

Der lange Weg zur kieferorthopädischen Versorgungsforschung

Über die Notwendigkeit und Spannweite weiterer Forschung als Grundlage für eine seriöse Bewertung des Nutzens der KFO-Behandlung.

Von Dr. rer. pol. Bernard J.M. Braun, Bremen, und Dr. med. dent. Alexander Spassov, Greifswald.



Krankenkassen und Zahnärzte als Leistungserbringer vertragszahnärztlicher kieferorthopädischer Leistungen sind im § 70 SGB V verpflichtet, den Versicherten eine Versorgung zu gewährleisten, die

1. das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf,
2. dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht,
3. zweckmäßig, bedarfsgerecht sowie wirtschaftlich ist.

Der Behandelnde ist sowohl durch seine berufsethischen Pflichten (BZÄK 2017) als auch durch das Patientenrechtegesetz (PatRGes) im § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs „verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären“. Letztere beziehen sich auf Behandlungsalternativen mit ihrer unterschiedlichen Art, Durchführung, Kosten und zu erwartenden Erfolgsprognosen sowie Risiken, die in patientenverständlicher Sprache wertefrei kommuniziert werden müssen (EbM 2016).

Zu überprüfen, ob der Behandlungsalltag diesen Anforderungen entspricht, ist eine der zentralen Aufgaben der Versorgungsforschung.

Wissenschaftliche und politische Akteure wie der Sachverständigenrat Gesundheit (SVRKAiG 2001), DIMDI (Frank et al. 2008) oder der Bundesrechnungshof (BRH 2017, BRH 2018) forderten seit fast zwei Jahrzehnten mehr Transparenz über den Behandlungsalltag in der Kieferorthopädie (KFO) – wie Behandlungsdauer und -kosten oder den Nutzen der kieferorthopädischen Behandlung im Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine wachsende, doch überschaubare Anzahl von in den letzten Jahren in Deutschland veröffentlichten methodisch unterschiedlichen Studien und Gutachten (z.B. Braun 2012, Madsen

2015, Spassov et al. 2016a, Krey/Hirsch 2012, DGKFO 2018, von Bremen 2017) zeigen, dass mehr Transparenz machbar ist.

Die Bedeutung der Erhebung von subjektiven Wahrnehmungen in einem Teil dieser Studien beruht auf dem forschungs- wie behandlungsethischen (u. a. informierte Entscheidung „auf Augenhöhe“ nach dem PatRGes), aber auch versorgungspraktischen (u. a. Verbesserung der Compliance) Ziel, die Erwartungen, Befürchtungen und Bedürfnisse der jungen Patienten und ihrer Eltern korrekt zu identifizieren, zu kommunizieren und stärker zu beachten als bisher.

Ergebnisse der Befragung von kieferorthopädisch behandelten Kindern und ihren Eltern

Ergebnisse einer bundesweiten Befragung (vgl. dazu ausführlicher: Spassov et al. 2016a) von frisch in Behandlung befindlichen Kindern (n = 865 von 2.991) und von Jugendlichen mit bereits abgeschlossener Behandlung (n = 750 von 3.015) zeigen, welche Bedeutung für die aktuelle aber auch künftige kieferorthopädische Behandlung die Versorgungsforschung haben kann.

Vor dem Hintergrund der Rechtsgrundlage für den Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung im § 29 SGB V¹ wird ersichtlich, dass bei der Mehrheit der mit einer Behandlung startenden Kinder keine durch subjektiv störende funktionelle Beschwerden beim Kauen, Beißen, Atmen oder Sprechen u. a. gestützte Behandlungsbedürftigkeit bestand.

Lediglich das „Verfangen von Essensresten zwischen Zähnen“ trat bei etwas mehr als der Hälfte der Kinder, „Probleme beim Kauen harter Speisen“ dagegen nur bei 20 Prozent oder „Kieferschmerzen“ bei elf Prozent von ihnen vor Beginn der

Behandlung täglich, oft oder manchmal auf. Die oft behauptete sekundäre Rolle von Beschwerden mit der äußeren Erscheinung der Zähne und Kiefer lässt sich nur sehr beschränkt belegen. Ebenfalls vor Beginn der KFO-Behandlung und zwar „täglich“, „oft“ oder „manchmal“ hatten 31 Prozent der Kinder darüber nachgedacht, was andere über sie gedacht hatten, „schämten sich“ zwölf Prozent der Kinder wegen ihres Aussehens oder neun Prozent der Kinder wurden von anderen Kindern „gehänselt“. Folgerichtig bestimmten daher auch nur acht Prozent der Kinder den Beginn einer Behandlung selbst. In 26 Prozent der Fälle ging die Initiative von den Eltern aus, und 81 Prozent der Befragten sagten auch (Mehrfachantworten möglich), dass der Zahnarzt der Initiator war.

Die Befragung von Jugendlichen mit abgeschlossener Behand-

lung offenbart ein für die Prozessqualität, die Wirtschaftlichkeit und die Erwartungen der Patienten an eine möglichst kurze Behandlungsdauer bedenkliches Behandlungsmuster.

