



DEPPE vs. OSSWALD



Osswald: Ansehen tut man es Ihnen nicht, Deppe.

Deppe: Was denn, Osswald?

Osswald: Sie haben offensichtlich brav Ihre Schiene getragen.

Deppe: „HausArztZahnArzt“ kann man mit Schiene kaum aussprechen.

Osswald: Üben, Deppe, fleißig üben. So steht es geschrieben: Weissbuch Zahnmedizin, zweiter Teil. Da zeigen einige Hochschullehrer, bei wem wir zukünftig unseren Most kaufen sollen. Auf der einen Seite wir, die minderqualifizierten duseligen Hauszahnärzte mit eingeschränktem Therapiespektrum.....

Deppe:HausArztZahnÄrzt!

Osswald: Sie können die Schiene jetzt rausnehmen, Deppe.

Deppe: Ich versuche nur wissenschaftlich zu belegen, dass ich das Weissbuch gelesen habe, Osswald.

Osswald:..... auf der anderen Seite sie, die strahlenden Fachzahnärzte mit der Lizenz zur lege artis-Behandlung. Genau so ist es bei unseren ärztlichen Kollegen gelaufen. Erst neue Titel, aus denen dann die dringende Notwendigkeit abgeleitet wird, sich bei den Honoraren zu bedienen.

Deppe: Wenn ich mich so umschaue, Osswald, scheint mir mehr der das ganze Fach überblickende und teilgebietsübergreifend arbeitende Allgemeinzahnarzt gefragt.

Osswald: Wenn man die Kommentare zum Weissbuch in der Standespresse liest, muss man einen anderen Eindruck gewinnen. Dort versucht man, uns glauben zu machen, die Hochschule habe aus eigenem Impetus heraus ein tragfähiges Programm für die Zukunft der Zahnheilkunde und die flächendeckende Verbesserung der Volksgesundheit entwickelt. Dabei handelt es sich nur um die überfällige Antwort auf das Gutachten des Wissenschaftsrats, der der Hochschule eine Perspektive von Zahnheilkunde aufgezeigt hat, die sie bisher gar nicht hatte.

Deppe: Das Gutachten des Wissenschaftsrates aus dem Jahre 2005. Komisch, da-

rüber hat man gar nichts gelesen. Darin wurde den zahnmedizinischen Hochschulen nun wirklich kein gutes Zeugnis über die Qualität von Lehre und Forschung ausgestellt. Verbunden mit dem diskreten Hinweis, dass Zahnmedizin in anderen Ländern inzwischen an den Fachhochschulen unterrichtet wird, hat der Wissenschaftsrat für 2010 eine erneute Prüfung angekündigt.

Osswald: Es klingt beim flüchtigen Blättern nicht einmal schlecht, wenn Kollege Noack schreibt, der niedergelassene Zahnarzt, den er „ZahnMediziner“ nennt, müsse oralmedizinischer Facharzt und Hauszahnarzt werden, wenn er nicht Gefahr laufen wolle, dass der zahnärztliche Berufsstand an Bedeutung verliert.

Deppe: Facharzt? Andere Beiträger zum Weißbuch verwenden ebenfalls die Schreibweise „ZahnMedizin“. Auch von „ZahnÄrzten“ ist durchgehend die Rede.

Osswald: Ich glaube nicht, dass der Duden das in seine nächste Ausgabe übernehmen wird, Deppe.

Deppe: Vielleicht soll dem Wissenschaftsrat rein orthographisch signalisiert werden, dass sein Gutachten gelesen wurde.

Osswald: Unverständlich ist, dass Noack auf uns Niedergelassene losgeht. Wir Allgemeinzahnärzte waren doch gar nicht Gegenstand der Untersuchung. Es sind doch die Hochschullehrer, denen der Wissenschaftsrat ins Stammbuch geschrieben hat, dass sie sich zu Oralmedizinern weiterentwickeln müssen, wenn sie nicht an der Fachhochschule landen wollen.

Deppe: Anstatt sich selbstkritisch mit den Aussagen auseinanderzusetzen, scheint die Hochschule bemüht, die fundamentale Kritik des Wissenschaftsrates nach unten durchzureichen. Aber vielleicht degradiert Noack uns ja auch nur zum Hauszahnarzt, damit der Fachzahnarzt endlich die Bedeutung erlangt, die er für sich selbst schon immer erträumt hat?

Osswald: Hauptkritikpunkt des Wissenschaftsrates ist die fehlende Nähe von

Forschung und Lehre zur Medizin. Der Wissenschaftsrat hält den Weg, den die zahnmedizinische Fakultät in ihrem Bemühen, den Amerikanern zu gefallen, nach dem Kriege eingeschlagen hat, für falsch, weil er zur Implementierung eines mechanistischen Ansatzes und zur Entfremdung von der Medizin geführt hat.

Deppe: Dieser Kritik muss man zustimmen. Gebietsübergreifend synoptisch zu diagnostizieren und zu behandeln ist seit jeher die Domäne von Allgemeinzahnärzten, die den gesamten Fachbereich überschauen. Sie sind die Oralmediziner, von denen im Gutachten die Rede ist. Die Hochschullehrer müssen es, folgt man dem Wissenschaftsrat, erst werden.

Osswald: Kollege Noack schreibt: „Den traditionell selbständigen Generalisten, der in allen Bereichen kompetent diagnostiziert und behandelt, kann es aber aufgrund des enormen Wissenszuwachses in allen Fachgebieten in Zukunft nicht mehr geben. Vielmehr wird es ein Nebeneinander von hausärztlichen zahnmedizinischen Generalisten mit eingeschränktem Leistungsspektrum.....“

Deppe: HausArztZahnArzt!

Osswald:.....und eines Netzwerks von Spezialisten geben müssen“. Das wird dann, wenn man Noack folgt, zu einer Verbesserung der Volksgesundheit führen.

Deppe: Ich kann mich des Eindrucks einer gewissen Unlogik nicht erwehren, Osswald. Das beißt sich doch ganz offensichtlich.

Osswald: Potemkinsche Dörfer, Deppe. Der Wissenschaftsrat mahnt die Implementierung einer synoptischen, fachgebietsübergreifenden Oralmedizin an den zahnmedizinischen Universitäten an. Die Hochschule meint, diese Forderung mit gegen Geld postgraduierten Spezialisten für Teilzahnheilkunde erfüllen zu können. Das ist ein Widerspruch in sich selbst. Auf mich macht das nicht gerade den Eindruck, als wolle man den

amerikanischen Weg endlich aufgeben.

Deppe: Wir müssen aufpassen, nicht falsch verstanden zu werden, Osswald. Es handelt sich um ganz wenige Autoren. Sicher gibt es eine große Zahl von Hochschullehrern, die das völlig anders sieht

Osswald: Davon gehe ich aus, Deppe. Nichtsdestotrotz handelt es sich um ein Weiss- und kein Schwarzbuch. Bis zum Beweis des Gegenteils muss man davon ausgehen, dass es breit abgestimmt ist und die Meinung der Hochschule insgesamt spiegelt. Immer zu schreiben „diejenigen Hochschullehrer, die sich in diesem weißen Buch geäußert haben“ ist zu unständig. Diese müssen sich, wenn sie sich durch dieses Werk nicht vertreten fühlen, schon selbst artikulieren.

Deppe: Ich halte es nicht einmal für gesichert, dass alle, die da geschrieben haben, Noacks markige Thesen mittragen. Unabhängig davon stellt sich die Frage, wann die Patienten mit diesen Segnungen flächendeckend rechnen können.

Osswald: Schon im nächsten Jahrhundert wird es wohl kaum klappen, Deppe.

Deppe: Ich stolpere immer wieder über den Ausdruck „hausärztlich zahnmedizinisch“:

Osswald: ZahnhausArzt?

Deppe: Da steht wirklich ärztlich. Dass ein kompetenter Allgemeinzahnarzt den Menschen mit seinen Problemen außerhalb der Mundhöhle wahrnimmt und entsprechend berät und behandelt, ist geübte allgemeinzahnärztliche Praxis. Dass man dadurch ärztlich approbiert wird, ist mir neu.

Osswald: In Einigem hat Noack auch Recht. Kooperative Gesundheitsprogramme, in die auch die Zahnärzte eingebunden sind, müssen natürlich implementiert werden, genau wie die Kooperation zwischen Ärzten und Zahnärzten weiter verbessert werden muss. Das, was Noack sich sonst so ausgedacht hat, kann man aus dem Gutachten des Wissenschaftsrates beim besten Willen nicht ableiten. Das sind seine ganz persönlichen Phantasien.

Deppe: Rätselhafter Begriff, den er da erfindet: „hausärztlicher zahnmedizinischer Generalist mit eingeschränktem Leistungsspektrum“. Das eingeschränkte Leistungsspektrum haben zweifellos die Spezialisten.

Osswald: Engagierte Allgemeinzahnärzte, die sich selbstständig weiterbilden, hatten noch nie ein Problem, Ihr Leistungsspek-

trum zu erweitern und an neue Erkenntnisse und Notwendigkeiten anzupassen.

Deppe: Fachzahnärzte, Master, Spezialisten, wie immer sie sich nennen mögen, sind schließlich nur teilzahnheilkundlich weitergebildet. Immerhin ist man ehrlich genug, die Notwendigkeit der Spezialisierung damit zu begründen, dass man wegen der Wissensexplosion die Übersicht über das Gesamtfach verloren hat.

