

Replik zu „Gesundheitsökonomie der Prävention“

Bei der Kariesprophylaxe ist eine Gesamtstrategie wichtig

David Klingenberger, Köln, und Dietmar Oesterreich, Stavenhagen

Unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt lässt sich im Leben so manches bewerten. Dass die Ausführungen von Strippel in der Novemberausgabe von *Die BKK*¹ zum Widerspruch reizen und insofern geeignet sind, eine fruchtbare Diskussion über den Sinn und Zweck der Kariesprophylaxe anzustoßen, sei hier ausdrücklich als Nutzen verbucht. Leider argumentiert Strippel auf Kosten einer zukunftsorientierten Einheit primär-, sekundär- und tertiärprophylaktischer Strategieansätze.

Strippel erläutert einleitend die verschiedenen gesundheitsökonomischen Analysemethoden und ordnet das eigene Vorgehen als Kosten-Kosten-Analyse bzw. Kosten-Minimierungs-Analyse ein. Als notwendige Voraussetzung dieser Form gesundheitsökonomischer Evaluation gilt, dass die zum Vergleich stehenden Verfahren vom Ergebnis her identisch sind.

In der von Strippel zitierten Quelle² wird erläuternd darauf hingewiesen, dass diese Situation im Gesundheitswesen eher selten anzutreffen sei. Dass dennoch sehr häufig Kosten-Kosten-Analysen in Auftrag gegeben werden, wird auf die relativ unproblematische Durchführbarkeit der Analyse zurückgeführt. Als *conditio sine qua non* für diese Form der gesundheitsökonomischen Analyse gilt, dass die Wirkungsgleichheit der Maßnahmen in valider Form belegt werden kann.

Die Wirkungsgleichheit der verglichenen Maßnahmen (Fluoridprophylaxe, Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe) wird von Strippel indes nicht belegt, sondern vereinfachend angenommen. Lediglich für das Beispiel der Gruppenprophylaxe wird

eine erwartete Karieshemmung von 38 % anhand einer Meta-Analyse aus dem Jahre 1994 (die ausgewerteten Analysen entstammen dem Zeitraum 1965 - 1991) belegt. Die Fiktion der Wirkungsgleichheit führt im Beispiel der Individualprophylaxe etwa zum Ausschluss der Fissurenversiegelung, obwohl es sich hierbei um eine üblicherweise im Rahmen der Individualprophylaxe erbrachte höchst effiziente und effektive präventive Strategie mit Evidenzgrad I handelt.³

Insofern kann man durchaus sagen, dass mit den vereinfachenden Ausführungen zum Nutzenaspekt die Voraussetzung für die anschließende Kosten-Kosten-Analyse quasi künstlich geschaffen wurde. Statt einer Kosten-Kosten-Analyse, die einen echten Vergleich alternativer Behandlungsoptionen ermöglicht hätte, werden dem Leser drei Kosten-Analysen mit einer Beschränkung auf die direkten Kosten präsentiert, die sich aufgrund der unbelegten Wirkungsgleichheit nicht sinnvoll zueinander in Beziehung setzen lassen. Auch hierzu äußern sich die von Strippel zitierten Autoren klar und deutlich: „Die Annahme, dass die medizinischen Ergebnisse zweier

Maßnahmen identisch sind und daher ein reiner Kostenvergleich ausreichend ist, ist sicherlich nur in Ausnahmefällen akzeptabel. Im Regelfall werden sich sowohl die Kosten, als auch die Ergebnisse zweier Maßnahmen unterscheiden.“⁴

Bei angenommener Wirkungsgleichheit der verglichenen Maßnahmen ist das Ergebnis der Analyse insofern wenig überraschend. Das kostengünstigste Mittel der Wahl ist – *quod erat demonstrandum* – das kostengünstigste Mittel der Wahl. Nun besteht der Sinn des Gesundheitssystems aber nicht darin, primär Kosten einzusparen, sondern Krankheiten zu heilen und den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern.

Der Nutzen präventiver Maßnahmen hängt entscheidend davon ab, ob die jeweilige Zielgruppe erreicht und deren Gesundheitsverhalten im positiven Sinne beeinflusst werden kann.

