

Erfolg auf der ganzen Linie

Erklärung der DGZMK zu wissenschaftlichen Stellungnahmen

Die DGZMK-Statements dienen als Orientierungshilfe für die gesamte Kollegenschaft. Sie sind als Handlungsempfehlungen anzusehen und haben - auch forensisch gesehen - keinen bindenden Charakter. Formal sind sie nach der AWMF-Klassifikation analog S-1-Leitlinien einzustufen. Die DGZMK legt in Übereinstimmung mit der BZÄK Wert auf die Feststellung, dass die Stellungnahmen nicht als Ein-

schränkung der fächerübergreifenden Berufsausübung, die dem Zahnarzt als Generalist kraft seiner Approbation zukommt, zu interpretieren sind. Die wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGZMK finden sehr starkes Interesse und erfreuen sich hoher Akzeptanz. Sie haben in jüngster Zeit allerdings vereinzelt auch zu Rückfragen geführt. Um missverständliche Aussagen auszuräumen, werden einige DGZMK-Statements derzeit überarbeitet. Die Statements werden künftig in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft

der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) formuliert und dort angemeldet. Dies ermöglicht es, Anregungen verschiedener Gruppierungen innerhalb und außerhalb der Zahnärzteschaft bereits im Vorfeld mehr als bisher zu berücksichtigen. Vorschläge aus der Zahnarztpraxis werden dabei ausdrücklich begrüßt.

Einstimmig verabschiedet vom Vorstand der DGZMK
Düsseldorf, den 21.11.2007



Osswald: Da hat uns die DGZMK ja was Schönes eingebracht, Deppe.

Deppe: Sie meinen den Kasten da oben in der Mitte, Osswald?

Osswald: Gerade waren wir fertig mit dieser Folge, schon müssen wir ganz von vorne anfangen.

Deppe: Man muss die Feste feiern, wie sie fallen.

Osswald: Das sagen Sie in Ihrem jugendlichen Leichtsinn, Deppe. Kaum kämpft man zwei Jahre für die Interessen der Allgemeinzahnärzte, schon geht es holterdiepolter.

Deppe: Die DGZMK hatte von der zahnärztlichen Öffentlichkeit unbemerkt die vom BVAZ kritisierte, unsinnige Kofferdam-Leitlinie abgeändert.

Osswald: Aus dem Passus „eine Kofferdamisolierung hat bei jeder Sitzung einer Wurzelkanalbehandlung zu erfolgen“, war „eine Kofferdamisolierung soll bei jeder Sitzung einer Wurzelkanalbehandlung er-

folgen“ geworden.

Deppe: Auf diesem schönen Erfolg für den Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (www.bvaz.de) hatten wir unser ganzes Gespräch aufgebaut....

Osswald: ... nochmal richtig Gas geben und schlüssig begründet, warum das nur ein erster Schritt in die richtige Richtung sein kann.

Deppe: Und aus heiterem Himmel setzt sich plötzlich die Vernunft durch, und....

Osswald: ...wir müssen unseren Beitrag in der Rundablage entsorgen, Deppe.

Deppe: Dann ist es jetzt eben kein Teilerfolg mehr, sondern ein Erfolg auf der ganzen Linie.

Osswald: So ganz allein kann sich der BVAZ diesen Orden allerdings nicht an die Brust heften. Da waren schon auch andere beteiligt.

Deppe: Als da wären, Osswald?

Osswald: Zum Beispiel Prof. Meyer. Als scheidender Präsident der DGZMK hat er

letztlich doch noch deutlich gemacht, dass er sich durchsetzen kann, wenn es unerträglich wird. Dafür unseren herzlichen Dank, verbunden mit einem aufrichtigen Glückwunsch an seinen Nachfolger!

Deppe: Michael Logies dürfen wir nicht vergessen. Seine in der Diskussion mit den Vertretern des BVAZ geborene Idee, im Internet von Allgemeinzahnärzten Leitlinien auf höherem Evidenzniveau als dem der DGZMK zu erstellen, hat sicher zusätzlichen Druck erzeugt.

Osswald: Ganz wesentlich war auch die überraschende Schützenhilfe durch Prof. Hülsmann. Nachdem er angefangen hatte, durch die Regenbogenpresse zu tingeln, um für seine Kunden Patienten aufzureißen, war für alle durchschaubar geworden, wohin die Reise für die Allgemeinzahnärzte gehen sollte. Henry Schneider sollten wir auch nicht unerwähnt lassen.

Deppe: Henry Schneider?

Osswald: Um der Vernunft zum Durch-

bruch zu verhelfen, Deppe, braucht man viele Väter. Das kann nur gelingen, wenn alle, die sich einig sind, dass es in die falsche Richtung geht, an einem Strang ziehen. Spezialisierung hin oder her. Die Endodontologen hatten den Bogen in einer Weise überspannt, dass er einfach brechen musste.

Deppe: Dass sich die Allgemeinzahnärzte durchgesetzt haben, zeigt, dass sie Entwicklungen in einem guten Sinne beeinflussen und verändern können, wenn sie sich organisieren und auf der Basis fundierter Allgemeinzahnheilkunde zur Wehr setzen, anstatt wie die Lemminge auf eine Klippe zuzumarschieren, die sich – durch das Beispiel der ärztlichen Kollegen belegt – bereits in Sichtweite befindet.

Osswald: Den Satz „Die DGZMK-Statements dienen als Orientierungshilfe für die gesamte Kollegenschaft. Sie sind als Handlungsempfehlungen anzusehen und haben – auch forensisch gesehen – keinen bindenden Charakter“ kann für Allgemeinzahnärzte, die sich vor Gericht mit cleveren Anwälten konfrontiert sehen, gar nicht hoch genug bewertet werden.

Deppe: Diese Seite im Heft sollte jeder Allgemeinzahnarzt, für den Fall der Fälle, sehr sorgfältig aufbewahren. Keine forensische Bindungswirkung – das hat ja nun wirklich forensische Bedeutung. Der „Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland“ hat sich um die Sache der Allgemeinzahnärzte verdient gemacht!

Osswald: Dem BVAZ hatte schon unsere letzte Folge zahlreiche Mitglieder zugeführt. Seine Arbeit erfährt eine Welle der Zustimmung, nicht nur von vielen Kolleginnen und Kollegen, sondern auch von ihren Vertretern. So haben sich beispielsweise sowohl die Kammer als auch die KZV in Niedersachsen hinter seine Forderungen gestellt. Das ist umso bemerkenswerter, als beide Gremien von gegensätzlichen politischen Verbänden dominiert werden. Der BVAZ eint also dort, wo früher bis aufs Messer gestritten wurde.

Deppe: Man sieht daran, wie überfällig die Gründung eines integrierenden Berufsverbandes war, der die medizinischen Interessen der Allgemeinzahnärzte vertritt, die durch die berufspolitischen Streitereien der vergangenen Jahre beinahe unter die Räder geraten wären.

Osswald: Das erkennen die Kolleginnen und Kollegen an. Es sieht so aus, als würden sie jetzt sehr deutlich sehen, dass es

für uns Allgemeinzahnärzte ums Eingemachte geht. Von den jahrelangen berufspolitischen Streitereien, die ihnen keinen messbaren Vorteil gebracht haben, haben sie die Nase offensichtlich gestrichen voll.

Deppe: Der Zulauf zum BVAZ wundert mich nicht, wenn man Schlagzeilen wie diese liest: „Ärzte bekommen ab 2009 deutlich mehr Honorar. Allgemeinärzte sind mit 21 Prozent plus Gewinner der Honorarreform.“

Osswald: Daran kann man erkennen, was der BVAZ erreichen kann, wenn noch deutlich mehr Kolleginnen und Kollegen beitreten und mitarbeiten. Ich bin überzeugt, dass er, auf eine breite Mitgliederbasis gestützt, sogar die epidemisch auftretende Masteritis ausheilen könnte.

Deppe: Quasi wie ein potentes Desinfektionsmittel, Osswald?

Osswald: Coole Überleitung, Deppe! Die Allgemeinärzte sind allerdings sehr viel besser aufgestellt als wir Allgemeinzahnärzte.

Deppe: Richtig, Osswald. Sie haben inzwischen einen sehr hohen Organisationsgrad. Aber nicht nur die DGZMK hat ihre Position revidiert. Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer hat einem Antrag der Sachsen und Thüringer zur Einheit des Berufsstandes zugestimmt und ohne Gegenstimme beschlossen, die Aufteilung der zahnärztlichen Versorgung in einzelne Spezialdisziplinen abzulehnen.