Osswald: Im Gegensatz dazu liegt es nachgerade in der Natur des Allgemeinzahnarztes, dass er das gesamte Fach überblickt. Natürlich kann nicht jeder in jedem Falle alles machen. Das war noch nie anders. Wir haben schon immer den einen oder anderen Patienten überwiesen. Was aber die Wissensexplosion betrifft, die in jedem Kapitel des Weissbuches beklagt wird, muss ich in den letzten 20 Jahren Grundsätzliches verpasst haben. Die sehe ich nicht. Dabei lese ich eigentlich recht viel.

Deppe: Klopfen wir die teilzahnheilkundlichen Fachbereiche doch einfach mal daraufhin ab, Osswald. Füllungen?

Osswald: Überschaubar. Nach der Diagnose muss die Karies vor dem Legen der Füllung sehr sorgfältig entfernt werden. Kunststofffüllungen in Säure-Ätz-Technik wurden in München bereits vor 25 Jahren gelehrt. Klar, es gibt neue Schlagworte, Techniken, Materialien und erweiterte Indikationsstellungen. Aber eine Wissensexplosion? Mal im Ernst, Deppe. Das, was es dazu an Wesentlichem zu sagen gibt, hat doch dieser freundliche japanische Herr Takao Fusayama nahezu im Alleingang beschrieben. Was sonst noch wichtig ist, passt auf eine Din A4 –Seite. Kollege Stähle, der, sieht man einmal von Milchzahn- und Wurzelfüllungen ab, der ausgewiesene Spezialist für Kunststofffüllungen ist, legt und zeigt ohne jeden Zweifel ausgesprochen ordentliche Füllungen. Ich sehe jedoch nichts, was ein Allgemeinzahnarzt nicht könnte. Und wenn er es nicht kann, sollte er es lassen oder schleunigst lernen. Ordentliche Füllungen sind unser tägliches Brot. Schauen Sie einmal auf die Abbildungen 1 und 2. Uralte, für das Photo nicht nachgearbeitete Kunststofffüllungen an 14 und 15. Damals nur Ätzen, Heliobond, Heliomolar. Die stammen noch aus der Zeit, in der die Hochschule solche Versorgungen



Abb.1: Uralte, nicht nachgearbeitete Kunststofffüllungen an den Zähnen 14 und 15



Abb.2: Zugehörige Bissflügelaufnahme

als obsolet bezeichnet hat. Ästhetisch sicher heute nicht mehr erste Sahne, funktionell, wie man am Röntgenbild sieht, aber immer noch einwandfrei. Wollen Sie einmal mehr als 20 Jahre alte Kunststofffüllungen sehen?

Deppe: Lieber nicht, Osswald. Endodontie?

Osswald: Überschaubar. Voraussagbar erfolgreiche Endodontie haben wir hier ausführlich beschrieben. Keinerlei Fortschritt bei der Ausheilung apikaler Ostitiden in den letzten 50 Jahren. Stattdessen frustrane Erweiterung mechanischer Techniken bei Verlust des medizinischen Ansatzes der Behandlung infektiöser Zustände beim Menschen. Das Geheimnis erfolgreicher Endodontie besteht nach wie vor in ordentlicher Aufbereitung, gedul-

Anzeige

Viele nennen uns innovativ!

Werden auch Sie Partner unseres GKV Kassennetzwerks **dent-net®**

- ✓ 2 x jährliche Abrechnung von Prophylaxe mit GKV Kassen
- ✓ Direktabrechnung von Prothetikleistungen

- ✓ Bessere Liquidität durch umgehende Kassenzahlung
- ✓ Einsparung der KZV Verwaltungsgebühr
- ✓ Gesteigerter Umsatz durch zusätzliche Patienten

www.dent-net.de
Freecall: 0800 - 8776226

IMEX®

Dental und Technik GmbH

diger Desinfektion mit potenten Desinfektionsmitteln und sorgfältiger Obturation. Das ist seit 100 Jahren bekannt. Sicher gibt es neue Schlagworte, Materialien und Techniken. Aber Wissensexplosion?

Deppe: Parodontologie?

Osswald: Überschaubar. Noch immer ist es nicht gelungen, das bereits bekannte Wissen des großen multifaktoriell bedingten Krankheitsbildes Parodontitis betreffend seiner Ätiologie, Pathogenese und Therapie in ein Gesamtbild zu integrieren. Dass Parodontitis etwas mit schlechter Mundhygiene zu tun hat, hat ein deutscher Bader immerhin bereits um 400 nach Christus beschrieben.

Deppe: Um die Mitte des letzten Jahrhunderts ging es isoliert in Richtung Funktion: Thielemann, „Biomechanik der Parodontose“, um 1950.

Osswald: Gibt es immer noch als Schnäppchen im Internet.

Deppe: Haben Sie gesehen, wie die Preise für Walkhoffs Bücher steigen?

Osswald: Hätte man aufkaufen sollen, Deppe.

Deppe: Schlagen den Dax um Längen, Osswald.

Osswald: Dass der bakterielle Infekt die wesentliche Ursache ist und Biofilme eine besondere Rolle spielen, ist auch nicht mehr brandneu. Dass man die Bedeutung der Genetik entdeckt hat, ist auch schon eine Weile her. Die Erkenntnis, dass unterschiedliche Menschen mit Organen und einem Immunsystem von unterschiedlicher Qualität ausgestattet sind, ist eher trivial. Rauchen, Alkoholmissbrauch und Diabetes spielen natürlich wie überall als Kofaktoren eine Rolle. Ist auch kein Wunder: Endstrombahn.

Deppe: Obwohl in ihrer Bedeutung vor vielen Jahren erkannt, wird die Funktion auch im Weissbuch als maßgeblicher Kofaktor vollständig ignoriert.

Osswald: Etwas, was man als Wissensexplosion bezeichnen könnte, sehe ich nicht. Forschung in allen Ehren. Aber das, was es an Wissen in die Praxis umzusetzen gilt, kann jeder Allgemeinzahnarzt oder kann es erlernen, wenn er denn will und entsprechend fortgebildet wird.

Deppe: Immerhin sollen bis zu 40% der Erwachsenen an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis erkrankt sein, Osswald.

Osswald: Wenn das so ist, Deppe, steht das der von der Hochschule im Weissbuch erhobenen Forderung, einen Fachzahnarzt

für Parodontologie zu schaffen, diametral entgegen. Wenn man dieses Problem flächendeckend lösen will, müssen die Allgemeinzahnärzte ran. Wie viele Fachzahnärzte für Parodontologie will Kollege Schlagenhauf denn ausbilden?

Deppe: Da muss der Wissenschaftsrat wohl ein paar parodontologische Fakultäten schaffen....

Osswald:.....wo er doch gerade ein paar zahnmedizinische Unis schließen will.

Deppe: Was übrigens im Interesse der niedergelassenen Allgemeinzahnärzte wäre. Warum gibt es eigentlich keine geburts-hilffliche Fakultät?

Osswald: Neulich hat ein Hochschullehrer verraten, dass man nur eine einzige tiefe Tasche haben muss, und schon fällt man unter diese 40%.

Deppe: Ein Patient verliert einen Zahn, der Nachbarzahn kippt in die Lücke, gerät in Malokklusion, wird funktionell überlastet, entwickelt einen Knocheneinbruch, der sekundär bakteriell besiedelt wird, und schon hat er eine „aggressive“ Parodontitis.

Osswald: Davon, dass der Supergau für den Zahnhalteapparat die Kombination aus bakterieller Infektion und funktioneller Überlastung ist, steht im Weissbuch kein Wort.

Deppe: Dafür schreibt jedoch Kollege Schlagenhauf: „Psychosozialer Stress nimmt nachgewiesenermaßen einen massiven Einfluss auf die Stärke und den Verlauf von Entzündungsreaktionen im ganzen Körper und steht im Verdacht, auch die Progression parodontaler Erkrankungen signifikant zu beeinflussen.“

Osswald: Wie komme ich bloß gerade jetzt auf Manager-Parodontitis, Deppe?

Deppe: Fast so eine tolle Diagnose wie die Juvenile, Osswald

Osswald: Negativer Stress wird als Missverhältnis zwischen Anforderung und Bewältigungskompetenz definiert. Der Manager fühlt sich den Forderungen nach Erfolg, die an ihn gestellt werden, nicht gewachsen und gerät mächtig in Stress. Er beißt die Zähne zusammen und sich durch. Seine Zähne berühren sich längst nicht mehr physiologisch, also ohne Druck während maximal vier Minuten in 24 Stunden, sondern mitunter mehrere Stunden unter erheblicher Krafteinwirkung. Die Folge ist ständiges Genackel, also Press- und Scherbelastung der Parodontien. Er arbeitet viel, schläft wenig und das auch noch schlecht.