Damit wenden wir uns der auch von Strippel angemahnten Public-Health-Sicht zu.

Der Auffassung von Strippel, dass die tatsächliche Effektivität von Prävention nicht durch klinische Studien, sondern nur durch Versorgungsforschung im realen Umfeld des Gesundheitswesens ermittelt werden kann, ist grundsätzlich zuzustimmen. Aus der Versorgungsforschung ist bekannt, dass insbesondere orale Erkrankungen in der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt sind, sondern eine Tendenz der Polarisierung zeigen.⁵ Oralepidemiologische Studien belegen den bedeutsamen Einfluss der Sozialschichtung auf die Mundgesundheit.⁶ Eine moderne und zukunftsweisende Präventionsstrategie wird daher nicht allein auf Verhaltensprävention setzen können, sondern aufgrund der Sozialschichtabhängigkeit vieler klinischer Befunde auch sozialstrukturelle Rahmenbedingungen bei der Mundgesundheitsförderung (Stichwort: Verhältnisprävention) zu berücksichtigen haben.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat bereits 1996 in einer Publikation über Risikogruppenprofile bei Karies und Parodontitis⁷ darauf hingewiesen, dass eine Veränderung der strukturellen Determinanten, beispielsweise durch Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen in Form eines umfassenden Präventionsprogrammes, Kompetenzerweiterung in präventiver Richtung im Zuge der zahnmedizinischen Ausbildung, der Einsatz von Prophylaxehelferinnen oder eine zielgruppengerechte Ansprache der Bevölkerung unter Berücksichtigung der subkulturellen Lebensformen zweifellos erhebliche Auswirkungen auf die Effizienz und Effektivität von Präventionsstrategien hat. Um aber überhaupt spezielle Risikogruppen erreichen zu können, müssen diese Risikogruppen zunächst einmal identifiziert werden.

Entsprechende Akzentsetzungen in der Präventionsforschung gibt es trotz des erkennbaren Forschungsbedarfes⁸ bisher kaum. Das IDZ hat aus diesem Grunde mittels Segmentationsanalysen eine detaillierte Beschreibung von Risikogruppen und eine statistische Berechnung von sogenannten Relativen Risiken (RR) vorgelegt, die von erheblichem Wert für eine verbesserte Zielgruppenbeschreibung für Präventionsstrategien sein dürfte.⁹

Aufgrund der langjährigen Projekterfahrung, über die das IDZ verfügt, erscheint auch die Kritik Strippels an den „unrealistischen Annahmen“ des computergestützten Simulationsmodells (COSIMO-PX) zu den ökonomischen Effekten der Individualprophylaxe¹⁰ wenig schlüssig. So liegt beispielsweise die im Simulationsmodell des IDZ annahmegermäßig zugrundegelegte Inanspruchnahmequote von 30 % für das Basisjahr 1995 nicht wesentlich über dem von Strippel angenommenen Anteil von 25 %. Die von Strippel beschworene Versorgungsrealität scheint demgegenüber erfreulicherweise eher noch stärker präventionsorientiert zu sein als die angenommenen Werte widerspiegeln. Die Inanspruchnahmequoten individualprophylaktischer Leistungen lagen im Jahr 1999 bei rund 36 % (West) bzw. 46 % (Ost).¹¹

Wenn Strippel fordert, dass theoretische Überlegungen zum Nutzen der jeweiligen Präventionsmaßnahme immer auch den realistischen Erreichungsgrad der Zielgruppe berücksichtigen sollten, ist dem uneingeschränkt zuzustimmen. Seine eigenen Ausführungen lassen indes wenig von der geforderten Zielgruppenorientierung erkennen. Bei welchen Zielgruppen reicht es aus, das eigenverantwortliche Handeln im

Bereich der Mundgesundheit im Sinne der oral health self care durch Informationsangebote zu unterstützen? Bei welchen Zielgruppen könnten Anreizsysteme in Form eines Bonus das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen? Und welche Zielgruppen bedürfen zur Stützung und Verbesserung der Compliance einer regelmäßigen flankierenden individuellen Betreuung durch den Zahnarzt (professional health care)? Erst die Beantwortung dieser Fragen lässt Rückschlüsse auf die Effizienz verschiedener Präventionsmaßnahmen zu.