Osswald: Vergessen Sie nicht die einstimmigen Beschlüsse in Hessen und der Pfalz, Deppe. Alles durch den BVAZ initiierte Schritte in die richtige Richtung.

Deppe: Jetzt muss man abwarten, ob und wann aus den zahllosen, im Sinne der Allgemeinzahnheilkunde positiven Beschlüssen berufspolitische Tatsachen werden, immerhin widersprechen sie den Tendenzen, die von den Hochschullehrern im Weißbuch 2 dargelegt werden.

Osswald: Die Frage bleibt, inwieweit die DGZMK ihre Leitlinien einseitig als forensisch nicht bindend bezeichnen kann. Dass sie die jetzt überfällige Veränderung zahlreicher Leitlinien jedoch beherzt in Angriff nimmt, erkennt man daran, dass im Internet bereits einige mit dem Zusatz „wird gerade überarbeitet“ versehen sind.

Deppe: Inzwischen geht es bereits in die nächste Runde. In einer konzertierten Aktion haben sich zahlreiche Hochschullehrer in der vorletzten Quintessenz zur Zukunft der Zahnheilkunde und insbe-

sondere zur Notwendigkeit eines Dialoges zwischen Medizin und Zahnmedizin geäußert. Dabei ist ein Heft mit sehr beachtlichem Inhalt herausgekommen.

Osswald: Keine Frage, Deppe. Was da in einem einzigen Heft über Rück- und Wechselwirkungen zwischen Allgemeinzahnheilkunde und unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen berichtet wird, sollte jeder Allgemeinzahnarzt wissen und jeder zukünftige Zahnmediziner während seines Studiums lernen.

Deppe: In der Tat, Osswald. Viele Thematika, mit der sich die Hauptvorlesung sinnvoll ergänzen und erweitern lässt.

Osswald: Wenn die einzelnen Abteilungen der Unis zukünftig zusammen- und nicht gegeneinander arbeiten, jeder Dozent für seinen Bereich den notwendigen Stoff prüfungsrelevant vermittelt, mit aussagekräftigen Fallbeispielen belegt und diese gleichzeitig nachvollziehbar in Beziehung zu seinen Nachbarfächern stellt, sollte es eigentlich kein unüberwindbares Problem darstellen, die Forderungen des Wissenschaftsrates an die Lehre zu erfüllen.

Deppe: An den Studenten wird das sicher nicht scheitern. Die Medizinstudenten müssen das für die unterschiedlichen Fachbereiche schließlich auch lernen, und gerade Zahnmedizinstudenten haben ja heute in aller Regel ausgesprochen gute Abiturnoten.

Osswald: Was sich mir nach Durchsicht auch dieses Heftes immer noch nicht wirklich erschlossen hat, ist die Antwort auf die Frage, wie man aus dem dort richtig Dargestellten die Forderung nach noch mehr Fachzahnärzten, Master oder gar Bachelors ableiten kann bzw. in den Augen einiger der Protagonisten sogar zwingend muss.

Deppe: Das geht mir nicht anders, Osswald. Anerkennenswert ist, dass Prof. Noack zurückrudert, indem er dem von ihm im Weißbuch postulierten „Hauszahnarzt mit eingeschränktem Behandlungsspektrum“ umgehend seine volle zahnärztliche Kompetenz zurückgibt.

Osswald: Dafür an dieser Stelle ein großes Dankeschön, Kollege Noack!

Deppe: Vom Begriff „Hauszahnarzt“ wollen er und viele andere dennoch nicht lassen. Im Gegensatz zu den Spezialisten war es für uns Allgemeinzahnärzte noch nie ein Problem, unser Behandlungsspektrum zu erweitern. Natürlich können wir problemlos im Sinne von Prävention untersuchend und beratend tätig werden.

Die Gretchenfrage, die es zuvor zu beantworten gilt, ist natürlich, wer uns dafür bezahlt und wie viel er bereit ist, dafür aufzuwenden.

Osswald: Eine weitere, in meinen Augen noch viel bedeutendere Frage ist, ob es sich um eine Phantasie handelt, oder ob Kollege Noack das mit den Kostenträgern und dem dafür zuständigen Berufsverband der Allgemeinärzte bereits abschließend diskutiert und sich der einhelligen Zustimmung versichert hat, ehe er damit an die Öffentlichkeit gegangen ist. Offensichtlich ist ja geplant, dass wir mit den Allgemeinärzten um ihre Patienten konkurrieren und aus ihrem Topf bezahlt werden. Wenn ja, hat er versäumt, die betroffenen Allgemeinärzte an diesen Gesprächen zu beteiligen. Wenn nein, stimme ich ihm uneingeschränkt zu, wenn er fordert, einmal ganz allgemein die Qualität der Diskussionskultur im Berufsstand innerhalb der verschiedenen Gremien und Interessengruppen zu thematisieren.

Deppe: Wie kann man eine Diskussion kultivieren, die gar nicht stattfindet? Ganz offensichtlich zieht es doch Kollege Noack vor, allein an unserer Nase herumzufummeln. Wie kann man - bei allem Respekt - überhaupt auf die Idee kommen, wir Allgemeinärzte würden uns vor vollendete Tatsachen stellen lassen und ohne Not eine veränderte, unsere zahnheilkundlichen Fähigkeiten schon semantisch einschränkende Berufsbezeichnung akzeptieren?

Osswald: Quidquid id est, timeo Danaos et dona ferentes!

Deppe: Wir sind schließlich schon Spezialisten, die Spezialisten für die gesamte Zahnheilkunde.

Osswald: Darüber klärt Prof. Wagner die Allgemeinärzte ein paar Seiten weiter hinten auf, wenn er über die Folgen der von der Hochschule geforderten Schwerpunktbildung und ihr hauszahnärztliches Versorgungskonzept referiert und dabei die Büchse der Pandora öffnet. Da fallen nämlich Schlagworte wie „gebührenrechtliche Auswirkungen der Schwerpunktbildung“ und „Budgetaspekte der Zuteilung (sektorale Honorarverteilungsmaßstäbe)“.

Deppe: Nachtigall, ick hör dir trapsen, Osswald. Da kann man mal sehen, wie weit das alles schon vorausgedacht, im Geheimen diskutiert und nicht weniger heimlich beschlossen worden ist. Das einzige, das von uns Allgemeinärzten

erwartet wird, ist, dass wir wie die Esel mit dem Kopf nicken, nach der Möhre schnappen und ein fröhliches Iiiii-(J) aaaa... anstimmen.

Osswald: Für die Hochschullehrer sind und bleiben wir dusselige Studenten, Deppe, und das offensichtlich ein Leben lang. Das ist genau die Streitkultur, die die Hochschule im Umgang mit studierenden Kollegen pflegt, und wie sie Kollege Noack auch von uns Allgemeinärzten wie selbstverständlich erwartet. Dabei übersieht er aber Entscheidendes. Wir sind keine Studenten und die Hochschule muss ihre Diskussionskultur verändern, wenn sie wirklich an einem Dialog mit in fachübergreifender Zahnheilkunde erfahrenen Allgemeinärzten interessiert ist. Bisher sieht das nun wirklich nicht so aus.

Deppe: Man könnte fast meinen, die Kollegen, die vor zwei Jahren den BVAZ gegründet haben, hätten das zweite Gesicht gehabt.

Osswald: Jetzt übertreiben Sie, Deppe. Wir sollten die Bedeutung des Begriffs „Sektoraler HVM“ nichtdestotrotz erläutern. Der ist für Allgemeinärzte neu. Den gab es bisher ja nur bei den Medizinern.

Deppe: Das bedeutet im Klartext, dass Kollege Wagner und seine Hochschulkollegen die Auffassung vertreten, dass man nicht nur deutlich mehr Fachärzte und Master braucht, sondern dass es in der Folge auch zu deutlichen Verschiebungen in der Honorarverteilung kommen muss.

Osswald: Will heißen, dass diejenigen, die diese Schwerpunktbildung (Spezialisierung) mit Leben erfüllen, für dieselbe Leistung und möglicherweise Leistungen, die nur sie erbringen dürfen, ein anderes Honorar bekommen werden.

Deppe: Dass er dabei niedrigere Honorare im Auge hat, kann ich mir jetzt gerade nicht so recht vorstellen, Osswald.

Osswald: Können Sie nicht, Deppe? Um höhere Honorare durchsetzen zu können, sollen sektorale Budgets gebildet werden, das heißt, der HVM soll so umgestaltet werden, dass er nicht mehr für alle Zahnärzte gleich ist. Der bisher gemeinsame Kuchen soll in unterschiedliche Stücke geteilt werden, von denen die Allgemeinärzte und die Spezialisten sich jeweils allein ernähren müssen. Da die Spezialisten wie selbstverständlich davon ausgehen, dass sie höhere Honorare verdienen, wird das Kuchenstück, das sich

die Allgemeinärzte zukünftig teilen sollen, zwangsläufig kleiner.