Er hat Albträume und presst dabei die Zähne mit maximaler Kraft zusammen. Cortison- und Adrenalinspiegel steigen, das Immunsystem schwächtelt. Vielleicht raucht und trinkt er auch noch mehr als früher, treibt weniger Sport, ist eher niedergeschlagen und ernährt sich nicht ausgeglichen. Kein Wunder, dass seine Mundhygiene, die seine Gingivitis früher, als sein Leben wesentlich entspannter verlief, ausreichend im Zaum hielt, nicht mehr ausreicht. Er geht ja schon langsam auf die 50. Die interdentalen Knochensepten sind längst abgeflacht. Er benützt aber immer noch kein Interdentalbürstchen. Schon gar nicht nach jedem Essen und insbesondere nicht abends, bevor er endlich völlig ausgepowert ins Bett fällt. Durch die entzündliche Reaktion werden die parodontalen Gewebe ödematös aufgelockert. Die Parodontalspalten erweitern sich unter der funktionellen Überlastung, die Zahnbeweglichkeit nimmt zu, es kommt zur Ausbildung erster vertikale Einbrüche, die von parodontitisrelevanten Bakterien besiedelt werden, die dort ideale Bedingungen für ihre Vermehrung vorfinden und sich gleichzeitig den Hygienebemühungen vollständig entziehen. Es entsteht ein Teufelskreis, der.....

Deppe: Hörn Sie auf, hörn Sie auf, Osswald. Das haben Sie hier schon mindestens zweimal erzählt. Die Frage ist ...

Osswald: ...das kann man gar nicht oft genug betonen. Diese Patienten, und davon es in diesen harten Zeiten immer mehr, werden nach der Lehrmeinung mit der Diagnose „Aggressive Parodontitis“ versehen und antibiotisch missbraucht.

Deppe: Warum sehen die Parodontologen da immer noch ein Geheimnis? Dieses Modell kann man auf viele Menschen übertragen.

Osswald: Sind wir in diesen modernen Zeiten nicht alle ein bisschen Manager, Deppe?

Deppe: Zur Psychosomatik kommen wir noch, Osswald.

Osswald: Häufig ist also nicht die Parodontitis aggressiv, sondern der Umgang der Patienten mit ihren Zähnen. Schauen Sie einmal auf die Abbildungen 3 und 4. Zwischen diesen Aufnahmen liegen knapp 10 Jahre. Man erkennt bereits am Röntgenbild, dass es sich um einen massiven Bruxer handelt. Der Befund konnte nach initialer Extraktion von 17 und einer einzigen geschlossenen Kuretage mit konsequenter Schienentherapie während

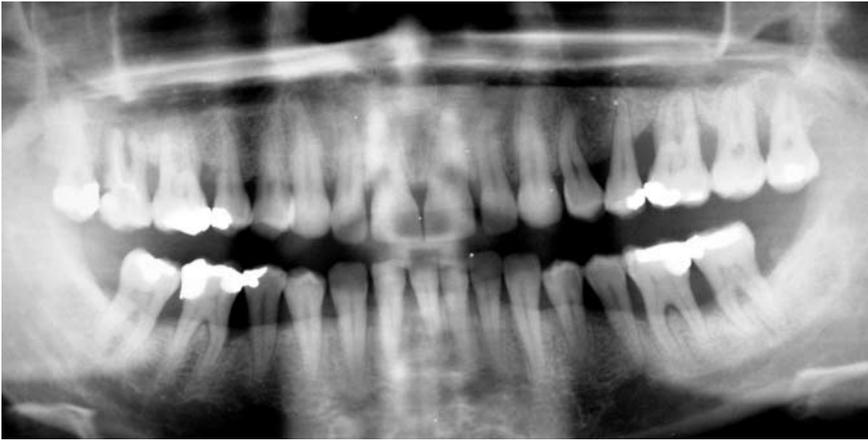


Abb.3: Ausgangsbefund eines Bruxers mit Parodontitisschub

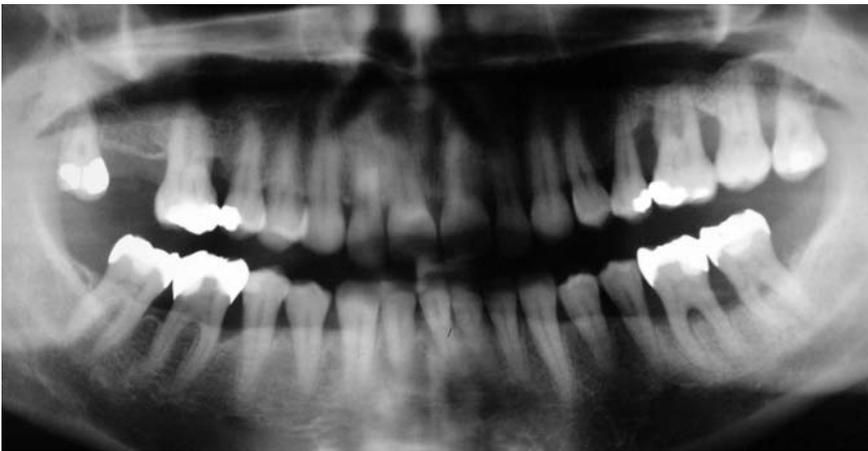


Abb.4: Verlaufskontrolle nach fast 10 Jahren

der Nacht und durch indikationsgerechte Mundhygienebemühungen mit Interdentaltbürstchen bis heute, das sind immerhin 15 Jahre, konstant gehalten werden. Zu keinem Zeitpunkt wurde ein Antibiotikum verordnet.

Deppe: Kollege Schlagenhaut hat ja Recht, wenn er ausführt, dass eine engere Verzahnung zwischen heil- und zahnheilkundlicher Lehre genau so wichtig ist wie diejenige zwischen den einzelnen zahnmedizinischen Fachbereichen. Natürlich muss der zahnärztliche Kollege in das interdisziplinäre Kolloquium über multimorbide Patienten einbezogen werden.

Osswald: Dass er daraus die Notwendigkeit einer Fachzahnartzinflation ableitet, weil nur diese das Notwendige flächendeckend leisten können soll, erschließt sich mir nicht. Genau das Gegenteil ist schlüssig. Und wenn Kollege Schlagenhaut einräumt, dass selbst innerhalb der Medizin der eine Facharzt häufig nicht so recht weiß, was der andere tut, der den Patienten gleichzeitig behandelt, widerspricht das den Forderungen im Weissbuch völlig.

Wir sprechen hier schließlich nicht über Innere, Chirurgie, Gynäkologie oder Kinderheilkunde, um nur einige der großen medizinischen Fachbereiche aufzuzählen. Wir sprechen, um es noch einmal in aller Deutlichkeit zu sagen, über Zahnmedizin. Und Zahnheilkunde ist genau solch ein schnuckeliger medizinischer Fachbereich wie beispielsweise Hals-Nasen-Ohren- oder Augenheilkunde. Es geht hier nicht um große medizinische Fächer, sondern um Basisleistungen unseres Faches: Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Milchzahnbehandlungen, zahnärztliche Chirurgie, Parodontologie und Prothetik. Der Wissenschaftsrat fordert schließlich auch keinen Facharzt für Kurzsichtigkeit.

Deppe: Macht er nicht? Prothetik!

Osswald: Überschaubar. Nach wie vor müssen prothetische Pfeiler unter ausreichender Wasserkühlung mit scharfen Instrumenten unter Vermeidung unter sich gehender Stellen beschliffen, muss eine verlässliche Retentionsform geschaffen und dann ordentlich abgeformt werden, damit der Techniker passgenaue Restau-

rationen herstellen kann. Ansonsten sehe ich einige wenige neue Techniken und Materialien. Wenn ich Ihnen allerdings erzähle, wie viel Säue in den letzten 20 Jahren durch mein Dorf getrieben und anschließend beerdigt wurden, obwohl sie von Hochschullehrern beworben wurden Eine Explosion des Wissens kann ich nirgends erkennen. Ganz im Gegenteil. Da gibt es überhaupt nichts, was ein engagierter Allgemeinzahnarzt nicht kann oder lernen kann, wenn er denn will und entsprechend fortgebildet wird.

Deppe: Zahnärztliche Chirurgie?

Osswald: Überschaubar. Auch wenn es da etwas Neues gibt, wenn man denn die Implantologie unbedingt als neu bezeichnen möchte. Sehr schöne Technik, wenn sie indikationsgerecht eingesetzt wird. Nichtsdestotrotz habe ich immer noch wesentlich mehr Respekt vor einem Kollegen, der einen retinierten und verlagerten unteren Weisheitszahn in einer angemessenen Zeit entfernt, als vor dem, der ein Implantat in ausreichend ortsständigen Knochen inseriert. Das ist zahnärztliche Chirurgie. Das kann jeder Allgemeinzahn erlernen, wenn er es denn will und entsprechend fortgebildet wird. Und Kieferchirurgen, die das gerne an seiner Stelle machen, wenn er nicht will, gibt es wie Sand am Meer.

Deppe: Kinderzahnheilkunde?

Osswald: Natürlich gibt es Kinder, die nicht anders als in Narkose zu behandeln sind. Die gab es immer. Aber so viele? Es sind ja auch schon einige dabei gestorben. Spätestens da muss man sich doch nach der Verhältnismäßigkeit fragen. Und die Eltern der Kinder aus den sozialen Brennpunkten, die die Kariesstatistik belasten, scheinen mir nicht gerade diejenigen zu sein, die sich in den kinderzahnärztlichen Praxen um die geforderten privaten Zuzahlungen prügeln. Hand aufs Herz, Deppe. Würden Sie einen Kollegen, der keine Milchzähne behandeln kann, an Ihre eigenen Zähne lassen? Grundsätzlich sehe ich auch hier nichts, was ein Allgemeinzahnarzt nicht kann oder lernen kann, wenn er es denn will und entsprechend fortgebildet wird.

Deppe: Und die alle Teilbereiche übergreifende Funktion?