Aufgrund des fehlenden Zielgruppenbezuges erweckt Strippel – gewollt oder ungewollt – den Eindruck, nicht komplementäre, sondern konkurrierende Präventionsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Effizienz und Effektivität zu untersuchen. Um die Synergien zwischen den verschiedenen Prophylaxeebenen sinnvoll nutzen zu können, wäre präventionsstrategisch aber ein „Sowohl – als auch“ anstelle eines „Entweder – oder“ zu fordern. Dass die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen möglichst effizient eingesetzt werden sollten, ist und bleibt in diesem Zusammenhang eine gesundheitsökonomische Binsenweisheit. Gerade weil in der Synergie und der Vernetzung der verschiedenen Präventionsansätze der Schlüssel zum zahnmedizinischen Erfolg liegt, macht ein ganzheitlicher Ansatz im Sinne der Einheit von primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen doch auch unter gesundheitsökonomischen Vorzeichen Sinn.

Dass sich die vielfältigen Synergieeffekte im Rahmen der Kosten-Nutzen-Bewertung kaum theoretisch angemessen abbilden, geschweige denn in monetäre Größen übersetzen lassen, ändert nichts an

der schlichten Tatsache, dass wir es hier mit der Versorgungsrealität zu tun haben – und zwar einer hochkomplexen Versorgungsrealität, die mit selektiven und unterkomplexen Analyserastern nicht zu durchdringen ist. Aber die Versorgungsrealität ist möglicherweise durch interessengeleitete Darstellungen in der einen oder anderen Weise beeinflussbar.

Erst vor diesem Hintergrund erschließt sich dem Leser, weshalb Strippel die Berechtigung der Individualprophylaxe in Zweifel ziehen kann. Der Vergleich der Kosten für die Individualprophylaxe (70,40 Euro) mit den Kosten einer konservierend-restaurativen Zahnbehandlung (50,85 Euro) ist dabei in vielerlei Hinsicht fragwürdig. Dass Individualprophylaxe nicht nur effektiv, sondern auch kostengünstiger als eine restaurative Sanierung ist, haben Saekel und Neumann in der Ausgabe 6/2001 von *Die BKK* detailliert nachgewiesen.¹² Dies gilt insbesondere dann, wenn man berücksichtigt, dass gesunde Zähne eine ungleich längere Lebensdauer haben als gefüllte Zähne und langfristig deutlich geringere Folgekosten bei der Zahnerhaltung verursachen.

So kommt auch Rübiger zu dem Schluss, dass die monetäre Bewertung einer verhüteten Kariesläsion mit dem Gebührensatz für eine Füllungstherapie den sozialen Wert der Kariesprophylaxe unterschätzt.¹³ Der Vergleich der Kosten für Individualprophylaxe mit den Kosten einer Füllungstherapie ist insofern wenig sinnvoll, zeigt dafür aber in aller Deutlichkeit die Schwächen des derzeitigen Systems der Vergütungsansätze und der damit verbundenen (Fehl-)Anreize für den Zahnarzt auf.

Wenn Strippel seine Ausführungen mit dem Plädoyer ausklingen lässt, immer das „gesamtgesellschaftliche Optimum“ von Nutzen und Kosten fest im Blick zu halten, „selbst wenn das zu unbequemen Entscheidungen führt“, darf auch die Frage gestellt werden, warum der gesamtgesellschaftlich bedeutsame Aspekt der Lebensqualität¹⁴ im Rahmen der Analyse praktisch völlig ausgeblendet bleibt.

Ist der soziale und individuelle Wert gesunder Zähne nicht deutlich höher anzusiedeln als der von kariösen bzw. mit Füllungen versorgten Zähnen? Rein monetäre Gesichtspunkte sind als alleiniger Bewertungsmaßstab der Prävention jedenfalls vollkommen ungeeignet, da sie den an die Verbesserung der Mundgesundheit geknüpften Nutzen des Patienten¹⁵ außer acht lassen.