Deppe: Es soll also genau so laufen wie weiland bei den Ärzten. Erst werden neue Titel geschaffen, die anschließend als Legitimation dienen, sich bei den Honoraren der niederen Kasten zu bedienen.

Osswald: Und das wird gerade semantisch vorbereitet, indem man uns nicht mehr Allgemeinärzte, sondern nachgerade penetrant Hauszahnärzte nennt und uns einreden will, das wäre doch ein schöner Titel, auf den wir stolz sein können. Die Bezeichnung Hauszahnarzt sollte sich jeder Allgemeinärzte deutlich vernehmbar verbitten, wenn immer er so genannt wird.

Deppe: Ich finde, Hauszahnarzt klingt schon deutlich weniger honorarintensiv. Da wird auf den ersten Blick verständlich, dass es nachgerade ungerecht wäre, wenn er nicht deutlich geringere Honorare bekommen würde als der Fachzahnarzt oder der Master mit der Lizenz zur lege artis-Behandlung.

Osswald: In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass den Hausärzten zur Begründung der deutlich höheren Honorare der Fachärzte weiland vorgeworfen wurde, dass sie ja nur eine Art Schmalspurausbildung hätten. Genau das versuchen uns die Hochschullehrer mit der Mär von der Wissensexplosion gerade einzureden.

Deppe: Daraufhin haben sich die Hausärzte zu Fachärzten für Allgemeinmedizin weitergebildet.

Osswald: Das hat ihnen aber zunächst gar nichts genützt. Erst als sie schon mit einem Fuß jenseits der Klippe standen, ist es ihnen durch die Gründung eines starken Berufsverbandes gelungen, die Fachärzte in die Position zurückzudrängen, die ihnen zukommt. Soweit sollten wir es in der Zahnheilkunde erst gar nicht kommen lassen.

Deppe: Da trifft es Prof. Dr.med. Dr.med. dent. Kunkel schon deutlich besser, wenn er sagt, dass sich der Allgemeinärzte zum Fach(zahn)arzt für orale und periorale Medizin weiterentwickeln muss.

Osswald: Da man Arzt per Definition nur durch ärztliche Approbation werden kann, wird es, wie vom BVAZ vorausgesetzt, wohl auf den vom Wissenschaftsrat geforderten „Fachzahnarzt für Oralmedizin“ für alle Allgemeinärzte hinauslaufen, der die Bevölkerung mit der eingeforderten synoptischen, fachgebietsübergreifenden Zahnheilkunde versorgt.



Abb.1: Unterkiefermolar mit großer apikaler Aufhellung

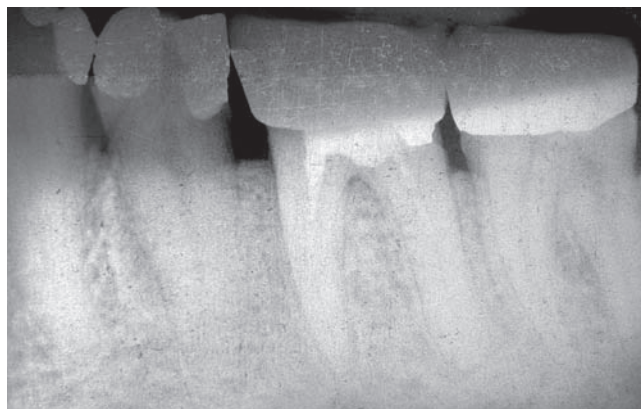


Abb.2: Verlaufskontrolle ein Jahr nach Anwendung der Depot-Phorese mit röntgenologisch vollständiger knochendichter Ausheilung

Das müssen Hochschule und Kammern zukünftig leisten. Dann braucht die Hochschule ihre Ressourcen auch nicht für die kostenpflichtige postgraduierte Weiterbildung überflüssiger Master und Bachelors zu vergeuden, die das flächendeckend nicht einmal im nächsten Jahrhundert leisten können werden.

Deppe: Was kostet eigentlich die Mitgliedschaft im BVAZ, Osswald?

Osswald: 10 Euro im Monat. Wobei im ersten Jahr der Mitgliedschaft nur die anteiligen Monate berechnet werden.

Deppe: Das ist gegenüber den Beiträgen zum Freien Verband geradezu ein Schnäppchen.

Osswald: Zurück zur Medizin, Deppe. Ein Kollege hatte uns gebeten, zur Knappwost-Methode Stellung zu beziehen.

Deppe: Und wie soll ich jetzt dahin die Kurve kriegen?

Osswald: Zeigen Sie, was Sie drauf haben.

Deppe: Also gut. Wie fühlt man sich denn, Osswald?

Osswald: Fühlt man sich als was, Deppe?

Deppe: Als der letzte Mohikaner, Osswald!

Osswald: Roman, USA, 1826, James Fenimore Cooper, immer noch lesenswert.

Deppe: Setzen, Osswald, sehr gut. Cooper ist tot, Walkhoff schon lange gestorben, Sargenti auch eine ordentliche Weile, und gerade ist auch noch Knappwost von uns gegangen.

Osswald: Bravo, Deppe! Ausgesprochen anmutige Kurve. Noch bin ich aber nicht der einzige, der die Fahne des medizinischen Ansatzes bei der Infektionskontrolle in der Endodontie hochhält. Da sind noch die Südamerikaner, z. B. Gomes und Siqueira ...

Deppe: ... immerhin zwei international sehr anerkannte Endodontologen ...

Osswald: ... die Fälle, die sie nach dem Goldstandard der Amis nicht ausheilen können, erfolgreich mit Billig-CMCP-Lösungen behandeln, die sie allerdings wegen der bekannten Ätzwirkung ungesättigter Chlorphenollösungen mit Kalziumhydroxid vermischen müssen, was die Desinfektionswirkung naturgemäß sehr deutlich behindert, wie das Pharmakologische Institut der Universität Berlin bereits in den 1920er Jahren gezeigt hat. Sie können sich aber gegen die US-amerikanische Mechanik-Doktrin nicht durchsetzen.

Deppe: Genau so wenig wie Sie, Osswald.

Osswald: Viele Kollegen auf meinen Vorträgen verstehen es, genau wie alle Patienten und Helferinnen. Das ist ja schon mal eine ganze Menge. Und die ärztlichen Kollegen reiben sich verwundert die Augen, dass es darüber überhaupt zu einer langen Diskussion kommt. Die einzigen, die es nicht verstehen wollen, sind die Endodontologen. Aber das ist ja nur eine Splittergruppe.

Deppe: Wie fühlen Sie sich also?

Osswald: Na ja, ein bisschen schon wie Theo gegen den Rest der Welt, Deppe.

Deppe: Spielfilm, Deutschland, 1980, Marius Müller-Westernhagen, auch heute noch absolut sehenswert.

Osswald: Chapeau, Deppe! Dass es soweit gekommen ist! Schließlich beschreibe ich nur die indikationsgerechte Behandlung einer einfachen bakteriellen Infektionskrankheit in einem seit mehr als 100 Jahren anatomisch vollständig beschriebenen Umfeld. Ich werbe ja nicht für die Implementierung der Verkapselung der Antipinoxe auf astraler Basis.

Deppe: Häh? Das lassen Sie auch mal

besser, Osswald. Wir wollen schließlich nicht noch mehr Verwirrung stiften.

Osswald: Angesichts der Aggressionen, die ich in nicht allgemeinzahnärztlich interessierten Kreisen auslöse, ist es immerhin ausgesprochen tröstlich, dass die von Ihnen genannten Kollegen alle sehr alt geworden ...

Deppe: ... und eines natürlichen Todes gestorben sind.

Osswald: Keine Witze, Deppe. Danke übrigens für den Versuch, mich mit diesen Koryphäen in eine Reihe zu stellen. Da führt leider kein Weg hin. Im Gegensatz zu Walkhoff, Sargenti und Knappwost habe ich überhaupt nichts Eigenes erforscht, entwickelt oder auch nur ausgedacht. Ich erzähle lediglich nach, mische medizinisches Basiswissen hinzu, perfektioniere Walkhoffs Protokoll und bemühe mich, dafür zu sorgen, dass die Notwendigkeit des medizinischen Ansatzes bei der Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten auch in der Zahnheilkunde anerkannt wird.