Osswald: Der mechanistisch-gnathologische Irrweg von vor über 20 Jahren ist zum Glück verlassen. Damals wurde eine ganze Generation von Zahnärzten verleitet, auch gesunde Zähne zu beschleifen,

um einer eher primitiven, rein mechanistischen Vorstellung von Funktion zu folgen. Die Prinzipien – stabile Okklusion, Schlussbiss in entspannter Zentrik, keine Gleithindernisse bei den funktionellen Bewegungen – die es zu beachten gilt, sind vollständig beschrieben. Knackpunkt sowohl der klinischen als auch der instrumentellen Funktionsanalyse und –therapie ist die Bissnahme in entspannter Zentrik. Die Zähne berühren sich unter physiologischen Bedingungen ohne großen Druck maximal 2 bis 4 Minuten am Tag. Alles andere ist Missbrauch, der allerdings genau so stark zunimmt, wie er in alle Bereiche der Zahnheilkunde hineinspielt und unterschätzt wird. In der Regel handelt es sich um Spannungsabbau über die Kaumuskulatur. Ich sehe da nichts, was ein Allgemeinzahnarzt nicht leisten oder lernen kann, wenn er es denn will und entsprechend fortgebildet wird.

Deppe: Es hapert genau wie in den anderen Teilbereichen nicht am Wissen an sich, sondern an der Umsetzung des bekannten Wissens in lege artis praktikierbare Zahnheilkunde.

Osswald: Wobei das genau das ist, was die Hochschule eigentlich leisten müsste.

Deppe: Die Umwelt betreffend hieß es mal; „Es ist keineswegs so, dass wir nicht wissen, was wir tun, wir tun vielmehr nicht, was wir wissen!“ Psychosomatik?

Osswald: Wird praktisch nicht gelehrt, Deppe. Das notwendige Wissen muss sich der Allgemeinzahnarzt selbstständig erarbeiten.

Deppe: Müsste aber doch, oder?

Osswald: Psychosomatik ist ein Teilbereich, bei dem ich mir durchaus besonders weitergebildete Kollegen vorstellen könnte. Hier sehe ich wesentliche Verbindungen zur Medizin. Nur: Wer soll diese Fachzahnärzte ausbilden? Die Psyche hat in der Zahnheilkunde natürlich eine genau so große Bedeutung wie in der Allgemeinmedizin. Fast 40% der Patienten, die eine allgemeinärztliche Praxis aufsuchen, sind nicht körperlich krank. Und ausgerechnet diese Patienten sollen einen großen Bogen um unsere Praxen machen? Stark vereinfacht ausgedrückt sind die Knirscher und Presser die Psychosomatiker der Zahnheilkunde. Richtig Kranke gibt es natürlich auch.

Deppe: Dann ist Zahnheilkunde also ganz einfach?

Osswald: Zahnheilkunde ist alles andere als einfach, Deppe! Die Bezeichnung

„Zahnheilkunde“ beinhaltet schließlich die Integration des bekannten zahnmedizinischen und medizinischen Wissens zu einem Gesamtbild und die Umsetzung in fachübergreifende, also im besten Sinne des Wortes medizinisch-ganzheitliche Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie. Synoptische Zahnheilkunde im Sinne von Oralmedizin wird, wie der Wissenschaftsrat angemerkt hat, jedoch nicht gelehrt. Erfahrene Allgemeinzahnärzte verstehen aber bereits eine ganze Menge von Oralmedizin.

Deppe: Dieses Wissen haben sie allerdings selbstständig und postgraduiert erworben.

Osswald: Die Behandlungsgrundsätze in den einzelnen Fachbereichen sind dagegen nicht so schwierig zu beschreiben, wie behauptet wird, wenn man sie nicht unnötig verkompliziert.

Deppe: Synoptische Zahnheilkunde ist also das Fach, das an der Hochschule und in der Ausbildung fehlt. Dann läuft etwas grundsätzlich falsch in Deutschland?

Osswald: Sagt immerhin der Wissenschaftsrat, Deppe. Natürlich kann man jede Verrichtung solange verkomplizieren, bis sie einen Spezialisten erfordert. Am Ende steigert man die Qualität vielleicht von 96 auf 97 % ohne dass es jemand bemerkt, braucht dafür aber einen Spezialisten und eine extensiv verlängerte Behandlungszeit.

Deppe: Was für eine Verschwendung von Ressourcen.

Osswald: Und in der kostenpflichtigen postgraduierten Ausbildung dieser Spezialisten sieht die Hochschule die adäquate Antwort auf die Kritik des Wissenschaftsrates, wenn man ihrem Weissbuch folgt. Das verstehe, wer will, der Wissenschaftsrat sicher nicht.

Deppe: Was Kollege Lauer in seinem Beitrag zum Weissbuch an verbesserter Strukturqualität schildert, ist eher trivial und in jeder ordentlich arbeitenden Allgemeinzahnärztlichen Praxis lange implementiert.

Osswald: Er spricht ja für die Hochschule. In einer ordentlichen Allgemeinpraxis hat er offensichtlich nicht hospitiert.

Deppe: Allgemeinzahnärztlich ist er offensichtlich gar nicht beraten.

Osswald: Sehr viel schwieriger, als Protokolle zu verkomplizieren, ist es, genauso erfolgreiche oder erfolgreichere Behandlungsprotokolle zu beschreiben, die das vorhandene Wissen in eine für die Mehr-

zahl der Behandler erfolgreich praktizierbare Zahnheilkunde umsetzt. Deshalb gibt es dazu auch so wenige Vorträge.

Deppe: Das müsste die Hochschule leisten, wenn sie die Volksgesundheit in einem Maße verbessern will, wie es der Kollege Löst für die als modern auftretende Endodontie reklamiert hat.

Osswald: Mit Teilgebietsspezialisten ist das nicht zu machen. Das müssen wir Allgemeinzahnärzte leisten. Machen wir ja auch. Es waren schließlich nicht die 3 oder 4 Zahnärzte, die nur noch Milchzähne füllen, die Deutschlands Kindern international einen Spitzenplatz beim DMF-Index verschafft haben.

Deppe: Mit der Beschreibung immer weiterer Spezialitäten wird nachgerade das Gegenteil erreicht. Indem man technizistische Anforderungen an lege artis Leistungen in immer neue Höhen treibt, vertreibt man die Kollegen aus Fortbildungsveranstaltungen. Die kommen mit der Überzeugung zurück in ihre Praxis, dass sie unter den real existierenden Praxisbedingungen überhaupt keine Chance haben, lege artis zu behandeln.

Osswald: Möglicherweise gerade der Sinn der Übung, Deppe. Noacks „Hausärztlicher zahnmedizinischer Generalist mit eingeschränktem Leistungsspektrum“ soll sich schließlich vom Meister unterscheiden, der lege artis behandelt. Ihnen stelle ich gerne dieses vom Kollegen Türp gelegentlich verwendete Zitat von Klufmann aus dem Jahre 1933 entgegen: „Der rechte Arzt ist der, der mit einfachen Mitteln Großes erreicht, und wir sehen es immer wieder, dass die ganz Großen unter den Ärzten sich mit Vorliebe der einfachen Mittel bedienen, nicht selten zur Enttäuschung ihrer Patienten, die ein Wunder mit irgendeinem technisch-modernsten Apparat oder Mittel erwarten.“

Deppe: Zahnschmerzen bekommen sie alle, meint Noack. Weil der Zahnarzt deshalb mehr Patientenkontakte hat als der Hausarzt, soll er zum ersten Ansprechpartner für die schwierigen Patienten werden: die sozioökonomisch Unterprivilegierten, wie er sie nennt, die Ungebildeten, Unwilligen und Pflegebedürftigen. Ernährungsberatung und Raucherentwöhnung soll der Zahnhausarzt zukünftig betreiben und psychische Störungen und Alkoholismus behandeln.

Osswald: In Noacks Phantasie wird unsere Aufgabe zukünftig darin bestehen, den Trinkern den Alkohol, den Rauchern

den Glimmstängel und den Diabetikern die Schokolade wegzunehmen. Um sie sollen wir direkt mit den Allgemeinärzten konkurrieren, weil wir für diese Arbeit aus deren streng budgetierten Töpfen bezahlt werden. Diese Vorstellung ist nicht ohne Charme, weil für die Fachzahnärzte mehr Geld im zahnmedizinischen Topf verbleibt. Ihr Honorar fällt schließlich nicht vom Himmel. So weitblickend ist Kollege Noack immerhin.

Deppe: Diejenigen, die es sich leisten können, werden von den strahlenden Spezialisten lege artis versorgt

Osswald:und der Rest von uns dusseligen Hauzahnärzten.....

Deppe:irgendwie, Osswald,.....

Osswald:in den Augen der Meister jedoch in keinem Fall lege artis, Deppe.

Deppe: Zähne raus, Implantate rein, Zirkon drauf. Schöne neue Welt.

Osswald: 95% der Fortbildung beschäftigen sich mit maximal 5% der Fälle. 90% der Kollegen, die die gelehrten Protokolle anwenden sollen, müssen aber in einem Markt konkurrieren, indem maximal 10%

der Kunden einkaufen können.

Deppe: Ökonomisch gesehen Unsinn, Osswald.