Strippel lässt mit seinem Kostenvergleich außer acht, dass – wie auch von der WHO vertreten – den Mundhygienemaßnahmen eben auch eine wichtige parodontalprophylaktische Bedeutung beizumessen ist.¹⁶ Der Nutzen verbesserter parodontaler Verhältnisse bleibt indes in der Kosten-Nutzen-Bewertung unberücksichtigt. Auch wird die allgemeinmedizinische Bedeutung der oralen Gesundheit und der Wechselwirkungen zwischen oraler Gesundheit und systemischen Erkrankungen (Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen u.a.) offenbar immer noch unterschätzt.¹⁷

Eine moderne präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zielt nicht ohne Grund darauf ab, alle oralen Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, den Eintritt weiterer Schäden zu vermeiden sowie für eine möglichst frühzeitige funktio-

nelle und strukturelle Wiederherstellung zu sorgen.¹⁸

Aus übergeordneter gesamtgesellschaftlicher Perspektive hat insofern jede der betrachteten Präventionsmaßnahmen ihre eigene ganz spezielle Berechtigung. Dies gilt auch und insbesondere für die Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis, die eine „notwendige Ergänzung zur Gruppenprophylaxe“¹⁹ darstellt. Die Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindergärten ist im Gegensatz zur Darstellung von Strippel nämlich immer noch weit davon entfernt, „die einzige relativ flächendeckend realisierte Gesundheitsförderungs-Maßnahme“ zu sein. Lediglich 62,3 % der Kinder in Kindergärten und 67,3 % der Kinder in Grundschulen wurden durch die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe erreicht.²⁰ Vor dem Hintergrund der erwähnten Risikopopulation wird eine flächendeckende Gruppenprophylaxe auch in absehbarer Zeit nicht zu erreichen sein. Die Botschaft muss daher aus (oral-) epidemiologischer wie gesundheitsökonomischer Sicht lauten: „Prävention braucht Vielfalt“.²¹

Sicherlich wird eine gesundheitsökonomische Evaluation der Kariesprophylaxe durch die bestehende Vielfalt präventionspolitischer Maßnahmen nicht erleichtert.

Eine isolierte Kostenbetrachtung von Präventionsmaßnahmen einzig und allein hinsichtlich ihrer kariesprophylaktischen Bedeutung, ohne Zielgruppenbezug und ohne Rekurs auf gesundheitspolitisch gewollte Mundgesundheitsziele greift allerdings deutlich zu kurz und setzt zugleich die falschen Signale.

Die Zahnärzteschaft wird auch künftig mit Blick auf die Kariesrisiko-

Gesundheitsförderung, Selbsthilfe & Rehabilitation

gruppe eine „aufeinander abgestimmte Gesamtstrategie von Gesundheitsförderung, Bevölkerungsprophylaxe (streng kollektive Prophylaxe), Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe unter Einbeziehung alters- und sozialspezifischer Parameter“²² verfolgen und fordert alle gesundheitspolitisch relevanten Akteure zu konstruktiver Zusammenarbeit auf. Einem möglichen gangbaren Weg weisen etwa die zielgruppenorientierten Konzepte der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), die für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko ein Konzept der Intensivprophylaxe mit verkürzten zeitlichen Kontaktintervallen vorgeschlagen hat.²³ Im Erwachsenenalter und insbesondere bei den Senioren dürften im Hinblick auf die Parodontalerkrankungen allein individualprophylaktische Ansätze erfolgversprechend sein.

Die Stärkung und Verbesserung zielgruppenorientierter Präventionsstrategien ist nicht umsonst zu haben, zumal der demographische Wandel der Bevölkerung eine enorme Herausforderung darstellt. Aber die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten, Versicherten und Bürger sollte es uns wert sein.