Deppe: Erschwerend kommt allerdings hinzu, dass Sie berufspolitisch Folgerungen ableiten und Konsequenzen ziehen. Wie dem auch sei. Knappwost ist besonders bemerkenswert. Er war zwar ein Wissenschaftler, der weit über den eigenen Tellerrand hinausschauen konnte, aber kein Zahnarzt.

Osswald: Das hat ihn aber nicht davon abgehalten, der zahnärztlichen Wissenschaft den Mechanismus der Kariesentstehung und Remineralisation zu erläutern.

Deppe: Genau so wenig hat er sich davon abhalten lassen, ihr nach Walkhoff und Sargenti zum dritten Mal zu erklären, dass man das gesamte endodontische Hohlräumssystem vor dem definitiven Verschluss sehr sorgfältig und geduldig

mit potenten Medikamenten chemisch desinfizieren muss und dass die Endodontologie mit ihrer Fixierung auf die Hauptkanäle auf dem Holzweg ist.

Osswald: Mir gefällt an der Knappwost-Methode, dass sie das Behandlungsprotokoll der Endodontologen in einer Weise ad absurdum führt, wie ich es mit meinem Protokoll gar nicht könnte.

Deppe: Wahrscheinlich muss erst der „Bachelor of Nebenkanäle and Tubuli“ erscheinen.

Osswald: Schauen Sie einmal auf die Abbildung 1. Große apikale Aufhellung am Zahn 36 vor der Behandlung mittels Depotphorese. Die Abbildung 2 zeigt die vollständig knochendichte Ausheilung anlässlich der Verlaufskontrolle nach einem Jahr.

Deppe: Und nicht ein Hauch von coronal leakage! Obwohl man die Krone distal nun wirklich nicht gerade als dicht bezeichnen kann. Da müssten sich die Keime aus der Mundhöhle nicht einmal zwischen Krone und Zahnstumpf hindurchquetschen, um müde und ausgehungert den Apex zu erreichen, um dort ihre eigentliche Bestimmung zu erfüllen und ein Granulom zu produzieren. Erstaunlich, dass sich diese Methode nicht durchgesetzt hat.

Osswald: Wirklich, Deppe? Knappwost lässt ja nicht einmal die Hauptkanäle vollständig aufbereiten. Und Abfüllen lässt er auch nur bis an das apikale Drittel. Eine solche Methode kann sich gar nicht durchsetzen, wenn die Endodontologen nicht einmal die Notwendigkeit der geduldrigen Langzeit-Desinfektion mit potenten Desinfektionsmitteln in Kombination mit ordentlicher Aufbereitung als allein zielführend akzeptieren. Ihr offizieller Wettbewerb läuft schließlich um den röntgenologischen Beleg des „most amazing shape“ und nicht um die Ausheilung apikaler Ostitiden.

Deppe: Schöner neuer Titel, Osswald, „Bachelor für ästhetische Endodontie“! Das Verfahren nach Knappwost hat ja aber zweifellos auch Nachteile. Es eignet sich nur schlecht zur routinemäßigen Anwendung, weil mehrere, jeweils recht lange dauernde Sitzungen notwendig sind. Außerdem können die Zähne stark verfärbt werden. Hauptnachteil ist zweifellos, dass das Ergebnis in aller Regel keine richtlinienkonforme Wurzelfüllung darstellt.

Osswald: Die neuen Richtlinien sind dann wohl der Todesstoß. Jeder Endodontologe wird einen solchen Zahn revidieren, wenn er ihn vor sein Mikroskop bekommt. Nach der astreinen VitE, die in einem Prozentsatz von nicht einmal 90 % erfolgreich ist, ist die Revision nicht beherdeter Zähne immerhin die zweit erfolgreichste Disziplin der Spezialisten.

Deppe: Sind sie dann überhaupt indiziert, Osswald?

Osswald: Einen Zahn mit einer solchen WF würde ich beobachten, Deppe. Ehe ich ihn allerdings in eine prothetische Versorgung einbeziehen würde, würde ich ihn ganz sicher auch revidieren. Man sieht ihm schließlich nicht an, dass er vollständig desinfiziert wurde.

Deppe: Na ja, erfolgreiche Revisionen bei nicht beherdeten Zähnen sind aber doch kein valider Parameter für die Qualität eines endodontischen Behandlungsprotokolls.

Osswald: Richtig. Entscheidend sind allein die Ausheilungsquoten bei primären und sekundären Wurzelkanalbehandlungen an Zähnen mit röntgenologisch nachgewiesener apikaler Aufhellung. Da man beschwerdefreie Zähne schlecht rezivieren und histologisch untersuchen kann, ist die röntgenologisch knochendichte Ausheilung der einzige objektive Parameter.

Deppe: Da fällt die Erfolgsquote der Spezialisten sehr deutlich auf 70 %, bei Revisionen mit apikaler Ostitis sogar auf nur 60 %.

Osswald: Bei der konservierenden Ausheilung apikaler Aufhellungen scheidet sich die Spreu vom Weizen. Daran, und nur daran, kann man den Wert eines Protokolls bestimmen und objektivieren. Alles andere ist reine Makulatur.

Deppe: Wo haben Sie das mit den guten Erfolgsquoten der Endodontologen bei Revisionen nicht beherdeter Zähne überhaupt her?

Osswald: Lehrbuch für Endodontie, Deppe. Hülsmann und Schäfer. Haben Sie das etwa immer noch nicht gelesen?

Deppe: Also ich muss doch sehr bitten, Osswald, ich habe doch schon beim letzten Mal...

Osswald: Und? Wie fanden Sie es?

Deppe: Dick, schwer, teuer. Mir hat der Titel gut gefallen: „Probleme in der Endodontie“. Davon haben die Endodontologen zweifellos mehr als ihnen lieb sein kann.

Osswald: Den Umschlag zierte der Ausguss eines endodontischen Hohlraumsystems. Da sieht man auf den ersten Blick,

warum das Behandlungsprotokoll, das in dem Buch gelehrt wird, gar nicht überzeugend funktionieren kann.

Deppe: Ich fand das Vorwort am besten, in dem die Autoren schreiben, dass man sehr bald eine neue Auflage erwerben muss, weil sich das Wissen in der Endodontologie so dramatisch und schnell verändert.

Osswald: Ich kann mich an kein brandneu herausgekommenes Lehrbuch erinnern, in dem ein Behandlungsprotokoll beschrieben wird, das in wesentlichen Teilen international bereits seit Jahren als gescheitert angesehen wird, ohne das in irgendeiner Weise zu erwähnen.

Deppe: Auf 600 Seiten kein einziges Wort über die Geschichte der Endodontie und den Verlust des medizinischen Ansatzes bei der Behandlung septischer Zustände beim Menschen. Kann man denn trotzdem etwas lernen, Osswald?

Osswald: Lernen kann man immer was, Deppe. Wenn Sie beispielsweise Mühe haben, Wurzelkanäle zu finden und ordentlich aufzubereiten oder sich für ordentliche Mechanik bei exotischen Fällen interessieren, die man als Allgemeinzahnarzt nicht einmal in 20 Jahren alle zu sehen bekommt, sind die weit über 200 Seiten, die sich damit beschäftigen, genau das Richtige. Wenn Sie die Hauptkanäle bereits ordentlich aufbereiten können und die endodontische Infektionskrankheit indikationsgerecht behandeln wollen, dann ist der Preis für die 40 Seiten, die das ausgesprochen nachlässig, unvollständig und teilweise nicht wahrheitsgetreu beschreiben, extrem hoch.

Deppe: Zeigen die Autoren denn wenigstens schwierige, aber dennoch ausgeheilte Fälle?

Osswald: Das schon, Deppe, aber auch jede Menge nicht ausgeheilte. Wenn man auf der anderen Seite bedenkt, dass in diesem Buch die Fälle von insgesamt zehn Spezialisten und Universitäten gesammelt wurden, sind eine einzige ausgeheilte Zyste und ein oder zwei Fistelfälle dann doch eher weniger beeindruckend.

Deppe: Was sonst noch an Zahnerhaltung gezeigt wird, ist auch nicht gerade prickelnd. Und wenn man in den Bildlegenden liest, was so alles als „ausgedehnte Aufhellung“ bezeichnet wird, stellt sich die Frage nach der zugrunde liegenden Indikationsstellung zum Zahnerhalt doch sehr nachhaltig.