Osswald: Wenn es die Hochschule ernst meint mit der Verbesserung der Volksgesundheit, muss das Verhältnis nachgerade umgekehrt sein. Und deshalb führt am fachgebietsübergreifend oralmedizinisch tätigen Allgemeinzahnarzt kein Weg vorbei.

Deppe: Dann blieben für Noacks hochqualifizierte Fachzahnärzte aber nicht genug Patienten übrig. Zu erwähnen ist, dass im Weissbuch die Forderung nach der Privatisierung der zahnmedizinischen Versorgung erhoben wird. Wissenschaft sollte doch unabhängig sein.

Osswald: Honit soit qui mal y pense !

Deppe: Wie konnte das nur passieren?

Osswald: Dass die Hochschullehrer sich nicht zu Oralmedizinern entwickelt haben? Das liegt an BEMA und GOZ.

Deppe: Keine Witze, Osswald.

Osswald: Steht so im Weissbuch, Deppe.

Deppe: Was haben Gebührenordnungen mit Wissenschaft zu tun?

Osswald: Keine Ahnung. Das müssen Sie

die Autoren fragen. Vielleicht hätte es ja keine Wissensexplosion gegeben, wenn BEMA und GOZ rechtzeitig reformiert worden wären.

Deppe: Keine Witze, Osswald!

Osswald: Daran, dass die Approbationsordnung 50 Jahre nicht geändert wurde, liegt es natürlich auch.

Deppe: Und warum haben die Hochschullehrer sie dann nicht geändert?

Osswald: Keine Ahnung, wer daran nun wieder schuld ist, Deppe. Die Studenten vielleicht, oder die Regierung? Wahrscheinlich die Allgemeinzahnärzte, die dem Wissenschaftsrat als Bauernopfer angeboten werden.

Deppe: Statt energische Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität von Lehre und Forschung insgesamt zu verbessern, wird die Bedeutung der kleinen Fachbereiche aufgeblasen. So schreibt beispielsweise Kollege Schlagenhauf an anderer Stelle: „Innerhalb der Zahnheilkunde gibt es wenige Fachdisziplinen, die aufgrund des enormen Wissenszuwachses in den Lebenswissenschaften in den letzten Jahren einen so grundlegenden Paradigmenwan-

Anzeige

Dokumentation der Instrumentenaufbereitung

com|cotec®

Undurchsichtige Vorschriften?

Einfache Lösung!



SEGO®

SOFT

Process Documentation

Schützen Sie sich vor haftungsrechtlichen Risiken!

- > Sichere Dokumentation durch schnelle, vollautomatische Anwendung
- > Kompatibel zu allen gängigen Praxismanagement- und Patientenverwaltungssystemen
- > Hersteller-unabhängig, einfache Anbindung an über 160 verschiedene Medizingeräte
- > Erfüllt die Richtlinien des Robert-Koch-Instituts

Interesse? > info@comcotec.org > +49 89 5484 2480
> www.segoft.info

Sie finden uns auf allen Dental-Fachmessen, fragen Sie dazu gerne Ihren Medizingeräte-Hersteller.

del erlebt haben wie die Parodontologie.“

Osswald: Das behaupten die Repräsentanten aller Fachgesellschaften unisono.

Deppe: Im Weissbuch 2 heißt es: „Die enorme Weiterentwicklung des (zahn-)medizinischen Wissens erfordert bei Erhalt von hoher Qualität Fachkenntnisse, die nicht mehr in vollem Umfang im Studium gelehrt werden können. (...) In naher Zukunft werden neben Oralchirurgen und Kieferorthopäden auch weitere Fachzahnärzte, zum Beispiel in Parodontologie, Endodontie, Kinderzahnheilkunde etc. sinnvoll sein.“

Osswald: Wer richtiger Zahnarzt werden will, wird auf die kostenpflichtigen Curricula verwiesen

Deppe: ... bei der den Kollegen dann von denselben Hochschullehrern gegen Geld das Wissen vermittelt werden soll, das sie ihnen während des Studiums zu vermitteln wegen der Wissensexplosion nicht in der Lage waren?

Osswald: Wenn man allein die Liste der Referenten in Krems anschaut, könnte man glatt auf die Idee kommen, dass viele Hochschullehrer neben ihren zahlreichen anderen Nebenjobs inzwischen so stark mit der kostenpflichtigen Meisterausbildung beschäftigt sind, dass für die Ausbildung der Studenten kaum noch Zeit bleibt.

Deppe: Vor kurzem soll ein bekannter Hochschullehrer geäußert haben, dass die Kremser Master-Ausbildung ihr Geld nicht wert ist. Praktisch könne man nachher nicht mehr, sondern habe allenfalls ein bisschen mehr theoretisches Wissen und titelgebundenes Selbstbewusstsein. Auf die Frage, warum er dann dort lehre, soll er geantwortet haben: „Warum soll ich das leicht verdiente Geld nicht mitnehmen?“

Osswald: Natürlich ist die Hochschule unzureichend finanziert und hat das Problem, qualifizierte Kollegen zu binden und in die Studentenausbildung zu integrieren, weil sie ihnen keine Perspektive bieten kann. Die bestünde in einer mehrjährigen universitären Weiterbildung zum Fachzahnarzt. Alle können schließlich nicht Hochschullehrer werden. Dagegen ist aus allgemeinärztlicher Sicht überhaupt nichts einzuwenden. Nicht verhandelbar ist, dass dieser Titel ganzjährig und mehrjährig an der Universität erworben wird, und derjenige, der sich als Fachzahnarzt niederlässt, genau wie der Kieferorthopäde ausschließlich in seinem Fachbereich und nur auf Überweisung

durch einen Allgemeinzahnarzt tätig werden darf. Der Umsetzung offensichtlicher Überlegungen, die in eine andere Richtung gehen, wird sich der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland sehr energisch widersetzen.

Deppe: Wie könnte man die Ausbildung der Studenten verbessern, Osswald?

Osswald: Ich glaube nicht, dass ich ein schlechterer Zahnarzt geworden wäre, wenn mir diese kastrierte Zahntechniklehre im Studium erspart geblieben wäre. Eine achtwöchige Pflicht-Famulatur in einem qualifizierten Labor hätte mehr gebracht. Zweites Beispiel. Heute haben manche Kollegen in ihrer Ausbildung nur ein oder zwei gelockerte Zähne gezogen. Wenn eine vernünftige Ausbildung in zahnärztlicher Chirurgie von der Hochschule nicht geleistet werden kann, muss sie ihre Ausbildungspflicht anders erfüllen. Eine begleitete sechsmonatige Famulatur in einem Entwicklungsland würde die Defizite nachhaltig heilen.

Deppe: Damit würden zwei ganze zusätzliche Semester für die fachübergreifende Ausbildung in Oralmedizin freigeschaufelt.

Osswald: Kollege Schlagenhaut muss im Weissbuch leider einräumen, dass er in der Hochschullandschaft niemanden sieht, der die vom Wissenschaftsrat eingeforderte Oralmedizin lehren kann. Ja er sieht nicht einmal jemanden, der die Hochschullehrer ausbilden könnte, die das Fach zukünftig lehren sollen. Dafür, dass die jungen Kollegen postgraduiert in fachgebietsübergreifender Zahnheilkunde ausgebildet werden, müssen wir Allgemeinzahnärzte wohl auch zukünftig zuverlässig alleine Sorge tragen.

Deppe: All das erklärt aber nicht alle Aufgeregtheiten, Osswald. Da muss doch noch mehr dahinter stecken.

Osswald: Der Rest, Deppe, wird Ihnen wie Schuppen von den Augen fallen, wenn Sie die neueste Botschaft aus Krems vernennen: „Den gesetzlichen Krankenkassen ist der Weg geöffnet worden, mit einzelnen Ärzten oder Zahnärzten, vor allem aber mit einer Gruppe von spezialisierten und graduierten Zahnärzten Sonderverträge zu schließen. Diese Sonderverträge können über Zahntarifangebote, die von einzelnen Kassen zum Beispiel gemeinsam mit einer privaten Versicherung dem GKV-Versicherten angeboten werden, den Eigenanteil des Versicherten weitestgehend reduzieren. D.h., das kann gehen

bis hin zu einer vollen Kostenerstattung in der Endodontie oder Implantologie. Für diese Zusatzversicherung wollen die Kassen aber auch die Sicherheit der Qualität in der Versorgung. Dies über den Abschluss von Gruppenverträgen mit einem bundesweiten Kollektiv von zertifizierten, besser noch wissenschaftlich akademisch graduierten Spezialisten, z.B. Master of Science Orale Chirurgie/ Implantologie; MSc Endodontie oder MSc Kieferorthopädie. Die Kassen arbeiten ganz kurzfristig an solchen Vertragsentwürfen nach GOZ und selbst die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wollen sich als Dienstleister für Abrechnung, aber auch zum Beispiel für Vertragsberatung anbieten.“

Deppe: Grosse Freiheit Nr. 73, Osswald.

Osswald: Leider weilt der Kollege Albers schon lange nicht mehr unter uns, Deppe.

Deppe: Die bisher geschmähte GKV soll plötzlich zum Gate-Opener für die Erfüllung der Phantasien der Spezialisten werden? Die liebe GKV? Die GKV ist definitiv nicht lieb. Die PKV genau so wenig.

