

## Übersicht: Zahnärztliche Leitlinien

# Anspruch, Realität und die Grenzen

**Zahnärztliche Leitlinien gelten als zentrale Orientierungshilfe für Diagnostik und Therapie. Sie sollen wissenschaftliche Evidenz bündeln, klinische Entscheidungen unterstützen und die Qualität der Versorgung verbessern. Doch in der praktischen Anwendung zeigt sich: Leitlinien sind wertvoll, aber keineswegs frei von Problemen. Ein kritischer Blick ist notwendig, um ihren Nutzen realistisch einzuordnen und Fehlinterpretationen zu vermeiden.**

## Leitlinien sind Empfehlungen – keine Gesetze

Der wichtigste Punkt, der in der Praxis häufig übersehen wird: Leitlinien sind nicht rechtsverbindlich. Sie sind Handlungsempfehlungen, die den aktuellen Stand der Wissenschaft abbilden sollen.

Dennoch werden sie in Gutachten, Versicherungsverfahren oder juristischen Auseinandersetzungen oft wie quasi-normative Vorgaben behandelt. Das führt zu zwei Problemen: Zum einen werden Leitlinien als zwingend dargestellt, obwohl sie ausdrücklich keine verbindlichen Standards setzen (Überinterpretation), und zum anderen werden individuelle klinische Entscheidungen im Nachhinein mit Leitlinienmaßstäben bewertet, die zum Zeitpunkt der Behandlung nicht zwingend galten (fehlende Flexibilität). Grundsätzlich dürfen Leitlinien zwar Orientierung geben, sie ersetzen jedoch nicht die klinische Urteilskraft.

## Die Evidenzbasis ist oft dünner als behauptet

Viele zahnärztliche Leitlinien – insbesondere in der Implantologie, Endodontie oder Parodontologie – beruhen auf heterogenen Studien, begrenzten Fallzahlen oder Daten mit eingeschränkter Aussagekraft. Typische Probleme stellen dar: fehlende randomisierte Studien, kurze Beobachtungszeiträume, industrieabhängige Forschung und einheitliche Definition von Erfolg und Misserfolg. Das führt dazu,

dass Leitlinien häufig auf Expertenkonsens statt auf belastbarer Evidenz beruhen. Konsens ist wertvoll – aber kein Ersatz für robuste Daten. Leitlinien sind nur so gut wie die Evidenz, auf der sie stehen.

## Interessenkonflikte – ein strukturelles Risiko?

Auch wenn Leitliniengruppen strenge Regeln zur Offenlegung von Interessenkonflikten haben, bleibt die Realität komplex. Viele Experten sind in Forschung, Industrie oder Fortbildung aktiv. Die Implantologie und digitale Zahnmedizin sind wirtschaftlich stark beeinflusst und Interessenkonflikte können subtil wirken – etwa durch Studienfinanzierung oder Produktpräferenzen. Das bedeutet nicht, dass Leitlinien „gekauft“ sind. Aber es bedeutet, dass kritische Distanz notwendig bleibt, wie wir in dieser Ausgabe anhand eines Falles aus Großbritannien zeigen werden.

## Leitlinien hinken der klinischen Realität oft hinterher

Die Zahnmedizin entwickelt sich schnell: digitale Workflows, neue Biomaterialien, KI-gestützte Diagnostik, minimalinvasive Verfahren. Leitlinien hingegen benötigen lange Entwicklungszeiten, durchlaufen Konsensprozesse, müssen AWMF-Standards erfüllen und werden in der Regel nur alle drei bis fünf Jahre aktualisiert. Das führt dazu, dass sie häufig veraltet sind, wenn sie erscheinen – oder neue Entwicklungen nur unzureichend abbilden.

## Gutachten: Falscher Einsatz

Gerade in der zahnärztlichen Gutachter-tätigkeit zeigt sich ein systematisches Problem: Leitlinien werden als Behandlungsstandard interpretiert, obwohl sie das nicht sind. Ein weiterer Fehleinsatz sind Leitlinienpassagen, die isoliert zitiert werden – ohne Kontext. Komplexe klinische Situationen werden mit vereinfachten Leitlinienaussagen bewertet und die individuelle Patientensituation wird zugunsten eines „Leitlinienmaßstabs“ vernachlässigt. Das kann zu Fehlbewertungen und im schlimmsten Fall zu ungerechtfertigten Schuldzuweisungen führen.

## Die Stärke von Leitlinien: Struktur, Orientierung, Transparenz

Trotz aller Kritik haben Leitlinien durchaus Vorteile: Sie schaffen Struktur in komplexen klinischen Feldern und fördern Transparenz in Entscheidungsprozessen. Fortbildung und Qualitätssicherung werden unterstützt und sie helfen, Behandlungsoptionen nachvollziehbar zu kommunizieren. Ihr Wert liegt also in der Orientierung.