Osswald: Es werden praktisch nur Einzel-

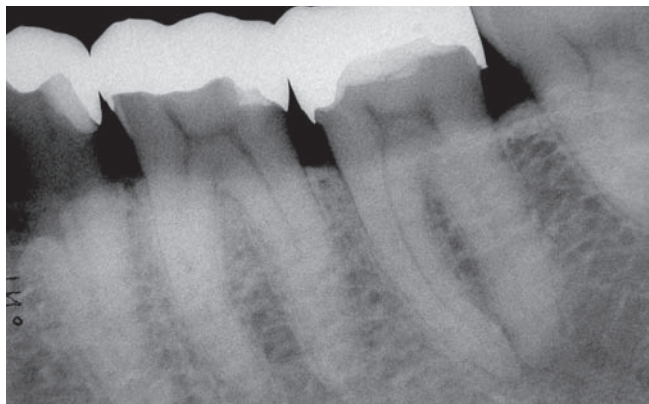


Abb.3: Klinisch uncharakteristische Beschwerden im Juli 2006 bei röntgenologisch unauffälligem Befund

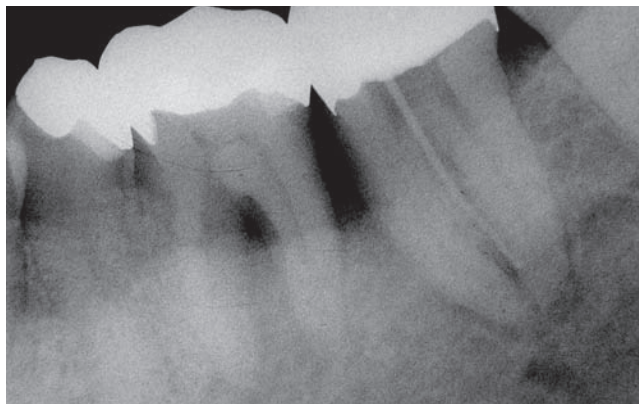


Abb.4: Im August 2006 hat sich eine Fistel am 37 entwickelt.

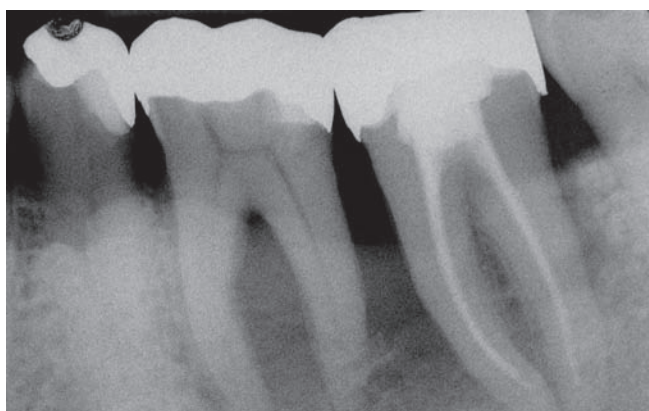


Abb.5: Erneute klinische Symptomatik im Sinne einer Paro-Endo-Läsion im Februar 2007

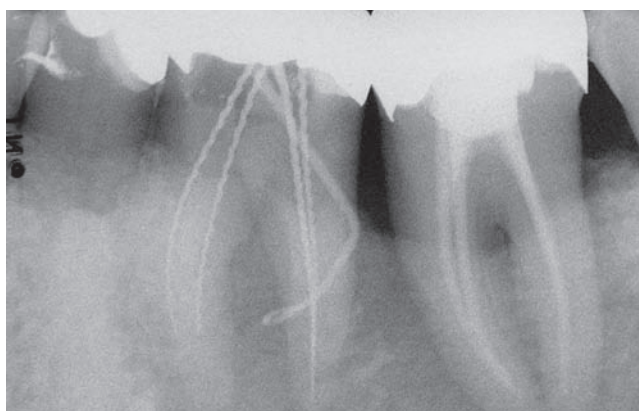


Abb.6: Diesmal mit Fistelbildung an 36

fälle gezeigt. Um zu belegen, dass es sich dabei nicht um Sonntagsfälle handelt, würde man zahllose Dubletten oder auch die eine oder andere Triolette erwarten. Obwohl in diesem Lehrbuch 10 Autoren ihre besten Fälle zusammentragen, wird nur ein einziger Fall gezeigt, bei dem mehrere apikale Ostitiden beim selben Patienten ausgeheilt sind.

Deppe: Und dieser einzige ist noch von einem Endodontologen ausgeliehen, der nicht Autor des Buches ist. Dafür sieht man einige Versuche, zwei apikale Ostitiden bei einem Patienten auszuheilen, wobei bei der Nachkontrolle einer der beiden Zähne fehlt.

Osswald: Mit Dubletten kann ich Sie totschmeißen, Deppe, obwohl ich nach Nock nur ein dusseliger Hauszahnarzt mit eingeschränktem Behandlungsspektrum bin. Schauen Sie auf die Abbildung 3. Der Patient stellte sich im Juli 2006 mit uncharakteristischen Beschwerden im dritten Quadranten vor. Alle Zähne waren vital, eher ein klein wenig hypersensibel. Wegen einer deutlichen Gingivitis haben wir eine professionelle Zahnreinigung durchge-

führt und die Okklusion eingeschliffen, weil wir eine Überlastung vermuteten.

Deppe: Röntgenologisch eher unauffällig. Vielleicht eine klitzekleine Aufhellung an 37. Das ist so einer der Zähne, von denen man dann sagt: „Sind sie vital, haben sie nichts, sind sie devital, ist das eine Aufhellung.“

Osswald: Nur einen Monat später stellte sich der Patient erneut vor. Wie in Abbildung 4 zu sehen ist, hatte sich eine deutliche Paro-Endo-Läsion mit einem fistelnden 37 entwickelt.

Deppe: Paro-Endo-Fälle laufen manchmal ausgesprochen foudroyant und sind dann nur sehr schwer in den Griff zu bekommen.

Osswald: Damit war es leider nicht ausgestanden, wie man in Abbildung 5 sieht. Denn im Februar 2007 stellte sich der Patient mit einer Exazerbation der Paro-Endo-Problematik vor. Man hätte jetzt an einen Misserfolg der Wurzelkanalbehandlung an 37 denken können, aber der zeigte sich im Gegensatz zu 36 knallfest und symptomlos. Jetzt war es vielmehr der 36, der – wie auf Abbildung 6 zu sehen – seinerseits eine Fistel entwickelt hatte und

mit L=II sehr deutlich gelockert war. Die Abbildung 7 zeigt den 36 nach konservierender Ausheilung der Fistel unmittelbar nach WF im April 2007.

Deppe: Das ist schon beeindruckend, wie in einem solchen Fall der Knochen schmilzt. Wie der Schnee an der Sonne.

Osswald: Tut er das wirklich so schnell, Deppe? Die Abbildung 8 zeigt die erste Verlaufskontrolle im August 2007 mit knallfesten Zähnen, ausgeheilten Fisteln, klinischer Beschwerdefreiheit und wundersamem Knochengewinn. Dieser Fall wurde übrigens von unserem Ausbildungsassistenten gelöst. Seine erste Dublette von vielen, die da noch kommen werden.

Deppe: Bei der Aufbereitung muss er schon noch etwas zulegen, oder?

Osswald: Mit der sorgfältigen Desinfektion klappt es, wie man sieht, dafür aber schon sehr ordentlich.

Deppe: Wie bei jedem, der sie konsequent und geduldig anwendet. Wundersamer Knochengewinn?