65 Prozent aller letztendlich mit einer festsitzenden Apparatur (FA) behandelten Jugendlichen gaben an, zuvor mehr oder weniger lange mit einer herausnehmbaren Apparatur (HA) behandelt worden zu sein. Auch wenn es sicherlich Patienten gibt, für die eine Frühbehandlung (FB) im Wechselgebiss mit einer HA indiziert sein kann, ist dies für fast zwei Drittel aller Behandelten, gemessen am aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse, höchstwahrscheinlich nicht zu rechtfertigen (Tulloch et al. 2004, Sunnak et al. 2015, Koretsi et al. 2015, Zymperdakos et al. 2016). Berücksich-

tigt werden muss zusätzlich, dass die Prävalenz von KIG-Einstufungen für FB wie D (vergrößerte sagittale Stufe) oder K (Kreuzbiss) unbehandelt vom dritten bis zum elfteinfünften Lebensjahr sinkt (Dimberg et al. 2015). So fällt die Zahl der Patienten mit K3 oder K4 (FB nach Pkt. 8c der KFO-Richtlinien) von 12,9 Prozent bzw. 6,5 Prozent bei den Dreijährigen auf 5,1 Prozent bzw. 0,0 Prozent bei den 11,5-Jährigen.

Ergebnisse der Analyse von KFO-Routinedaten

Die erstmalige und veröffentlichte Analyse (Braun/Spassov 2018) der versichertenbezogenen gespeicherten Abrechnungsdaten von KFO-Behandlungsfällen (sogenannte Sekundärdaten) der bei der Handelskrankenkasse (hkk) Bremen versicherten Kinder und Jugendlichen liefert trotz mancher Schwächen der Datendokumentation (z. B. fehlende oder unvollständige Daten) eine Fülle von bisher unbekanntem, nicht quantifizierbarem oder lediglich vermuteten quantitativen und qualitativen Erkenntnissen.

Eine FB, deren Wirksamkeit wie oben diskutiert sehr begrenzt ist, erhielten von den 3.322 Versicherten mit einer KIG-Einstufung, im Zeitraum 2016/2017 644 oder rund 20 Prozent. Auch wenn alle bis 2017 nicht behandelten anspruchsberechtigten Kinder keine Frühbehandlung mehr erhalten, sinkt der Anteil lediglich auf 15 Prozent und liegt damit weit über dem für bis elfjährige Kinder als sinnvoll bezeichneten Anteil von zwei bis sechs Prozent (Richmond 2016). Von den 5.535 Personen mit abgeschlossener Behandlung befanden sich 912 Personen (16,5 Prozent) mindestens einmal in der Inanspruchnahme-art FB.

Die Abfolge der kieferorthopädischen Behandlung von HA





Bewerben Sie sich jetzt!



Smart Integration
Award 2019

Women in dentistry

Experts in Smart Integration

Sie sind Netzwerkerin aus Leidenschaft. Alle Fäden laufen an Ihrem Behandlungsplatz zusammen. Für präzise Behandlungsergebnisse nutzen Sie die Vorteile neuer Technologien und interessieren sich für Digitalisierung und Integration. Sie wollen die Zukunft mitgestalten? Werden Sie Kandidatin für den Smart Integration Award. Mit einem Klick sind Sie dabei.



dentsplysirona.com/smart-integration-award

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 **Dentsply
Sirona**

und FA und damit eine Verlängerung und Verteuerung der Behandlung ist auch im Lichte der Routinedaten keine Seltenheit, sondern betrifft eine Mehrheit der Behandelten:

- Von den 4.388 Personen, die eine Behandlung mit HA an einem Kiefer (BEL 7010) erhielten, wurden 2.965, also 60,7 Prozent, auch noch mit einer FA (Bema Geb.-Nr. 126a für Eingliederung von Brackets) behandelt.
- Von den 921 Personen, die nach der BEL-Nummer 7020 eine HA an beiden Kiefern erhielten, wurden danach noch 577 mit FA weiterbehandelt. Dies entspricht einem Anteil von 62,6 Prozent.

Obwohl sich Röntgendiagnostik nicht als Routinemaßnahme eignet (Isaacson et al. 2015, Durao et al. 2015) und die KFO-Richtlinien u. a. auch Röntgen nicht als Routineleistung verstanden wissen wollen (Spasov et al. 2016b), sondern nur bei entsprechender Indikation und im Einzelfall für notwendig halten, werden mehrere Röntgenuntersuchungen bei 85 oder gar 90 Prozent der Patienten durchgeführt. Prävalenzstudien über Zahnzahlvariationen als einer der wichtigsten Indikationen für Röntgendiagnostik (Mossaz et al. 2016, Ludwig et al. 2013) zeigen, dass dies bei höchstens zehn bis 15 Prozent der Patienten gerechtfertigt wäre.

