

# (K)EIN DILEMMA

## Zur Bedeutung der Wissenschaft für die Implantologie

Prof. Dr. Dr. Peer W. Kämmerer, M.A, FEBOMFS



Erst neulich hat ein vornehmlich chirurgisch tätiger Kollege im Rahmen eines Webmeetings behauptet, dass in der zahnärztlichen Implantologie hauptsächlich die eigene klinische Erfahrung zähle. Den ganzen Aufwand – von Zell- und Tierstudien über Finite-Element-Analysen bis hin zu klinischen Fall-Kontroll-Studien – könne er gar nicht verstehen. Entweder etwas funktioniere oder eben nicht! Außerdem, fügte er leicht scherzhaft hinzu, könnten „die anderen“ eh nicht operieren. Als Kliniker, aber eben auch als Wissenschaftler war ich mehr als perplex, dass so eine Haltung überhaupt noch möglich ist.

Ohne Wissenschaft gäbe es die zahnärztliche Implantologie, mit deren Hilfe wir aktuell bei hohen Überlebens- und Erfolgsraten zahnlose und teilbezahnte Patienten zuverlässig kaufunktionell rehabilitieren, nämlich nicht. Deren Basis entwickelte sich aus dem Bewusstsein für die Trias „Patient“ (inklusive dessen Risikofaktoren), „Biologie“ (Biodynamik von Hart- und Weichgewebe) sowie „Implantat“ (vor allem Material, prothetische Anbindung und Versorgung, Geometrie und Design sowie Oberflächen). Und das war ein langer Prozess, dessen Meilensteine bei uns in gar nicht so weiter Vergangenheit liegen: Erinnern wir uns zum Beispiel an den Sonderforschungsbereich „Implantologie“ der Deutschen Forschungsgesellschaft, der von 1985 bis 1996 in Tübingen von Professor Willi Schulte geleitet wurde.

All die oben genannten präklinischen und klinischen Anwendungen lieferten kleine und größere Puzzleteile für die Techniken und Systeme, die aktuell den Höhepunkt unserer klinischen und wissenschaftlichen Leistungen darstellen. Und da ich diesen Standard meinen Patienten schulde, begrenze ich mich auf Materialien, die Gegenstand wissenschaftlicher Studien waren und die „evidenzbasiert“ empfehlenswert sind. Wie wichtig und richtig das ist, zeigen die neuen EU-Verordnungen zu Medizinprodukten, die auch an zahnärztliche Implantate, Knochenersatzmaterialien und Membranen nun deutlich umfangreichere Anforderungen stellen. Somit ist – im Umkehrschluss – eine klinische Anwendung ohne vorherige Wissenschaft, gar nicht mehr möglich.

Natürlich scheint nicht jede der durchgeführten Studien revolutionär-zielführend zu sein, doch das gehört zum wissenschaftlichen Diskurs. Auch die evidenzbasierte Medizin, die ja mit einem integrativen Anspruch auftritt, hat ihre Schwächen. Sicherlich! Wie der Kollege richtig bemerkte, ist sie eben nicht patientenbasiert und geht nicht von den individuellen Erfahrungen des Arztes aus. Vielleicht fühlen wir uns auch gegängelt? Um die ärztliche Handlungsfreiheit durch die empirisch gesetzten Vorgaben gebracht? Allerdings ist zu bedenken, dass die ärztliche Freiheit eben auch auf der Kompetenz basiert, (evidenzbasiertes) Wissen anzuwenden; das bedeutet, die „richtige“ Behandlung zu wählen und dies auch zu können. Damit stünde, provokant formuliert, das „unbestechliche medizinische Wissen“ im Konflikt mit „überkommenen Lehrmeinungen“.

Ich schließe mich in diesem Kontext den Ausführungen von Eichler et al. im Ärzteblatt an, die argumentieren, dass unsere wissenschafts- und evidenzbasierte Medizin eben nicht freiheitseinschränkend, sondern -erweiternd ist, da sie Kompetenzen schafft und es uns ermöglicht, das aktuelle medizinische Wissen selbstbewusst anzuwenden. Ein gesundes Misstrauen und Hinterfragen tradierter Positionen ist natürlich zu befürworten. Doch warum sollte man die eigene Expertise über die mehrerer anerkannter Experten eines spezifischen Forschungsbereiches stellen?