Osswald: „Wundersam“ nenne ich diesen Knochengewinn deshalb, weil der Knochen gar nicht weg war. Wenn der Kno-

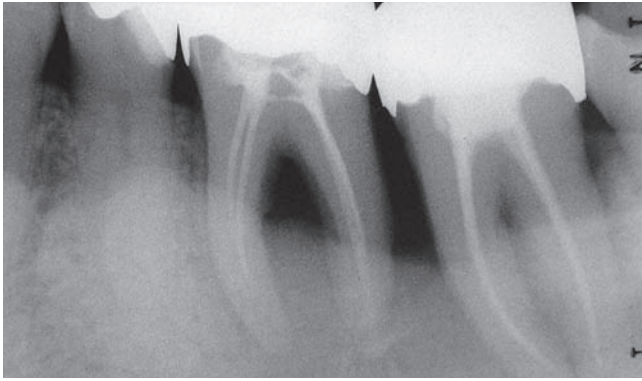


Abb.7: Unmittelbar nach WF an 36 nach Ausheilung der Fistel im April 2007

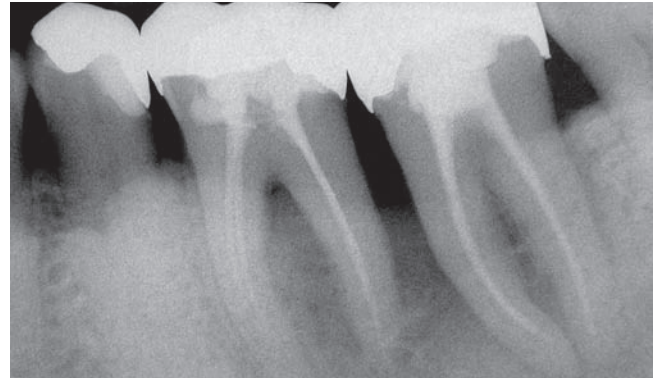


Abb.8: Verlaufskontrolle mit „wundersamem“ Knochengewinn bei klinischer Beschwerdefreiheit im August 2007

chen zu ca. 30 % entmineralisiert ist, ist er röntgenologisch schon nicht mehr vollständig darstellbar. Deshalb kann man eine Zyste röntgenologisch auch nicht von einer einfachen apikalen Aufhellung unterscheiden. Wenn man den bakteriellen Infekt allerdings geduldig ausheilt, remineralisiert der Knochen und wird röntgenologisch wieder darstellbar. Das dauert allerdings seine Zeit, weil er stoffwechselfähig gegenüber anderen Geweben eher langsam ist. Das ist übrigens der Grund dafür, warum man Studien über den Knochengewinn bei parodontalen Eingriffen ausgesprochen kritisch gegenüber stehen sollte.

Deppe: Wenn man den Fall unbedarft anschaut, weil man Ihr endodontisches Protokoll nicht kennt, könnte man meinen, Sie wären der größte noch lebende Parodontologe. Sind Sie das, Osswald?

Osswald: Sischer dat! Im Ernst: Ich könnte Ihnen jetzt erzählen, dass ich das selbstverständlich alles in den USA gelernt habe, weil das hier in Deutschland eh' keiner kann, dass ich diese neuen Membranen und biogenen Mittelchen anwende, die Sie im Anschluss mit Vortragsrabatt bei meinem Sponsor erwerben können, die zwar dreimal so teuer sind wie die, die schon in Ihrem Schrein liegen, obwohl sie mindestens eineinhalb Mal besser wirken.... . Nein, nichts davon ist hier passiert. Hier wurde lediglich der zugrunde liegende bakterielle Infekt indikationsgerecht behandelt und ausgeheilt.

Deppe: Mein Schrein, Osswald?

Osswald: Jeder Allgemeinzahnarzt hat einen Schrein in seiner Praxis, Deppe. Da bewahrt er die Materialien und Geräte auf, die er nach einer Fortbildung voller Begeisterung gekauft und dann nicht benutzt hat.

Deppe: Man könnte fast meinen, Sie

hätten grundsätzlich etwas gegen Augmentationen.

Osswald: Das wird man mir vorwerfen. Das trifft es aber nicht. Ich augmentiere in bestimmten Fällen, auch wenn ich nicht sehr häufig eine medizinische Indikation dafür sehe. Die Voraussetzung jeglicher Augmentationsmaßnahme ist allerdings die vorausgegangene, genau so sorgfältige wie geduldige Desinfektion. Ehe der bakterielle Infekt nicht vollständig ausgeheilt ist, sind alle augmentativen Maßnahmen kontraindiziert. Und, wie man an diesem Fall sehr deutlich sieht, erübrigen sich dann invasive Therapien gar nicht so selten.

Deppe: Paro-Endo-Läsionen gelten ja als die am schwierigsten auszuheilenden Fälle von allen. In diesem Fall auch noch mit Fistelbildung an beiden Zähnen. Ausgesprochen aussagekräftige Dublette.

Osswald: Einzelfälle hat jeder, Deppe.

Deppe: Auch ein blindes Huhn trinkt gerne mal einen Korn, Osswald.

Osswald: Dass das momentan als Goldstandard bezeichnete Endodontieprotokoll je nach Indikationsstellung zum Zahnerhalt in nur rund 70 % der Fälle erfolgreich ist, kann man als das eigentliche Drama der Endodontie bezeichnen. Wenn es nur in 30 % erfolgreich wäre, würde die Wissenschaft eifriger nach einer erfolgreicheren Alternative suchen.

Deppe: Gehen denn Hülsmann und Schäfer in ihrem Lehrbuch auf diese Problematik ein?

Osswald: Mit keinem Wort, Deppe. Sie tun vielmehr so, als würde das Problem gar nicht existieren. Sie erwähnen nicht einmal, dass darüber international diskutiert wird und man nachgerade verzweifelt auf der Suche nach einem potenten Medikament für die Langzeitdesinfektion ist, das dieses offensichtliche Problem endlich

heilen kann.

Deppe: Damit wird ausgesprochen deutlich, wie weit die Endodontologen noch von dem entfernt sind, was der Wissenschaftsrat unter dem Stichwort „Oralmehdizin“ von der Hochschule einfordert. Das ist mir auch bei der Lektüre der Quintessenz aufgefallen. An einer Stelle wird zwar über die Bedeutung von emotionalem Stress gesprochen, das Wort Depression kommt aber nicht ein einziges Mal vor.

Osswald: Dabei spielt sie doch bei CMD eine herausragende Rolle. Im Buch von Hülsmann und Schäfer fehlt bei den differentialdiagnostischen Überlegungen zum Zahnschmerz nicht nur jeglicher Hinweis auf die Projektion von psychogenen Schmerzen in die Zahnreihe, es wird vielmehr sogar bestritten, dass es diese in einer bemerkenswerten Zahl gibt.

Deppe: Dafür verlegen sie das Cholesteatom aus dem Mittelohr an die Wurzelspitze. Da sind die Allgemeinzahnärzte aber schon erheblich weiter als die Spezialisten. Über solche Fälle kann doch praktisch jeder berichten. Das gibt es ja auch reichlich bei CMD.

Osswald: Schauen wir uns beispielsweise den Fall einer Patientin aus Abbildung 9 an, die den Kollegen Grummt mit Zahnschmerzen aufsuchte, nachdem sie bereits zwei Zähne auf der kontralateralen Seite verloren hatte. Die Schmerzen projizierten sich eindeutig in den apikalen Bereich von 15. Anamnestisch gab sie an, dass sie ihren Zahnarzt vor längerer Zeit wegen starker Schmerzen am 24 aufgesucht hatte, woraufhin dieser eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt hatte. Nach einem beschwerdefreien Intervall sei es zu einer Exazerbation gekommen, worauf der Kollege eine WSR durchgeführt habe. Nach erneut beschwerdefreiem Intervall, erneute Exazerbation und Extraktion. Danach sei

eine zeitlang Ruhe gewesen, ehe sie ihren Zahnarzt mit neuen Schmerzen aufsuchen musste. Diesmal war der 25 betroffen.

Deppe: Allerspätstens zu diesem Zeitpunkt hätten bei dem Kollegen die roten Lampen angehen müssen. Der Verlauf mit Schmerzen, therapeutischem Eingriff, beschwerdefreiem Intervall, Exazerbation, erneutem Eingriff, erneutem beschwerdefreiem Intervall, erneute Exazerbation usw. ist geradezu pathognomonisch für eine psychogene Problematik.

Osswald: Der Kollege hatte offensichtlich vollständig auf Grün geschaltet, denn er hat auch den Zahn 25 in gleicher Weise bis zur Extraktion behandelt. Man darf aber nicht vergessen, wie überzeugend die Patienten die Symptomatik schildern und wie nachhaltig sie auf eine kausale Behandlung drängen. Sie bilden sich diese Schmerzen schließlich nicht ein, sie haben sie ja tatsächlich. Schmerz wird zentral wahrgenommen, so dass seine Projektion nicht, oder nur mit ausgesprochen viel Erfahrung, zu unterscheiden ist.

Deppe: Dass man in dieser Situation einmal eine eigentlich nicht indizierte Wurzelkanalbehandlung durchführt, oder

auch einmal eine Resektion, oder im ganz extremen Ausnahmefall sogar einmal einen Zahn extrahiert, kann ich nachvollziehen. Aber bei derselben Patienten zweimal unmittelbar hintereinander?

Osswald: Ich habe schon Patienten gesehen, denen bei sonst ordentlichen Zähnen ein ganzer Quadrant fehlte, Deppe. Das liegt dann eben auch am Endodontie-Protokoll: Mit einem indikationsgerechten Protokoll kann einem das nicht passieren, weil man ein Zwischenstadium erreichen kann, bei dem man mit ausgesprochen hoher Wahrscheinlichkeit sicher sein kann, dass die geschilderten Beschwerden nicht von dem betreffenden Zahn ausgehen können.