IGES-Gutachten „Kieferorthopädische Maßnahmen“

Nach der breiten öffentlichen Diskussion über die vom BRH (2017 und 2018) geäußerten Zweifel am Nutzen und der Wirtschaftlichkeit der KFO-Behandlung und seiner Kritik an der seit Jahrzehnten dazu fehlenden oder lückenhaften systematischen Forschung, gab das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2018 ein Gutachten (Hoffmann et al. 2018) in Auftrag. Angesichts der skizzierten Forschungsbasis ist nicht weiter verwunderlich, dass das Gutachten keine abschließenden Ergebnisse liefert, sondern vor allem auf die Notwendigkeit und Spannweite weiterer Forschung als Grundlage für eine seriöse Bewertung des Nutzens der KFO-Behandlung hinweist. So kommen die Gutachter zum Schluss, eine Verringerung der Morbidität durch Zahnspannen könne zwar im Detail und kausal auf der Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse nicht belegt, aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Rahmenbedingungen und Behandlungsqualität

Es ist bekannt, dass ökonomische, soziale und kulturelle Rahmenbedingungen einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der medizinischen Versorgung haben. Hierzu zählen z.B. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütungsformen der erbrachten Leistungen. Sowohl zur Qualitätssicherung, hier insbesondere zum Gutachterwesen, als auch über die Auswirkungen der Vergütungsform (Einzelleistungsvergütung) auf die Behandlungsqualität gibt es keine Untersuchungen. Es gibt jedoch erste Hinweise, dass die Rahmenbedingungen eine Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie fördern (Spasov et al. 2016b). Da weder der BRH noch das IGES-Gutachten diesen wichtigen Faktor in ihren Ausführungen berücksichtigt haben, ist zu hoffen, dass die Gesundheitspolitik auch hier den dringenden Reformbedarf erkennt und handelt.

Fazit

Erste Studien zur Versorgungsforschung sind selbst unter außeruniversitären Bedingungen mit unterschiedlichster Methodik machbar und verbreitern die Wissensbasis zur KFO-Behandlung. Ihre Ergebnisse sollten im Rahmen der zuletzt auch von den IGES-Gutachtern vorgeschlagenen kieferorthopädischen Versorgungsforschung mit weiteren Daten ergebnisoffen überprüft und angereichert werden, um Schaden für Patienten zu minimieren und seinen Nutzen zu maximieren. Unabhängig vom Ergebnis dieser Studien erscheint uns der Kommentar des Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Wolfgang Eßer, zu den Ergebnissen des IGES-Gutachtens (zit. nach online 2019) nicht hilfreich. Ohne dass es in den letzten Jahren

KZBV-eigene oder von ihr angeregte ernsthafte Untersuchungen über die Evidenz für kieferorthopädische Maßnahmen gab und gegen eine vermeintliche Position gerichtet, KFO-Behandlung sei komplett nicht notwendig, erklärt er apodiktisch, es gäbe „vonseiten der Vertragszahnärzteschaft nicht den geringsten Zweifel am Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung“. Und um zu verhindern, dass doch jemand am „geringsten Zweifel“ zweifelt und diesen Zweifel durch Studien zu klären versucht, muss man sich mit dem „Argument“ auseinandersetzen, „fehlende Evidenz“ sei wegen der „ethischen Limitation“ placebokontrollierter Studien „wissenschaftlich nur schwer herstellbar“. Damit droht der Kieferorthopädie nicht nur die selbstgewollte Existenz als evidenzfreie Zone, sondern auch eine fundamentale Abschottung gegenüber dem größeren „Rest“ der Medizin und der dortigen methodisch hochwertigen, ethisch verantwortlichen und fantasievollen Evidenzorientierung. Es bleibt zu hoffen, dass die nächsten Aktivitäten der KFO-Versorgungsforschung die Kieferorthopädie aus diesen Sackgassen herausführen. ¹⁾

stellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.“

Kontakt



Dr. rer. pol. Bernard Jacques Michel Braun

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)/
Socium der Universität Bremen
Mary-Somerville-Straße 5
28359 Bremen, Deutschland
Tel.: +49 1520 2098343
bbraun@zes.uni-bremen.de
www.forum-gesundheitspolitik.de



Dr. med. dent. Alexander Spasov

Apfelweg 28
17489 Greifswald, Deutschland
Tel.: +49 3834 8843636
info@spasov.eu
www.spasov.eu



ANZEIGE

16. JAHRESTAGUNG DER DGKZ
17. und 18. Mai 2019
Hilton Hotel Düsseldorf

mit **Table Clinics**

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM

www.dgkz-jahrestagung.de

Faxantwort an +49 341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm für die 16. JAHRESTAGUNG DER DGKZ zu.

Titel, Vorname _____

Name _____

E-Mail (Für die digitale Zusendung des Programms.) _____

Datum, Unterschrift _____

Stempel

DTG 2/19

Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin

Thema:
Aktuelle Trends in der Ästhetischen Zahnheilkunde

Veranstalter/Anmeldung:
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig | Deutschland
Tel.: +49 341 48474-308 | Fax: +49 341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com

**Wissenschaftliche Leitung/
Kongressmoderation:**
Profesor Invitado Universität Sevilla
Dr. med. dent. Martin Jörgens

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.

Fotos: © OEMUS MEDIA AG



Perfekte Werkzeuge – mehr Freizeit



IDS 2019
Hall 10.2,
Aisle M 058



LUMINEERS
The #1 patient-requested veneer

denmat.com