Osswald: Dass diejenigen, die Spezialisten und Master produzieren, in den Startlöchern stehen, Gruppenverträge zu Lasten der Allgemeinzahnärzte abzuschließen, wird jetzt offensichtlich. Logisch. Investitionen müssen sich rechnen, sonst bleiben die Kunden aus. Das war der wesentliche Grund, warum weitblickende Allgemeinzahnärzte den Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland e.V. (www.bvaz.de) gegründet haben. Wir haben uns in den letzten 20 Jahren leider in berufspolitischen Grabenkämpfen zerrieben und dabei unsere medizinischen Interessen aus den Augen verloren. Jetzt geht es aber nicht mehr nur um Berufspolitik. Es geht auch nicht mehr nur um Geld. Es geht ums Eingemachte. Es geht um unsere Zahnheilkunde. Deshalb müssen wir uns genau wie die Allgemeinärzte über alle berufspolitischen Differenzen hinweg organisieren und nachhaltig zur Wehr setzen. Sonst sind wir nachher nicht nur die „Hauszahnärzte mit eingeschränktem Behandlungsspektrum“, sondern auch noch die Deppen. Wenn wir uns nicht wehren, wird es uns gehen wie weiland den Allgemeinärzten. Das müssen jetzt alle Kollegen begreifen.

Deppe: Vielleicht müssen Sie das dann schmissiger formulieren.

Osswald: „Hey, Mädels! Hallo, Jungs! Die wollen Euch über den Tisch ziehen!“

Deppe: Das ist dann vielleicht doch etwas zu schmissig, Osswald.

Osswald: Sie sind gerne Allgemeinzahnarzt/ärztin? Sie wollen nicht Zahnhauszahnarzt/Arzt/Ärztin werden und sich nicht mit den Allgemeinärzten/innen um Ihr wohlverdientes Honorar prügeln? Warum sind Sie dann nicht Mitglied im BVAZ? Kostet wenig bei maximalem Ertrag!

Deppe: Nicht nur frauenpolitisch korrekt, Osswald.

Osswald: Diejenigen, die denken, das ginge sie alles nichts an, weil sich außerhalb der Großstädte zu ihren Lebzeiten kein Fachzahnarzt blicken lassen wird, täuschen sich gewaltig.

Deppe: Der Vorstandsvorsitzende der Bundes-AOK, Herr Ahrens, hat vor wenigen Wochen im AOK-eigenen Publikationsorgan gefordert, die Honorare für Leistungen aus Verträgen nach §73c der Gesamtvergütung zu entnehmen.

Osswald: Wenn wir nach Meinung der Hochschullehrer diverse Leistungen nicht mehr erbringen dürfen, Deppe, brauchen wir das Geld ja nicht mehr.

Deppe: Keine Witze, Osswald. Es besteht die Gefahr, dass die Versicherer auf die Reklame der Fachgesellschaften hereinfallen und Gruppenverträge mit Spezialisten und Mastern zu Lasten der Allgemeinzahnärzte abschließen.

Osswald: Am Beispiel der Endodontie ließe sich sehr schön belegen, dass das eine krasse Fehlentscheidung wäre.

Deppe: Wie wäre es, wenn wir das zur Abwechslung einmal am Beispiel der Implantologie durchdeklinieren?

Osswald: Der Kollege Wolfgang Kirchhoff hat einen bemerkenswerten Vortrag mit dem Titel „Zahn-Implantate zwischen medizinischem Fortschritt, Maximal-Therapie und Humanversuch“ gehalten. Er hat sehr nachhaltig belegt, dass viele Argumente, die zur Entscheidung für Implantate und gegen konventionelle prothetische Versorgungen zu Felde geführt werden, wissenschaftlich nicht belegt sind. Vieles von dem, was behauptet wird, muss man als reines Marketing des zahnmedizinisch-industriellen Komplexes bezeichnen. Er hat zum Beispiel auf der Basis der bekannten wissenschaftlichen Literatur nachgewiesen, dass die konventionelle Brücke eine deutlich bessere Langzeitprognose hat als das Einzelimplantat. Dies insbesondere natürlich dann, wenn die Implantation nicht in einem Bereich



Abb.5:Groteske Planung: Extraktion von 16, externer Sinuslift mit Knochen aus dem Beckenkamm, Implantate an 14 und 16

mit ausreichend ortständigem Knochen erfolgt.

Deppe: Ich kann mich noch an den Satz erinnern, zu dem sich vor gar nicht langer Zeit profilierte Implantologen verstiegen haben, dass heutzutage jede konventionelle Brücke einen Behandlungsfehler darstellt.

Osswald: Wir Allgemeinzahnärzte sind einem gnadenlosen industriellem Marketing ausgeliefert. Insbesondere natürlich dann, wenn es von Hochschullehrern transportiert wird. Das führt gelegentlich zu grotesken Planungen. Schauen Sie einmal auf die Abbildung 5. Diese Patientin hatte Schmerzen am Zahn 16, den der Kollege für nicht erhaltungswürdig hielt. Im Einzelfilm ist der vitale Zahn 17 nicht beherdet. Früher wäre der Patientin eine ganz normale Brücke von 13 auf 17 eingegliedert worden. Der Kollege hat sie jedoch an einen Implantologen überwiesen, der einen Kostenvoranschlag für zwei Implantate an 14 und 16 nach externem Sinuslift mit Beckenkammknochen erstellt hat. Zu ihrem Glück konnte sich die Patientin diese Versorgung nicht leisten. Solch ein Aufwand. Mehrere operative Eingriffe. Soviel Leiden und Kosten, nur um eine Versorgung mit schlechterer Prognose einzugliedern.

Deppe: Dagegen ist eine konventionelle Brücke selbst bei völlig unschuldigen Nachbarzähnen ein geradezu minimalinvasiver Eingriff. Man hätte eigentlich erwarten müssen, dass die Aufklärung über Sinn und Unsinn implantologischer Maximalversorgungen von Seiten der Hochschule erfolgen würde.

Osswald: Wenn die Indikation nicht stimmt, gerät alles ins Schwimmen.

Deppe: Viele Hochschullehrer mischen beim Implantatmarketing kräftig mit. Es ist bemerkenswert, dass mit Kirchhoff ein Allgemeinzahnarzt anhand allgemein zugänglicher Daten über problematische In-

dikationsstellungen aufklären muss.

Osswald: Und da die überfällige Kritik von einem Allgemeinzahnarzt formuliert wird, Deppe....

Deppe: ...werden die Hochschullehrer sie in Wagenburgmanier entrüstet von sich weisen, Osswald.

Osswald: Kollege Kirchhoff schreibt in diesem Zusammenhang: „An den zum Teil die Gesundheit gefährdenden Geschäften sind unsere wissenschaftlichen Gesellschaften mit Teilen unserer universitären Wissenschaftselite im innigen Verbund mit der verfassten Zahnärzteschaft wesentlich beteiligt.“

Deppe: Das berührt erneut das Thema Unabhängigkeit der Wissenschaft.

Osswald: Genuine Aufgabe der Hochschule ist es nicht, Implantate zu bewerben, sondern dem niedergelassenen Allgemeinzahnarzt Hilfestellung bei der medizinisch korrekten Indikationsstellung zu geben.

Deppe: Wie treffen Sie denn die Entscheidung Brücke oder Implantat?

Osswald: Das ist nicht besonders schwierig. Wenn nicht ausreichend ortständiger Knochen vorhanden ist, rate ich generell zur konventionellen Brücke, weil sich die Prognose von Implantaten nach Augmentation sehr deutlich verschlechtert. Ist ausreichend eigenständiger Knochen vorhanden, um mindestens ein Standardimplantat von 10 mm Länge inserieren zu können, schaue ich auf die Nachbarzähne. Sind diese im Oberkiefer völlig unschuldig, implantiere ich. Weisen sie größere Füllungen auf, rate ich zur Brücke. Im Unterkiefer bin ich mit der Indikation zur Implantation großzügiger, weil der Knochen in aller Regel von sehr viel besserer Qualität ist. Wenn die Nachbarzähne große Füllungen aufweisen, die zum Langzeiterhalt die Indikation zur Überkronung überlegenswert machen, rate ich zur Brücke.

Deppe: Das wesentliche Argument der Implantologen gegen die Brücke ist der Knochenerhalt durch Krafteinleitung. Manche Hochschullehrer behaupten sogar, es käme zu Knochengewinn.

Osswald: Kirchhoff belegt sehr nachhaltig, dass diese Behauptung unrichtig ist. Nichtsdestotrotz bestimmt sie das Marketing der Industrie maßgeblich. Er schreibt: „...obwohl das Phänomen des behaupteten protektiven Knochenerhalts von vielen kritischen Beobachtern seit vielen Jahren angezweifelt wurde, ließ sich

der renommierte Implantologe Schliephake erst in 2006 zu der Aussage hinreißen, dass der Strukturverlust des Knochens durch Implantate kausal nicht belegt ist.“

Deppe: Es gibt also keine medizinische Begründung dafür, jeden fehlenden Zahn durch ein Implantat zu ersetzen?

Osswald: Indikationsgerecht ist es vielmehr, Implantate genau so als prothetische Pfeiler zu verwenden wie natürliche Zähne. Es gibt im Übrigen Studien, die zeigen, dass es überhaupt kein Problem ist, natürliche Zähne über Brücken mit Implantaten zu verbinden, auch wenn das Gegenteil gerne behauptet wird. Schauen Sie auf Abbildung 6. Zustand mehr als 7 Jahre nach Implantation.

