

U. Schütte<sup>1</sup>, A. Weber<sup>1</sup>, R. Stratmann<sup>2</sup>

# Leitlinien in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

## Was sind Leitlinien?

Leitlinien sind systematisch entwickelte Stellungnahmen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung unter spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen [2]. Als ein gebräuchliches Instrumentarium des Qualitätsmanagements sollen sie den Stand des umfangreichen Wissens zu speziellen Versorgungsproblemen werten, gegensätzliche Standpunkte klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das bestmögliche Vorgehen aufzeigen und gewährleisten. Der Arzt soll durch die „Behandlungs- bzw. Handlungskorridore“ darin unterstützt werden, eigenverantwortlich bei jedem Patienten individualisiert die endgültige Diagnose und das daraus resultierende Behandlungsschema festzulegen. Der Behandlungsablauf soll damit also nicht eingengt werden.

Bei der Erstellung von Leitlinien werden von der AWMF folgende Stufen unterschieden: (a) S1-Empfehlungen, (b) S2k-Leitlinien, (c) S2e-Leitlinien und (d) S3-Leitlinien (Tab. 1). Die S1-Empfehlungen bilden dabei die unterste Stufe. Sie werden innerhalb einer repräsentativ zusammengesetzten Experten-Gruppe in einem informellen Konsens ohne systematische Literaturrecherche erarbeitet. Nach dem evidenzbasierten Denkanatz ist die Wahrscheinlichkeit für die wissenschaftliche Validität einer Leitlinie hier am geringsten. Innerhalb der zweiten Entwicklungsstufe unterscheidet man Leitlinien, die sich der strukturierten Konsensusfindung (nominaler Gruppenprozess, Konsensuskonferenz oder Delphikonferenz) innerhalb eines repräsentativen Expertengremiums bedienen (S2k-Leitlinie) von de-

nen, die auf Grundlage einer formalen „Evidenz-Recherche“ erstellt werden (S2e-Leitlinie). Letzterem liegt eine systematische Recherche und Analyse der zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zugrunde. Die Suche wird nach einem objektivierten, streng systematischen Prozedere mit festgelegten Einschluss- und Ausschlusskriterien und einem definierten Qualitätsmanagement durchgeführt. Die oberste Stufe der Leitlinienerstellung (S3-Leitlinie) vereint dann alle vorher genannten Elemente der systematischen Entwicklung.

Dieses definierte Vorgehen bindet Fachleute und Vertreter verschiedener Fachbereiche und Arbeitsgruppen sowie Patientenvertreter und potentielle Anwender mit ein. Die systematische Aufarbeitung und Zusammenstellung der verfügbaren Literatur in Kombination mit einem sorgfältigen Abstimmungsprozess sorgt dafür, dass Leitlinien nicht nur das aktuelle Evidenzniveau widerspiegeln, sondern auch von allen Beteiligten im Konsens akzeptiert und umgesetzt werden können

Zur Hilfestellung für Leitlinienersteller stehen für alle drei Stufen der Leitlinienentwicklung Ablaufschemen auf der Homepage der DGZMK zur Verfügung, die auf der Basis der Arbeit der AWMF und des ZZQ erstellt wurden ([www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)). Diese Tabellen stellen die einzelnen Schritte von der Initiierung des Themas bis hin zur Implementierung chronologisch dar und zeigen auf, zu welchem Zeitpunkt auf welcher personellen Ebene Arbeit einzubringen ist. Gleichzeitig werden für jeden Entwicklungsschritt die relevanten Fragen aus dem Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) aufgeführt, um von Anfang an