Deppe: Ein solches Stadium kann man mit dem von den Endodontologen beschriebenen Protokoll natürlich nicht erreichen. Sie müssen jeden Zahn sofort dicht verschließen, weil sie fürchten, dass der bakteriostatische Speichel die gangränöse Pulpa superinfiziert. Wenn die Schmerzen dann exazerbieren, wissen sie nicht, was los ist, und verordnen Antibiotika und Schmerzmittel. Wenn das nicht hilft, erfolgt die Resektion. Wenn die nicht hilft, wird extrahiert. Das koronale

Leck kann man zu diesem Zeitpunkt ja noch nicht verantwortlich machen.

Osswald: Wie dem auch sei, Deppe. Als die Patientin dann Schmerzen am kontralateralen 15 entwickelte, wechselte sie den Behandler, weil sie zu der Auffassung gelangt war, ihr Zahnarzt wäre mit Wurzelbehandlungen überfordert. Schauen Sie auf Abbildung 10.

Deppe: Kollege Grummt hat ja auch eine Revision gemacht! Wo ist da der Unterschied zum Vorbehandler?

Osswald: Nochmal, Deppe. Vergessen Sie nicht, wie dramatisch die Patienten in diesen Fällen ihre Beschwerden schildern und wie energisch sie auf eine kausale Therapie drängen. So völlig astrein war die WF ja nicht. Eine kleine apikale Aufhellung kann man auch nicht ausschließen. Natürlich konnte auch Kollege Grummt nicht 100%ig sicher sein, dass die Beschwerden nicht vielleicht doch von diesem Zahn herrührten. Der Unterschied zum Vorbehandler besteht in seinem überlegenen Protokoll. Er hat zwar revidiert, dabei aber einen Zustand hergestellt, bei dem er nahezu 100%ig sicher sein konnte, dass die regelmäßig exazerbierenden Beschwerden



Abb.9: Ausgangsbefund vor Revision

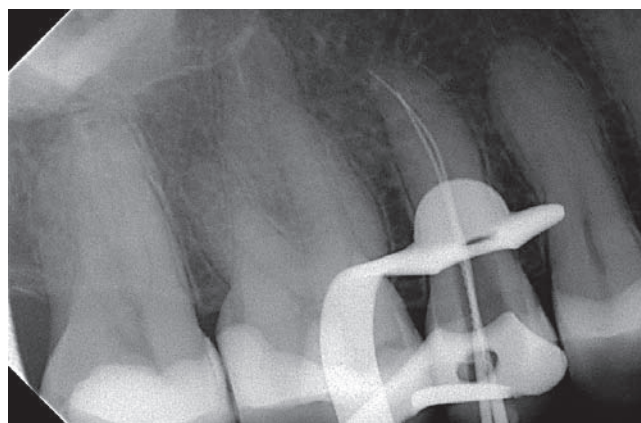


Abb.10: Messaufnahme



Abb.11: Unmittelbar nach WF bei klinischer Beschwerdefreiheit



Abb.12: Verlaufskontrolle nach einem Jahr bei anh. Beschwerdefreiheit.

nicht von diesem Zahn herrührten.

Deppe: Hat er die Patientin dann zu einem Psychologen geschickt?

Osswald: Nein, zu einem Schmerztherapeuten. Auf das Wort „Psychologe“ reagieren viele Patienten ausgesprochen ablehnend. Die meisten Menschen wollen lieber körperlich als psychosomatisch krank sein. „Schmerztherapeut“ hört sich viel unverfänglicher an und wird daher viel leichter akzeptiert. Dass die Schmerzen, die sie haben, behandelt werden, wollen die Patienten ja. Schmerztherapeuten kennen sich mit psychosomatischen und somatopsychischen Erkrankungen sehr gut aus. Das ist quasi ihr täglich Brot.

Deppe: Ich würde in diesem Fall auf Depression tippen. Sie kennen sicher diesen pauschalen Spruch „Keine Depression ohne körperliche Symptomatik“. Der wird zwar auch gelegentlich angezweifelt, eignet sich aber sehr schön zur Verdeutlichung des Problems.

Osswald: In diesem Fall ist er korrekt, Deppe. Die einen werden sauer und bekommen Magenprobleme, die anderen können die Last auf dem Rücken nicht mehr tragen, den Dritten bricht das Herz, und die, die es einfach nicht mehr an den Zähnen haben können, kommen zu uns. Nach Einnahme eines spezifisch ausgewählten und richtig dosierten Antidepressivums wurde die Patientin sehr schnell beschwerdefrei, so dass Kollege Grummt abfüllen und die Behandlung abschließen konnte, wie die Abbildungen 11 und 12 zeigen.

Deppe: Und von psychosomatischen Erkrankungen, die als Endodontitis imponieren, steht wirklich nichts in diesem dicken Lehrbuch?

Osswald: Dafür berichten die Autoren über 3 bis 6 % von so genannten „atypischen Odontalgien“ nach endodontischer Behandlung. Das würde bedeuten, dass jede sechzehnte bis dreiunddreißigste Wurzelbehandlung in einem Alptraum endet. Bei einer solchen Frequenz hätte ich meine Feilen schon längst völlig verzweifelt aus der Hand gelegt. Die Extraktion oder die WSR sind aber nicht wirklich gute Alternativen, weil sie das Problem in den allermeisten Fällen nicht lösen.

Deppe: Bei einem indikationsgerechten Behandlungsprotokoll sollte die Frequenz eindeutig im einstelligen Promillebereich liegen.

Osswald: Ich habe das in 20 Jahren vielleicht 5 Mal erlebt und ich mache sehr

viele Wurzelkanalbehandlungen, gerade auch in sehr schwierigen Fällen. Von diesen 5 Patienten waren 3 zugänglich und konnten fachärztlich erfolgreich behandelt werden.

Deppe: Die Autoren behaupten, dass ein psychisches Problem bei diesen Patienten in aller Regel nicht vorliegt, Osswald.

Osswald: Sie schreiben aber auch, Deppe, dass die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva, MAO-Hemmern, Phentiazinen und Fluphenazinen erfolgreich sein kann.

Deppe: Was denn jetzt, Osswald? Nicht psychogene Erkrankungen, die mit Psychopharmaka erfolgreich behandelt werden können? Das erscheint mir nicht gerade zwingend logisch.

Osswald: In solchen schwierigen Behandlungssituationen kann es Sinn machen, einfach einmal unauffällig nach belastenden Lebensereignissen zu fragen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der Zahnproblematik stattgefunden haben. Da wird man manchmal fündig. Ich hatte einmal eine Patientin, die zeitgleich mit einer Zahnbehandlung einen Abort erlitten hat. Sie hat ihre seelischen Schmerzen in einen Zahn projiziert, der gerade behandelt wurde. Die Beschwerden hatten selbst dann nicht aufgehört, nachdem der Zahn durch einen Kollegen extrahiert worden war. Zu mir kam sie, als sie sich zunehmend auf den Nachbarzahn verlagerten. Auch dieser Frau konnte geholfen werden.

Deppe: Ihr Gesamturteil, Osswald?

Osswald: Für den mechanisch Interessierten eine schöne Wiederholung, für den medizinisch Interessierten praktisch nichts Neues. Gegenüber dem, was bereits zur Mitte des letzten Jahrhunderts bekannt war, eher ein Rückschritt.

Deppe: Konnten Sie denn gar nichts lernen?

Osswald: Eine meiner Hypothesen war seit jeher, dass bei parodontal sehr stark geschädigten Zähnen das gleichzeitige Vorliegen einer chronischen Pulpitis nicht auszuschließen ist, auch wenn der Zahn klinisch auf Kältereiz mehr oder weniger vital reagiert. Das hat sich in der Praxis ausgesprochen häufig bestätigt. Wenn man solche Zähne trepaniert, bluten sie häufig nicht hellrot arteriell, sondern es sickert eher dunkelrot venös. Lange bevor Tronstad in 2002 wissenschaftlich nachgewiesen hat, dass sich in tiefen parodontalen Taschen dasselbe Keimspektrum findet wie in gangränösen Zähnen und

im Granulom, habe ich mein Behandlungsprotokoll bei fortgeschrittenen Fällen vorgeblich aggressiver und therapieresistenter Parodontitiden mit sehr gutem Erfolg in diesem Sinne modifiziert. In diesem Buch werden wissenschaftliche Studien zitiert, die meine klinische Hypothese nachhaltig bestätigen, die ich jedoch bisher nicht kannte. Dafür bin ich ausgesprochen dankbar. Dies umso mehr, als Kollege Schäfer sich damit seine erstaunten Fragen noch einmal nachhaltig selbst beantwortet, die er mir bei meinem Vortrag in Mainz über mein erfolgreiches Zahnerhaltungsprotokoll in sehr weit fortgeschrittenen Fällen von angeblich aggressiver, therapieresistenter Parodontitis gestellt hat, die auch von Spezialisten in aller Regel als Extraktions- und Implantationsfälle angesehen werden.