Deppe: Auf der einen Seite wird behauptet, Implantate seien die besseren Zähne, auf der anderen Seite wird propagiert, mehr Implantate zu inserieren als für eine festsitzende Versorgung auf natürlichen Pfeilern notwendig wäre.

Osswald: Ein offensichtlicher Widerspruch in sich selbst. Schauen Sie einmal unauffällig auf Zahn 36. Die Abbildung 7 zeigt ihn anlässlich der Revision.

Deppe: Sind Verbindungen zwischen natürlichen Zähnen und Implantaten über große Spannen im Unterkiefer wegen der Verwindung nicht problematisch?

Osswald: Nicht, wenn man - genau wie in der konventionellen Prothetik - mit Stressgeschieben arbeitet wie in Abbildung 8 mit zwei 8 mm-Implantaten. So konnte auf eine vertikale Knochenaugmentation mit deutlich schlechter Prognose verzichtet werden. Die Brücke steht jetzt mehr als 8 Jahre in voller Funktion.

Deppe: Das Marketing der Implantatindustrie ist erdrückend, nicht nur auf Zahnärzte, sondern auch auf Patienten.

Osswald: In dieser Beziehung hat es die Implantologie sehr weit gebracht. Manche Patienten reagieren regelrecht enttäuscht,

wenn man ihnen erklärt, dass in ihrem Fall eine konventionelle Versorgung angezeigt ist.

Deppe: Sie wissen ja häufig auch gar nicht, was im Falle der Implantation an maximalinvasiven Maßnahmen auf sie zukommt.

Osswald: Kollege Kirchhoff schreibt dazu: „Früher gewürdigte Kriterien wie Sozialverträglichkeit, abwägende Beachtung von Risiken, Nebenwirkungen und möglichen Misserfolgen, die Berücksichtigung seriöser Statistiken über Langzeitbeobachtungen und die Anwendung von allgemein als unbedenklich anerkannten Materialien und Methoden konnte juristisch substituiert werden durch eine vage und nicht weiter definierte „Vertretbarkeit“ neuer maximal invasiver medizinischer Verfahren.“

Deppe: Früher hatte ein Zahnarzt, der sich mit Zahnerhaltung auskannte, den Vorteil, auch in schwierigen Fällen festsitzend versorgen zu können. Heute kann jeder festsitzend versorgen, der selber implantiert oder jemanden kennt, der implantiert.

Osswald: Kollege Kirchhoff schreibt: „Die überwiegende Mehrheit der wissenschaftlichen Vertreter der konservierenden Zahnheilkunde, Endodontologie, Parodontologie und der konventionellen Prothetik haben sich, glaubt man der Außenwahrnehmung, der Dynamik der implantologischen General-Offensive der Implantat-Hersteller nicht gewachsen gezeigt oder haben schlicht kapituliert. Der Primat der weniger invasiven Zahnerhaltung und Zahnersatzversorgung war in der Fachöffentlichkeit nicht aufrecht zu erhalten.“

Deppe: Sie hatten doch in einer der letzten Folgen angedeutet, dem in der Zahnerhaltung Kundigen sei ein wesentlicher Vorteil gegenüber den Implantologen geblieben.

Osswald: Bei der relativ jungen Patientin mit desolatem Gebisszustand aus Abbildung 9 war unter der Diagnose „Therapieresistente aggressive Parodontitis“ die Indikation zur Extraktion aller Zähne im Oberkiefer und zur Erzeugung einer Freie Situation im linken Unterkiefer gestellt worden. Abbildung 10 zeigt den Zustand nach konservierender, parodontologischer und chirurgisch-implantologischer Vorbehandlung.

Deppe: Ein echter Zehnder, Osswald. Man könnte fast meinen, es handle sich nicht um dieselbe Patientin.

Osswald: Verstehen Sie jetzt, Deppe, dass ich nicht ruhig schlafen könnte, wenn meine Endodontie dieselbe Prognose aufweisen würde wie die der Spezialisten?

Deppe: Man kann Implantate also auch zahnerhaltend einsetzen, wenn man es denn kann und will.

Osswald: Und jetzt schauen Sie auf die Abbildungen 11, 12 und 13, die den klinischen und röntgenologischen Zustand zeigen, nachdem die Versorgung zwei Jahre in Funktion steht. Inzwischen sind es fast 4. Die Vordiagnose hat sich als falsch herausgestellt. Die Sondierungstiefen sind nach wie vor physiologisch. Die als aggressiv bezeichnete Parodontitis hat sich sehr wohl als therapierbar erwiesen und ist vollständig ausgeheilt. Statt 15 wurden nur 5 ½ Zähne extrahiert und statt der für eine festsitzende Versorgung mindestens 10 wurden lediglich 2 Implantate inseriert.

Deppe: Die Vorteile für den Patienten sind unübersehbar. Synoptische Zahnheilkunde. Nicht nur in der Befunderhebung, sondern in Diagnostik, Indikationsstellung, Planung und Ausführung.

Osswald: Ein bekannter Implantologe aus Tutzing hat neulich in einem Interview eingeräumt, dass er mit der Frontzahnästhetik nach Implantation eigentlich nie



Abb.6: 7 Jahre nach Implantation und prothetischer Versorgung



Abb.7: Zahn 36 aus Abbildung 6 anlässlich der Revision



Abb.8: Verbindung zwischen Implantat und natürlichem Pfeiler über eine Brücke mit intrakoronalem Stressgeschiebe



Abb.9: Desolater Gebisszustand

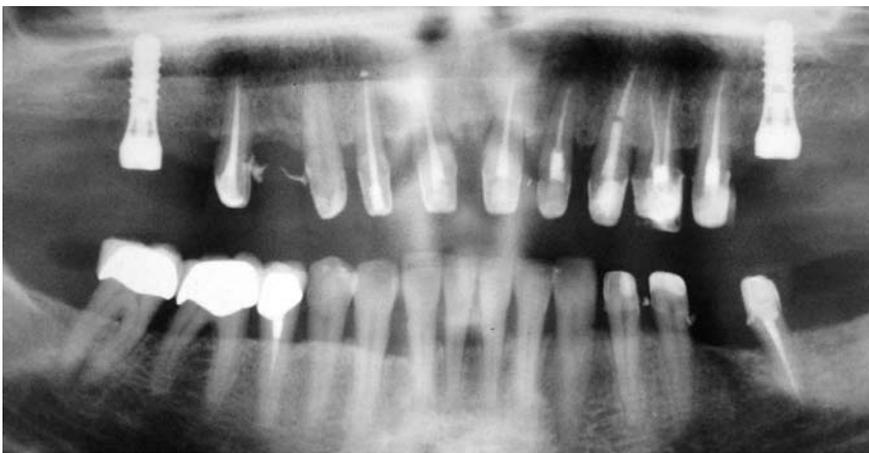


Abb.10: Zustand nach konservierender, parodontologischer und chirurgisch-implantologischer Vorbehandlung

richtig zufrieden ist. Es mag sicher den einen oder anderen Implantologen geben, der ein vergleichbares Ergebnis auch nach Serienextraktion im zahnlosen Kiefer hinbekommt. Die Regel ist das sicher nicht. Aber wie viele sehr invasive operative Eingriffe wären wohl notwendig? Zahlreiche Knochen- und Schleimhautaugmentationen, deren Ergebnis noch dazu ausgesprochen schlecht vorhersagbar ist. Und wie leicht ist es, wenn man die natürlichen Pfeiler erhält.

Deppe: Kein Wunder, Osswald, dass sich einem bei der Lektüre implantologischer Hochglanzzeitschriften gelegentlich der Eindruck aufdrängt, man müsse die natürlichen Zähne möglichst früh extrahieren, um nach Implantation ein ästhetisch befriedigendes Ergebnis zu erzielen.

Osswald: Die Marketingleute des zahnmedizinisch-industriellen Komplexes haben inzwischen viele Patienten und auch manche Kollegen mit Milliardenaufwand glauben machen können, dass prothe-

tische Versorgungen auf Implantaten ästhetischer sind als auf eigenen Zähnen.

Deppe: Die Geschäftsberichte zeigen, dass die Global Player unter den Implantatherstellern nur 16 bis 20 % an Gesteungskosten haben. Nur zwischen 3,5 und 5% der Einnahmen werden für Forschung und Entwicklung ausgegeben. Mehr als 40% der Ausgaben fließen ins Marketing.

Osswald: Da muss man sich dann nicht wundern, dass Implantate unverschämte teuer sind. Kollege Kirchhoff schreibt: „Die Implantathersteller investieren viele Millionen an Euro und Dollar in Anwender und Verbraucher. Sie kontrollieren die universitäre Forschung durch Zuführung so genannter Drittmittel und investieren in Platin- und Goldsponsoring von Kongressen und Fortbildungen einzelner Verbände, in „Roadshows“ und in Patientenwerbung zur Zuführung von Verbrauchern in die Praxen implantologisch tätiger Zahnärzte.“

Deppe: Sehen Sie für die Allgemeinzahnärzte einen Ausweg aus dem Dilemma, Osswald?