die erforderliche Qualität der Leitlinie zu gewährleisten. Alle Leitlinienvorhaben müssen bei der AWMF zu Beginn angemeldet werden, um Dopplungen zu vermeiden. Die fertigen Leitlinien müssen vor Veröffentlichung durch den Vorstand der DGZMK verabschiedet werden, nachdem bereits die Vorstände aller beteiligten Gesellschaften und Verbände ihre Zustimmung gegeben haben. Die DGZMK versteht ihre Aufgabe darin, die Auswahl geeigneter Leitlinienthemen aus den Reihen ihrer Mitglieder zu unterstützen (Priorisierung) und den Prozess der Leitlinienerstellung zu koordinieren und methodisch zu unterstützen (u. a. durch die Durchführung von strukturierten Konsensusverfahren). Die Leitlinien werden dann im Internet, abhängig von ihrem Umfang ggf. in einer Kurz- und Langfassung für Ärzte und als Patienteninformation veröffentlicht. Selbstverständlich müssen Leitlinien fortwährend den Entwicklungen und Fortschritten der Medizin angepasst und aktualisiert werden.

## Warum Leitlinien?

Seit Anfang 1993 wurden mit dem in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz qualitätssichernde Maßnahmen als Bestandteil der ärztlichen Versorgung bindend vorgeschrieben. Die Anforderungen an die (zahn)ärztliche Versorgung sind derzeit im Sozialgesetzbuch folgendermaßen formuliert (§ 70 SGB V): „Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen *Qualität* sowie wirtschaftlich erbracht werden.“ Der behandelnde Arzt hat sich bezüglich Diagnos-

<sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), c/o Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

<sup>2</sup> Sürther Hauptstr. 194, 50999 Köln

Bezeichnung der Leitlinie	Bedeutung kurz	Bedeutung lang
S1	Expertengruppe	Die Leitlinie wird durch eine repräsentativ zusammengesetzte Gruppe von Experten der Fachgesellschaften/Berufsverbände erstellt. Die Einbindung von Patientenvertretern ist fakultativ.
S2e	Formale Evidenz-Recherche	Die Leitlinie wird auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche (best verfügbare externe Evidenz) durch eine repräsentativ zusammengesetzte Gruppe von Experten der Fachgesellschaften/Berufsverbände möglichst unter Einbindung von Patientenvertretern erstellt.
S2k	Formales Konsensusverfahren	Die Leitlinie wird durch eine repräsentativ zusammengesetzte Gruppe von Experten der Fachgesellschaften/Berufsverbände möglichst unter Einbindung von Patientenvertretern in einem formalen Konsensus-Prozess erstellt. Dies kann einerseits im Rahmen von moderierten Konferenzen (Konsensus-Konferenz oder nominaler Gruppenprozess) geschehen oder die Texte werden der Gruppe zur Kommentierung zugesandt (Delphi-Prozess). Im zweiten Fall werden die Anmerkungen anonymisiert eingearbeitet und in weiteren schriftlichen Abstimmungsrunden ein Konsens erarbeitet.
S3	alle Elemente systematischer Entwicklung	Die Leitlinie wird auf Basis einer systematischen Literaturrecherche (best verfügbare externe Evidenz) in einem formalen Konsensus-Prozess erstellt. Die Leitliniengruppe setzt sich zusammen aus einer repräsentativen Gruppe von Experten der Fachgesellschaften/Berufsverbände unter Einbindung von Patientenvertretern.

**Tabelle 1** Entwicklungsstufen von Leitlinien.

(Tab. 1: U. Schütte, A. Weber)

tik und Therapie also an Qualitätsstandards zu orientieren. Neben der Forderung nach Qualität ist auch der Aspekt der *Qualitätssicherung* im Sozialgesetzbuch festgeschrieben (allgemein: § 135a (1) SGB V; zahnärztliche Versorgung: § 136b SGB V). Zahnärzte sind dazu verpflichtet, „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern“ (§ 135a (1) SGB V). Es stellt sich zwangsläufig die Frage, mit welchen Maßnahmen bzw. Instrumenten man diese Verpflichtung einlösen kann.

