

Befund, Diagnose, Behandlungsfall – Zahnmedizin im Lernprozess



Prof. Dr. Joachim Klimek



Prof. Dr. Thomas Hoffmann



Dr. Wolfgang Micheelis

Gesundheitsrelevante Verfahren und Technologien werden zunehmend einer systematischen Bewertung durch staatliche Agenturen unterzogen. Hierbei wird nach einer wissenschaftlichen Absicherung der Indikationsstellung und nach der Definition eines Behandlungsfalles gefragt. Falldefinitionen basieren auf einer Diagnose, die ihrerseits auf der Interpretation der Befunde beruht. Traditionell neigt die Zahnmedizin aber dazu, Befunde mit Diagnosen gleichzusetzen und das zahnärztlich-praktische Handeln geradezu mechanistisch darauf aufzubauen. Diese Sichtweise verkennt den intellektuellen Bewertungsakt, der sich strukturell zwischen Befund und Diagnose schiebt und durch die Zuordnung von Befunden zu einem bekannten Krankheitsbild erst eine Diagnose und letztlich eine Falldefinition ermöglicht.

Die Definition eines Krankheitsfalls ist einfach bei Krankheiten, bei denen es keine Übergänge gibt: entweder leidet man an dieser Krankheit oder man ist frei von ihr. Besonders bei Befunden mit mehrdeutiger Ausprägung ist dieser diagnostische Etikettierungsprozess häufig schwierig und verlangt komplexe Befundbewertungen, um die Ausgangslage, die Therapiestrategien und die Krankheitsprognose angemessen einzuschätzen.

Bei chronischen Erkrankungen können diese Schwierigkeiten besonders groß sein, da die Trennungspunkte zwischen „gesund“ und „krank“ eher einem fließenden Übergang gleichen und oft willkürliche Bewertungen bzw. Grenzziehungen vorgenommen werden. Eine adäquate Falldefinition ist notwendig, damit ein zahnärztliches Handeln zielgerichtet aufgebaut werden kann. Typische Beispiele für schwierige Falldefinitionen sind Karies und Parodontalerkrankungen. Hier besteht die Schwierigkeit, dass sich beide Krankheiten über einen längeren Zeitraum entwickeln und es Phasen der Progression, Stagnation oder sogar Remission gibt.

Wenn man beispielsweise die wissenschaftliche Literatur zur Karies und an dieser Literatur ausgerichtete Lehrbücher betrachtet, hat sich die Indikationsstellung zur Füllungstherapie

deutlich geändert. Restaurativ ausgerichtete Konzepte wurden durch präventiv ausgerichtete Konzepte abgelöst. In der Praxis hat sich dies aber nicht hinreichend durchgesetzt und mechanistisches Handeln aufgrund von Befunden steht immer noch im Vordergrund. Der Zeitpunkt, ab wann ein Behandlungsfall vorliegt, der einen invasiven Eingriff erfordert, wird mehr oder weniger willkürlich festgelegt. Dies bedeutet, dass in der täglichen Praxis oft eine Lücke zwischen theoretischen Kenntnissen und dem praktischen Handeln besteht.

Dass diese Fragestellungen auch in anderen Bereichen der Zahnmedizin gelten, zeigen aktuelle Diskussionen in der Parodontologie, die darauf abzielen den individuellen Behandlungsfall bzw. die individuelle Krankheitslast zu definieren und den Behandlungsbedarf des Individuums, verschiedener Alterskohorten bis hin zu gesamten Populationen zu bestimmen.

So gibt die Erhebung traditioneller klinischer Parameter wie Sondierungstiefen, klinischer Attachmentverlust oder radiografisch sichtbarer Knochenabbau zwar Auskunft über das Ausmaß der bereits abgelaufenen parodontalen Destruktion, nicht aber über deren Dynamik. Dies lässt weder Erkrankungsaktivitäten sicher bestimmen noch Patienten mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko frühzeitig identifizieren und Prognosen eindeutig ableiten. Selbst die differenzialdiagnostische Unterscheidung zwischen chronischer und aggressiver Parodontitis allein auf der Basis klinischer Untersuchungsparameter ist kompliziert. Gleiches trifft für die Therapieplanung bzw. deren Umfang zu, da bei multifaktorieller Ätiopathogenese neben den genannten traditionellen Parametern eine Vielzahl weiterer Faktoren einfließen kann (oder muss).

Gilt es analytisch-epidemiologisch die Assoziationen von Parodontitis und systemischer Gesundheit/Krankheit oder experimentell-epidemiologisch den Einfluss der Parodontistherapie auf die systemische Gesundheit (CRP-Titer, HbA1c-Werte, etc.) zu ermitteln, erhält die Definition von parodontaler Gesundheit bzw. unterschiedlichen Graden parodontaler Erkrankung noch zusätzlich eine neue Dimension.

Daraus resultiert die Möglichkeit, weitere Spezifizierungen vorzunehmen und die mehr mechanistisch-ätiologischen Klassifikationssysteme in der Parodontologie zu Gunsten der Mikroorganismus-Wirtsreaktivitäts-Polygenetik-Beziehung zu verlassen und damit auch neue Wege der Parodontaldiagnostik unter Nutzung mehrdimensionaler Befunde zu eröffnen. Ein intellektuell-klinischer Ausbau diagnostischer Begriffsentwicklungen und entsprechend abgeleiteter Falldefinitionen wird der Zahnheilkunde zweifellos auch eine festere Basis geben, den aktuellen fachmedizinischen Diskursen zu den komplexen

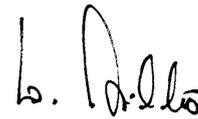
Herausforderungen einer Evidenzbasierten Medizin kraftvoller zu begegnen. 



Prof. Dr. J. Klimek



Prof. Dr. Th. Hoffmann



Dr. W. Micheelis