Osswald: Wir müssen inzwischen leider einsehen, dass die Allgemeinzahnärzte innerhalb der DGZMK keine Lobby haben. Spätestens seit Erscheinen des Weissbuchs kann kein Zweifel mehr bestehen, dass einige Hochschullehrer bereit sind, ihre Interessen auf unsere Kosten zu vertreten. Deshalb ist der BVAZ so unverzichtbar. Wenn wir verhindern wollen, zu Hauszahnärzten mit eingeschränktem Behandlungsspektrum degradiert zu werden, die bewundernd zu den Fachzahnärzten aufschauen, müssen wir uns organisieren und engagieren, unsere Sache selbst in die Hand nehmen und unsere Interessen selbstbewusst vertreten. Die teilgebietsübergreifende Ausübung von Zahnheilkunde ist schließlich unser tägliches Brot und nicht das der Spezialisten, Fachzahnärzte



Abb.11: Klinische Situation im Oberkiefer 2 Jahre nach Eingliederung der prothetischen Versorgung



Abb.12: 2 Jahre nach Eingliederung der Brücke im Unterkiefer



Abb.13: Röntgenologische Verlaufskontrolle 2 Jahre nach Abschluss der Behandlung

und Master. Wir Allgemeinzahnärzte sind die Ärzte für Zahnheilkunde. Wir sind die Fachzahnärzte für Oralmedizin.

Deppe: Und wie wollen Sie das durchsetzen?

Osswald: Das geht nur mit einem starken Berufsverband. Wir müssen nur auf die Allgemeinärzte schauen. Die haben uns vorgemacht, wie das zu schaffen ist. Inzwischen entwickeln sie sogar ihre eigenen Leitlinien.

Deppe: Eigentlich wären die KZVen unsere natürlichen Verbündeten.

Osswald: Man wird sehen, wie sie sich positionieren. Erfreuliche Zeichen von Unterstützung gibt es. Offensichtlich sind die Allgemeinärzte jedoch von ihren KVen enttäuscht worden. Sie fordern inzwischen eigene KVen. Ich bin überzeugt, dass sie diese auch durchsetzen werden, wenn sie es denn wirklich wollen.

Deppe: Und die Kammern?

Osswald: Auch das muss man abwarten. Wie ich höre, gibt es dort prominente Vertreter, die unsere Auffassung teilen, dass die Hochschule sehr weit über der Realität schwebt, wobei die Endodontologen die größte Flughöhe erreicht haben.

Deppe: Die Hochschule?

Osswald: Von der Hochschule sind wir glücklicherweise unabhängig. Damit das so bleibt, müssen wir Strukturen implementieren, mit denen wir die Forderungen des Wissenschaftsrates nach Weiterentwicklung unseres Fachgebiets in Richtung Oralmedizin und synoptische Zahnheilkunde erfüllen. Die postgraduierte Weiterbildung ist genuine Aufgabe der Kammern. Sollten diese nicht mitziehen, was ich mir bisher nicht vorstellen kann, müssen wir eigene Strukturen schaffen. Um ausreichend Druck von unten aufbauen und das Notwendige realisieren zu können, brauchen wir allerdings noch sehr viel mehr Mitglieder. Jeder Allgemein Zahnarzt, der sich nicht als Haus Zahn Arzt Noackscher Prägung sieht, sollte dem BVAZ beitreten. Auch wenn es noch so abgedroschen klingt: „Wir sind die Allgemein Zahnärzte! Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben.“

Deppe: Der Freie Verband?

Osswald: Die Arbeit, die der BVAZ momentan leistet, hätte der Freie Verband in seiner ursprünglichen Prägung zweifellos als ureigene Aufgabe begriffen. In seiner heutigen Verfassung versucht er um zu überleben auf der Spezialistenwelle mitzurufen. Ich kann mir allerdings nicht

vorstellen, dass das zielführend ist. Es wird nie genug Meister geben, um einen solchen Verband am Leben zu erhalten.

Deppe: Die Hochschullehrer haben die Realität ausgeblendet und sehen in der Folge ihrer hochgradigen Spezialisierung, die ja immer auch Ein- und Beschränkung beinhaltet, ihre kleinen zahnheilkundlichen Teilbereiche als große medizinische Fächer.

Osswald: Auffällig ist, dass zur Begründung der angestrebten kostenpflichtigen postgraduierten Masterausbildung immer wieder auf den Bologna-Prozess verwiesen wird, obwohl dieser für die medizinischen Fächer keinerlei Bedeutung hat. Kein Arzt redet über Bologna. Warum sollten Mediziner auch Geld dafür rauswerfen, einen sehr viel niedrigeren akademischen Grad zu erwerben als sie bereits haben? Ein Master für Gleichgewichtsstörungen ist eine groteske Vorstellung. Die Fachgesellschaften der DGZMK wollen uns den Master aufzwingen, um ihre Curricula zu füllen. Sie missbrauchen dazu den Begriff „Bolognaprozess“, weil er gut klingt.

Deppe: Von der Hochschule müssen die Allgemein Zahnärzte fordern, auf den Boden der Tatsachen zurückzukehren. Sie muss den Studenten während ihrer 5-jährigen Studienzeit neben dem theoretischen zahnmedizinischen und medizinischen Wissen vor allem das handwerklich-zahnärztliche Basiswissen vermitteln. Das muss man als Ergebnis des teuersten Hochschulstudiums von allen schon erwarten dürfen. Es darf einfach nicht passieren, dass den Allgemein Zahnärzten frisch ap-probierte Zahnärzte zur Weiterbildung in Oralmedizin in die Praxen geschickt werden, die glauben, man müsse erst ein kostenpflichtiges Curriculum absolvieren, um eine lege artis Wurzelkanalbehandlung durchführen zu können.

Osswald: Im Gegenzug bieten die Allgemein Zahnärzte der Hochschule gerne ihre kompetente Unterstützung bei der Implementierung des vom Wissenschaftsrat eingeforderten Fachs „Oralmedizin“ an.

Deppe: Nachdem das gesagt ist, können wir uns ja jetzt dem zweiten Buch zuwenden, das Sie mir zu lesen aufgegeben hatten, Osswald.

Osswald: Da muss ich Sie leider auf das nächste Mal vertragen. 53.223 Zeichen reichen für eine Folge dicke, Deppe.

Deppe: Finden Sie, Osswald?

Osswald: Täusche ich mich, Deppe, oder sind Sie in letzter Zeit etwas hyperaktiv?

Dr. Dr. Rüdiger Osswald: ist niedergelassener Vertrags Zahnarzt in München, Geschäftsführer des BVAZ und Referent der Akademie für Praxisnahe Zahnheilkunde (APZ).

ZA Christian Deppe: lebt in Münster. Er vertritt hier seine persönliche Meinung.

Vortragsreihe

In einer Vortragsreihe unter dem Motto »Aus der Praxis – für die Praxis« stellt Dr. Dr. Rüdiger Osswald, seine einfach praktikierbare Methode zur Behandlung der Endodontitis und ihrer Komplikationen vor:

Termine:

- ▶ Deggendorf: 17.11.2007
- ▶ München: 08.12.2007
- ▶ Hannover: 19.01.2008
- ▶ Düsseldorf: 16.02.2008
- ▶ Stuttgart: 08.03.2008
- ▶ Frankfurt: 12.04.2008
- ▶ Kaiserslautern: 31.05.2008
- ▶ Hamburg Juni 2008
- ▶ Berlin Juli 2008
- ▶ Münster September 2008
- ▶ Köln/Bonn Oktober 2008

Teilnahmegebühr: 249,- € (inkl. MwSt.)

Fortbildungspunkte: 5

Anmeldung und Information:

Akademie für praxisnahe Zahnheilkunde GbR

Ottostraße 22
82319 Starnberg
Telefon: (0 81 51) 7 82 45
Telefax: (0 81 51) 7 82 44
E-Mail: apz@gmx.net
Internet: www.apzonline.net

Weitere Informationen

Dr. Dr. med. dent. Rüdiger Osswald

Fritz-Hommel-Weg 4
80805 München
Telefon: (0 89) 3 61 80 30
Telefax: (0 89) 3 61 00 294
E-Mail: ruediger.osswald@t-online.de
Internet: www.tarzahn.de



Sonderpreisaktion

LED-Polymerisationslampe Dr's Light



LED-Polymerisationslampe Dr's Light

Kabellose, nahezu geräuschlose LED Polymerisationslampe in ergonomischer Form

- 1'600 mW/cm² (+/-10 %)
- 6 verschiedene Programme inkl. Softstart-Programm
- Lithium-Ionen-Batterie: (kein Memory-Effekt)
- Wellenbereich: 410~490 nm
- Turbolichter 11 > 8 mm
- hörbares Signal alle 10 Sek. (bei Turbo Programm alle 5 Sek.)
- Verpackungsinhalt: Adapter/Akku, Schutzschild zum Anbringen an Lichtleiter, Handstück (170 g), Lithium-Ionen Batterie (3.7 V), Lichtleiter (11 > 8 mm), Tischladegerät (100-230 Volt / 50/60 Hz)
- 2 Jahre Garantie CE

Stückpreis

599,-*

Bestellantwort:

Telefax: (0341) 27 13 91 22

Telefon: (0341) 27 13 91 11

Hiermit bestelle ich _____ Stück Dr's Light LED-Polymerisationslampen zum Sonderpreis von nur **599,00 €*/Stück**.

* Preis in Euro zzgl. 19% MwSt. und einer Versandkostenpauschale in Höhe von 5,90 Euro innerhalb von Deutschland.

ARTEC GmbH · Mommsenstraße 7 · 04329 Leipzig
Telefon: (0341) 27 13 91 11 · Telefax: (0341) 27 13 91 22

Praxisstempel und Unterschrift