*Dr. rer. pol. David Klingenberg,
Institut der Deutschen Zahnärzte,
Köln.*

✉ d.klingenberg@kzbv.de

*Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich,
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer,
Berlin und Präsident der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin;
Vorsitzender des Ausschusses
„Präventive Zahnheilkunde“ der
Bundeszahnärztekammer*

✉ dr.dietmar.oesterreich@t-online.de

Anmerkungen:

- 1 Strippel, H.: Gesundheitsökonomie der Prävention - Beispiel Kariesprophylaxe, in *Die BKK* 11/2002, S. 477-481.
- 2 Schöffski, O., Über, A.: Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen, in: Schöffski, O., von der Schulenburg, J.-M.: *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 2. Aufl., Berlin 2000, S. 175-246.
- 3 Greene, J.C., Louie, R., Wycoff, S.J.: Preventive Dentistry, in: Goldbloom, R., Lawrence, R.S. (Hrsg.), *Preventing Disease, Beyond the Rhetoric*, New York u.a. 1990, S. 231-247.
- 4 Schöffski, O., Über, A., a.a.O.
- 5 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIG): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Bd. III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten*.
- 6 Micheelis, W.: Soziale Ungleichheiten und Mundkrankheiten, in: Mielck, A., Bloomfield, K. (Hrsg.): *Sozial-Epidemiologie, Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Weinheim/München 2001, S. 128-140.
- 7 Micheelis, W., Schroeder, E.: *Risikogruppenprofile bei Karies und Parodontitis*, IDZ Materialienreihe Band 11.4, Köln 1996.
- 8 Schiffner, U., et al.: Methodische Empfehlungen und Forschungsbedarf in der oralen Epidemiologie, Eine Standortbestimmung des Arbeitskreises Epidemiologie und Public Health in der DGZMK, in: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 56. Jg., 2001, H. 7, S. 403-414.
- 9 Micheelis, W., Schroeder, E., a.a.O.
- 10 Kaufhold, R., et al.: *Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe*, IDZ Materialienreihe Band 22, Köln / München 1999.
- 11 Saekel, R., Neumann, Th.: Ist zahnmedizinische Individualprophylaxe bei Jugendlichen effektiv?, in: *Die BKK*, 6/2001, S. 265-272. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV): *KZBV Jahrbuch 2001, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*, Köln.
- 12 Ebd.
- 13 Rübiger, J.: *Zahnmedizinische Prävention, Vorschläge zur optimalen Organisation und Finanzierung in der Bundesrepublik*, Frankfurt a.M./New York 1989.
- 14 John, M., Micheelis, M.: *Lebensqualitätsforschung in der Zahnmedizin: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven - Ein Überblick über die Forschungslandschaft*, IDZ-Information Nr. 4/2000.
- 15 Schwarz, E.: Is caries prevention cost-effective? Does anybody care? In: *Acta Odontol Scand*, Vol. 56, 1998, S. 187-192.
- 16 Rübiger, J., a.a.O.
- 17 Imfeld, T.: *Allgemeinmedizinische Bedeutung der oralen Gesundheit*, in: *Acta Med Dent Helv*, Vol. 5, 5/2000, S. 49-50 (Editorial zum Schwerpunkt mit fünf weiteren Beiträgen zu ausgesuchten allgemeinmedizinischen Krankheitsbildern). Ehmke, B., Flemmig, T.F.: *Marginale Parodontitis - Ein Risikofaktor für systemische Erkrankungen*, in: *zm*, Nr. 15/1997, S. 34-35.
- 18 Weitkamp, J., Ziller, S.: *Die präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in neuer Systematik*, in: *ZBWL*, H. 2/2002, S. 26-28 (Teil 1), H. 3/2002, S. 22-24 (Teil 2).
- 19 Saekel, R., Neumann, Th., a.a.O.
- 20 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ): *Intensivbetreuung von Kariesrisiko-Kindern, Hintergründe - Strategien zur Umsetzung*, Bonn 1996.
- 21 Beske, F.: *Prävention - eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe*, in: *Gesundheitswesen*, 64. Jg., 2002, S. 382-385.
- 22 SVRKAIG, 2000/2001, Nr. 46.
- 23 Barkowski, D., Bartsch, N., Bauch, J.: *Pädagogisch-psychologische Interventionsstrategien zur Verbesserung des Mundhygieneverhaltens bei 6- bis 8-jährigen Kindern mit hohem Kariesrisiko, Eine empirisch-qualitative Erhebung*, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn 1996.