



Klinische Evidenz: Eine interessante Rechnung ...



... machte kürzlich ein amerikanischer Kollege und Endodontologe im Internetforum der American Association of Endodontists auf. Ausgangspunkt der Debatte war die Frage nach den Gründen für das niedrige Evidenzlevel in der Endodontie und für das Fehlen wirklich guter und aussagekräftiger klinischer Studien. Da die Universitäten es offenbar nicht schaffen, kam scheinbar konsequent und logisch die Frage eines Diskussionssteilnehmers, warum denn solche klinischen Studien nicht dort durchgeführt würden oder werden können, wo die benötigten Patienten zu finden sind: in den Praxen der niedergelassenen Endodontologen. An dieser Stelle gleich der Hinweis, dass diese blitzgescheite Frage, wenn auch in leicht abgewandelter Form, natürlich schon viel länger in der Diskussion ist und das bei Weitem nicht nur in den USA. Mit schöner Regelmäßigkeit und grenzenlosem Enthusiasmus fragen niedergelassene Kolleginnen und Kollegen an, ob sie nicht doch noch (nicht selten zehn Jahre und mehr nach dem Examen, aber jetzt unbedingt und am besten auch noch „schnell mal eben“) eine Dissertation anfertigen könnten, um ihre endodontische Expertise auch noch titelmäßig zu unterstreichen; sie könnten sich insbesondere eine Nachuntersuchung ihrer x-tausend Behandlungsfälle vorstellen. Etwas ruhiger gestaltet sich die weitere Unterhaltung, wenn man dann mal vorsichtig sondiert, was denn nun das Spezifische, Einzigartige, Untersuchungsbedürftige an ihrem Patientengut sei. In der Regel ist es übrigens – wenig überraschend – die gefühlte hohe Erfolgsquote. Da es ja, glaubt man den Einleitungen vieler Anwenderberichte und Falldarstellungen, sowieso schon reproduzierbar und

prognostizierbar, nur leider nicht kontrollierbar, Erfolgsquoten von 90 % und mehr gibt, werden hier offenbar neue Rekorde erwartet. Um nicht ungerecht zu werden: Hin und wieder weist das nachzuuntersuchende Behandlungsprotokoll tatsächlich Besonderheiten auf; ob das jeweils eine Untersuchung lohnt, ist eine ganz andere Frage. Die nächste Frage wäre dann, ob das zu untersuchende Behandlungsprotokoll tatsächlich über all die Jahre unverändert und standardisiert angewendet wurde – angesichts der zahlreichen Innovationen der letzten Jahre und Jahrzehnte eher unwahrscheinlich, genaugenommen auch eher traurig – und ob es möglicherweise auch noch eine Kontrollgruppe gab. Das folgende Doppel-Nein, im Prinzip zu vergleichen mit einem technischen k.o. beim Boxen, leitet dann nicht selten eine entnervende Detailschilderung ein: was, warum und ob nicht doch. Die nächste und nicht ganz unwichtige Frage, wie sie denn so ihre bisherige und derzeitige Recallquote einschätzen, schenkt man sich dann doch schon mal ganz gerne ...

Kurzum: Solche rein retrospektiven Studien sind dann doch nicht so ganz ohne und scheitern oft an Kleinigkeiten, beispielsweise Änderungen im Spülprotokoll, Wechsel der NiTi-Systeme, fehlende Kontrollgruppe usw. Und schließlich wollen wir ja auch lieber prospektive und randomisierte klinische Studien mit hoher Teilnehmerzahl, guter Kontrollgruppe, hoher Recallquote und ausreichend langem Beobachtungszeitraum.

Etwas zu kurz kommt dabei oft die Überlegung, ob eine solche Praxisstudie, bei positiver Antwort auf die vorherigen Fragen, also Triple-Ja, denn überhaupt machbar wäre. Und hier kommt

nun unser amerikanischer Kollege ins Spiel, der locker aber überzeugend vorrechnet, dass eine saubere Kontrollstudie mit 500 bis 1.000 Patienten und zwei- bis vierjährigem Recallintervall überhaupt nicht finanzierbar ist und alleine der notwendige Zeitaufwand (Karteiführung, Einbestellung, Untersuchung, Auswertung, Praxisausfall) jede Praxis in den sofortigen Ruin treiben würde. Den Universitäten geht es dummerweise noch schlechter: Ihnen fehlen natürlich ebenfalls die finanziellen Mittel und zudem auch noch die notwendigen Patientenzahlen. Womit wir wieder am Anfang der Diskussion wären. Wer erinnert sich noch an die legendären „Toronto-Studien“ Teil I bis IV? Hochgelobt, brillant gestartet, sauber geplant, viele Parameter berücksichtigt und dann mit teilweise unter 30 % Recall-Quote ebenso überzeugend abgestürzt!

Bleiben im Prinzip noch die Forschungs- und Fachgesellschaften sowie die Industrie: Die Fachgesellschaften haben in der Regel nur wenig Gelder für die Forschungsförderung und müssen diese in kleinen Häppchen auf eine Vielzahl von Projekten verteilen, für die großen Forschungsgesellschaften (DFG etc.) ist die Zahnmedizin eher eine Randerscheinung. Die Industrie ist naturgemäß an anwendungsbezogener Produktforschung mit schnellen Ergebnissen interessiert, weniger an mühsamer und langandauernder

Grundlagenforschung mit nicht kurzfristig und zeitnah kommerziell verwertbaren Resultaten.

Ist das nun das endgültige Aus für hochwertige endodontische Evidenz? Hoffentlich nicht, aber kurzfristige Lösungsansätze sind jedenfalls momentan nicht in Sicht: Das permanente Jammern über die fehlende Evidenz ist zwar im Kern berechtigt, aber auch nicht gerade zielführend (wird aber immer noch zu gerne als Rechtfertigung reiner Empirie genutzt).

Die amerikanischen Kolleginnen und Kollegen sind uns hier mal wieder einen kleinen Schritt voraus. Mit der Gründung einer „Foundation for Endodontics“ haben sie vor einigen Jahren eine Spendenkampagne gestartet, in deren Rahmen unter den Kolleginnen und Kollegen, aber auch aus der Industrie, inzwischen etwa 25 Millionen (!) Dollar für Forschung und Ausbildung gesammelt wurden. Mit teilweise recht rigorosen Mitteln und hohem moralischen Druck (Namenslisten der Spender mit Nennung der Spendenkategorie, Zahl der Spender pro Bundesstaats-Endoorganisation usw.), aber so sind sie nun mal, mit dem Geld kann man jedenfalls schon mal einiges anfangen. Leider verfügen wir nicht einmal annähernd über diese Anzahl an spendierfreudigen Endodontologen.

Prof. Dr. Michael Hülsmann, Göttingen