



Zahnmedizin ist ein diagnostischer Beruf

Liebe Leserin, lieber Leser, ständig sind wir an einem ganz normalen Behandlungstag gefordert, Konsequenzen aus unterschiedlichsten Befunden zu ziehen oder zwischen Behandlungsalternativen zu entscheiden. Viele dieser Entscheidungen werden im Alltag nicht bewusst wahrgenommen, sondern laufen im Wesentlichen intuitiv und routinisiert ab, ähnlich wie wir auch täglich zur Arbeit finden, ohne an jeder Straßenkreuzung über den Weg nachdenken zu müssen. Aber dennoch sind zahnärztliche Entscheidungen in der Praxis allgegenwärtig und haben erhebliche therapeutische Konsequenzen. Beispielsweise wurden 2001 im Bereich der Primär- und Ersatzkassen 130,1 Millionen Zahnflächen mit 61,4 Millionen plastischen Füllungen versorgt und 10,3 Millionen Zähne überkront. Basis dieser Interventionen sind ca. 57 Millionen eingehende Untersuchungen (01). Nimmt man exemplarisch an, dass pro Befund jeweils zehn Seitenzähne à fünf Flächen untersucht werden, so sind pro Jahr immerhin 2,85 Milliarden diagnostische und therapeutische Entscheidungen nur in der vertragszahnärztlichen Versorgung gefällt worden. Ein beträchtliches Volumen! Und dennoch wird die Zahnmedizin nach wie vor primär durch invasive Behandlungsmaßnahmen wahrgenommen und dementsprechend honoriert. Aber nicht nur die Anzahl, sondern besonders die inhaltliche Kompetenz der diagnostischen Entscheidungsabläufe definiert die therapeutische Qualität. Die Behandlung der Karies ist hierfür ein gutes Beispiel.

Die Auffassung, dass nur die frühzeitige Restauration in der Lage ist, eine kariöse Destruktion zu stoppen, spiegelt nicht mehr das moderne Wissen zur Kariespathogenese wider. Wird Karies als das Resultat einer ökologischen Verschiebung hinsichtlich Zusammensetzung und Aktivität des Biofilms an der Zahnoberfläche betrachtet, muss eine Kausaltherapie anders ausgerichtet sein. Nicht die Eliminierung aller verfärbten, teilweise erweichten Zahnhartsubstanz ist das Ziel, sondern die Wiederherstellung des ursprünglichen ökologischen Gleichgewichts an der Zahnoberfläche. Es geht also vor allem um die Aktivität der Kariesläsion. Daher ist heute für die Kariestherapie klar, dass gerade auch die Entscheidung, nichts zu tun oder den Erkrankungsverlauf zu überwachen, häufig besser ist, als direkt zum Bohrer zu greifen. Haben wir eine aktive Karies festge-

stellt, steht mittlerweile ein breites Spektrum effektiver noninvasiver und invasiver Therapiemaßnahmen zur Verfügung.

Aber hier zeigt sich auch das entscheidende Dilemma. Was nach wie vor häufig fehlt, sind Diagnoseverfahren, anhand deren der Schweregrad und die Aktivität kariöser Läsionen eingeschätzt werden können. Klassische, klinische Kriterien wie z. B. Farbe oder Konsistenz sind nach gegenwärtigem Wissensstand nur schlecht geeignet, die unterschiedlichen Ausprägungen kariöser Läsionen reproduzierbar differenzieren zu können. Daher ruhen die Hoffnungen auf modernen Verfahren wie der in diesem Heft diskutierten Laserfluoreszenzbestimmung, um tatsächlich die möglichen Therapieoptionen zielgerichtet einsetzen zu können. Andererseits darf bei aller Euphorie für neue Verfahren nicht vergessen werden, dass Diagnostik keinen Selbstzweck darstellt. Sie ist nur in dem Maße von Bedeutung, wie klinische Entscheidungen durch sie beeinflusst werden. Diese Ausgabe der „Quintessenz“ widmet sich daher explizit dem Schwerpunkt Diagnostik und reflektiert deren herausragende Relevanz für alle Teilgebiete der Zahnmedizin. Neben der Vorstellung und Diskussion neuer sowie etablierter diagnostischer Verfahren in den verschiedenen zahnärztlichen Tätigkeitsbereichen werden besonders die Möglichkeiten des klinischen Einsatzes wie beispielsweise im Recallmanagement herausgearbeitet. Als oberste Prämisse gilt aber für den Einsatz aller diagnostischen Verfahren, dass sie das klinische Handeln verbessern müssen, um die optimale Therapie zu ermöglichen. Erst mit diesem Entscheidungsgang wird der Zahnarzt zum Mediziner.



Ihr

Rainer Haak
Mitglied der
Fachredaktion