Fazit

Wie vorstehend ausgeführt, kann anhand der Ergebnisse der DMS 6-Studie nicht automatisch darauf geschlossen werden, dass es weder eine Unter- noch eine Überversorgung in der Kieferorthopädie gibt. Vielmehr ist weitere Überversorgungsforschungsarbeit nötig, die gezielt auf wissenschaftliche Methoden, Daten und Vorarbeiten zurückgreift. Vor allem gilt es die Schäden einer KFO-Behandlung sowie deren Nutzen objektiv zu erfassen und miteinander ins Verhältnis zu setzen. Die allgemeine Notwendigkeit derartiger Forschungen ergibt sich nicht zuletzt aus der Tatsache, dass Überversorgung nicht nur steigende Kosten im Gesundheitssystem verursacht, sondern vor allem erhebliche gesundheitliche Schäden bei Patienten (Eckert N. 2019).

Es soll keineswegs behauptet werden, dass die DMS 6-Studie im Ganzen nutzlos ist, doch leider verheißt sie mehr, als sie wirklich leis-

tet. Vor allem mit Blick auf die aktuell brennenden Probleme der KFO bleibt sie einiges schuldig.

Insbesondere fehlen Daten, die die Schäden bei Kindern erfassen, die erst durch KFO-Behandlungen entstehen (z. B. Karies oder Gingivitis). Unklar bleibt auch, wie häufig röntgenologische Diagnostiken durchgeführt wurden oder wie die Ergebnisqualität nach jahrelangen Behandlungen einzuschätzen ist: Sind die Patienten überhaupt zufrieden? Welche objektiven Befunde sind nach der Behandlung noch vorhanden? Hatten die Patienten und deren Eltern die Möglichkeit zur wohlinformierten Mitbestimmung? Wurden Alternativen einschließlich jeweiliger Dauer, Risiken und Notwendigkeiten langfristiger Stabilisierung des Ergebnisses (z. B. Retainer) angesprochen? Welche Prognose und Dauerhaftigkeit haben die von der Solidargemeinschaft finanzierten Behandlungen? Welche (wissenschaftlichen) Gründe werden für private Zuzahlungen (Zusatzleistungen) angegeben? Diese und viele andere Fragen bleiben unbeantwortet und es ist zu hoffen, dass das nächste KFO-Modul hierzu Antworten liefert, die einer objektiv-sachlichen Kritik standhalten. **DT**



**Dr. med. dent. Alexander Spassov**  
Apfelweg 28  
17489 Greifswald, Deutschland  
Tel.: +49 3834 8843636  
info@spassov.eu  
www.spassov.eu



**Dr. phil. Hartmut Bettin**  
Institut für Ethik und Geschichte  
der Medizin  
Universitätsmedizin Greifswald  
Ellernholzstraße 1–2  
17487 Greifswald, Deutschland  
Tel.: +49 3834 865783  
hartmut.bettin@  
med.uni-greifswald.de

