



Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

(Foto: BZÄK/Axentis)

Plädoyer für eine kritische Würdigung der Evidenzbasierten Zahnmedizin

Mit der Vorlage des Berichtsplans und jüngst des Vorberichts zum Auftrag N15-01 „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ durch das IQWiG hat die Rolle und Bedeutung der evidenzbasierten Medizin (EbM) für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eine neue Qualität erfahren. Jeder, der sich mit diesen Dokumenten auseinandersetzt, erlebt, wie die dem IQWiG zu Grunde liegende wissenschaftliche Methodik und der damit verbundenen prioritären Geltungsmacht von Randomized Controlled Trials (RCT) sich für die Zahnmedizin niederschlägt. Gleichzeitig besitzt diese Orientierung auch eine politische Dimension, da der G-BA auf Grundlage des Berichtes des IQWiG und seiner Methodik über die zukünftige systematische Behandlung von Parodontopathien zu entscheiden hat. Auch kann und darf der G-BA bei seinen Entscheidungen von den Empfehlungen des IQWiG abweichen, jedoch ist dafür eine hohe Begründungsschwelle zu überwinden und die notwendigen Argumente müssen gewichtig sein.

Natürlich sind RCTs heute sozusagen der Goldstandard der EbM. Nach Sackett et al. [3] ist die „Praxis“ von EbM die Verbindung der bestverfügbaren externen Evidenz mit der individuellen klinischen Expertise (interne Evidenz) und der Patientenpräferenz. „Externe klinische Evidenz kann individuelle klinische Erfahrung zwar ergänzen, aber niemals ersetzen.“ (Sackett). Gleichzeitig sah er bereits 1996 die Gefahr, dass sog. Einkäufer von Gesundheitsleistungen die EbM dafür nutzen, um die Kosten in der Krankenversorgung zu reduzieren. Auch verwies er im gleichen Artikel, dass der zentrale Gedanke von EbM nicht ausschließlich auf randomisierte kontrollierte Studien und Metaanalysen begrenzt sei. Entscheidend für die Auswahl der notwendigen Methodik für Studien sei die konkrete, wissenschaftlich relevante Fragestellung [4]. Sofern keine kontrollierten Studien für ein spezielles Problem der Medizin vorliegen, müsse auch auf die nächstbeste externe Evidenz zurückgegriffen werden. Wichtige Aussagen, die im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Situation in der Zahnmedizin argumentativ genutzt werden sollten. Eine Erkenntnis übrigens, die bereits auf dem IDZ-Symposium zur „Evidence-Based Dentistry“ in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit der Fortbildungsakademie Karlsruhe im Jahr 1999 nachdrücklich von den dort versammelten Experten unterstrichen wurde [5].

Das IQWiG ist gehalten, aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und seiner festgelegten Methoden im Sinne einer politischen Instrumentalisierung zu handeln. Eine methodenkritische und selbstkritische Methodendiskussion sollte jedoch angeregt werden. In den aktuellen Stellungnahmen zum Paro-Vorbericht wird dies zunehmend deutlich, aber es ist zu befürchten, dass diese Diskussion kaum noch einen Einfluss auf das laufende Verfahren besitzen wird.

Sowohl auf der politischen als auch auf der fachlichen Ebene hat sich die Zahnmedizin in den letzten Jahren in Deutschland auch der sog. Versorgungsforschung zugewendet [1]. Ein erster Lehrstuhl (an der Zahnklinik der Universität Kiel) ist gegründet und das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), eine gemeinsame Einrichtung von BZÄK und KZBV, leistet seit vielen Jahren, insbesondere mit seinen Mundgesundheitsstudien (DMS-Studien), wesentliche Beiträge zur Morbiditätsforschung im gesellschaftlichen Umfeld. Die Versorgungsforschung agiert dabei fächerübergreifend und beschreibt, analysiert und bewertet u.a. auch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unter Alltagsbedingungen – der sogenannten letzten Meile im Gesundheitswesen. Sie leistet somit einen wesentlichen wissenschaftlichen Beitrag zur Gesundheitssystemgestaltung. Und was nutzen uns beispielsweise hochselektionierte Probandenstichproben, die die Kriterien von RCTs im Rahmen homogener Rekrutierungsprozeduren erfüllen, aber aufgrund fehlender oder eingeschränkter Kenntnis über die soziodemographische Zusammensetzung oder über die Struktur möglicher existierender Multimorbiditäten in der Stichprobe Grenzen in der statistischen Reichweitenbestimmung setzen?

Mit einem interdisziplinären Blick aus dem disziplinären Arsenal der gesamten Versorgungsforschung und dessen Methodenpluralismus gäbe es Möglichkeiten, sich dem EbM-Paradigma à la IQWiG deutlich kritisch zu nähern und „Studienlagen“ methodisch ergiebiger darauf abzuklopfen, inwieweit sie auch für Fragen der praktischen Gesundheitssystemgestaltung wirklich nutzbringend verwertet werden können. Denn ein zentraler Punkt darf nicht aus dem Auge verloren werden: Jede externe Evidenz – und sei sie noch so hochrangig – muss in der medizinischen Praxis auf konkrete Patienten und ihre Versorgungsanliegen heruntergebrochen werden. Um diese „Reindividualisierung der Evidenz“ [2] kommt man nicht herum.

Summa summarum sei auch die Frage gestattet, ob nicht eine zu einseitige Orientierung auf die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin auch die Kreativität im Versorgungsalltag bis hin zum Pluralismus der Forschungsvielfalt einschränkt. Die Anwendung der evidenzbasierten Medizin in dem von Sackett beschriebenen Sinn ist heute zweifellos ein „MUSS“ für alle Bereiche des Gesundheitswesens. Sie sollte jedoch keinesfalls als ultimatives Argument für ein spezielles Forschungsdiktat oder ideologiegeladete gesundheitspolitische Entscheidungen missbraucht werden: Krankheit und Gesundheit dürfen nicht ausschließlich in einer allein naturwissenschaftlichen Perspektive und unter biometrischen Parametern gesehen werden. Eine wissenschaftliche Blickerweiterung auf die biopsychoso-

zialen Voraussetzungen und Einflussfaktoren, auch unter Berücksichtigung des rahmengebenden spezifischen Gesundheitssystems, ist zu fordern, um die Bewertung von „Studienlagen“ ganz grundsätzlich – und wahrlich nicht zuletzt – in einen größeren Deutungsrahmen der Patientenorientierung stellen zu können.



Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Literatur

1. Hüttig F, Jordan AR, Listl S, Schwendicke F, Dörfer CE: Versorgungsforschung in der Zahnmedizin. Positionsschrift des Arbeitskreises Epidemiologie, Public Health und Versorgungsforschung in der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 2015; 70: 293–301
2. Robra BP: Evidenzsicherung in der medizinischen Praxis. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H: Handbuch Professions-
- entwicklung. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2016, S. 398–412
3. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71–72
4. Sackett DL, Wennberg JE: Choosing the best research design for each question. BMJ 1997; 315: 1636
5. Walther W, Micheelis W (Gesamtbearbeitung): Evidence-Based Dentistry. 2. unveränderte Auflage, IDZ Band 23. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln 2003



Die **Abstracts** der Vorträge und Posterdemonstrationen der 67. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie und der 38. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin finden Sie unter **www.online-dzz.de**.