Qualität wird anhand festgesetzter Kriterien gemessen. Qualitätskriterien können dazu benutzt werden, die Eignung spezifischer Entscheidungen, Dienste oder Ergebnisse im Gesundheitswesen zu beurteilen [2]. Die Einschätzung der Qualität der jeweiligen Leistung im Gesundheitssektor erfolgt, indem die zu erfassende Leistung mit vorher festgelegten Standards oder mit Leistungen anderer verglichen wird [1]. Dies kann einerseits zu Qualitätsverbesserungen führen, dient andererseits aber

auch der Sicherung erreichter Qualitätsstandards. Die Sicherung und Verbesserung der Qualität der eigenen Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung [3]. Sie ist als eine Daueraufgabe zu verstehen, die zu keinem Zeitpunkt abgeschlossen ist. Im Gesundheitswesen stellt sie einen zielgerichteten Prozess dar, zur Verbesserung der Patientenversorgung und Patientenzufriedenheit und dient somit keinem Selbstzweck. Unter den Qualitätssicherungsinstrumenten ist die *Leitlinie* ein weit verbreitetes und anerkanntes Instrument.

So übertrug im Jahr 1995 der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (seit 01.01.2004 „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“) der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Aufgabe, „eine Sammlung von diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien (Standards) zur Verbesserung der Qualitätssicherung“ zu erstellen (siehe unter

<http://awmf.org/>). Denn auch der Sachverständigenrat sah und sieht in evidenzbasierten Leitlinien für ärztliche und pflegerische Leistungen unverzichtbare Steuerungsinstrumente zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung. Fast zeitgleich wurden Anfang der neunziger Jahre nationale Leitlinienprogramme in verschiedenen anderen Ländern entwickelt und systematisch genutzt – so z. B. in den USA, in Kanada, Neuseeland und Schottland.

In den letzten Jahren sind im Gesundheitswesen diverse Qualitätssicherungseinrichtungen gegründet worden. Auf dem zahnärztlichen Sektor hat sich innerhalb des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Jahr 2000 die Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) formiert, die den berufspolitischen Organisationen der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zugeordnet ist. Seit 2008 beschäftigt die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zwei Leitlinienbeauftragte. Darüber hinaus gibt es noch viele weitere Einrichtungen, die sich mit Fragen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beschäftigen.

## Schlussfolgerung

Die Zahnärzteschaft ist gesetzlich dazu aufgefordert, Qualitätssicherung mit Inhalten zu füllen und umzusetzen. Die eigene Diagnose- und Behandlungsqualität zu sichern bzw. zu verbessern, bedeutet jedoch, sich regelmäßig über den neuesten Stand des Wissens zu informieren. Dies ist ohne Frage angesichts der ständig auf uns zukommenden Wissensflut eine Herausforderung, der man kaum gerecht werden kann. In Medizinischen Fachzeitschriften wird jedes Jahr eine unüberschaubare Zahl von Informationen, mit einer immer kürzer werdenden Halbwertszeit veröffentlicht. So ist es selbst für wissenschaftlich tätige Ärzte schwer, die neuesten Entwicklungen ihres Fachgebietes zu überschauen. Leitlinien können hier dem einzelnen Arzt wertvolle Hilfestellung geben, da im Rahmen ihrer Erstellung eine derartige Wissensaufbereitung bereits stattgefunden hat.

Die Erstellung von Leitlinien erfolgt im möglichst breiten Konsens unter Mit-

wirkung nicht nur von Vertretern der Wissenschaft und Standespolitik, sondern möglichst auch mit Hilfe der Unterstützung in eigener Praxis tätiger Zahnärzte. Jeder kann sich also einbringen und sollte diese Chance auch nutzen. Sicherlich muss noch mehr Aufmerksamkeit der Bekanntmachung, der Umsetzung und der Bewertung (Evaluation) von Leitlinien unter Alltagsbedingungen geschenkt werden. Auch dies kann nur in enger Zusammenarbeit geschehen.

