



Evidenz und Leitlinien oder Leitlinien statt Evidenz?

Wieder mal ein Themenheft „Dentales Trauma“: Die Reaktionen werden wie üblich, abhängig von Interessen und Praxisprofil, zwischen Freude und Längeweile, „Schon wieder?“ und „Endlich!“, schwanken. Nun denn: Nicht jedes Themenheft kann allen Leserinnen und Lesern gefallen und gerecht werden und die Dentale Traumatologie ist und bleibt nun mal Teilbereich der Endodontologie (s. DGET). Basta! Spätestens wenn die eigenen Kinder oder man/frau selbst auf die Region knapp unterhalb der eigenen Nase purzeln, ändert sich die Haltung zur Dentalen Traumatologie ja sowieso ...

Und wie schon im letzten Heft steht wieder eine Leitlinie im Mittelpunkt der Ausgabe. Man/frau kann von Struktur, Prozedere der Erstellung, Funktion, Qualität usw. ja halten, was er oder sie will, diese Leitlinien stellen derzeit nun einmal Fixpunkte im System der Endodontie respektive Traumatologie dar und sind nicht zuletzt Meilensteine im Bemühen gegen absolute Therapiebeliebigkeit – nicht zu verwechseln mit der natürlich weiterhin bestehenden, allerdings nicht mehr grenzenlosen Therapiefreiheit!

Erstaunlicherweise liegen für die Therapie des dentalen Traumas deutlich mehr evidenzgestützte Studien vor als für die Wurzelkanalbehandlung, die ja nach wie vor doch erheblich mehr – um nicht zu sagen überwiegend und eigentlich sogar fast ausschließlich – auf Empirie (Fallberichten, Fallstudien, Fallserien u. ä.) basiert. Der Hauptgrund hierfür hat bekanntlich einen Namen: Jens Ove Andreasen, der in einer fast unglaublichen Anzahl an klinischen Studien und Nachuntersuchungen, also sowohl retro- als auch prospektiv, klinisch und experimentell, den meisten Aspekten der Traumatologie, von der Schienung bis zur Replantation, eine wissenschaftliche Basis vermittelt hat. Zahlreiche weitere

Universitäten, Forscherinnen und Forscher setzen diese Bemühungen inzwischen fort, nachzulesen u. a. 6x pro Jahr in der Zeitschrift „Dental Traumatology“, seit 36 Jahren auf jeweils 80–100 Seiten.

Nun sollte frau/man die wissenschaftliche Basis der Endodontie aber auch nicht schlechter machen, als sie ist. Zum einen haben wir zig Jahrgänge mehrerer internationaler Endodontie-Journals mit umfassenden Laborstudien über endodontisch relevante Materialien und Techniken gefüllt, die für unsere tägliche Arbeit einfach notwendig und manchmal unverzichtbar sind. Was nützt uns klinische Evidenz über die Vorteile einer Ca(OH)₂-Einlage, wenn wir nicht wissen, wie wir den Kram am besten in den Wurzelkanal hinein und auch wieder hinausbekommen?

Um die „Evidenzbasierung“ in der Endodontie zu verstärken, sind seit längerem systematische Reviews und Metaanalysen schwer in Mode gekommen. Während die systematischen Reviews vielfach zumindest den Vorteil haben, dass die gesamte relevante Literatur über eine systematische und systematisierte Stichwortsuche in die Auswertung einbezogen wurde, man/frau also nicht alles selber lesen und auswerten muss. Dass dabei hin und wieder auch nur Studien im niedrigen einstelligen Bereich einbezogen werden, darf man/frau dann bei diesem Service aber bittschön nicht so eng sehen Um noch ein wenig Statistik darüberzuträufeln – was jede Publikation und deren Ergebnisse ja nahezu unangreifbar macht – wird anschließend nicht selten noch das wissenschaftliche Sahnehäubchen einer „Metaanalyse“ draufgesetzt, d. h. die Daten mehrerer Studien werden zusammengeschüttet und dann wird noch mal – nur mit größerer Fallzahl – umgerührt und neu gerechnet. So kann beispielsweise tatsächlich unter Einbe-

ziehung von unglaublichen 6 (unterschiedlichen) Studien mit über 400 (mehr als 2 Nullen werden es tatsächlich nicht) Fällen, also mehr als sagenhaften 200 pro Gruppe, von denen letztendlich noch genau 3 Studien mit 390 Fällen (!) in die Metaanalyse einbezogen wurden, geschlussfolgert werden, dass eine einzeitige Wurzelkanalbehandlung erfolgreicher ist als eine zweizeitige mit medikamentöser Einlage. Vorher erfolgt in solchen klinischen Studien natürlich manchmal (aber keineswegs immer) eine sog. „Fallzahlberechnung“, die angibt, wie viele Fälle/Patienten o. ä. benötigt werden, um ein fundiertes, zuverlässiges Ergebnis zu erzielen. Wenn das dann noch alles innerhalb der letzten 12 Monate publiziert wurde, läuft es unter „einer aktuellen Studie zufolge“ (achten Sie doch mal bei Vorträgen und Kursen auf die Häufigkeit dieser maximal autoritativ daherkommenden Formulierung!) und ist definitiv unschlagbar. Ex cathedra, Enzyklika endodontica. So ist es nun mal: Statistik schlägt das Leben!

Was rauskommt, kann letztlich nicht besser sein als das, was zuvor eingegeben wurde. Lars Spangberg, einer der großen Endodontologen, bedachte dieses Phänomen schon vor vielen Jahren mit einem nicht ganz unzutreffenden GIGO („Garbage in – garbage out“)!

Dass man nicht kegeln kann, wenn man nur Murmeln hat, ist eine Binsenweisheit, aber auch Knickern kann ja ganz nett sein. Eine Leitlinie kann

heute selbstverständlich nur mit den begrenzt und unvollständig verfügbaren Daten arbeiten. Dass diese nicht umfassend und perfekt und ausreichend evidenzbasiert sind, macht die Leitlinien nicht automatisch wertlos, aber relativiert sie ein wenig. Nicht grundlos werden die Leitlinien daher auch alle 5 Jahre aktualisiert und an den neuen Wissensstand angepasst, d. h. unter Einbeziehung neuer klinischer Evidenz! Leitlinien reflektieren den derzeitigen Stand des Wissens und leiten daraus Handlungsempfehlungen ab, nicht Handlungsvorschriften; sie verurteilen Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht zum passiven Zuschauen und Nachmachen, sondern ermutigen sie zur selbständigen Überprüfung! Auf jeden Fall dienen Leitlinien der fundierten Entscheidungsfindung in der klinischen Situation und der kritischen Überprüfung eigener Therapieprotokolle.

Nicht mehr, aber auch nicht weniger!

Also nicht entweder Leitlinien oder bzw. statt Evidenz, sondern evidenzbasierte Leitlinien!



Ihr (besorgter)
Prof. Dr. Michael Hülsmann