## Fazit

Zahnärztliche Leitlinien sind ein bedeutendes Instrument der modernen Zahnmedizin. Doch ihre Anwendung erfordert kritische Reflexion, wissenschaftliche Kompetenz und klinische Erfahrung. Ein verantwortungsvoller Umgang bedeutet, sie zu kennen, zu verstehen, richtig einzuordnen

und dabei nicht zu überhöhen. Nur dann erfüllen sie ihren Zweck: eine evidenzbasierte, patientenorientierte und fachlich fundierte Versorgung zu unterstützen – ohne die klinische Freiheit zu beschneiden.



## Von S1 bis S3

In Deutschland werden medizinische und zahnmedizinische Leitlinien nach dem AWMF-System klassifiziert. Die Kürzel S1, S2k, S2e und S3 stehen für unterschiedliche Qualitätsstufen, die sich durch Methodik, Evidenzbasis und Konsensverfahren unterscheiden.

### S1-Leitlinie: „Expertenkonsens“ (niedrigste Stufe)

Eine S1-Leitlinie entsteht, wenn sich eine Gruppe von Experten informell auf Empfehlungen einigt.

Merkmale:

- kein systematisches Literaturreview
- kein formales Konsensverfahren
- keine strukturierte Methodik
- Empfehlungen beruhen primär auf Erfahrung

Aussagekraft: S1 ist die schwächste Leitlinienform. Sie ist nützlich, wenn Evidenz fehlt – aber sie ist nicht belastbar, wenn es um juristische oder gutachterliche Bewertungen geht.

Typisches Problem: S1 wird in der Praxis oft überinterpretiert, obwohl sie keine wissenschaftliche Evidenz garantiert.

### S2k-Leitlinie – „konsensbasiert“ (mittlere Stufe)

Die S2k-Leitlinie basiert auf einem strukturierten Konsensverfahren, aber ohne systematische Evidenzrecherche.

Merkmale:

- formale Konsensmethoden (z.B. Delphi, moderierte Abstimmungen)
- strukturierter Entwicklungsprozess
- aber: keine systematische Literatursauswertung

Aussagekraft: S2k ist methodisch sauberer als S1, aber die Empfehlungen beruhen weiterhin überwiegend auf Expertenmeinungen, nicht auf systematischer Evidenz.

Typisches Problem: S2k wird häufig als „wissenschaftlich“ dargestellt, obwohl die Evidenzbasis fehlt. Gerade in der Zahnmedizin ist der Großteil der Leitlinien S2k – aus Mangel an belastbaren Studien.

### S2e-Leitlinie – „evidenzbasiert“ (mittlere Stufe)

S2e bedeutet: systematische Literaturrecherche, aber kein formales Konsensverfahren.

Merkmale:

- systematische Evidenzrecherche
- strukturierte Bewertung der Studien
- aber: keine formale Abstimmung unter Experten

Aussagekraft: S2e ist wissenschaftlich stärker als S2k, weil die Empfehlungen auf Evidenz beruhen. Aber ohne Konsensverfahren kann die Akzeptanz geringer sein.

Typisches Problem: S2e ist selten, weil die Kombination aus Evidenzarbeit ohne Konsens organisatorisch schwierig ist.

### S3-Leitlinie – „Evidenz + Konsens“ (höchste Stufe)

Die S3-Leitlinie ist die methodisch stärkste Form: Sie kombiniert systematische Evidenzrecherche mit einem formalen Konsensverfahren.

Merkmale:

- systematische Literaturrecherche
- Bewertung der Evidenz (GRADE etc.)
- strukturierte Konsensfindung
- transparente Methodik
- multidisziplinäre Beteiligung

Aussagekraft: S3 ist der Goldstandard. Sie ist wissenschaftlich belastbar und methodisch sauber – und daher die relevanteste Leitlinienform für klinische Entscheidungen und gutachterliche Bewertungen.

Typisches Problem: S3-Leitlinien sind extrem aufwendig und teuer. In der Zahnmedizin gibt es nur sehr wenige S3 Leitlinien.

### Was bedeutet die Klassifizierung in der Umsetzung?

- Die meisten zahnärztlichen Leitlinien sind S2k, also konsensbasiert, aber nicht evidenzbasiert.
- In Gutachten werden Leitlinien oft überhöht, obwohl sie keine rechtliche Verbindlichkeit haben.
- S1-Leitlinien sind nicht geeignet, um Behandlungsfehler zu beurteilen.
- S3-Leitlinien sind selten – und oft nicht spezifisch genug für komplexe Einzelfälle.
- Leitlinien bilden die Realität der Zahnmedizin häufig zeitverzögert ab.