Die Erstellung von Leitlinien erfolgt im möglichst breiten Konsens unter Mitwirkung nicht nur von Vertretern der Wissenschaft und Standespolitik, sondern möglichst auch mit Hilfe der Unterstützung in eigener Praxis tätiger Zahnärzte. Jeder kann sich also einbringen und sollte diese Chance auch nut-

zen. Sicherlich muss noch mehr Aufmerksamkeit der Bekanntmachung, der Umsetzung und der Bewertung (Evaluation) von Leitlinien unter Alltagsbedingungen geschenkt werden. Auch dies kann nur in enger Zusammenarbeit geschehen. **DZZ**

#### Korrespondenzadresse

Dr. Ursula Schütte, Dr. Anke Weber  
(Leitlinienbeauftragte)  
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)  
c/o Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstr. 74  
01307 Dresden  
Tel.: 03 51 / 458 - 50 48; - 66 38  
Fax: 03 51 / 458 - 53 38; - 58 31  
E-Mail: leitlinien@dgzmk.de

#### Literatur

1. Brook RH, Lohr KN: Efficacy, effectiveness, variations, and quality. Boundary-crossing research. *Med Care* 23, 710-722 (1985)
2. Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, DC. National Academic Press 1992
3. Ohnmann C: Was ist Qualitätsmanagement? In Scheibe O (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis, ecomed Verlag, Landsberg am Lech 1997

## DGI-Präsident Terheyden begrüßt 7000. Mitglied

ZTM Thomas Merle aus Baar-Ebenhausen bei Ingolstadt ist das 7000. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Implantologie



„Die Implantologie ist die Zukunft“, sagt Zahntechnikermeister *Thomas Merle*. Der 24-jährige angestellte Betriebsleiter in einem Zahnlabor in der Nähe von Ingolstadt ist darum seit kurzer Zeit das 7000. Mitglied der DGI und startet in diesem Monat zusammen mit 24 anderen Teilnehmern das Curriculum Implantatprothetik und Zahntechnik. „Ich verspreche mir davon mehr Hintergrundwissen, Tipps und Tricks und vor allem einen intensiven Austausch mit anderen Teilnehmern“, beschreibt *Merle* seine Wünsche an die Fachgesellschaft und das Curriculum.

Bislang war der Zahntechnikermeister eher zögerlich, wenn es um Mitgliedschaften in Fachgesellschaften ging. „Ich habe mir zunächst einen gründlichen Überblick über die Profile und Angebote verschafft. Das Angebot der DGI, in der Wissenschaftler und Praktiker zusammenarbeiten, hat mich dann überzeugt“, sagt *Merle*.

Laut Beschluss der DGI-Mitgliederversammlung am 30.11.2007 können seit



Zahntechnikermeister Thomas Merle ist das 7000. DGI-Mitglied.

(Foto: privat)

2008 auch Zahntechniker als nicht stimmberechtigte Mitglieder der Gesellschaft beitreten. „Dies war eine gute Entscheidung“, sagt DGI-Präsident Prof. Dr. *Hendrik Terheyden*, Kassel. „Denn Implantologie ist Teamwork.“ Da Eingriffe

entsprechend dem Prinzip des „backward-planning“ vom gewünschten Ergebnis aus geplant werden, müsse, so Prof. *Terheyden*, die Zahntechnik und Prothetik von Anfang an involviert sein. Darum hat die DGI auch seit 2006 bei ihren Jahrestagungen ein eigenes Forum Implantatprothetik und Zahntechnik etabliert, das stets außerordentlich gut besucht ist, und auch von Zahnärztinnen und Zahnärzten geschätzt wird. Prof. *Terheyden*: „Das Lernen voneinander und miteinander bringt uns in der Implantologie deutlich weiter.“ Seit der Öffnung der Gesellschaft für Zahntechniker sind 119 Zahntechnikerinnen und Zahntechniker Mitglieder der DGI geworden. **DZZ**

Weitere Informationen:

DGI-Sekretariat für Fortbildung,  
Marion Becht  
Bismarckstr. 27, 67059 Ludwigshafen  
Tel.: 06 21 / 68 12 44 - 51, Fax: - 69  
E-Mail: info@dgi-fortbildung.de

B. Ritzert, Pöcking