Deppe: Da sieht man's mal wieder, Osswald.

Osswald: Sieht man was, Deppe?

Deppe: Die Zahnheilkunde hat kein wesentliches Problem von fehlendem, wissenschaftlich belegtem Wissen ...

Osswald: ... aber ein ganz erhebliches Problem bei der Umsetzung des bekannten Wissens in erfolgreich praktizierbare Zahnheilkunde.

Deppe: Was gibt es sonst noch Erfreuliches zu berichten?

Osswald: Zum Beispiel über das Editorial des Kollegen Blankenstein in der Zahnärztlichen Praxis.

Deppe: Darin bezieht er sich auf unsere vorletzte Folge und greift unsere Auseinandersetzung mit dem Editorial des Kollegen Löst auf.

Osswald: Er bescheinigt uns vergleichbare Kenntnisse der Fachliteratur und fordert die Hochschule auf, ihre störrische Haltung aufzugeben, nicht nur immer wieder über die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Borstenkonfigurationen von Zahnbürsten verschiedener Hersteller zu forschen, sondern endlich auch einmal eigene, evidenzbasierte Studien zur Endodontie vorzulegen.

Deppe: Kein schlechter Ansatz, Osswald! Gilt übrigens auch für die Funktion. Die Arbeitsanleitung zum Funktionsstatut der DGZMK muss erweitert werden, z.B. um die Darstellung der ja endlichen Zahl von Allgemein Zahnarzt wichtiger und verdienstvoller, als den Mikrometern nachzujagen.

Osswald: Kollege Hülsmann wäre bei-

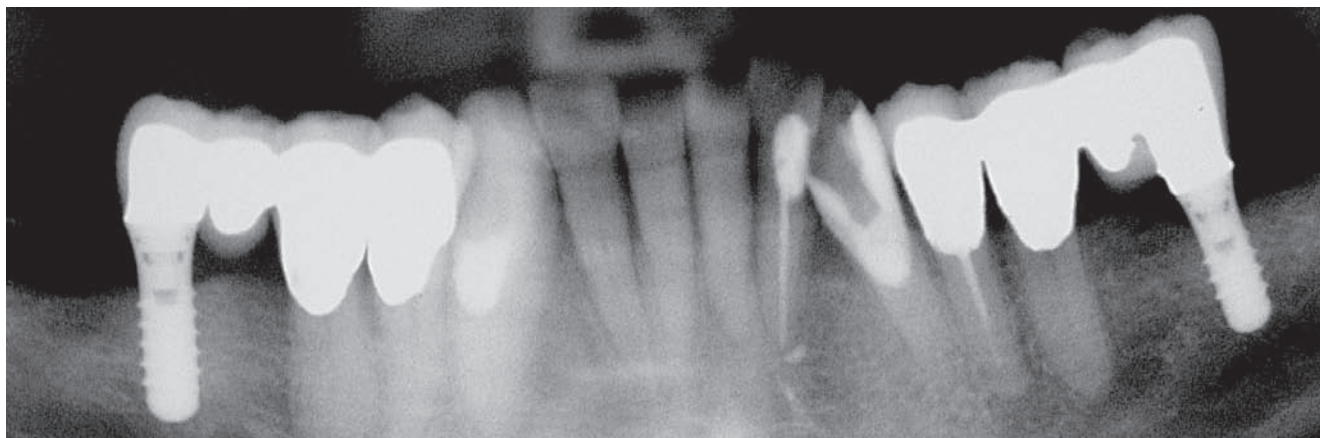


Abb.13: Zustand nach Implantation und prothetischer Versorgung vor sieben Jahren

spielsweise besser beraten, in einer Studie erst einmal den wissenschaftlichen Nachweis zu führen, dass er in seiner Hochschule bei der Ausheilung der apikalen Ostitis wenigstens die ohnehin nicht beauschenden internationalen Ergebnisse erreicht, ehe er in der Rentner-Bravo den Stab über die Allgemeinzahnärzte bricht.

Deppe: Kollege Blankenstein fordert den Kollege Löst auf, mit Ihnen öffentlich zu diskutieren, anstatt polemische Editorials zu verfassen.

Osswald: Gute Idee, Herr Kollege Löst, jederzeit! Am besten in der ZM oder der DZZ. Da gehört das nämlich hin. Während es früher guter akademischer Brauch war, über unterschiedliche Ansätze zur Lösung eines offensichtlichen Problems zum Wohle aller Patienten öffentlich auf hohem Niveau zu diskutieren, scheint man heute nachgerade systematisch bemüht, dies zu vermeiden.

Deppe: Die Erklärung der DGZMK aus dem Kasten könnte einen ersten Schritt in die richtige Richtung bedeuten.

Osswald: Ich fürchte allerdings, lieber Kollege Blankenstein, dass Kollege Löst einen sehr triftigen Grund finden wird, Ihre Einladung nicht anzunehmen.

Deppe: Sonst noch Reaktionen?

Osswald: Was wir über maximalinvasive implantologische Eingriffe geschrieben haben, um im Vergleich dazu minimalinvasive prothetische Versorgungen zu vermeiden, hat einigen überhaupt nicht gefallen.

Deppe: Und wie wollen Sie dieser Kritik begegnen, Osswald?

Osswald: Indem ich wie immer ausnahmsweise einmal einen aussagekräftigen Fall zeige, Deppe! Schauen Sie einmal unauffällig auf Abbildung 13. Sie zeigt einen Zustand sieben Jahre nach festsit-

zender Versorgung auf lediglich zwei Implantaten, bei dem der Kostenvoranschlag für insgesamt sechs Implantate im Unterkiefer nebst Knochenaugmentation bereits gestellt war. Das Implantat im linken unteren Quadranten hat eine Länge von nur acht Millimetern, wodurch dem Patienten eine maximal invasive Knochenaugmentation mit unsicherer Prognose erspart werden konnte. Er kann übrigens alles essen und seine Nahrung wunderbar für die Verdauung aufbereiten. Und Trompete spielt er nach wie vor ausgezeichnet.

Deppe: Man wird auch hier sagen, dass es sich lediglich um einen Einzelfall handelt.

Osswald: Mit diesem Vorwurf beschäftigen wir uns dann in einer der nächsten Folgen.

Deppe: Einen guten Rutsch, Osswald!

Osswald: Prosit Neujahr, Deppe.

Deppe: Ein erfolgreiches Jahr auch dem Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland.

Osswald: Und auch allen Allgemeinzahnärzten und Spezialisten! Und ganz besonders Ihnen, Herr Ellermann. Herzlichen Dank für alles. Sie haben sich um die Allgemeinzahnärzte in Deutschland in jedem Fall verdient gemacht.

Deppe: Auch wenn es für den Walkhoff-Preis nicht reichen wird, Osswald.

Osswald: Schluss jetzt, Deppe!

Dr. Dr. Rüdiger Osswald: ist niedergelassener Vertragszahnarzt in München, Geschäftsführer des BVAZ und Referent der Akademie für Zahnheilkunde

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

Vortragsreihe

»Aus der Praxis – für die Praxis«

Termine:

- ▶ Düsseldorf: 16.02.2008
- ▶ Stuttgart: 08.03.2008
- ▶ Frankfurt: 12.04.2008
- ▶ Kaiserslautern: 31.05.2008
- ▶ Bad Wörrishofen: 07.06.2008
- ▶ Hamburg: 28.06.2008
- ▶ Berlin: Juli 2008
- ▶ Münster: September 2008

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

Fortbildungspunkte: 5

Anmeldung und Information:

Akademie für praxisnahe Zahnheilkunde GbR

Ottostraße 22

D-82319 Starnberg

Telefon: +49 (0)8151 78245

Telefax: +49 (0)8151 78244

E-Mail: apz@gmx.net

Internet: www.apzonline.net

Weitere Informationen

Dr. Dr. med. dent. Rüdiger Osswald

Fritz-Hommel-Weg 4

D-80805 München

Telefon: +49 (0)89 3618030

Telefax: +49 (0)89 36100294

E-Mail: ruediger.osswald@t-online.de

Internet: www.tarzahn.de